

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

Thực trạng hòa nhập cộng đồng và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân phong đã được điều trị tại tỉnh Lâm Đồng năm 2017Lê Thị Hồng Hạnh¹, Lê Thị Kim Ánh^{2*}, Đặng Vũ Phương Linh², Phạm Lê Phương Thảo¹, Nguyễn Quốc Minh³**TÓM TẮT****Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mức độ tái hòa nhập và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự tái hòa nhập cộng đồng (HNCD) của bệnh nhân phong đã được điều trị.**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang phân tích, thực hiện trên toàn bộ 165 bệnh nhân phong đã được điều trị tại tỉnh Lâm Đồng thông qua bộ câu hỏi đánh giá HNCD ACPQ đã được chuẩn hóa tại Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng 38 trong 44 câu hỏi của bộ công cụ, trong đó 24 câu đánh giá mức độ hòa nhập với 5 mức độ được tính điểm từ 1 đến 5. Tổng điểm cao nhất là 120, và nghiên cứu sử dụng điểm cắt 50% - nghĩa là tổng điểm dưới 60 được xem là “không hòa nhập cộng đồng”.**Kết quả:** Nghiên cứu đã cho thấy có đến 74,5% người bệnh không HNCD. Các yếu tố liên quan đến tình trạng không HNCD của bệnh nhân bao gồm nữ giới (OR=2,7 KTC95%: 1,21-6,62), dân tộc thiểu số (OR=2,1 KTC95%: 0,94-4,54), trình độ học vấn thấp (OR=3 KTC95%: 1,25-7,24), không có nghề nghiệp (OR=2,5 KTC95%: 1,12-5,58), hộ gia đình nghèo (OR=3,5 KTC95%: 1,49-8,57), và có nhu cầu hỗ trợ kinh tế (OR=3,5 KTC95%: 1,47-8,9) và vật lý trị liệu (OR=2,6 KTC95%: 1,04-6,39) cũng như sự tự kỳ thị của bệnh nhân (OR=2,2 KTC95%: 0,99-4,68).**Kết luận:** Các nỗ lực cải thiện sự HNCD của bệnh nhân phong cần tập trung vào các nhóm bệnh nhân yếu thế như người dân tộc nghèo, không có việc làm, trình độ học vấn thấp, cũng như cần tập trung truyền thông về bệnh để giảm sự kỳ thị của xã hội và chính bản thân bệnh nhân.**Từ khóa:** hòa nhập cộng đồng, bệnh phong, Lâm Đồng, yếu tố ảnh hưởng.**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh phong là bệnh nhiễm trùng mãn tính, gây tàn tật đến cơ thể người bệnh. Bệnh nhân phong ngoài những tổn thương về thể chất còn bị tổn hại về tinh thần vì mặc cảm tự ti, mất khả năng lao động, và nghèo khổ. Đó là những yếu tố làm cho bệnh nhân phong khó hòa nhập trong cộng đồng xã hội (1).

Tại Việt Nam, chương trình chống phong đã trở thành Chương trình y tế quốc gia từ năm 1995.

Sau 10 năm thực hiện chương trình, ngành y tế đã điều trị khỏi cho trên 30.000 người mắc bệnh phong. Tuy nhiên trong số này có khoảng hơn 18.000 người bị tàn tật do bệnh phong sống rải rác trên mọi miền đất nước (2). Đến năm 2015, cả nước có 7.143 bệnh nhân ngưng điều trị đưa vào chăm sóc tàn tật, trong đó miền Trung-Tây nguyên có 1.893 bệnh nhân chiếm 26,5% so với toàn quốc (3).

