



Chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ của cha mẹ trên địa bàn huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên

Dương Thị Trang¹, Nguyễn Phước Cát Tường²

¹Phòng Tâm lý, Trường Mầm Non Hschool, tỉnh Hưng Yên

²Khoa Tâm lý và Giáo dục, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế

THÔNG TIN BÀI BÁO

Quá trình xử lý:

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày nhận bản chỉnh sửa: 31/10/2025

Ngày nhận đăng: 06/11/2025

Ngày xuất bản: 20/6/2026

Từ khóa:

Hỗ trợ hành vi tích cực;

Phụ huynh;

Trẻ tự kỷ;

Huyện Văn Giang;

Hưng Yên.

TÓM TẮT

Nghiên cứu "Chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ của cha mẹ trên địa bàn huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên" nhằm đánh giá các chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực (HTHVTC) trong việc can thiệp cho trẻ RLPTK. Đối tượng khảo sát là 120 phụ huynh có con mắc rối loạn phổ tự kỷ, hiện đang theo học tại 5 trung tâm can thiệp và hòa nhập trên địa bàn huyện Văn Giang. Mẫu nghiên cứu cho thấy các chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực mà phụ huynh áp dụng còn ở mức trung bình, với điểm trung bình là 3.48 (trong thang Likert 5 mức). Các chiến lược được đánh giá cao nhất là dạy kỹ năng thay thế ($\bar{x} = 3.56$) và hỗ trợ môi trường ($\bar{x} = 3.55$), trong khi tương tác xã hội có điểm thấp nhất ($\bar{x} = 3.30$).

Đặc biệt, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp về việc áp dụng các chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực. Tuy nhiên, các yếu tố tâm lý-xã hội như nhận thức về chiến lược, quan điểm về trừng phạt và việc tham gia các khóa tập huấn có ảnh hưởng rõ rệt đến việc áp dụng HTHVTC. Phụ huynh có hiểu biết về chiến lược này và đã tham gia các khóa tập huấn thể hiện mức độ áp dụng các chiến lược tích cực cao hơn.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy rằng các chương trình huấn luyện cần được cá nhân hóa và toàn diện hơn, bao gồm không chỉ các kỹ thuật can thiệp cho trẻ mà còn hỗ trợ cha mẹ về mặt tinh thần và kỹ năng tự chăm sóc. Điều này không chỉ giúp nâng cao chất lượng can thiệp mà còn cải thiện chất lượng cuộc sống cho cả trẻ và gia đình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần phiên bản thứ 5 (DSM-5), rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) được xác định là một dạng rối loạn phát triển thần kinh được đặc trưng bởi 02 suy yếu cốt lõi là sự hạn chế trong tương tác, giao tiếp xã hội và sự xuất hiện của các hành vi, sở thích hạn hẹp, bất thường và định hình lặp lại. Những suy yếu này gây ra hạn chế trong việc thực hiện các hoạt động chức năng hàng ngày của trẻ và không được giải thích tốt hơn bởi các rối loạn khác (APA, 2013).

Theo đó, hầu hết trẻ RLPTK luôn có những hành vi không phù hợp, nghĩa là hành vi với cường độ, tần suất và khoảng thời gian mà sự an toàn của cá nhân hoặc người khác bị đặt trong tình trạng nguy hiểm, cản trở tương tác tích cực với những người khác trong môi trường, khiến cho cá nhân bị từ chối tiếp cận tới cộng đồng. Những hành vi này có thể bao gồm hành vi định hình, rập khuôn khiến trẻ cứng nhắc trong các hoạt động hằng ngày hoặc không thích nghi với những thay đổi mới; các hành vi tăng động, gây hấn hoặc tự hại. (Aspect, 2021; Hồ et al., 2023). Việc hỗ trợ hành vi tích cực (HTHVTC) để thay thế dần những hành vi không phù hợp này là điều hết sức cần thiết để giúp trẻ RLPTK hoà nhập với cộng đồng và phát triển một

Tác giả liên hệ: Dương Thị Trang;

Địa chỉ e-mail: dtbkh@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.26459/jse.067.2026>

cách lành mạnh (Aspect, 2021). HTHVTC (Postive Behavioral Support - HTHVTC) là một phương pháp được sử dụng để hỗ trợ thay đổi hành vi ở trẻ em hoặc người lớn có khuyết tật nhận thức. Không giống như các phương pháp truyền thống được sử dụng, trọng tâm không phải là thách thức chính hành vi đó hoặc ‘sửa chữa’ nhân cách. Hỗ trợ hành vi không bao giờ sử dụng hình phạt như một chiến lược để đối phó với thách thức hành vi (Jones, 2008; Aspect, 2021). Các nghiên cứu đều chứng minh HTHVTC cho trẻ từ cha mẹ có một vai trò đặc biệt quan trọng trong lại nhiều lợi ích như giúp trẻ RLPTK nâng cao chất lượng cuộc sống, sớm hoà nhập cộng đồng (Jones, 2008; Guven, 2022).

