

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ BỆNH VÀ HÀNH VI TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN BẠCH CẦU MẠN DÒNG TỦY ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BẰNG IMATINIB TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Diệu Linh¹, Vũ Duy Hồng¹, Nguyễn Duy Tân¹
Trần Duy Anh¹, Lê Thị Hồng Anh¹, Lê Phương Thảo¹, Trần Thị Thu Hà¹
Nguyễn Quốc Nhật¹, Trần Phương Thảo², Trần Thị Thu Trang²
và Đồng Thị Xuân Phương^{2,✉}

¹ Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

² Trường Đại học Dược Hà Nội

Imatinib là liệu pháp điều trị hàng đầu cho bệnh nhân mắc bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (Chronic Myeloid Leukemia – CML) tuy nhiên hiệu quả điều trị phụ thuộc đáng kể vào mức độ tuân thủ của bệnh nhân. Kiến thức, thái độ và hành vi tuân thủ (Knowledge–Attitude–Practice, KAP) là các yếu tố then chốt ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 10/2024 đến hết tháng 2/2025 tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương với dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp 200 bệnh nhân (tuổi trung vị 45 (18 - 97), 52,7% nam). Kết quả cho thấy mặc dù thái độ và tuân thủ điều trị ở mức tối ưu tuy nhiên kiến thức về bệnh còn hạn chế (trung vị điểm KAP lần lượt là 10 (2 - 18), 35 (24 - 45), và 29 (17 - 35)). Mỗi tương quan giữa kiến thức với thái độ và hành vi cho thấy vai trò của các can thiệp toàn diện như giáo dục bệnh nhân, cải thiện nhận thức, hỗ trợ tâm lý cần được lồng ghép vào chương trình chăm sóc nhằm nâng cao hiệu quả tuân thủ điều trị Imatinib ở bệnh nhân CML.

Từ khóa: Bạch cầu mạn dòng tủy, tuân thủ, imatinib, kiến thức, thái độ, hành vi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bạch cầu là một nhóm bệnh ung thư máu chiếm khoảng 3% trong tổng số các ung thư trên toàn cầu. Trong đó, bạch cầu mạn dòng tủy (Chronic Myeloid Leukemia - CML) chiếm khoảng 15 - 20% số ca bạch cầu ở người lớn, với tỷ lệ mắc 1 - 2 ca trên 100.000 dân mỗi năm, nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ.¹ CML là một bệnh lý huyết học ác tính có diễn tiến chậm nhưng tiềm ẩn nhiều biến chứng nghiêm trọng và nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị hiệu quả. Imatinib - thuốc ức chế tyrosine kinase

(TKI) – hiện là lựa chọn điều trị chuẩn cho bệnh nhân CML, với hiệu quả đã được chứng minh trong việc cải thiện tỷ lệ sống còn.^{2,3} Tuy nhiên, hiệu quả điều trị phụ thuộc phần lớn vào mức độ tuân thủ của người bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy tình trạng không tuân thủ làm giảm tỷ lệ đáp ứng phân tử và tế bào, đồng thời làm tăng nguy cơ tiến triển bệnh, kháng thuốc, giảm chất lượng sống và gia tăng chi phí điều trị.^{4,5} Trong thực hành lâm sàng các yếu tố như kiến thức, thái độ và hành vi của người bệnh - được tiếp cận qua mô hình Kiến thức - Thái độ - Thực hành (Knowledge - Attitude - Practice, KAP) - có ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả điều trị. Tuy nhiên, mức độ không tuân thủ thường bị đánh giá thấp bởi chính bệnh nhân, gia đình và cán bộ y tế,

Tác giả liên hệ: Đồng Thị Xuân Phương

Trường Đại học Dược Hà Nội

Email: Phuongdtx@hup.edu.vn

Ngày nhận: 21/04/2025

Ngày được chấp nhận: 15/05/2025

dẫn đến việc bỏ lỡ các cơ hội can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.⁶