Tại Lâm Đồng, từ khi triển khai Chương trình chống phong quốc gia đến nay tỉnh đã phát



*Địa chỉ liên hệ: Lê Thị Kim Ánh

Email: ltk@huph.edu.vn

¹Trung tâm Phòng chống bệnh xã hội tỉnh Lâm Đồng²Trường Đại học Y tế công cộng³Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Lâm Đồng

Ngày nhận bài: 05/03/2018

Ngày phản biện: 20/07/2018

Ngày đăng bài: 10/11/2018

hiện và điều trị khỏi hơn 1.600 bệnh nhân và kiểm soát tốt dịch bệnh với tỷ lệ lưu hành của tinh chi còn 0,17/10.000 dân (4). Trong năm 2016, tỉnh đã quản lý được 185 bệnh nhân phong, trong đó có 164/185 bệnh nhân ngưng điều trị được đưa vào chăm sóc tàn tật chiếm 88,64% với 144/185 bệnh nhân tàn tật nặng độ II chiếm tỷ lệ cao 77,83% (4). Các biến chứng tàn tật nặng nề như cụt bàn tay, cụt bàn chân, mù mắt... làm cho người bệnh mất khả năng lao động dẫn đến sự mặc cảm, tự ti do những thành kiến, kỳ thị về bệnh phong trong cộng đồng, bị người thân ruồng bỏ, xã hội xa lánh. Việc điều trị lành cho người bệnh phong không thể được xem là hoàn tất mà cho đến khi bệnh nhân phong được tái hòa nhập cộng đồng (HNCD) xã hội (5). Tuy nhiên, theo báo cáo của Trung tâm phòng chống bệnh xã hội tỉnh Lâm Đồng thì tỷ lệ bệnh nhân hoà nhập còn rất thấp. Ví dụ năm 2001 chỉ có 2% bệnh nhân phong được hoà nhập sau điều trị, đến năm 2011 tăng lên 8,7%. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mức độ tái hòa nhập và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến sự tái HNCD của bệnh nhân phong đã được điều trị.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang phân tích, được thực hiện từ 1-7/2017 tại Lâm Đồng.

Đối tượng và chọn mẫu

Đối tượng là bệnh nhân phong đã hoàn thành điều trị đang được quản lý của Trung tâm Phòng chống bệnh xã hội (TTPCBXH) Lâm Đồng, người nhà bệnh nhân và đại diện các bên liên quan bao gồm người dân địa phương, y tế và Ủy ban Nhân dân xã, Đội Y tế dự phòng huyện, và TTPCBXH tỉnh.

Cỡ mẫu được ước tính để xác định tỷ lệ bệnh nhân phong tái HNCD. Với công thức ước lượng 1 tỷ lệ ở mức ý nghĩa 5%, tỷ lệ ước

lượng là 50% (do chưa có nghiên cứu tham khảo) và sai số tuyệt đối 8%, cỡ mẫu cần thiết là 150. Theo báo cáo của TTPCBXH tỉnh Lâm Đồng, số lượng bệnh nhân phong đã điều trị đang được quản lý vào tháng 01/2017 là 165 bệnh nhân, do đó nghiên cứu chọn toàn bộ các bệnh nhân này.

Công cụ thu thập và chỉ số đánh giá

Bộ câu hỏi đánh giá hòa nhập cộng đồng Australia Community Participation Questionare (AC PQ) được Berry, Rodgers và Dear đưa vào sử dụng vào năm 2007. Bộ công cụ này đã được tác giả Nguyễn Thị Minh Thủy chuẩn hóa tại Việt Nam và được một số nghiên cứu về người tàn tật sử dụng (6). Trong 44 câu hỏi của bộ công cụ chuẩn hóa ở Việt Nam, nghiên cứu này không sử dụng các câu hỏi liên quan đến “quyên góp từ thiện” và “cam kết chính trị” vì 2 câu phần này trên thực tế bệnh nhân phong không tham gia, do đó còn 38 câu chia thành 12 câu phần, trong đó 24 câu đánh giá **mức độ hòa nhập** và 14 câu đánh giá **nhận thức hòa nhập cộng đồng** với 5 mức độ được tính điểm từ 1 đến 5. Bài báo này chỉ phân tích **mức độ hòa nhập** với tổng điểm cao nhất là 120. Trong báo cáo này, chúng tôi sử dụng điểm cắt 50% cho mức độ hòa nhập, nghĩa là dưới 60 điểm được xem là “không hòa nhập cộng đồng” (6).