Theo ước tính của Cục Bảo trợ xã hội, Việt Nam có khoảng 200.000 người mắc chứng rối loạn phát triển như tự kỷ, chậm nói hay tăng động, chậm phát triển. Dù gia đình được xem là đóng vai trò then chốt trong điều trị can thiệp trẻ RLPTK nhưng sự hiểu biết về cách chăm sóc trẻ tự kỷ của nhiều phụ huynh hiện nay vẫn còn hạn chế. Chính vì thế, cha mẹ cần rất nhiều sự hỗ trợ hiệu quả để nâng cao nhận thức cũng như kỹ năng trong việc lên kế hoạch và thực hiện các chiến lược hỗ trợ hành vi cho con trẻ trong bối cảnh gia đình (Jones, 2008). Để quá trình trợ giúp này được diễn ra một cách hiệu quả và có cơ sở khoa học, những nghiên cứu cơ bản trong lĩnh vực này cần được triển khai một cách rộng rãi và mạnh mẽ. Tuy nhiên, ở Việt Nam, các nghiên cứu về hỗ trợ hành vi cho trẻ RLPTK của cha mẹ có con mắc hội chứng tự kỉ chưa được quan tâm. Hiện nay, một số ít tài liệu về hướng dẫn hỗ trợ hành vi tích cực dành cho cha mẹ đã được phát hành (như Aspect, 2021; Hồ et al., 2023); tuy nhiên, theo quan sát của chúng tôi, thực trạng hỗ trợ hành vi cho trẻ RLPTK của cha mẹ, cũng như tính khả thi và hiệu quả của các chiến lược hỗ trợ hành vi chưa được đánh giá một cách cụ thể thông qua các nghiên cứu thực chứng.

Từ những thực tiễn nêu trên, với mục tiêu góp phần vào việc can thiệp và hỗ trợ trẻ tự kỷ hòa nhập cộng đồng, nâng cao hiệu quả can thiệp của cha mẹ cho trẻ RLPTK ở địa bàn huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Chiến lược HTHVTC cho trẻ RLPTK của cha mẹ trên địa bàn Huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên” với giả thuyết nghiên cứu “Có sự khác biệt về hiệu quả HTHVTC giữa các cha mẹ theo trình độ học vấn, nghề nghiệp hoặc kinh nghiệm chăm sóc trẻ RLPTK”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng khảo sát

Đối tượng nghiên cứu là 120 phụ huynh có con rối loạn phổ tự kỷ đang theo học tại 5 trung tâm can thiệp – hòa nhập trên địa bàn huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên, gồm:

1. Trung tâm Giáo dục hòa nhập Happy Smile – KĐT Ecopark
2. Trung tâm Giáo dục hòa nhập Happy Smile – Thủy Nguyên
3. Trung tâm Giáo dục hòa nhập Phúc Hưng – Đan Nhiễm
4. Trung tâm Hùng Đông – Thủy Nguyên
5. Trung tâm Can thiệp sớm và Hỗ trợ hòa nhập Tuệ Lâm – Nguyễn Khoái

Đặc điểm nhân khẩu học của khách thể nghiên cứu được trình bày ở bảng 1 bên dưới.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm mẫu nghiên cứu (n = 120)

Đặc điểm		N	%
Giới tính	Nam	42	35
	Nữ	78	65
Độ tuổi	Dưới 30 tuổi	34	28,3
	Từ 30 – 40 tuổi	50	41,7
	Từ 41 – 50 tuổi	36	30
Trình độ	Trung cấp	40	33.3
	Cao Đẳng	44	36.7
	Đại học	21	17.5
	Trên đại học	15	12.5
Nghề nghiệp	Lao động tự do	24	20
	Kinh doanh	48	40
	Công chức viên chức	48	40
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	108	90
	Ly hôn hoặc khác	12	10

2.2. Công cụ khảo sát

Chúng tôi sử dụng một bảng hỏi do nhóm nghiên cứu tự xây dựng dành cho phụ huynh trẻ rối loạn phổ tự

kỹ, gồm ba phần: (i) thông tin nhân khẩu–xã hội; (ii) nhận thức/kinh nghiệm về Hỗ trợ hành vi tích cực (HTHVTC); và (iii) thang tự báo cáo 30 mục đánh giá mức độ phụ huynh triển khai các chiến lược HTHVTC trong gia đình. Phần mở đầu nêu rõ mục đích khoa học, tính tự nguyện, và quyền rút lui của người tham gia. Phần thông tin nhân khẩu–xã hội thu thập: giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, và tình trạng hôn nhân. Phần nhận thức/kinh nghiệm về HTHVTC gồm các câu hỏi đóng nhằm mô tả mức độ từng nghe/hiểu và áp dụng HTHVTC; mục tiêu chính của hành vi tích cực (câu hỏi cho phép chọn nhiều phương án); quan điểm về trừng phạt; trải nghiệm tham gia tập huấn/tư vấn. Phần này chủ yếu phục vụ mô tả đặc điểm mẫu và bối cảnh sử dụng chiến lược. Thang 30 mục về chiến lược hành vi tích cực của phụ huynh được thiết kế theo khung lý thuyết HTHVTC (Carr et al., 2002), gồm 6 lĩnh vực (mỗi lĩnh vực 5 mục): (1) Hỗ trợ môi trường; (2) Dạy kỹ năng thay thế; (3) Quản lý hành vi dựa trên sự thấu hiểu; (4) Hỗ trợ cảm xúc và tinh thần; (5) Tương tác và kết nối xã hội; (6) Quản lý căng thẳng cá nhân. Người tham gia trả lời trên thang Likert 5 mức từ 1 = “Hoàn toàn không đúng” đến 5 = “Hoàn toàn đúng”; điểm cao hơn phản ánh mức độ áp dụng chiến lược cao hơn. Điểm lĩnh vực (subscale): tính trung bình 5 mục trong mỗi lĩnh vực; Điểm tổng thang: tính trung bình 30 mục; Điểm TB càng cao cho thấy mức độ triển khai hỗ trợ hành vi của phụ huynh càng thường xuyên/ổn định.