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của bệnh nhân mắc CML liên quan đến điều trị bằng Imatinib còn rất hạn chế. Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương hiện đang quản lý ngoại trú một số lượng lớn bệnh nhân CML điều trị bằng Imatinib, do đó rất cần có thêm các dữ liệu cụ thể về nhận thức và hành vi tuân thủ điều trị trong nhóm bệnh nhân này. Nghiên cứu được thực hiện nhằm bổ sung bằng chứng thực tiễn, đồng thời cung cấp dữ liệu nền giúp xây dựng các biện pháp can thiệp phù hợp, từ đó góp phần nâng cao sự tuân thủ và hiệu quả điều trị CML tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc CML giai đoạn mạn tính điều trị bằng imatinib tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương đến khám tại khoa Khám bệnh từ tháng 10/2024 đến hết tháng 02/2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Từ 18 tuổi trở lên.
- Được chẩn đoán mắc CML giai đoạn mạn tính và thời gian điều trị trên 12 tháng.
- Được chỉ định sử dụng imatinib để điều trị CML ít nhất trong 6 tháng trở lại.
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không thể tham gia phỏng vấn do khiếm thính, rối loạn ngôn ngữ hoặc suy giảm nhận thức.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu không tính cỡ mẫu, tất cả các bệnh nhân thỏa mãn điều kiện tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian tiến hành phỏng vấn được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập dữ liệu

Thu thập dữ liệu thông qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu

Nghiên cứu tiếp cận các bệnh nhân mắc bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (CML) đang điều trị ngoại trú bằng imatinib tại cơ sở nghiên cứu, trong thời gian bệnh nhân chờ khám hoặc sau khi hoàn tất quá trình khám bệnh. Sau khi sàng lọc các tiêu chí lựa chọn, nghiên cứu viên cung cấp thông tin chi tiết về nghiên cứu và mời bệnh nhân tham gia; sự đồng ý được ghi nhận bằng xác nhận miệng. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp, sử dụng bộ câu hỏi tiêu chuẩn, và bao gồm các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, liệu pháp điều trị, lối sống, bộ câu hỏi kiến thức, thái độ và hành vi tuân thủ điều trị.

Bộ công cụ sử dụng trong nghiên cứu: Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi tuân thủ được xây dựng dựa hướng dẫn của Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia về CML (phiên bản 2.2024) và nghiên cứu của Song L. và cộng sự và được sửa đổi theo ý kiến của 2 chuyên gia về CML.^{2,7} Bảng câu hỏi cuối cùng bằng tiếng Việt và bao gồm 4 danh mục:

- (1) Thông tin nhân khẩu học, lâm sàng.
- (2) Đánh giá kiến thức về bệnh CML và imatinib, bao gồm các chủ đề như loại bệnh, thuốc và phương pháp đánh giá đáp ứng.
- (3) Đánh giá thái độ bao gồm cảm xúc, thái độ điều trị và lo ngại về chi phí.
- (4) Đánh giá hành vi liên quan đến tuân thủ điều trị.

Một số quy ước sử dụng trong nghiên cứu**Quy ước về biến số và các đo lường**

7,5 triệu đồng: mức thu nhập bình quân đầu người quý II.2024 theo thông cáo báo chí về tình hình lao động việc làm Quý II và 6 tháng đầu năm 2024 trên trang Thông tin điện tử Tổng cục Thống kê.

Khu vực sinh sống: Khu vực 1 (KV1), Khu vực 2 - nông thôn (KV2-NT), Khu vực 2 (KV2), Khu vực 3 (KV3) theo quy định tại Thông tư 08/2022/TT-BGDĐT quy định về phân chia khu vực tuyển sinh đại học và điểm ưu tiên khu vực.

Quy ước đánh giá đặc điểm kiến thức, thái độ, hành vi tuân thủ trong nghiên cứu

- **Điểm kiến thức:** 9 câu hỏi, 3 câu hỏi đánh giá chính xác kiến thức của bệnh nhân về bệnh lý với các đáp án là “đúng/sai”, câu trả lời đúng được 1 điểm, câu trả lời sai được 0 điểm. Đối với các câu hỏi khác, đánh giá mức độ nhận

thức hoặc tiếp xúc thông tin về bệnh với các mức đánh giá “có (trả lời đúng)” nhận được 2 điểm, “đã từng nghe” 1 điểm và “chưa bao giờ nghe” 0 điểm. Điểm số của 9 câu dao động từ 0 - 16 điểm.

- **Điểm thái độ:** 9 câu hỏi, được tính điểm bằng thang đo Likert 5 điểm (“hoàn toàn đồng ý” = 5 điểm, “bác bỏ hoàn toàn” = 1 điểm). Tổng số điểm dao động từ 9 đến 45.