Bộ công cụ sau khi được thử nghiệm với 10 bệnh nhân để hoàn thiện nội dung phù hợp với đối tượng nghiên cứu. Số liệu thu thập qua phỏng vấn trực tiếp, một số thông tin về đặc điểm bệnh tật được trích từ danh sách quản lý, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Ba điều tra viên đến từng hộ gia đình của bệnh nhân để phỏng vấn.

Phân tích số liệu

Nghiên cứu sử dụng các phương pháp thống kê mô tả như tần số, tỷ lệ và các phương pháp thống kê phân tích như kiểm định Khi bình phương (χ^2), OR và khoảng tin cậy 95% của OR để trả lời các mục tiêu nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y tế công cộng đồng ý thông qua ngày 15/02/2017 (Số 102/2017/YTCC-

HD3) và được sự chấp thuận của lãnh đạo và y tế địa phương.

KẾT QUẢ**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=165)**

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)		Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<60	78	47,3	Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	5	3,0
	>60	87	52,7		1- 5 năm	5	3,0
Giới tính	Nam	99	60,0	6- 10 năm	17	10,3	
	Nữ	66	40,0	≥ 10 năm	138	83,6	
Dân tộc	Kinh	54	32,7	Giám sát	26	15,8	
	Thiếu số	111	67,3	CSTT	139	84,2	
Tôn giáo	Thiên chúa giáo	115	69,7	Nhóm bệnh	Thể nhiều khuẩn	110	66,7
	Phật giáo	16	9,7		Thể ít khuẩn	55	33,3
	Tin lành	8	4,8	Độ tàn tật	0	16	9,7
	Khác	26	15,8		I	29	17,6
Trình độ học vấn	Không đi học	79	47,9	II	120	72,7	
	Tiểu học	52	31,5	Vết loét mạn tính	Có	36	21,8
	Trung học cơ sở	21	12,7		Không	129	78,2
	Đại học	13	7,9	Bệnh mạn tính kèm theo	Có	61	37,0
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng vợ/chồng	103	62,4		Không	104	63,0
	Chưa có vợ/chồng	8	4,8	Nghề nghiệp hiện tại	Không nghề	82	49,7
	Ly thân/Ly dị/Góa	54	32,7		Làm nông	68	41,2
Thu nhập gia đình	Hộ nghèo	54	32,7		Cán bộ/Công nhân	5	3,0
	Hộ cận nghèo	20	12,1		Khác (hưu trí, buôn bán)	10	6,1
	Hộ không nghèo	91	55,2				

Nghiên cứu đã thu thập thông tin trên 165 bệnh nhân. Bảng 1 cho thấy trong 165 đối tượng, người dân tộc thiểu số là chiếm hơn hai phần ba (67,3%) và nam giới chiếm tỷ lệ 60%. Phần lớn đối tượng theo Thiên chúa giáo (69,7%) và có học vấn thấp (không đi học và chỉ học tiểu học có tỷ lệ lần lượt là 47,9% và 31,5%). Khoảng 62% đối tượng sống cùng với vợ hoặc chồng và đến 49,7% là không có nghề nghiệp. Tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo khá cao, 44,8%.