Kết quả phân tích cho thấy bảng hỏi đạt độ tin cậy ổn định bên trong tốt, với hệ số Cronbach’s alpha của các tiểu thang đều nằm trong ngưỡng chấp nhận được (≥ 0.69). Trung bình tương quan giữa các items với nhau cho các tiểu thang đo (từ 0.42 đến 0.54) và trung bình tương quan giữa các items với tổng cho các tiểu thang (từ 0.34 đến 0.52) đều tương đối thỏa mãn điều kiện cho phép (bảng 2). Các chỉ số này cho thấy công cụ nghiên cứu đạt tiêu chuẩn về tính ổn định bên trong (Clark & Watson, 1995), đảm bảo độ tin cậy của các kết quả thu được. Những kết quả này khẳng định tính phù hợp ban đầu của bảng hỏi trong việc đánh giá mức độ hỗ trợ hành vi tích cực của cha mẹ.

Bảng 2. Độ tin cậy ổn định bên trong của thang đo

Tiểu thang đo	Item	Cronbach’s alpha	Trung bình tương quan giữa các items	Trung bình tương quan items với tổng thể
I. Hỗ trợ môi trường	1-5	0,69	0,5	0,34
II. Chiến lược giảng dạy kỹ năng thay thế	6-10	0,73	0,53	0,5
III. Quản lý hành vi dựa trên sự thấu hiểu	11-15	0,69	0,53	0,48
IV. Hỗ trợ cảm xúc và tinh thần	16-20	0,73	0,54	0,52
V. Tương tác và kết nối xã hội	21-25	0,78	0,48	0,55
VI. Quản lý căng thẳng của cha mẹ	26-30	0,72	0,42	0,48

2.3. Phân tích dữ liệu

Dữ liệu thu thập được từ phương pháp điều tra bằng bảng hỏi được xử lý theo phương pháp thống kê toán học (thông qua chương trình phần mềm SPSS phiên bản 21.0). Các chỉ số thống kê mô tả được sử dụng trong nghiên cứu này là: tần suất, điểm trung bình, độ lệch chuẩn, và tỷ lệ phần trăm. Phương pháp phân tích tương quan nhị biến Pearson được sử dụng để tìm hiểu sự liên hệ bậc nhất giữa chiến lược. Hệ số này có giá trị từ -1 đến +1 cho biết độ mạnh và hướng của mối liên hệ đó. Giá trị + ($r > 0$) cho biết mối liên hệ thuận giữa 2 biến số. Giá trị - ($r < 0$) cho biết mối liên hệ nghịch giữa 2 biến số. Khi $r = 0$ thì 2 biến số đó không có mối liên hệ. Dựa vào hệ số xác suất (p) ta có thể biết mức độ có ý nghĩa của mối quan hệ. Ở đây, chúng tôi chọn $p = 0,05$ là cấp độ có ý nghĩa. Khi $p < 0,05$ thì giá trị r được chấp nhận là có ý nghĩa cho phân tích về mối quan hệ giữa 2 biến số. Đối với so sánh nhóm, do dữ liệu Likert có thể không phân phối chuẩn và phương sai giữa các nhóm không đồng nhất, chúng tôi sử dụng kiểm định phi tham số U Mann và Kruskal-Wallis H thay cho ANOVA, với $n = 120$ được xem là phù hợp (Field, 2013; Conover, 1999). Bên cạnh đó, chỉ số Cronbach’s Alpha, trung bình tương quan giữa các items và trung bình tương quan items và tổng thể cũng được tính toán để đánh giá độ tin cậy ổn định bên trong của các thang đo được sử dụng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Chiến lược HTHVTC cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ của cha mẹ trên địa bàn Huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên

Chiến lược HTHVTC là một cách tiếp cận dựa trên bằng chứng, tập trung vào việc hiểu nguyên nhân và chức năng của hành vi thách thức để xây dựng can thiệp mang tính phòng ngừa, hỗ trợ kỹ năng và điều chỉnh môi trường (Horner et al., 1990; Hieneman et al., 2006). Trong bối cảnh gia đình, HTHVTC được điều chỉnh để cha mẹ có thể thực hiện thường xuyên, linh hoạt và phù hợp với hoàn cảnh sống, từ đó tạo ra môi trường hỗ trợ nhất quán giữa nhà và các bối cảnh khác. Việc đánh giá mức độ áp dụng các chiến lược này không chỉ phản ánh nhận thức và kỹ năng của cha mẹ mà còn giúp xác định ưu tiên can thiệp nhằm tối ưu hóa kết quả phát triển của trẻ ASD.