- **Điểm tuân thủ:** Bao gồm bộ công cụ MARS-5 và 2 câu hỏi liên quan đến tuân thủ dùng thuốc và tái khám được đánh giá theo thang Likert 5. Điểm dao động từ 0 đến 35 điểm. Điểm số càng cao cho thấy mức độ tuân thủ càng cao, bệnh nhân tuân thủ càng tốt. Bệnh nhân được đánh giá là tuân thủ khi nếu có tổng điểm MARS-5 $\geq$ 20 điểm và tuân thủ dùng thuốc và tái khám $\geq$ 8 điểm.^{7,8} (Bảng 1)

Bảng 1. Đánh giá mức độ đặc điểm kiến thức, thái độ, tuân thủ (n = 200)

	Điểm	Phân loại
Kiến thức	< 8	Dưới tối ưu
	8 - 12	Trung bình
	≥ 12	Tối ưu
Thái độ	< 22,5	Dưới tối ưu
	22,5 - 33,75	Trung bình
	$\geq 33,75$	Tối ưu
Tuân thủ theo MARS-5	≥ 20	Tuân thủ
	< 20	Không tuân thủ
Tuân thủ dùng thuốc và tái khám	≥ 8	Tuân thủ
	< 8	Không tuân thủ

Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được nhập trên phần mềm Microsoft Excel 2016, được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) với

phân phối chuẩn; trung vị, khoảng tứ phân vị với phân phối không chuẩn. Biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Tương quan giữa các biến được kiểm

định bằng Kendall's tau (τ). Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p\text{-value} < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học của Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương với quyết định số 403/QĐ-HHTM. Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Toàn bộ thông tin cá nhân của người bệnh được mã hóa và bảo mật tuyệt đối. Dữ liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và không được sử dụng vào bất kỳ mục đích thương mại nào. Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y học trên đối tượng là con người.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập được 200 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Đặc điểm chung của bệnh nhân được trình bày tại *bảng 2*. Tuổi trung vị là 45 tuổi, nhóm tuổi từ 30 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (52,2%). Phần lớn đối tượng là người đang đi làm (68,5%) và đã kết hôn (90,5%). 38% bệnh nhân có thu nhập > 7,5 triệu đồng/tháng và hơn một nửa sống ở khu vực nông thôn (56,5%). Thời gian điều trị trung bình là 45,96 tháng (12-198), gần 70% người bệnh đã điều trị từ 1 đến 6 năm.

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Đặc điểm	Số lượng, n (%)
Tuổi, trung vị (min - max)	45(18 - 97)
Giới tính, nam	106 (52,7)
Mức độ được hưởng bảo hiểm y tế	
80%	107 (53,5)
95%	20 (10,0)
100%	73 (36,5)
Tình trạng việc làm	
Đang đi làm	137 (68,5)
Nghỉ hưu	16 (8,0)
Thất nghiệp	47 (23,5)
Đã kết hôn	181 (90,5)
Trình độ học vấn	
Tiểu học	17 (8,5)
Trung học cơ sở	78 (39,0)
Trung cấp/ trung học phổ thông	69 (34,5)
Cao đẳng/ Đại học	36 (18,0)

Đặc điểm	Số lượng, n (%)
Thu nhập	
Không có thu nhập	54 (27,0)
< 7,5 triệu	70 (35,0)
> 7,5 triệu	76 (38,0)
Tiền sử gia đình có người mắc bệnh ung thư	42 (20,4)
Khu vực sinh sống	
Nông thôn (KV3)	113 (56,5)
Ngoại thành (KV2/KV2NT)	51 (25,5)
Thành thị (KV1)	36 (18,0)
Thường xuyên giao tiếp với bệnh nhân khác	113 (43,5)
Có tham gia vào hội nhóm hỗ trợ bệnh nhân CML	52 (26,0)
Quãng đường di chuyển đi khám (km)	
≤ 50	55 (12,0)
50 - 100	57 (32,0)
100 - 300	64 (28,5)
≥ 300	24 (27,5)
Số ngày nghỉ để đi khám	
0,5 ngày	21 (10,5)
1 ngày	67 (33,5)
≥ 2 ngày	112 (56,0)
Chi phí	
< 7,5 triệu	168 (84,0)
≥ 7,5 triệu	32 (16,0)
Số bệnh viện đã tới khám CML	
1	176 (87,1)
≥ 2	24 (11,9)
Đặc điểm bệnh lý	
Có ít nhất 1 bệnh mắc kèm	54 (27,0)
Gặp ít nhất 1 tác dụng phụ của thuốc	165 (82,5)
Thời gian điều trị CML (tháng), trung vị (min - max)	45,96 (12 - 198)

Chú thích:

CML – Chronic Myloepid Leukemia (Bạch cầu tủy mạn), KV – Khu vực, KV1 – Khi vực 2, KV2NT – Khu vực 2 nông thôn, KV2 – Khu vực 2, KV3 – Khu vực 32. Đặc điểm kiến thức

