

# MỨC ĐỘ LO ÂU CỦA NGƯỜI DÂN TRONG LÀN SÓNG DỊCH COVID-19 LẦN THỨ TƯ Ở VIỆT NAM

Nguyễn Thị Phương Hoa<sup>1</sup>

Đặng Thị Hoa<sup>1</sup>

Mai Văn Hải<sup>1</sup>

Hoàng Thị Xuyên<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Viện Tâm lý học, <sup>2</sup>Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hương.

## TÓM TẮT

COVID-19 đã gây ra khủng hoảng ở tất cả các khía cạnh của cuộc sống. Nghiên cứu này đã tiến hành khảo sát thực trạng lo âu trong làn sóng dịch thứ tư của người dân ở Hà Nội và Bắc Ninh dựa trên sự hồi cố của người dân. Thang đo Trầm cảm - Lo âu - Căng thẳng (Depression Anxiety Stress Scale 21 - DASS-21) được sử dụng để xác định trạng thái sức khỏe tâm thần của người trả lời trong thời gian giãn cách/phong tỏa vì dịch bệnh COVID-19 từ tháng 4 đến tháng 11 năm 2021. Kết quả khảo sát trên 1.059 người dân (độ tuổi trung bình là 47,5) cho thấy, một bộ phận người dân đã trải qua sự lo âu từ mức nhẹ đến mức rất nặng, tỷ lệ cao hơn ở phụ nữ, nông dân, cán bộ công chức, viên chức. Tuy nhiên, cho đến thời điểm khảo sát (tháng 4 - 5/2022), phần lớn người dân đã trở lại trạng thái bình thường trong sinh hoạt. Một số nguyên nhân của tình trạng này đã được bàn luận trong bài viết.

**Từ khóa:** Lo âu; Làn sóng dịch COVID-19 lần thứ tư; COVID-19 tại Việt Nam.

Ngày nhận bài: 25/11/2022; Ngày duyệt đăng bài: 25/12/2022.

## 1. Đặt vấn đề

Dịch bệnh COVID-19 được phát hiện lần đầu tiên vào cuối năm 2019 tại Vũ Hán (Trung Quốc). Đến ngày 11/3/2020, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công bố COVID-19 là đại dịch toàn cầu. Chỉ tính đến giữa tháng 8/2022, đại dịch COVID-19 đã gây ra 597 triệu ca lây nhiễm và cướp đi mạng sống của 6,5 triệu người trên toàn thế giới. Cùng thời gian trên, ở Việt Nam, đã có hơn 11 triệu ca nhiễm và 43 nghìn ca tử vong (<https://www.worldometers.info/coronavirus>). Có thể nói, đây là cuộc khủng hoảng trầm trọng nhất trong lịch sử thế giới đương đại và tác động tiêu cực đến tất cả các lĩnh vực của đời sống con người từ y tế, giáo dục, kinh tế, tương tác xã hội...

Đứng trước những thách thức to lớn vì đại dịch, nhiều nghiên cứu đã làm rõ tình trạng sức khỏe tâm thần cũng như chiến lược ứng phó với COVID-19 của người dân và các chính phủ (Umucu và Lee, 2020; Guan và cộng sự, 2020). Các nghiên cứu này đều chỉ ra tình trạng stress (hay căng thẳng tâm lý), lo lắng, hoảng loạn liên quan đến COVID-19 (Dymecka, Gerymski và Machnik-Czerwik, 2021) cũng như các chiến lược ứng phó khi đại dịch đang diễn ra (Wang và cộng sự, 2020; Baloran, 2020; Jungmann và Witthöft, 2020). Thêm vào đó, đặc điểm tâm lý, tình trạng lo âu căng thẳng của các nhóm xã hội cụ thể cũng được quan tâm làm rõ. Tiêu biểu như các nghiên cứu của Asmundson và cộng sự (2020) về stress, tự thu mình khi đại dịch xảy ra ở những người đã được chẩn đoán rối loạn lo âu từ trước đó; Umucu và Lee (2020) tập trung làm rõ tình trạng căng thẳng của những người có bệnh mãn tính và khuyết tật; Nguyễn Thị Hoài và cộng sự (2022) chỉ ra sự căng thẳng của nhân viên y tế, điều dưỡng, Nguyen và cộng sự (2021) chỉ ra tình trạng lo lắng, căng thẳng ở mức rất nặng của nhân viên y tế tuyến đầu chống dịch. Waselewski và cộng sự (2020) trên cơ sở phỏng vấn bằng điện thoại với 1.174 thanh niên trong độ tuổi 14 - 24 tại Anh trong thời kỳ phong tỏa đã chỉ ra tình trạng nghiêm trọng như việc học tập bị tạm dừng, mất việc, mất hỗ trợ tài chính, chỗ ở không ổn định, cách ly xã hội và lo lắng - trầm cảm...

Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng quan tâm đến các vấn đề hậu COVID-19. *Magnúsdóttir và cộng sự (2022) đã tiến hành nghiên cứu trên 247.249 người từ 6 quốc gia gồm Đan Mạch, Estonia, Iceland, Na Uy, Thụy Điển và Anh, trong đó có 9.979 người từng được chẩn đoán mắc COVID-19 để tìm hiểu về các triệu chứng liên quan đến sức khỏe tâm thần của những người này. Kết quả cho thấy các bệnh lý tâm thần của người dân vẫn còn hiện hữu sau 16 tháng mắc COVID-19. Những người phải điều trị từ 7 ngày trở lên do mắc COVID-19 có tần suất của triệu chứng trầm cảm và lo âu cao hơn 50 - 60% so với người khác. Các nghiên cứu gần đây của Hossain và cộng sự (2021), Yaksi và cộng sự (2022) đều khẳng định sự tồn tại của các triệu chứng hậu COVID-19 liên quan đến sức khỏe tâm thần. Có thể nói, sự lo âu thậm chí hoảng loạn vì COVID-19 và sự phục hồi sau đại dịch luôn là những vấn đề nóng hổi và cần phải tiếp tục làm rõ hơn nữa. Trong thực tế, cùng chịu tác động tiêu cực của COVID-19 nhưng ở mỗi nhóm mẫu nghiên cứu, mỗi nền văn hóa lại có thể chịu tác động, cách thức ứng phó và phục hồi khác nhau.*

Để làm rõ các vấn đề sức khỏe tâm thần và COVID-19, nhiều nghiên cứu cũng quan tâm đến việc phát triển các thang đo cho vấn đề này. Ví dụ như thang đo Lo lắng về COVID-19 (Coronavirus Anxiety Scale - CAS), do Lee phát triển năm 2020. Thang đo này dựa trên trải nghiệm lo lắng của 775 người lớn về virus corona để kiểm nghiệm về độ tin cậy và hiệu lực. Năm 2020, Chandu và cộng sự

đã thống kê và chỉ ra có 14 thang đo về sức khỏe tâm thần và COVID-19. Từ đó, các tác giả tiếp tục phát triển thang đo 7 item lo lắng về COVID-19 (Seven-item COVID-19 Anxiety Scale). Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu cũng đã sử dụng thang đo DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21) để làm rõ tình trạng sức khỏe tâm thần của người dân liên quan đến đại dịch. Tiêu biểu như nghiên cứu của Uka và cộng sự (2021) đã làm rõ mối quan hệ giữa sự sợ hãi liên quan đến COVID-19 và mức độ stress, lo lắng và trầm cảm. Trên cơ sở sử dụng thang DASS-21 với 246 người (154 nam và 92 nữ) sống tại Kosovo, các tác giả chỉ ra nỗi sợ hãi COVID-19 có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với stress và trầm cảm. Tại Pakistan, Raza và cộng sự (2020) sử dụng thang DASS-21 để làm rõ sức khỏe tâm thần của bệnh nhân COVID-19. Kết quả chỉ ra 72,1% có điểm số bình thường ở khía cạnh trầm cảm; 75,4% có kết quả bình thường ở khía cạnh stress và lo âu; phụ nữ có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm cao hơn nam giới...

Thang đo DASS và DASS-21 được phát triển ở Úc bởi Lovibond và Lovibond (University of New South Wales) (Le và cộng sự, 2017). Lovibond và Lovibond (1995) đã rút gọn thang đo DASS thành phiên bản DASS-21 và hiện nay thang đo này đã được chấp nhận sử dụng rộng rãi trên thế giới. Ở Việt Nam, thang đo DASS-21 đã được đánh giá độ hiệu lực và độ tin cậy bởi Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia (Tran và cộng sự, 2013). Tuy nhiên, theo hiểu biết của chúng tôi, chưa có nhiều nghiên cứu sử dụng thang đo này để đánh giá sức khỏe tâm thần của người dân ở quy mô lớn liên quan đến COVID-19, đặc biệt là ở các vùng từng bị phong tỏa nghiêm ngặt.

Có thể nói rằng, sức khỏe tâm thần nói chung, tình trạng lo âu nói riêng ở người Việt Nam cần tiếp tục được quan tâm và làm rõ. Vì vậy, chúng tôi đã sử dụng tiêu thang đo Lo âu của DASS-21 để đánh giá tình trạng lo âu của người dân Việt Nam trong làn sóng dịch thứ tư.