Bảng 3. Chiến lược HTHVTC cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ của cha mẹ

STT	Chiến lược	ĐTB	ĐLC
1	Hỗ trợ môi trường	3.55	0.39
2	Dạy kỹ năng thay thế	3.56	0.43
3	Quản lý hành vi dựa trên sự thấu hiểu	3.54	0.43
4	Hỗ trợ cảm xúc và tinh thần	3.45	0.48
5	Tương tác và kết nối xã hội	3.30	0.54
6	Quản lý căng thẳng của cá nhân	3.47	0.45
	Tổng	3.48	0.19

Kết quả từ bảng 3 cho thấy điểm trung bình chung của tất cả các chiến lược HTHVTC mà cha mẹ áp dụng là $\bar{x} = 3.58$ (ĐLC = 0.42), chỉ ở mức trên trung bình trên thang Likert 5 mức. Đáng chú ý, không có chiến lược nào đạt điểm trung bình tiệm cận mức 4. Điều này phản ánh rằng cha mẹ dù đã áp dụng HTHVTC nhưng vẫn còn nhiều hạn chế cả về tần suất và chất lượng triển khai. Độ lệch chuẩn ở mức 0.42 cho thấy mức độ áp dụng các chiến lược giữa các cha mẹ vẫn tồn tại nhóm phụ huynh áp dụng tốt và nhóm áp dụng ở mức thấp. Sự chênh lệch này gợi ý rằng cần có các chương trình huấn luyện cá nhân hóa, nhằm hỗ trợ nhóm cha mẹ còn yếu trong triển khai HTHVTC, đồng thời giúp chuẩn hóa và nâng cao chất lượng thực hành cho tất cả.

Xét theo từng chiến lược, dạy kỹ năng thay thế có điểm trung bình cao nhất ($\bar{x} = 3.56$; ĐLC = 0.43), cho thấy phụ huynh ưu tiên hướng dẫn trẻ các hành vi phù hợp để thay thế hành vi không mong muốn. Hỗ trợ môi trường và Quản lý hành vi dựa trên sự thấu hiểu có mức điểm tương đối tương đồng ($\bar{x} = 3.55$ và 3.54), phản ánh xu hướng cha mẹ chú trọng đến điều chỉnh bối cảnh sống cũng như vận dụng sự thấu hiểu khi quản lý hành vi của trẻ. Quản lý căng thẳng của cá nhân đạt mức trung bình $\bar{x} = 3.47$ (ĐLC = 0.45), cao hơn so với Hỗ trợ cảm xúc – tinh thần ($\bar{x} = 3.45$; ĐLC = 0.48). Điều này cho thấy cha mẹ có áp dụng nhưng chưa mạnh mẽ các chiến lược chăm sóc cảm xúc của bản thân và hỗ trợ tinh thần cho trẻ. Tương tác và kết nối xã hội có điểm thấp nhất ($\bar{x} = 3.30$; ĐLC = 0.54), cho thấy phụ huynh ít áp dụng các hoạt động khuyến khích trẻ mở rộng tương tác và gắn kết xã hội so với các chiến lược khác. Đáng chú ý, chiến lược Tương tác và kết nối xã hội có độ lệch chuẩn cao nhất (0.54), cho thấy có sự khác biệt rõ giữa các cha mẹ: một số áp dụng thường xuyên, trong khi số khác ít thực hiện.

Tóm lại, kết quả cho thấy phụ huynh có xu hướng ưu tiên các chiến lược can thiệp trực tiếp (dạy kỹ năng thay thế, hỗ trợ môi trường, quản lý hành vi) hơn là các chiến lược liên quan đến hỗ trợ tinh thần, quản lý căng thẳng và thúc đẩy kết nối xã hội. Điều này phản ánh sự mất cân đối trong thực hành HTHVTC và gợi ý rằng các chương trình huấn luyện cần hỗ trợ phụ huynh nhiều hơn ở những lĩnh vực còn hạn chế. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi cho rằng các can thiệp liên quan đến môi trường và cấu trúc lịch trình thường dễ triển khai hơn và được cha mẹ ưu tiên thực hiện trước (Lucyshyn et al., 2015; Hieneman et al., 2006). Tuy nhiên, các yếu tố liên quan đến quản lý căng thẳng và chăm sóc bản thân lại thường bị xem nhẹ, dù đây là điều kiện nền tảng giúp cha mẹ duy trì sự kiên nhẫn và tính nhất quán trong HTHVTC (Schieve et al., 2007; Wong et al., 2015). Khoảng cách giữa các chiến lược cũng phản ánh nhu cầu thiết kế chương trình huấn luyện cân bằng, không chỉ tập trung vào kỹ thuật cho trẻ mà còn hỗ trợ cha mẹ về mặt tâm lý và kỹ năng tự chăm sóc.