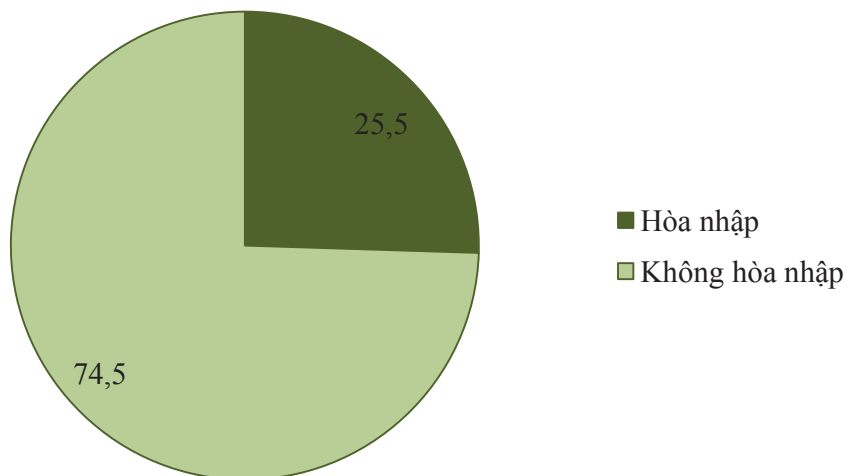
Bảng 1 cũng cho thấy có đến 138 người (83,6%) mắc bệnh phong trên 10 năm, đa số thuộc nhóm thể nhiều khuẩn là 66,7%, và tỷ lệ tàn tật độ II khá cao (72,7%).

Thực trạng tái hòa nhập cộng đồng của bệnh nhân phong

Như đã trình bày trong phần phương pháp, dựa vào tổng điểm trả lời 24 câu hỏi về mức độ HNCD, các đối tượng được đánh giá mức

độ hòa nhập chung với điểm cắt 60 điểm, kết quả cho thấy có 42 bệnh nhân (chiếm 25,5%)

được xem là có HNCD, và 123 bệnh nhân (chiếm 74,5%) không HNCD (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tình trạng hòa nhập cộng đồng

Các yếu tố liên quan đến tình trạng không HNCD của bệnh nhân phong

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân với HNCD

Các yếu tố	Hòa nhập cộng đồng		OR (95% CI)	p
	Không (n,%)	Có (n,%)		
Nhóm tuổi				
< 60	54 (69,2)	24 (30,8)	0,6 (0,27-1,26)	0,138
> 60	69 (79,3)	18 (20,7)		
Giới tính				
Nữ	56 (84,8)	10 (15,2)	2,7 (1,15-6,62)	0,013
Nam	67 (67,6)	32 (32,4)		
Dân tộc				
Dân tộc thiểu số	88 (79,2)	23 (20,8)	2,1 (0,94-4,54)	0,045
Kinh	35 (64,8)	19 (35,2)		
Trình độ học vấn				
Dưới Tiểu học	104 (79,3)	27 (20,7)	3,0 (1,25-7,24)	0,005
Trên Tiểu học	19 (55,9)	15 (44,1)		
Nghề nghiệp				
Không có	68 (82,9)	14 (17,1)	2,5 (1,12-5,58)	0,014
Có nghề nghiệp	55 (66,2)	28 (33,8)		
Kinh tế gia đình				
Hộ nghèo	64 (86,4)	10 (13,6)	3,5 (1,49-8,57)	0,002
Không nghèo	59 (64,8)	32 (35,2)		

Kết quả phân tích đơn biến ở bảng 2 cho thấy giới tính, dân tộc, trình độ học vấn và nghề nghiệp có mối liên quan đến HNCĐ của bệnh nhân phong. Cụ thể, nữ có khả năng không HNCĐ cao gấp khoảng 2,7 lần nam ($p=0,013$), bệnh nhân người dân tộc thiểu số có khả năng không HNCĐ cao gấp 2,1 lần người Kinh ($p=0,045$), và người không có

nghề nghiệp có khả năng không HNCĐ cao gấp 2,5 lần người có nghề nghiệp ($p=0,014$). Ngoài ra, bệnh nhân có trình độ học vấn dưới tiểu học có khả năng không hòa nhập cao gấp 3 lần người có học vấn cao hơn ($p=0,005$) và bệnh nhân thuộc hộ nghèo cũng có khả năng không hòa nhập cao gấp 3,5 lần bệnh nhân không thuộc hộ nghèo ($p=0,002$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các đặc điểm về bệnh tật với HNCĐ