Trung vị điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu là 10 (2 - 18). Trong khi phần lớn bệnh nhân nhận biết được bản chất bệnh lý (72,5%) và phương pháp điều trị chính (84,0%), tỷ lệ hiểu biết cụ thể liên quan một số khía cạnh quá trình điều trị còn hạn chế. Khoảng 40 - 50% bệnh

nhân hiểu biết đúng về tên thuốc đang sử dụng (43,5%), thời gian điều trị (40,0%), tần suất đánh giá đáp ứng (46,5%), cách đánh giá đáp ứng (52,0%). Tỷ lệ bệnh nhân hiểu rõ các nguy cơ khi tự ý ngừng thuốc cũng chỉ đạt 50,5% và 31,5% chưa từng nghe thông tin này. (Bảng 3).

Bảng 3. Kết quả đánh giá kiến thức đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Câu hỏi		Trung vị (min - max)/ Tỷ lệ (%)
Tổng		10 (2 - 18)
E28	Ông/bà có biết về mặt bản chất, đây là bệnh lý gì không?	0,73 (0 - 1)
	Đúng	145 (72,5)
	Sai	55 (27,5)
E29	Ông/bà có biết tên của bệnh này không?	1,69 (0 - 2)
	Có	141 (70,5)
	Đã từng nghe	50 (25,0)
	Chưa từng nghe	9 (4,5)
E30	Ông/ bà có biết mình đang trong giai đoạn nào của bệnh không	1,62 (0 - 2)
	Có	136 (68,0)
	Đã từng nghe	31 (15,5)
	Chưa từng nghe	33 (16,5)
E31	Ông/bà có biết loại thuốc đang dùng không?	1,38 (0 - 2)
	Có	87 (43,5)
	Đã từng nghe	94 (47,0)
	Chưa từng nghe	19 (9,5)
E32	Để điều trị bệnh này, phương pháp điều trị thường được lựa chọn là?	0,85 (0 - 2)
	Đúng	168 (84,0)
	Sai	32 (16,0)
E33	Ông/bà phải uống thuốc này trong bao lâu?	0,4 (0 - 1)
	Đúng	80 (40,0)
	Sai	120 (60,0)

	Câu hỏi	Trung vị (min - max)/ Tỷ lệ (%)
	Ông/bà có biết việc đánh giá đáp ứng với thuốc được thực hiện như thế nào không?	1,32 (0 - 2)
E34	Có	104 (52,0)
	Đã từng nghe	37 (18,5)
	Chưa từng nghe	59 (29,5)
	Ông/bà có biết tần suất phải thực hiện đánh giá đáp ứng này là như thế nào không?	1,2 (0 - 2)
E35	Có	93 (46,5)
	Đã từng nghe	41 (20,5)
	Chưa từng nghe	66 (33,0)
	Ông/bà có nắm được những nguy cơ khi tự ý ngừng thuốc?	1,28 (0 - 2)
E36	Có	101 (50,5)
	Đã từng nghe	36 (18,0)
	Chưa từng nghe	63 (31,5)

3. Đặc điểm thái độ

Nghiên cứu ghi nhận 64% bệnh nhân đạt điểm thái độ với bệnh lý và điều trị ở mức độ tối ưu với trung vị 35 (24 - 45). Các câu hỏi liên quan đến thái độ tuân thủ điều trị ghi nhận tỷ lệ đồng thuận cao: 73,5% hoàn toàn đồng ý rằng tuân thủ chỉ dẫn bác sĩ là yếu tố then chốt, 68,5% nhấn mạnh tầm quan trọng của dùng thuốc đúng đơn, và 56,5% đánh giá cao vai trò của việc tái khám đúng lịch.

Kết quả cho thấy còn tồn tại sự lo lắng về tiên lượng bệnh: chỉ 51,2% đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý rằng tuổi thọ của người mắc CML tương đương người khỏe mạnh; gần 60% bày tỏ lo ngại về diễn tiến bệnh hoặc đang gặp lo âu; tuy vậy, chỉ 22% hoàn toàn đồng ý đang trải qua trầm cảm hoặc lo lắng quá mức. Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân mong muốn được nâng cao nhận thức về bệnh (77%) và cho rằng chi phí điều trị là một gánh nặng đáng kể (69%) (Bảng 4).