## **2. Mẫu và phương pháp nghiên cứu**

### **2.1. Mẫu nghiên cứu**

Nghiên cứu này chọn hai điểm khảo sát tại Hà Nội và Bắc Ninh là những nơi xảy ra đại dịch đầu tiên ở Việt Nam. Cụ thể, tại Hà Nội, 596 (chiếm 56,3%) người dân ở xã Tiến Thắng, Mê Linh - nơi có ổ dịch đầu tiên của Hà Nội tại thôn Bạch Trữ (cuối tháng 10/2021) và phường Trung Hòa, quận Cầu Giấy đã tham gia khảo sát. Tại Bắc Ninh, 463 (chiếm 43,7%) người dân xã Mão Điền, huyện Thuận Thành - cũng là ổ dịch đầu tiên của Bắc Ninh (cuối tháng 8/2021). Khảo sát diễn ra vào từ tháng 4 - 5/2022. Những người trả lời phỏng vấn đã vượt qua làn sóng dịch thứ tư (27/4/2021 - 30/12/2021) được 3 - 4 tháng.

Dưới sự hỗ trợ của cán bộ xã, mỗi xã chúng tôi chọn một số thôn để khảo sát. Cán bộ thôn giúp chúng tôi thông báo và lập danh sách người dân tham gia khảo sát, cố gắng đảm bảo có sự cân bằng tương đối về giới tính và độ tuổi. Sự tham gia của người dân vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, sau khi trả lời phiếu mỗi người dân được nhận một khoản kinh phí. Điều tra viên cung cấp đầy đủ các thông tin, giới thiệu mục tiêu điều tra cho từng người dân. Sau khi nhận được sự đồng ý của người dân, điều tra viên tiến hành phỏng vấn theo một bảng hỏi soạn sẵn.

**Bảng 1: Đặc điểm khách thể nghiên cứu**

Đặc điểm khách thể nghiên cứu		N (%)
Giới tính	Nữ	543 (51,3)
	Nam	516 (48,7)
Tuổi trung bình (Độ lệch)		47,5 (13,7)
Nhóm tuổi	Từ 19 đến 35 tuổi	256 (24,2)
	Từ 36 đến 45 tuổi	255 (24,1)
	Từ 46 đến 59 tuổi	318 (30,0)
	Trên 60 tuổi	230 (21,7)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	45 (4,2)
	Đã kết hôn	936 (88,4)
	Góa/Ly hôn	78 (7,4)
Trình độ học vấn	Không biết chữ	37 (3,5)
	Tiểu học	245 (23,1)
	THCS	332 (31,4)
	THPT	203 (19,2)
	Cao đẳng, đại học	242 (22,9)
Nghề nghiệp	Cán bộ, công chức, viên chức	124 (11,7)
	Nông dân	386 (36,4)
	Công nhân	220 (20,8)
	Buôn bán nhỏ/việc không chính thức	186 (17,6)
	Nghỉ hưu/ nội trợ	114 (10,8)
	Khác (Không nghề: khuyết tật, lang thang cơ nhỡ...)	29 (2,7)

Tổng số có 1.059 người dân tham gia trả lời bảng hỏi. Trong đó, tỷ lệ nam nữ tương đối cân bằng, độ tuổi trung bình của người dân là 47,5; nhóm từ 45 tuổi trở xuống chiếm gần một 1/2. Phần lớn (88,4%) người dân đang trong quan hệ hôn nhân (đã kết hôn). Trình độ học vấn của phần lớn (73,4%) người dân từ THCS trở lên; trong đó người có trình độ THCS là cao nhất, tiếp đến là nhóm có trình độ tiểu học, nhóm có trình độ cao đẳng, đại học và vẫn còn một tỷ lệ nhỏ (3,5%) số người không biết chữ. Người dân tham gia nghiên cứu này thường là nông dân (36,3%), công nhân (20,8%) hoặc buôn bán nhỏ/làm việc không chính thức (17,6%); gần 12% là cán bộ, công chức, viên chức; gần 11% người dân nghỉ hưu/nội trợ; một bộ phận nhỏ không có nghề nghiệp.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp chủ yếu của nghiên cứu này là điều tra bằng bảng hỏi. Bảng hỏi gồm 2 phần chính: (1) Thông tin cá nhân của người trả lời; (2) Thang đo Sức khỏe tâm thần DASS-21. Trong nghiên cứu này, thang đo Sức khỏe tâm thần DASS-21 được sử dụng để bước đầu xác định trạng thái sức khỏe tâm thần của người trả lời trong thời gian giãn cách/phong tỏa vì dịch bệnh COVID-19 từ tháng 4 đến tháng 11 năm 2021 - làn sóng dịch thứ tư. Trong bài viết này, chúng tôi chỉ sử dụng tiểu thang đo Lo âu (DASS-21-A). Chúng tôi đã sử dụng biện pháp hồi cố để thu thập dữ liệu, nghĩa là người trả lời được yêu cầu nhớ lại tình trạng của mình trong thời gian đó để đánh giá theo các mệnh đề/biểu hiện của DASS-21. Đồng thời, người trả lời còn được yêu cầu đánh giá sự tồn tại ở thời điểm hiện tại của các biểu hiện lo âu đã xuất hiện trong thời gian giãn cách/phong tỏa.