Nội dung	Hòa nhập cộng đồng		OR (95% CI)	p
	Không (n,%)	Có (n,%)		
Mức độ tàn tật				
Có tàn tật	114 (76,5)	35 (23,5)	2,5 (0,74-8,24)	0,077
Không tàn tật	9 (56,2)	7 (43,8)		
Vết loét mạn tính				
Có vết loét	30 (83,3)	6 (16,7)	1,9 (0,71-6,15)	0,171
Không vết loét	93 (72,1)	36 (28,9)		
Nhu cầu tập vật lý trị liệu				
Có nhu cầu	105 (78,3)	29 (21,7)	2,6 (1,04-6,39)	0,019
Không nhu cầu	18 (58,1)	13 (41,9)		
Nhu cầu cung cấp dụng cụ hỗ trợ				
Có nhu cầu	112 (80,0)	28 (20,0)	5,1 (1,89-13,7)	<0,001
Không nhu cầu	11 (44,0)	14 (56,0)		

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa nhu cầu tập vật lý trị liệu để phục hồi chức năng và nhu cầu cung cấp dụng cụ hỗ trợ với mức độ HNCĐ của bệnh nhân. Các bệnh nhân có nhu cầu về 2 vấn đề này sẽ có khả năng không HNCĐ cao hơn các bệnh nhân không có nhu cầu (OR lần lượt là 2,6 và 5,1) (Bảng 3).

Kết quả ở bảng 4 cho thấy có mối liên quan

giữa nhu cầu kinh tế với mức độ HNCĐ của bệnh nhân. Bệnh nhân có nhu cầu hỗ trợ về kinh tế có khả năng không HNCĐ cao gấp 3,5 lần người không có nhu cầu hỗ trợ ($p=0,002$). Kết quả ở bảng 4 cũng cho thấy người tự kỳ thị có khả năng không HNCĐ cao gấp 2,2 lần so với người không tự kỳ thị, tuy nhiên mối liên quan giữa tự kỳ thị và HNCĐ không có ý nghĩa thống kê do khoảng tin cậy của OR là 0,99-4,68.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhu cầu hỗ trợ, sự kỳ thị với HNCĐ

Nội dung	Hòa nhập cộng đồng		OR (95% CI)	p
	Không (n,%)	Có (n,%)		
Nhu cầu hỗ trợ kinh tế				
Có nhu cầu	60 (86,9)	9 (13,1)	3,5 (1,47-8,9)	0,002
Không nhu cầu	63 (65,6)	33 (34,4)		
Nhu cầu hỗ trợ về giáo dục cho con cháu				
Có nhu cầu	101 (72,7)	38 (27,3)	0,5 (0,11-1,56)	0,199
Không nhu cầu	22 (84,4)	4 (16,6)		
Nhu cầu hỗ trợ về tìm việc làm ổn định cuộc sống				
Có nhu cầu	54 (71,0)	22 (29,0)	0,7 (0,33-1,52)	0,341
Không nhu cầu	69 (77,5)	20 (22,5)		
Tự kỳ thị				
Có kỳ thị	76 (80,8)	18 (19,2)	2,2 (0,99-4,68)	0,032
Không kỳ thị	47 (66,2)	24 (33,8)		
Xã hội kỳ thị				
Có kỳ thị	33 (86,4)	6 (13,6)	2,2 (0,81-6,95)	0,099
Không kỳ thị	90 (71,4)	36 (28,6)		

BÀN LUẬN

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đã được dịch và chuẩn hóa tại Việt Nam, đã sử dụng trong một số nghiên cứu về HNCĐ ở người khuyết tật (6). Sau khi loại bỏ một số câu hỏi không phù hợp với thực tế HNCĐ của bệnh nhân phong là “quyên góp từ thiện” và “cam kết chính trị”, 24 câu hỏi còn lại đã đánh giá mức độ HNCĐ của bệnh nhân, kết quả đã chỉ ra là có 25,5% bệnh nhân phong có HNCĐ. Tỷ lệ này không quá khác biệt với tỷ lệ trong nghiên cứu trên người khuyết tật tại Đà Nẵng của Phan Thị Hoàng Ngân (20,5%) (6).