Kết quả nghiên cứu gợi mở một số hàm ý quan trọng cho thực hành và chính sách. Trước hết, các chương trình huấn luyện hỗ trợ hành vi tích cực dành cho cha mẹ cần được thiết kế toàn diện, bao gồm không chỉ các kỹ thuật can thiệp trực tiếp cho trẻ mà còn cả các kỹ năng chăm sóc bản thân, nhằm duy trì hiệu quả can thiệp trong dài hạn. Bên cạnh đó, cần ưu tiên tăng cường các nội dung còn ít được chú trọng, đặc biệt là quản lý căng thẳng và hỗ trợ tinh thần cho cha mẹ, vì đây là những yếu tố gián tiếp nhưng có tác động mạnh mẽ đến chất lượng triển khai chiến lược HTHVTC. Ngoài ra, việc theo dõi sự thay đổi mức độ áp dụng chiến lược của cha mẹ qua nghiên cứu dọc sẽ cung cấp thông tin quan trọng về tính bền vững và sự điều chỉnh chiến lược theo tiến triển của trẻ. Cuối cùng, nội dung huấn luyện cần được cá nhân hóa dựa trên nhu cầu, hoàn cảnh và nguồn lực của từng gia đình, nhằm nâng cao tính phù hợp, khả năng áp dụng và duy trì can thiệp trong thực tiễn.

Bảng 4. Mối quan hệ giữa các chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ của cha mẹ

STT	Chiến lược	1	2	3	4	5	6
1	Hỗ trợ môi trường	1	0.149*	-0.026	0.238**	-0.108	0.013
2	Dạy kỹ năng thay thế		1	0.244**	0.000	0.047	0.055
3	Quản lý hành vi dựa trên sự thấu hiểu			1	0.105	-0.081	0.099
4	Hỗ trợ cảm xúc và tinh thần				1	0.170*	-0.025
5	Tương tác và kết nối xã hội					1	0.137*
6	Quản lý căng thẳng của cá nhân						1

*Ghi chú: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Kết quả phân tích tương quan Pearson giữa sáu thành tố của chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực (bảng 4) cho thấy có một số mối liên hệ đạt ý nghĩa thống kê. Thứ nhất, dạy kỹ năng thay thế có mối tương quan thuận với quản lý hành vi dựa trên sự thấu hiểu ($r = 0.244, p < .01$). Điều này cho thấy rằng phụ huynh càng chú trọng đến việc dạy con các kỹ năng thay thế thì họ cũng càng áp dụng thường xuyên các chiến lược quản lý hành vi dựa trên việc hiểu rõ chức năng và nguyên nhân của hành vi. Phát hiện này phù hợp với lý thuyết về Hỗ trợ hành vi tích cực vốn nhấn mạnh tính hỗ trợ giữa việc dạy kỹ năng thay thế và quản lý hành vi theo định hướng chức năng. Các nghiên cứu trước đây, chẳng hạn Tiger và cộng sự (2008) cũng khẳng định rằng huấn luyện giao tiếp chức năng thường song hành với điều chỉnh hệ quả hành vi để đạt hiệu quả lâu dài. Tương tự, Gerow và cộng sự (2018) trong tổng quan hệ thống đã chỉ ra rằng các can thiệp do phụ huynh thực hiện có xu hướng đồng thời cải thiện kỹ năng thay thế và giảm thiểu hành vi thách thức, củng cố tính hợp lý cho mối liên hệ được tìm thấy trong nghiên cứu này.

Một mối quan hệ đáng chú ý khác là giữa hỗ trợ môi trường và hỗ trợ cảm xúc – tinh thần. Kết quả cho thấy hai thành tố này có mối tương quan thuận nhưng yếu ($r = 0.238, p < .01$). Điều này phản ánh rằng khi phụ huynh thực hiện nhiều hơn các biện pháp điều chỉnh môi trường (chẳng hạn như thiết lập lịch trình trực quan hoặc sắp xếp không gian phù hợp), họ cũng có xu hướng chú ý hơn đến việc hỗ trợ cảm xúc, trấn an tinh thần cho con. Kết quả này hàm ý rằng trong bối cảnh chăm sóc tại gia đình, các biện pháp kỹ thuật và cảm xúc không loại trừ nhau mà có thể bổ sung cho nhau, phù hợp với định hướng của HTHVTC về can thiệp đa thành tố (Hieneman, 2015).