DASS-21 (Depression Anxiety and Stress Scales) là thang đánh giá được phát triển bởi các nhà khoa học thuộc Đại học New South Wales (Úc): Lovibond và Lovibond (1995). DASS-21 là phiên bản rút gọn của DASS-42, gồm 21 mệnh đề (item) chia đều cho 3 tiểu thang đo: trầm cảm, lo âu và căng thẳng. DASS-21 có thể được dùng trong tầm soát và đánh giá mức độ trầm cảm, lo âu và stress. Tại Việt Nam, thang đánh giá Lo âu - trầm cảm - stress (DASS) được sử dụng phổ biến tại nhiều cơ sở về sức khỏe tâm thần và được Bộ Y tế đưa vào danh mục kỹ thuật trắc nghiệm tâm lý (Bộ Y tế, 2013). DASS-21 đã được Tran và cộng sự (2013) dịch sang tiếng Việt đánh giá giá trị và hiệu lực trên 221 phụ nữ có con nhỏ. Nhóm tác giả này đã đi đến kết luận DASS-21 là một công cụ đo lường tâm lý và dễ hiểu có thể được sử dụng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, can thiệp cộng đồng hoặc như một công cụ sàng lọc tại các cơ sở lâm sàng ở nông thôn Việt Nam.

**Bảng 2:** Các mức độ lo âu được đánh giá theo thang DASS-21

Mức độ lo âu	Mức điểm
Bình thường	0 - 7
Nhẹ	8 - 9
Vừa	10 - 14
Nặng	15 - 19
Rất nặng	20+

Mỗi biểu hiện lo âu có 4 phương án trả lời, trong đó: 0- Không đúng với tôi chút nào cả; 1- Đúng với tôi phần nào hoặc thỉnh thoảng mới đúng; 2- Đúng với tôi phần nhiều hoặc phần lớn thời gian là đúng; 3- Hoàn toàn đúng với tôi hoặc hầu hết thời gian là đúng. Điểm của tiểu thang đo Lo âu được tính bằng cách cộng điểm các biểu hiện thành phần rồi nhân hệ số 2 và chia làm 5 mức độ: (1) Bình thường; (2) Nhẹ; (3) Vừa; (4) Nặng và (5) Rất nặng (bảng 2).

Bên cạnh khảo sát bằng bảng hỏi, chúng tôi còn tiến hành phỏng vấn sâu 12 người dân. Mỗi địa phương chọn 6 người, trong đó có 2 người đã từng bị nhiễm COVID-19 phải đi điều trị dài ngày tại các bệnh viện tuyến huyện hoặc bệnh viện dã chiến; 2 người bị nhiễm điều trị tại nhà và 2 người chưa bị nhiễm nhưng tham gia toàn bộ quá trình ngăn chặn dịch bệnh và chăm sóc người bệnh; thực hiện 2 cuộc thảo luận nhóm cán bộ xã; 2 cuộc thảo luận với người dân và cán bộ thôn. Nội dung phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm tập trung vào những trải nghiệm của người dân trong bối cảnh dịch bệnh, những ảnh hưởng của dịch bệnh và cách ứng phó của họ.

Số liệu khảo sát được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0. Các phép thống kê được sử dụng gồm: phân tích độ tin cậy thang đo, tính tần suất, phân tích bảng chéo, phân tích hồi quy. Tiểu thang đo Lo âu có Alpha của Cronbach là 0,85.