Nghiên cứu đã đưa ra các kết quả quan trọng liên quan đến các HNCĐ của bệnh nhân. Kết quả phân tích mối liên quan giữa kỳ thị của xã hội và tự kỳ thị với HNCĐ chưa có ý nghĩa thống kê, nhưng tỷ lệ có hòa nhập ở bệnh nhân không bị xã hội kỳ thị cũng cao hơn các bệnh nhân bị xã hội kỳ thị (28,6% so với

13,6%); tương tự, tỷ lệ hòa nhập ở bệnh nhân không tự kỳ thị cũng cao hơn nhóm tự kỳ thị (33,8% so với 19,2%). Những kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Thị Hoàng Ngân về mức độ HNCĐ của người khuyết tật tại Đà Nẵng năm 2013 (6). Điều này có thể được lý giải là do khi tiếp xúc ra ngoài phạm vi gia đình, sự quan tâm và gắn kết với cộng đồng xung quanh sẽ ít gần gũi hơn, tâm lý bị kỳ thị bởi các quan điểm về bệnh phong của cộng đồng và tự kỳ thị sẽ dẫn đến tâm lý e dè của người bệnh phong khi phải tiếp xúc hay bày tỏ thái độ.

Ngoài vấn đề kỳ thị và tự kỳ thị, HNCĐ của bệnh nhân phong còn khác nhau theo giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp và các nhu cầu hỗ trợ của bệnh nhân. Nghiên cứu này đã chỉ ra rằng bệnh nhân nữ có khả năng HNCĐ kém hơn bệnh nhân nam, kết quả này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Phan Thị Hoàng Ngân, Singha và Henry J.C. de Vries

(7, 8). Trong bối cảnh văn hóa Việt Nam và của tỉnh Lâm Đồng khi chủ yếu bệnh nhân là người dân tộc, sự khác biệt giữa nam và nữ trong HNCĐ có thể là do nữ bệnh nhân thường e dè, ngại ngừng, mặc cảm trong giao tiếp và hoạt động xã hội hơn nam giới. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng bệnh nhân người dân tộc thiểu số ít có khả năng HNCĐ hơn bệnh nhân dân tộc Kinh. Điều này thể hiện đúng tập quán sinh sống của những người dân tộc mắc bệnh phong trên địa bàn tỉnh Lâm Đồng, họ chủ yếu sống tập trung, co cụm hơn sau khi hoàn thành điều trị (9). Tương tự NC của Phạm Thị Hoàng Ngân, trình độ học vấn thấp và không có nghề nghiệp cũng là yếu tố nguy cơ đối với việc không HNCĐ của người bệnh, cụ thể là người bệnh có trình độ học vấn thấp hơn có nguy cơ kém hòa nhập hơn và người không có nghề nghiệp có mức độ HNCĐ kém hơn người có nghề nghiệp.

Các nhu cầu tập vật lý trị liệu, nhu cầu cung cấp dụng cụ hỗ trợ và nhu cầu hỗ trợ kinh tế cũng là các yếu tố có liên quan đến HNCĐ. Điều này có thể liên quan chặt chẽ với mức độ tàn tật và khó khăn trong công việc và kinh tế gia đình của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra là bệnh nhân nghèo có nhiều nguy cơ không HNCĐ hơn bệnh nhân có kinh tế hộ gia đình tốt hơn (OR=3,5, p=0,002). Như vậy, trong nghiên cứu này, người bệnh phong chủ yếu là người dân tộc, trình độ học vấn thấp, nghèo và không có nghề nghiệp hoặc làm nông chiếm tỷ lệ cao, tất cả các yếu tố này nguy cơ khó HNCĐ của bệnh nhân.