Ngoài ra, kết quả cũng chỉ ra một số mối tương quan giữa hỗ trợ cảm xúc – tinh thần và tương tác, kết nối xã hội ($r = 0.170, p < .05$), cũng như giữa tương tác – kết nối xã hội và quản lý căng thẳng của cá nhân ($r = 0.137, p < .05$). Dù mức độ liên hệ còn thấp, các kết quả này gợi ý rằng phụ huynh khi tập trung vào việc củng cố cảm xúc và tinh thần cho con thường đồng thời tạo điều kiện kết nối xã hội, cũng như khả năng quản lý căng thẳng cá nhân có thể gắn liền với sự mở rộng các mối quan hệ xã hội. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Iadarola và cộng sự (2017), trong đó nhấn mạnh rằng sự tham gia xã hội và hỗ trợ cảm xúc có thể làm giảm stress cho cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên hệ thuận giữa dạy kỹ năng thay thế và quản lý hành vi dựa trên sự thấu hiểu, khẳng định tầm quan trọng của việc kết hợp hai nhóm chiến lược này trong huấn luyện phụ huynh. Đồng thời, sự gắn kết giữa hỗ trợ môi trường và hỗ trợ cảm xúc – tinh thần cho thấy điều chỉnh bối cảnh vật chất có thể tạo điều kiện thúc đẩy sự đồng hành về cảm xúc, phù hợp với định hướng đa thành tố của Hỗ trợ hành vi tích cực. Mối quan hệ giữa hỗ trợ cảm xúc, kết nối xã hội và quản lý căng thẳng cũng gợi mở rằng việc tăng cường cơ hội giao lưu, chia sẻ kinh nghiệm có thể mang lại lợi ích kép: nâng cao sự hòa nhập của trẻ và giảm gánh nặng tâm lý cho cha mẹ. Vì vậy, các chương trình tập huấn cần đảm bảo tính linh hoạt và cá nhân hóa, kết hợp kỹ năng kỹ thuật với hỗ trợ tinh thần, đồng thời khuyến khích kết nối cộng đồng. Hướng tiếp cận này không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả quản lý hành vi mà còn cải thiện chất lượng cuộc sống của cả trẻ và gia đình.

Tuy vậy, cần lưu ý rằng hầu hết các hệ số tương quan trong nghiên cứu này đều ở mức thấp, phản ánh rằng các thành tố trong thang đo hỗ trợ hành vi tích cực tương đối độc lập. Kết quả này phù hợp với thực tế triển khai can thiệp tại gia đình, khi phụ huynh có thể chọn ưu tiên một số nhóm chiến lược tùy theo nhu cầu, nguồn lực và hoàn cảnh. Đây cũng là hiện tượng được ghi nhận trong các nghiên cứu huấn luyện phụ huynh, vốn cho thấy mức độ tác động khác nhau của từng thành tố (Bearss et al., 2015; Scahill et al., 2016).

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ của cha mẹ trên địa bàn Huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên

3.2.1. Các yếu tố thuộc về đặc điểm nhân khẩu học

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố nhân khẩu học - bao gồm giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp - không ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến việc áp dụng các chiến lược HTHVTC.

Phân tích dữ liệu cho thấy không tồn tại sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp trong việc áp dụng các chiến lược HTHVTC (bảng 5). Dù có sự dao động về Mean Rank giữa các nhóm, chẳng hạn nam cao hơn nữ ở một số thành phần, nhóm dưới 30 tuổi cao hơn nhóm trên 40 tuổi, hay nhóm có trình độ đại học cao hơn trung cấp và cao đẳng, nhưng tất cả đều không đạt ngưỡng ý nghĩa ($p > 0,05$). Điều này khẳng định rằng các đặc điểm nhân khẩu học trên không phải là yếu tố quyết định đến mức độ thực hiện HTHVTC của phụ huynh.

Bảng 5. Các yếu tố thuộc về đặc điểm nhân khẩu học

Yếu tố nhân khẩu học		N	HTMT			KNTT			QLHV			HTCX-TT			TT và KN			QLCT		
			Mean Rank	H	p	Mean Rank	H	p	Mean Rank	H	p	Mean Rank	H	p	Mean Rank	H	p	Mean Rank	H	p
Giới tính	Nam	42	67,86	1329	0,085	63,23	1523,5	0,524	58,45	1552	0,633	60,88	1622	0,929	65,79	1416	0,219	58,56	1556,5	0,651
	Nữ	8	56,64			59,03			61,60			60,29			57,65			61,54		
Độ tuổi	Dưới 30 tuổi	34	62,16	0,996	0,608	57,51	0,509	0,775	57,15	1,24	0,538	56,97	3,548	0,17	54,15	2,508	0,286	59,56	0,136	0,934
	Từ 30-40 tuổi	50	56,89			60,45			64,63			67,41			66,01			61,87		
	Trên 40 tuổi	36	63,94			63,39			57,93			54,24			58,85			59,49		
Trình độ	Trung cấp	40	60,78	4,04	0,26	61,40	0,47	0,93	65,40	3,78	0,29	65,96	6,47	0,09	63,99	3,03	0,39	68,33	4,67	0,2
	Cao Đẳng	44	57,26			61,07			57,14			65,52			63,86			59,7		
	Đại học	21	72,86			61,64			51,50			49,12			55,10			57,02		
	Sau Đại học	15	51,97			54,83			69,90			47,13			48,9			46,83		
Nghề nghiệp	CCVC	48	60,50	0,42	0,81	60,30	0,26	0,99	62,77	0,86	0,65	55,95	2,37	0,31	58,33	0,74	0,69	57,82	3,18	0,2
	Kinh doanh	48	62,35			60,20			61,04			60,69			60,06			67,00		
	Lao động tự do	24	56,79			61,50			54,88			69,23			65,71			52,85		

*Ghi chú: HTMT: Hỗ trợ môi trường, KNTT: Kỹ năng thay thế, QLHV: Quản lý hành vi, HTCX-TT: Hỗ trợ cảm xúc-tinh thần, TT-KN: Tương tác – kết nối, QLCT: Quản lý căng thẳng.