### 3. Kết quả nghiên cứu

**Bảng 3:** Mức độ lo âu của người dân (n, %)

Mức độ	DASS-21-A
Bình thường	894 (84,4)
Nhẹ	70 (6,6)
Trung bình	52 (4,9)
Nặng	13 (1,2)
Rất nặng	30 (2,8)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn người dân (84,4%) ở mức độ bình thường tức là không có lo âu; nhưng một bộ phận nhỏ người dân đã có dấu hiệu lo âu (15,6%) từ mức nhẹ đến mức rất nặng trong thời gian giãn cách/phong tỏa vì COVID-19. Trong đó, phần lớn ở mức nhẹ và trung bình, tuy nhiên trong 100 người có khoảng 3 người bị lo âu ở mức rất nặng.

Tỷ lệ người dân cảm thấy lo âu có một số khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh theo các đặc điểm nhân khẩu. So với nam giới, nữ giới có tỷ lệ lo âu cao hơn (18,6% so với 12,4%). Tỷ lệ lo âu của nhóm nông dân là cao nhất, tiếp đến là nhóm cán bộ, công chức, viên chức, nhóm nghỉ hưu/nội trợ; nhóm công nhân và nhóm buôn bán nhỏ/việc không chính thức có tỷ lệ lo âu thấp hơn, trong đó tỷ lệ của nhóm buôn bán nhỏ/việc không chính thức là thấp nhất. Nhóm người dân thuộc gia đình nghèo có tỷ lệ lo âu cao hơn nhóm gia đình trung bình và khá giả/giàu.

**Bảng 4:** So sánh mức độ lo âu của người dân theo các đặc điểm nhân khẩu

Đặc điểm nhân khẩu		Mức độ lo âu (n - %)		$\chi^2$
		Không lo âu	Có lo âu	
Giới tính (n = 1.059)	Nữ giới	442 (81,4)	101 (18,6)	7,73**
	Nam giới	452 (87,6)	64 (12,4)	
Nghề nghiệp (n = 1.030)	Cán bộ, công chức, viên chức	101 (81,5)	<b>23 (18,5)</b>	54,04***
	Nông dân	290 (75,1)	<b>96 (24,9)</b>	
	Công nhân	203 (92,3)	17 (7,7)	
	Buôn bán nhỏ/việc không chính thức	178 (95,7)	8 (4,3)	
	Nghỉ hưu/nội trợ	96 (84,2)	18 (15,8)	
Kinh tế hộ gia đình	Khá giả/Giàu	55 (87,3)	8 (12,7)	11,22**
	Trung bình	728 (85,7)	121 (14,3)	
	Nghèo	108 (75,0)	<b>30 (25,0)</b>	

Ghi chú: \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$ .

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy giới tính, nghề nghiệp có khả năng dự báo được lo âu của người dân. Theo đó, nữ giới có nguy cơ lo âu cao hơn nam giới. So với nhóm nghỉ hưu/nội trợ, nhóm nông dân có nguy cơ lo âu cao hơn; nhóm công nhân và nhóm buôn bán nhỏ/việc không chính thức có nguy cơ lo âu thấp hơn. Trong khi đó, khi chịu sự kiểm soát của biến giới tính và nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình không còn dự báo nguy cơ lo âu của người dân.

**Bảng 5:** Kết quả phân tích hồi quy đa biến tác động đến lo âu của người dân

Các yếu tố	OR hiệu chỉnh	95%CI	p
<i>Giới tính</i>			
Nam	0,69	0,48 - 0,99	<b>0,042</b>
Nữ	1	-	-
<i>Nghề nghiệp</i>			
Cán bộ, công chức, viên chức	1,26	0,64 - 2,48	0,512
Nông dân	1,80	1,03 - 3,16	<b>0,041</b>
Công nhân	0,49	0,24 - 0,99	<b>0,048</b>
Buôn bán nhỏ/việc không chính thức	0,27	0,11 - 0,63	<b>0,003</b>
Nghỉ hưu, nội trợ	1	-	-
<i>Kinh tế hộ gia đình</i>			
Khá giả/Giàu	0,87	0,36 - 2,11	0,750
Trung bình	0,68	0,43 - 1,08	0,103
Nghèo	1	-	-
Kiểm định sự phù hợp của mô hình Hosmer and Lemeshow: N = 1.027; $\chi^2 = 7,24$ ; df = 8; p = 0,511			

Kết quả phân tích số liệu cũng cho thấy rằng trong làn sóng dịch thứ tư, 15,6% số người dân bị lo âu nhưng đến thời điểm khảo sát (4/2022) thì các biểu hiện lo âu đã giảm đi đáng kể: 57% số người đã bị lo âu đã không còn một biểu hiện nào của lo âu; 3,7% số người dân vẫn còn hơn một nửa số biểu hiện; số còn lại còn từ 1 - 3 biểu hiện.