Bảng 4. Kết quả đánh giá thái độ của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Câu hỏi	Bác bỏ hoàn toàn	Phản đối	Trung lập	Đồng ý	Hoàn toàn đồng ý	Điểm trung vị (min - max)
G37	6 (3,0)	28 (14,0)	50 (25,0)	42 (21,0)	74 (37,0)	3,89 (1 - 5)
G38	7 (3,5)	28 (14,1)	62 (31,2)	52 (26,1)	50 (25,1)	3,59 (1 - 5)
G39	13 (6,5)	36 (18,0)	80 (40)	44 (22,0)	27 (13,5)	3,18 (1 - 5)
G40	21 (10,5)	34 (17,0)	74 (37,0)	27 (13,5)	44 (22,0)	3,16 (1 - 5)

Câu hỏi	Bác bỏ hoàn toàn	Phản đối	Trung lập	Đồng ý	Hoàn toàn đồng ý	Điểm trung vị (min - max)
G41	9 (4,5)	39 (19,5)	35 (17,5)	55 (27,5)	62 (31,0)	3,77 (1 - 5)
G42	3 (1,5)	22 (11,0)	37 (18,5)	80 (40,0)	58 (29,0)	3,97 (1 - 5)
G43	x	x	4 (2,0)	49 (24,5)	147 (73,5)	4,73 (3 - 5)
G44	x	1 (0,5)	8 (4,0)	54 (27,0)	137 (68,5)	4,67 (2 - 5)
G45	2 (1,0)	1 (0,5)	15 (7,5)	69 (34,5)	113 (56,5)	4,52 (1 - 5)

G37. Ông/bà có lo lắng rằng bệnh của mình sẽ nghiêm trọng hơn trong tương lai?

G38. Ông/bà có cho rằng bệnh nhân mắc bạch cầu dòng tuỷ mạn tính có tuổi thọ tương đương với người khoẻ mạnh?

G39. Ông/bà có đang gặp phải những lo lắng vì căn bệnh này không?

G40. Ông/bà có đang cảm thấy trầm cảm hay lo lắng quá độ không?

G41. Ông/bà có muốn nắm được nhiều thông tin hơn về căn bệnh này không?

G42. Ông/bà có cảm thấy gánh nặng vì chi phí điều trị và xét nghiệm

G43. Theo ông/bà, để đạt kết quả điều trị bệnh bạch cầu dòng tuỷ mạn tính, quan trọng nhất là phải tuân theo chỉ dẫn của bác sĩ?

G44. Theo ông/bà, việc tuân thủ dùng thuốc TKI theo đơn kê là cực kì quan trọng?

G45. Theo ông/bà, tái khám đúng hẹn theo lịch của bác sĩ góp phần quan trọng vào việc kiểm soát bệnh bạch cầu mạn dòng tuỷ?

4. Đặc điểm về hành vi tuân thủ

Điểm trung vị tuân thủ đạt 29 (17 - 35). Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn ghi nhận 37% bệnh nhân “luôn luôn” không chủ động tìm hiểu về bệnh (D21) và hơn một nửa (51,5%) không tuân thủ đúng lịch tái khám (D22). Về hành vi tuân thủ dùng thuốc, 39,5% bệnh nhân thừa nhận đôi

khi hoặc thường xuyên quên uống thuốc (D23 - trung vị: 4,10). Ngoài ra, có tỷ lệ không nhỏ từng bỏ liều (42,5% - D26), tự thay đổi liều (11% - D24), giảm liều (13% - D27) hoặc ngừng thuốc (18,5% - D25) (Bảng 5).

Bảng 5. Đánh giá hành vi tuân thủ đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Câu hỏi	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ	Trung vị (min - max)
D21	73 (36,5)	33 (16,5)	40 (20,0)	23 (11,5)	31 (15,5)	2,29 (1 - 5)
D22	5 (2,5)	53 (26,5)	39 (19,5)	58 (29,0)	45 (22,5)	3,46 (1 - 5)
MARS -5						
D23		12 (6,0)	67 (33,5)	30 (15,0)	91 (45,5)	4,10 (2 - 5)
D24	3 (1,5)		8 (4,0)	11 (5,5)	178 (89,0)	4,88 (1 - 5)

Câu hỏi	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ	Trung vị (min - max)
D25		3 (1,5)	19 (9,5)	15 (7,5)	163 (81,5)	4,79 (2 - 5)
D26	1 (0,5)	8 (4,0)	49 (24,5)	31 (15,5)	111 (55,5)	4,37 (1 - 5)
D27	2 (1,0)		13 (6,5)	11 (5,5)	174 (87,0)	4,86 (1 - 5)

D21. Ông/bà không chủ động tìm hiểu các thông tin liên quan đến bệnh này.
D22. Ông/bà không tuân thủ nghiêm ngặt chỉ dẫn của bác sĩ về lịch tái khám.
D23. Ông/bà từng vô ý quên dùng thuốc TKI.
D24. Ông/bà từng tự ý thay đổi liều so với đơn kê.
D25. Ông/bà từng tự ý ngừng thuốc TKI trong một thời gian.
D26. Ông/bà từng thử bỏ 1 liều thuốc TKI.
D27. Ông/bà từng dùng thuốc ít hơn so với đơn kê của bác sĩ (giảm số viên, giảm số lần dùng).