Việc không tìm thấy sự khác biệt theo các đặc điểm nhân khẩu học có thể được lý giải bởi ba nguyên nhân chính. Thứ nhất, mẫu nghiên cứu có thể tương đối đồng nhất về những yếu tố nền tảng như kinh nghiệm chăm sóc, điều kiện sống hoặc kiến thức về HTHVTC, khiến cho ảnh hưởng của nhân khẩu học bị làm mờ. Thứ hai, một số nhóm có quy mô nhỏ (ví dụ nhóm trên đại học $n = 15$) nên chưa đủ sức mạnh thống kê để phát hiện khác biệt tiềm năng. Thứ ba, HTHVTC là một hệ thống chiến lược can thiệp hành vi có tính chuẩn hóa cao, nhấn mạnh việc huấn luyện và áp dụng theo quy trình thống nhất, do đó sự khác biệt về giới tính, độ tuổi hay trình độ học vấn ít tạo ra sự biến thiên trong thực hành. Việc không tìm thấy khác biệt theo giới tính, độ tuổi, học vấn hay nghề nghiệp có thể phản ánh rằng động cơ nội tại của phụ huynh (mong muốn hỗ trợ con, sự cam kết can thiệp) mới là yếu tố then chốt chi phối việc áp dụng HTHVTC, hơn là các đặc điểm nhân khẩu học bề mặt. Nói cách khác, dù khác nhau về học vấn hay nghề nghiệp, phần lớn phụ huynh đều có chung mục tiêu chăm sóc con tốt nhất, nên không có sự khác biệt do nhân khẩu học bởi tính phổ quát của vai trò làm cha mẹ trong bối cảnh có con RLPTK.

Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây. Chẳng hạn, tổng quan hệ thống của Beqiraj và cộng sự (2022) về HTHVTC cho trẻ em và thanh thiếu niên có khuyết tật phát triển trong môi trường giáo dục đặc biệt cho thấy HTHVTC có hiệu quả rộng rãi và ít bị chi phối bởi các yếu tố nhân khẩu học. Như vậy, kết quả nghiên cứu hiện tại củng cố thêm bằng chứng rằng HTHVTC là một khung can thiệp mang tính phổ quát, áp dụng nhất quán bất kể sự khác biệt nhân khẩu học.

3.2.2. Các yếu tố thuộc về tâm lý-xã hội

Kết quả phân tích (bảng 6) cho thấy có sự khác biệt đáng kể trong việc áp dụng các chiến lược Hỗ trợ hành vi tích cực giữa các nhóm phụ huynh được phân loại theo mức độ nhận thức, trải nghiệm tập huấn và quan điểm về trừng phạt, qua đó khẳng định rằng những yếu tố này có ảnh hưởng tương đối rõ rệt đến việc áp dụng chiến lược.

Bảng 6. Các yếu tố thuộc về tâm lý – xã hội

Yếu tố		N			HTMT			KNTT			QLHV			HTCX-TT			TT và KN			QLCT		
		Mean	Rank		Mean	Rank		Mean	Rank		Mean	Rank		Mean	Rank		Mean	Rank		Mean	Rank	
Nhận thức về chiến lược hỗ trợ hành vi tích cực cho trẻ RLPTK	Có hiểu biết	60	66.7	1420	0.03	67.2	1338	0.023	62.8	1661	0.46	68.0	1342	0.014	66.6	1433	0.054	61.4	1745	0.77		
	Không có hiểu biết	60	54.3			53.8			58.2			53.0			54.4			59.6				
	Không nên trừng phạt trẻ	60	61.2	1700	0.211	66.50	1100.5	0.003	67.10	1055	0.002	65.80	1122	0.004	60.70	1685	0.128	59.9	1720	0.327		
	Nên trừng phạt	60	59.8			54.50			53.90			55.2			60.30			61.1				
Tham gia các khóa tập huấn	Có	58	55.2	1480	0.04	61.0	1720	0.18	59.0	1525	0.038	64.2	1442	0.03	66.1	1688	0.215	61.3	1702	0.198		
	Chưa bao giờ	62	65.5			59.0			56.8			54.3			60.0			59.5				