#### 4. Bàn luận

Giai đoạn giãn cách/phong tỏa vì COVID-19, nhất là giai đoạn đầu đã trở thành hồi ức khó quên, thậm chí giạt mình, sợ hãi khi nhắc đến COVID-19 ở một bộ phận người dân. Một cán bộ xã Mão Điền cho biết: “Nhà tôi có cháu 2 tuổi ở Hà Nội về chơi, bị COVID nên phải ở lại. Bây giờ cứ nghe tiếng loa phát thanh là sợ. Lấy máu cả chục lần nên cứ nghe loa là khóc thét bảo: COVID đến” (thảo luận nhóm cán bộ xã Mão Điền, Thuận Thành, Bắc Ninh). Một hiệu trưởng tại đây cho biết: “Theo đánh giá chủ quan của tôi, ít nhất 10% giáo viên bị sang chấn tâm lý như tôi phải đi điều trị 3 lần do thở nhanh vì căng thẳng” (thảo luận nhóm cán bộ xã Mão Điền, Thuận Thành, Bắc Ninh). Một trưởng thôn tại xã này cho hay: “Khi nghe có dịch bệnh tại xã, nhiều người dân hoảng loạn. Lúc đó thông tin về sự lây lan, về số người chết càng làm người dân hoảng loạn hơn.

*Người dân trong thôn ám ảnh với tiếng loa phát thanh. Họ thường bảo: Sợ nhất là đêm nghe thấy ông trưởng thôn thông báo trên loa. Cả nhà đang làm gì, cũng bỏ hết, chạy ra nghe”* (thảo luận nhóm cán bộ thôn Ngòi Hồ Tùng, Mão Điền, Thuận Thành, Bắc Ninh).

Tỷ lệ lo âu của người dân trong nghiên cứu này thấp hơn tỷ lệ lo âu của cán bộ y tế trong một bệnh viện dã chiến tại Đồng Tháp (48,1%) trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Chiến, Nguyễn Minh Công (2022). Sự khác biệt này có thể là do khác biệt về khách thể nghiên cứu, một bên là người dân nói chung, một bên là cán bộ y tế đang tham gia chống dịch tại bệnh viện dã chiến; hơn nữa tình hình dịch bệnh ở các tỉnh phía Nam nghiêm trọng hơn các tỉnh phía Bắc. Mặt khác, đến làn sóng dịch thứ tư, có thể là người dân ở các địa phương này đã có thêm nhiều hiểu biết về dịch bệnh, nhiều kinh nghiệm phòng chống dịch, lại đã được tiêm chủng nên tâm trạng bớt lo lắng, căng thẳng hơn. Ngoài ra, sự khác biệt này có thể xuất phát từ hạn chế của nghiên cứu: nghiên cứu hồi cố nên có thể người dân không nhớ rõ tâm trạng, cảm giác của mình trước đó. Những điều này dẫn đến tỷ lệ lo âu thấp, trong khi tỷ lệ thực tế có thể còn cao hơn.

Tương tự nhiều nghiên cứu (Raza và cộng sự, 2020; Bigalke và cộng sự, 2020; Tsukamoto và cộng sự, 2021; Metin và cộng sự, 2022), kết quả nghiên cứu này cho thấy phụ nữ có nguy cơ lo âu cao hơn nam giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, đại dịch COVID-19 làm gia tăng 25% tỷ lệ lo âu và trầm cảm trên toàn cầu. Phụ nữ là đối tượng chịu ảnh hưởng nặng nề hơn nam giới. Sự cô đơn, sợ lây nhiễm, sợ phải trải qua cái chết của bản thân và những người thân yêu và những lo lắng về tài chính cũng được coi là những yếu tố gây căng thẳng dẫn đến lo lắng và trầm cảm.

Nghiên cứu của chúng tôi còn phát hiện ra rằng, nhóm nông dân, cán bộ, công chức, viên chức có tỷ lệ lo âu cao hơn các nhóm nghề khác. Trong thời kỳ phong tỏa, người dân, đặc biệt là nông dân không chỉ lo lắng về sức khỏe mà còn lo lắng về đời sống kinh tế. Nhiều nông dân gần như mất thu nhập do không thể thu hoạch hoa màu trong thời kỳ phong tỏa. Một nông dân chia sẻ: *“Những người đi xây, đi chợ còn được hỗ trợ, người làm nông nghiệp không được hỗ trợ. Test COVID tốn tiền mà tiền thì không có, rau ngoài đồng tốt nhưng không được đi cắt, không được bán nên chẳng có tiền”* (Đ.T.C., nữ, 52 tuổi, Tiến Thắng, Mê Linh, Hà Nội). Vì vậy, tỷ lệ nông dân có lo âu cao hơn các nhóm nghề khác. Nhóm cán bộ công chức, viên chức mặc dù lương ít bị ảnh hưởng nhưng nhiều người, nhất là cán bộ cơ sở phải tham gia tuyến đầu chống dịch nên họ cũng lo lắng nhiều hơn các nhóm nghề khác. Một hiệu trưởng cho biết: *“Tư tưởng của đội ngũ giáo viên trong thời điểm dịch rất căng thẳng vì có những học sinh bị F0, F1. Thật sự thương các con, đồng thời lo lắng về tình hình lây lan của bệnh”* (thảo luận nhóm cán bộ xã Mão Điền, Thuận Thành, Bắc Ninh).