5. Phân tích tương quan giữa điểm kiến thức, thái độ, hành vi

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan giữa kiến thức với thái độ ($\tau = 0,120$; $p =$

$0,020$) và hành vi ($\tau = 0,115$; $p = 0,024$). Trong khi đó, thái độ không liên quan rõ ràng đến hành vi trong nghiên cứu này (Bảng 6).

Bảng 6. Mối tương quan giữa KAP của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Đặc điểm	Hành vi	Kiến thức	Thái độ
Hành vi, τ (p)	1	-	-
Kiến thức, τ (p)	0,120 (0,010)	1	-
Thái độ, τ (p)	0,073 (0,077)	0,115 (0,012)	1

VI. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy mức độ hiểu biết, thái độ và hành vi của bệnh nhân mắc bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (CML) vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt là trong việc duy trì điều trị dài hạn và nhận thức về tầm quan trọng của việc theo dõi đáp ứng thuốc. Trong nghiên cứu cắt ngang bao gồm 902 bệnh nhân nhằm đánh giá mối quan hệ giữa kiến thức và sự tuân thủ của bệnh nhân đang được điều trị dài hạn cho một hoặc nhiều bệnh mãn tính được diễn ra tại 2 bệnh viện Jordan đã cho thấy có mối tương quan đáng kể giữa kiến thức của bệnh nhân và việc tuân thủ dùng thuốc của họ ($r = 0,357$, $p < 0,001$).⁹ Những bệnh nhân có hiểu biết được

phát hiện có khả năng tuân thủ ở mức trung bình đến cao gấp đôi so với những bệnh nhân không có hiểu biết.⁹ Điều này cũng tương đương với nghiên cứu của chúng tôi khi cho thấy kiến thức có mối tương quan với hành vi tuân thủ của người bệnh điều trị CML (0,020). Điểm nổi bật trong nghiên cứu này cho thấy phần lớn bệnh nhân (84%) trả lời đúng về phương pháp điều trị, nhưng không nắm được hoặc không biết mình đang dùng thuốc gì (53,5%), điều trị trong bao lâu (60%), phải đánh giá đáp ứng với thuốc như thế nào (48%) và nguy cơ biến chứng khi ngừng thuốc sẽ ra sao (49,5%). Điều này có nguy cơ sẽ dẫn đến việc tự ý ngừng thuốc nếu

sau một thời gian điều trị bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn, góp phần gây ra tình trạng kháng thuốc hoặc mất đáp ứng điều trị. Khi đó, mục tiêu kiểm soát sâu CML (MR4.5, MR5...) để có thể tiến tới ngừng điều trị có kiểm soát TFR với những lợi ích như giảm thiểu nguy cơ tác dụng phụ do imatinib, giảm chi phí điều trị và sinh con sẽ không đạt được.¹⁰ Để giải quyết khoảng cách kiến thức này, điều bắt buộc là phải triển khai các chương trình giáo dục và can thiệp có mục tiêu. Các sáng kiến này có thể bao gồm việc phát triển các tài liệu toàn diện thân thiện với bệnh nhân, chẳng hạn như các tập sách nhỏ, tài liệu quảng cáo và các nguồn tài nguyên trực tuyến, cung cấp thông tin chi tiết về liệu pháp TKI, các tác dụng phụ tiềm ẩn của nó cũng như các chiến lược để quản lý chúng. Hơn nữa, việc tăng cường giao tiếp giữa bệnh nhân và bác sĩ bằng cách khuyến khích các cuộc đối thoại cởi mở và cung cấp cho bệnh nhân cơ hội đặt câu hỏi rõ sẽ thúc đẩy sự hiểu biết sâu sắc hơn về phương pháp điều trị và các mối quan tâm tiềm ẩn của họ.⁷

Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu biểu hiện thái độ tích cực nhưng chưa đồng nhất với liệu pháp imatinib. Mặc dù, người bệnh phản hồi tích cực về việc tuân theo hướng dẫn của bác sĩ về đơn kê (98%), tái khám (91%) và tuân thủ (95,5%) nhưng lại cho thấy sự không chắc chắn về tuổi thọ (25%), tiên lượng bệnh (31,2%), suy nghĩ về bệnh (40%), trầm cảm (40%) và lo lắng về chi phí điều trị (69%). Vì bệnh nhân CML cần liệu pháp TKI dài hạn nên sức khỏe tâm thần của họ là vấn đề đáng quan tâm. Các nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh nhân CML bị trầm cảm và lo âu nhiều hơn khi đối mặt với những thách thức trong cuộc sống hàng ngày so với nhóm đối chứng khỏe mạnh.¹¹ Tỷ lệ tử vong do CML tiếp tục giảm, dẫn đến ngày càng có nhiều người sống chung với căn bệnh này.¹² Chi phí điều trị cũng là một điều đáng lo ngại, khi imatinib là 1 liệu pháp nhắm đích điều

trị kéo dài nên có chi phí điều trị cao.¹³

Trong đánh giá với hành vi tuân thủ của bệnh nhân, hơn 87% người bệnh báo cáo rằng mình tuân thủ với đơn kê của bác sĩ về việc dùng thuốc, nhưng chỉ có 15,5% chủ động tìm hiểu về bệnh và 22,5% tuân thủ nghiêm ngặt lịch tái khám. Điều này làm cho bệnh nhân thiếu hụt kiến thức về bệnh và có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình điều trị lâu dài. Khi bệnh nhân không tự chủ động tích lũy thông tin, họ dễ bị phụ thuộc hoàn toàn vào lời dặn của bác sĩ mà không hiểu rõ lý do hoặc cơ chế của liệu pháp điều trị.¹⁴ Điều này không chỉ hạn chế khả năng tự chăm sóc, mà còn có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận diện sớm các biến chứng hoặc tác dụng phụ phát sinh trong quá trình điều trị.¹⁵ Do đó, cần có những can thiệp toàn diện nhằm tăng cường hoạt động giáo dục cho bệnh nhân, đặc biệt là trong các chương trình chăm sóc ngoại trú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kiến thức, thái độ về bệnh và hành vi tuân thủ của bệnh nhân bạch cầu tủy mạn điều trị ngoại trú tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương cho thấy bệnh nhân bạch cầu mạn dòng tủy có thái độ tích cực và tuân thủ điều trị khá tốt, tuy nhiên kiến thức về liệu pháp, đặc biệt là thời gian và cơ chế tác dụng của thuốc, còn hạn chế. Vẫn ghi nhận một tỷ lệ bệnh nhân có hành vi tự ý ngừng thuốc, tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng kết quả điều trị. Mối liên quan giữa kiến thức và tuân thủ nhấn mạnh sự cần thiết của giáo dục chuyên biệt và hỗ trợ kiểm soát tác dụng phụ nhằm nâng cao tính tuân thủ và hiệu quả điều trị.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần xây dựng các chương trình tư vấn – giáo dục chuyên biệt dành cho bệnh nhân bạch cầu mạn dòng tủy, tập trung vào việc nâng cao hiểu biết về liệu pháp ức chế tyrosine kinase,

thời gian sử dụng thuốc và cách xử trí tác dụng phụ. Đồng thời, khuyến khích đẩy mạnh các nhóm hỗ trợ bệnh nhân và tăng cường tương tác giữa nhân viên y tế với người bệnh nhằm thúc đẩy hành vi tuân thủ điều trị bền vững. Việc lồng ghép sàng lọc yếu tố nguy cơ không tuân thủ vào quy trình theo dõi sẽ giúp can thiệp kịp thời, góp phần cải thiện hiệu quả điều trị lâu dài.

VII. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới các bệnh nhân và đội ngũ y tế tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, cũng như Trường Đại học Dược Hà Nội, đã tham gia và hỗ trợ tích cực trong quá trình thu thập dữ liệu cho nghiên cứu.