Nghiên cứu này chỉ dừng lại ở phân tích đơn biến các mối liên quan, nên chưa đưa ra các khẳng định về các yếu tố ảnh hưởng đến việc HNCĐ của bệnh nhân, điều này đòi hỏi các phân tích sâu hơn trong tương lai. Tuy nhiên, các yếu tố được tìm thấy trong NC này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây về HNCĐ của người khuyết tật nói chung, do đó đây cũng là các kết quả đáng tin cậy, góp

phần trả lời câu hỏi về các khó khăn của bệnh nhân phong trong việc tái HNCĐ.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã cho thấy có đến gần 75% bệnh nhân phong không HNCĐ và đã xác định các yếu tố liên quan đến HNCĐ đó là giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, nhu cầu hỗ trợ kinh tế và nhu cầu vật lý trị liệu. Điều này đặt ra nhiệm vụ cho ngành y tế địa phương trong việc hỗ trợ HNCĐ cho các nhóm bệnh nhân phong yếu thế hơn như bệnh nhân là người dân tộc nghèo, không có việc làm, trình độ học vấn thấp cũng như truyền thông về bệnh để giảm sự kỳ thị của xã hội và chính bản thân bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh (2009), *Chiến lược phòng chống bệnh phong toàn cầu giai đoạn 2010-2015*, Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh.
2. Bộ Y tế (2015), *Hội nghị tổng kết công tác phòng chống bệnh phong quốc gia giai đoạn 2011-2015*, Bệnh viện Da liễu Trung ương.
3. Bệnh viện Phong – Da liễu Trung ương Quy Hòa (2015), *Báo cáo tình hình Quản lý bệnh nhân phong 11 tỉnh khu vực miền Trung – Tây nguyên năm 2014*, Bình Định.
4. Trung tâm Phòng Chống Bệnh xã hội tỉnh Lâm Đồng (2016), *Báo cáo hoạt động của chương trình phòng chống phong qua các năm, từ năm 2010 đến năm 2016*.
5. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 17/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 6 năm 2013 Quy định tiêu chí và hướng dẫn kiểm tra, công nhận loại trừ bệnh phong ở quy mô cấp tỉnh và cấp huyện, chủ biên.
6. Phan Thị Hoàng Ngân (2013), *Thực trạng khuyết tật và hòa nhập cộng đồng của người khuyết tật trong độ tuổi lao động tại phường Xuân Hà, quận Thanh Khê thành phố Đà Nẵng năm 2013*, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
7. AK Sinha¹ S Singh¹, BG Banerjee¹, N Jaswal (2009), "Participation level of the leprosy patients in society, Indian J Leprosy". 81, tr. 181-187.

8. Henry J.C. de Vriec (2014), “Social participation of diabetes and ex-leprosy patients in the Netherlands and patient preference for combined self-care groups, *Frontiers of medicine*”.
9. Trung tâm Phòng Chống Bệnh xã hội tỉnh Lâm Đồng (2016), *Báo cáo công tác phòng chống phong giai đoạn 2010-2015*.

Situation of community integration and factors affecting treated leprosy patients in Lam Dong province in 2017

Le Thi Hong Hanh¹, Le Thi Kim Anh^{2}, Dang Vu Phuong Linh²,
Pham Le Phuong Thao¹, Nguyen Quoc Minh³*

¹*Center for Social Disease Prevention and Fighting Lam Dong*

²*Hanoi University of Public Health*

³*Preventive Medicine Center of Lam Dong province*

Leprosy is a chronic infection that causes permanent physical disabilities. The treatment of the leprosy can not consider to be completed without community rehabilitation. The study was conducted to assess the rehabilitation of leprosy patients and to investigate several factors that influence the reintegration of leprosy patients that had been treated. The study was designed as cross-sectional descriptive study and analyzed for 165 treated leprosy patients in Lam Dong province through a standardized ACPQ questionnaire, which had been validated in Vietnam. The study also showed that only 25.5% of the patients have integrated into the community. The factors that affect the rehabilitation of the patient include gender (women), ethnic minorities, low education, unemployment, poor households, and the need for economic and physical therapy support and self-stigma of patients.

Keywords: *community integration/rehabilitation, leprosy, Lam Dong, influencing factors.*