Đại dịch COVID-19 thực sự gây ra những khủng hoảng đối với người dân Việt Nam nói chung, người dân ở Hà Nội và Bắc Ninh nói riêng. Mặc dù vậy,

cũng trong đại dịch COVID-19, người dân Việt Nam đã phát huy tinh thần cộng đồng mạnh mẽ. Cùng với sự hỗ trợ của chính quyền địa phương, người dân tại các địa phương được khảo sát đã tìm mọi cách hỗ trợ, giúp đỡ nhau, đặc biệt là về lương thực, thực phẩm, thuốc thiết yếu để vượt qua thời gian phong tỏa. Mỗi quan hệ tình thân giữa gia đình, dòng họ, các nhóm xã hội đã động viên tinh thần những người nhiễm bệnh và người dân trong khu vực bị phong tỏa trở nên mạnh mẽ hơn.

## 5. Kết luận

Đại dịch COVID-19 đã có ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm thần của người dân tại hai điểm khảo sát là Hà Nội và Bắc Ninh. Một bộ phận người dân đã trải qua thời gian bị phong tỏa, bị nhiễm bệnh đã trải qua sự lo âu đáng kể, đặc biệt là đối với phụ nữ, nông dân. Tuy nhiên, phần lớn người dân đã thoát khỏi tình trạng lo âu và trở lại trạng thái bình thường. Mặc dù vậy, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ người dân cần được tiếp tục quan tâm, thăm khám, chăm sóc về sức khỏe tinh thần nói chung, tình trạng lo âu nói riêng.

### Chú thích:

Bài viết là một phần kết quả nghiên cứu thuộc đề tài cấp Nhà nước năm 2021 - 2023: *Tác động của đại dịch COVID-19 đến phát triển kinh tế - xã hội Việt Nam: Thực trạng, những vấn đề đặt ra và khuyến nghị chính sách*; Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam chủ trì; PGS.TS. Trần Thị Lan Hương làm chủ nhiệm.

### Tài liệu tham khảo

#### Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2013). *Thông tư số 43/2013/TT-BYT quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
2. Nguyễn Hữu Chiến, Nguyễn Minh Công (2022). *Thực trạng trầm cảm, lo âu và stress và các yếu tố liên quan trên nhân viên y tế tham gia chống dịch COVID-19 tại bệnh viện dã chiến khu kỹ túc xá Cao đẳng Cộng đồng tỉnh Đồng Tháp*. Kỷ yếu Hội nghị Tâm thần học toàn quốc năm 2022. Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Hoài, Nguyễn Ngọc Anh, Đoàn Thị Thu Mỹ (2022). *Tác động của dịch COVID-19 tới sức khỏe tâm thần của điều dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021*. Tạp chí Y học Việt Nam. Vol. 514 (2). DOI: 10.51298/vmj.v514i2.2630.

#### Tài liệu tiếng Anh

4. Asmundson G., Paluszczek M.M., Landry C.A., Rachor G.S., McKay D. and Taylor S. (2020). *Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping?*. Journal of Anxiety Disorders. Vol. 74. 102271. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102271.