VIII. TUYÊN BỐ XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nghiên cứu này được thực hiện như một phần trong hoạt động cải tiến chất lượng thường quy của bệnh viện. Chúng tôi cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích tài chính hoặc mối quan hệ cá nhân nào có thể ảnh hưởng đến nội dung và kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen Y, Wang H, Kantarjian H, Cortes J. Trends in chronic myeloid leukemia incidence and survival in the United States from 1975 to 2009. *Leukemia & lymphoma*. Jul 2013; 54(7): 1411-7. doi:10.3109/10428194.2012.745525.
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA: a cancer journal for clinicians*. Jan 2022; 72(1): 7-33. doi:10.3322/caac.21708.
3. Hochhaus A, Larson RA, Guilhot F, et al. Long-Term Outcomes of Imatinib Treatment for Chronic Myeloid Leukemia. *The New England journal of medicine*. Mar 9 2017; 376(10): 917-927. doi:10.1056/NEJMoa1609324.
4. Cheng F, Cui Z, Li Q, Wang L, Li W. Adherence to tyrosine kinase inhibitor and clinical outcomes in patients with chronic myeloid leukemia. *Int Immunopharmacol*. Nov 2023; 124(PtA): 110847. doi:10.1016/j.intimp.2023.110847.
5. Santoleri F, Lasala R, Ranucci E, et al. Medication Adherence to Tyrosine Kinase Inhibitors: 2-Year Analysis of Medication Adherence to Imatinib Treatment for Chronic Myeloid Leukemia and Correlation with the Depth of Molecular Response. *Acta Haematol*. 2016; 136(1): 45-51. doi:10.1159/000444626.
6. Noens L, van Lierde M-A, De Bock R, et al. Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. *Blood*. 2009; 113(22): 5401-5411. doi:10.1182/blood-2008-12-196543.
7. Song L, Guo J, Zhou D, et al. Assessment of knowledge, attitudes, and practices of CML patients and their families toward TKI therapy in China. *Medicine*. Dec 15 2023; 102(50): e36498. doi:10.1097/md.00000000000036498.
8. Stone JK, Shafer LA, Graff LA, et al. Utility of the MARS-5 in Assessing Medication Adherence in IBD. *Inflammatory bowel diseases*. Feb 16 2021; 27(3): 317-324. doi:10.1093/ibd/izaa056.
9. Awwad O, Akour A, Al-Muhaissen S, Morisky D. The influence of patients' knowledge on adherence to their chronic medications: a cross-sectional study in Jordan. *International journal of clinical pharmacy*. Jun 2015; 37(3): 504-10. doi:10.1007/s11096-015-0086-3.
10. Pavlovsky C, Abello Polo V, Pagnano K, et al. Treatment-free remission in patients with chronic myeloid leukemia: recommendations of the LALNET expert panel. *Blood Advances*. 2021; 5(23): 4855-4863. doi:10.1182/bloodadvances.2020003235.
11. Efficace F, Breccia M, Cottone F, et al.

Psychological well-being and social support in chronic myeloid leukemia patients receiving lifelong targeted therapies. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. Dec 2016; 24(12): 4887-4894. doi:10.1007/s00520-016-3344-6.

12. Hao T, Li-Talley M, Buck A, Chen W. An emerging trend of rapid increase of leukemia but not all cancers in the aging population in the United States. *Scientific reports*. Aug 19 2019; 9(1): 12070. doi:10.1038/s41598-019-48445-1.

13. Blanke CD, Huse DM. Cost effectiveness

of tyrosine kinase inhibitor therapy in metastatic gastrointestinal stromal tumors. *Journal of medical economics*. 2010; 13(4): 681-90. doi:10.3111/13696998.2010.534670.

14. Krist AH, Tong ST, Aycock RA, Longo DR. Engaging Patients in Decision-Making and Behavior Change to Promote Prevention. *Studies in health technology and informatics*. 2017; 240: 284-302.

15. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*. Sep 2005; 1(3): 189-99.

Summary

EVALUATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICES OF OUTPATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKEMIA UNDERGOING IMATINIB TREATMENT AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Imatinib is regarded as the first-line therapy for Chronic Myeloid Leukemia (CML); however, its clinical efficacy is substantially contingent upon patient adherence. Knowledge, attitude, and practice (KAP) have been identified as pivotal determinants of therapeutic outcomes. In a cross-sectional descriptive study from October 2024 to the end of February 2025 at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion, direct interviews were conducted to 200 CML patients ((median age, 45 (18 - 97); 52.7% male)) to assess KAP parameters. Although attitudes and adherence behaviors were generally favorable, disease-specific knowledge remained suboptimal (median KAP scores: knowledge 10 (2 - 18); attitude 35 (24 - 45); practice 29 (17 - 35)). The demonstrated correlation between knowledge and attitude-practice underscores the imperative to embed comprehensive interventions-encompassing patient education, awareness enhancement, and psychosocial support-into clinical care pathways in order to optimize Imatinib adherence among CML patients.

Keywords: Chronic myeloid leukemia, adherence, imatinib, knowledge, attitude, practice.