5. Baloran E.T. (2020). *Knowledge, attitudes, anxiety, and coping strategies of students during COVID-19 Pandemic*. Journal of Loss and Trauma. Vol. 25 (8). P. 635 - 642. DOI: 10.1080/15325024.2020.1769300.
6. Bigalke J.A., Greenlund I.M. and Carter J.R (2020). *Sex differences in self-report anxiety and sleep quality during COVID-19 stay-at-home orders*. Biology Sex Differences. Vol. 11. 56 (2020). DOI: 10.1186/s13293-020-00333-4.
7. Chandu V.C., Marella Y., Panga G.S., Pachava S. and Vadapalli V. (2020). *Measuring the impact of COVID-19 on Mental Health: A scoping review of the existing scales*. Indian Journal of Psychological Medicine. Vol. 42 (5). P. 421 - 427. DOI: 10.1177/0253717620946439.
8. Dymecka J., Gerymski R. and Machnik-Czerwik A. (2021). *Fear of COVID-19 as a buffer in the relationship between perceived stress and life satisfaction in the Polish population at the beginning of the global pandemic*. Health Psychology Report. Vol. 9 (2). P. 149 - 159. DOI: 10.5114/hpr.2020.102136.
9. Guan Y., Deng H. and Zhou X. (2020). *Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on career development: Insights from cultural psychology*. Journal of Vocational Behavior. 119. 103438. DOI: 10.1016/j.jvb.2020.103438.
10. Hossain M.A., Hossain K.M.A., Saunders K., Uddin Z., Walton L.M., Raigangar V., Jahid I.K. (2021). *Prevalence of long COVID symptoms in Bangladesh: A prospective inception cohort study of COVID-19 survivors*. SSRN Electronic Journal. DOI: 10.2139/ssrn.3893472.
11. Jungmann S.M., Witthöft M. (2020). *Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?.* Journal of Anxiety Disorders. 73. 102239. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102239.
12. Le M.T.H., Tran T.D., Holton S., Nguyen H.T., Wolfe R. and Fisher J. (2017). *Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents*. PloS one. Vol. 12 (7). DOI: 10.1371/journal.pone.0180557.
13. Lee S.A. (2020). *Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety*. Death Studies. Vol. 44 (7). P. 393 - 401. DOI: 10.1080/07481187.2020.1748481.
14. Livibond S.H. and Lovibond P.E. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2<sup>nd</sup> ed)*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
15. Magnúsdóttir I., et. al. (2022). *Acute COVID-19 severity and mental health morbidity trajectories in patient populations of six nations: an observational study*. Lancet Public Health 2022; 7: e406 - 16. Published Online March 14, 2022. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00042-1.
16. Metin A., Erbiçer E.S., Şen S., Çetinkaya A. (2022). *Gender and COVID-19 related fear and anxiety: A meta-analysis*. Journal of Affective Disorders. 2022 Aug 1; 310: 384 - 395. DOI: 10.1016/j.jad.2022.05.036. Epub 2022 May 11. PMID: 35561885; PMCID: PMC9090872.

17. Nguyen N.P.T., Le D.D., Colebunders R., Siewe Fodjo J.N., Tran T.D. and Vo T.V. (2021). *Stress and associated factors among frontline Healthcare workers in the COVID-19 Epicenter of Da Nang City, Vietnam*. International Journal of Environmental Research and Public Health. Vol. 18 (14). 7378. DOI: 10.3390/ijerph18147378.
18. Raza M.R., et.al. (2020). *Assessment of Depression, Anxiety and Stress among Covid-19 patients by using DASS-21 scales*. Journal of Medical Case Reports and Reviews. 3 : 6. Page No: 678 - 682.
19. Thach Duc Tran, Tuan Tran and Jane Fisher (2013). *Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women*. BMC Psychiatry. January 2013. DOI: 10.1186/1471-244X-13-24.
20. Tsukamoto Ryo, Kataoka Yuki, Mino Koichi, Ishibashi Naoki, Shibata Mariko, Matsuo Hiroo, Fujiwara Hironobu (2021). *Gender differences in anxiety among COVID-19 inpatients under Isolation: A questionnaire survey during the first and second waves of the COVID-19 Pandemic in Japan*. Frontiers in Public Health. Vol. 9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.708965.
21. Uka V., Retkoceri G., Beka D., Karameta M. (2021). *The association between Fear of COVID-19 and the Level of Stress, Anxiety and Depression*. Journal Acta Psychopathol. Vol. 7. No. 9.
22. Umucu E. and Lee B. (2020). *Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions*. Rehabilitation Psychology. Vol. 65 (3). P. 193 - 198. DOI: 10.1037/rep0000328.
23. Wang H., Xia Q., Xiong Z., Li Z., Xiang W., Yuan Y., Liu Y. and Li Z. (2020). *The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey*. PLoS ONE. 15 (5): e0233410. DOI: 10.1371/journal.pone.0233410.
24. Waselewski E.A., Waselewski M.E. and Chang T. (2020). *Needs and Coping Behaviors of Youth in the U.S. During COVID-19*. Journal of Adolescent Health. Vol. 67. 649e652. P. 649 - 652. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.07.043.
25. WHO (2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
26. Yaksi N., Teker A.G. and Imre A. (2022). *Long COVID in hospitalized COVID-19 patients: A retrospective cohort study*. Iranian Journal of Public Health. Vol. 51 (1). P. 88 - 95.