So sánh bằng kiểm định Mann–Whitney U cho thấy nhóm “Có hiểu biết” (n = 60) đạt thứ hạng trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm “Không hiểu biết” (n = 60) ở ba thành phần: Hỗ trợ môi trường (U = 1420, p = .034), Dạy kỹ năng thay thế (U = 1388, p = .023) và Hỗ trợ cảm xúc – tinh thần (U = 1342, p = .014). Kết quả này chỉ ra rằng phụ huynh có hiểu biết về HTHVTC áp dụng nhiều hơn các chiến lược điều chỉnh môi trường, dạy kỹ năng thay thế và hỗ trợ tinh thần. Kết quả này phù hợp với bằng chứng trước đây cho thấy các chương trình huấn luyện phụ huynh thường nhấn mạnh vào dạy kỹ năng thay thế và quản lý hành vi, giúp giảm hành vi thách thức ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ (Bearss et al., 2015; Deb et al., 2020). Ngoài ra, tổng quan về Huấn luyện giao tiếp chức năng (Functional Communication Training-FCT) do phụ huynh thực hiện cũng chỉ ra rằng việc dạy kỹ năng giao tiếp thay thế bởi người chăm sóc là khả thi và hiệu quả, giải thích vì sao nhóm có hiểu biết báo cáo mức áp dụng chiến lược này cao hơn. Việc Hỗ trợ môi trường và Hỗ trợ cảm xúc – tinh thần cũng cao hơn ở nhóm này phản ánh tính đa thành phần của khung Hỗ trợ hành vi tích cực, nơi việc điều chỉnh môi trường (cấu trúc không gian, thời gian, tín hiệu trực quan) giúp phụ huynh triển khai tương tác cảm xúc tốt hơn (Gore et al., 2013). Đồng thời, nghiên cứu cho thấy stress và thiếu kiến thức có thể cản trở cha mẹ trẻ ASD áp dụng đa dạng chiến lược (Kuhn & Carter, 2006), do đó việc có hiểu biết/được tập huấn giúp phụ huynh cân bằng cả can thiệp kỹ thuật và hỗ trợ tinh thần.

Kiểm định Mann–Whitney U cho thấy nhóm phụ huynh “Có tham gia tập huấn” (n = 62) đạt thứ hạng trung bình cao hơn nhóm “Chưa tham gia” (n = 58) ở ba thành phần: Hỗ trợ môi trường (U = 1480, p = .041), Quản lý hành vi (U = 1525, p = .038) và Hỗ trợ cảm xúc – tinh thần (U = 1442, p = .027). Ngược lại, không có sự khác biệt đáng kể ở Dạy kỹ năng thay thế, Tương tác – kết nối xã hội và Quản lý căng thẳng cá nhân. Kết quả cho thấy việc tham gia tập huấn giúp phụ huynh sử dụng hiệu quả hơn các chiến lược điều chỉnh môi trường, quản lý hành vi và hỗ trợ tinh thần, phù hợp với định hướng đa thành phần của Hỗ trợ hành vi tích cực. Bằng chứng trước đây cũng chỉ ra rằng huấn luyện phụ huynh có thể nâng cao kỹ năng quản lý hành vi và giảm hành vi thách thức ở trẻ (Bearss et al., 2015; Deb et al., 2020), đồng thời cải thiện năng lực ứng phó cảm xúc, hỗ trợ sự kiên nhẫn và gắn bó trong chăm sóc (Iadarola et al., 2019). Việc không tìm thấy sự khác biệt ở các kỹ năng dạy kỹ năng thay thế, kết nối xã hội và quản lý căng thẳng cá nhân có thể phản ánh rằng những lĩnh vực này đòi hỏi thời gian thực hành dài hạn và hỗ trợ chuyên môn thường xuyên mới tạo ra thay đổi rõ rệt (Gerow et al., 2018; Tiger et al., 2008). Do đó, các chương trình tập huấn nên được thiết kế theo hướng bền vững và liên tục, kết hợp huấn luyện ban đầu với hỗ trợ sau tập huấn, nhằm giúp phụ huynh vừa nắm vững kiến thức vừa duy trì áp dụng vào thực tiễn.

Bên cạnh đó, kết quả cho thấy nhóm phụ huynh “Không đồng ý” với quan điểm rằng trừng phạt là biện pháp hiệu quả đã đánh giá cao hơn có ý nghĩa thống kê ở ba thành phần: chiến lược giảng dạy hành vi thay thế ($U = 1100$, $p = .003$); quản lý hành vi ($U = 1055$, $p = .002$) và hỗ trợ cảm xúc – tinh thần ($U = 1122$, $p = .004$). Điều này phản ánh rằng nhóm phụ huynh này hiểu đúng bản chất của Hỗ trợ hành vi tích cực, vốn nhấn mạnh việc thay thế hành vi không mong muốn bằng kỹ năng thích hợp, quản lý hành vi dựa trên nguyên tắc củng cố, và hỗ trợ cảm xúc nhằm duy trì mối quan hệ tích cực (Gore et al., 2013). Phát hiện này phù hợp với bằng chứng trước đây cho thấy huấn luyện phụ huynh tập trung vào dạy kỹ năng thay thế và quản lý hành vi làm giảm đáng kể hành vi thách thức ở trẻ (Bearss et al., 2015; Deb et al., 2020). Đồng thời, việc nhấn mạnh hỗ trợ cảm xúc phù hợp với các phân tích gộp cho thấy can thiệp hướng cảm xúc và gắn bó mang lại hiệu quả bền vững với hành vi ngoài và triệu chứng nội tâm. Ngược lại, nhóm “Đồng ý” với trừng phạt thường ít chú trọng đến các chiến lược tích cực, điều này có thể giải thích vì sao họ đạt điểm thấp hơn ở ba thành phần trên. Tổng thể, những phát hiện này nhấn mạnh rằng nhận thức đúng đắn, trải nghiệm tập huấn và thái độ đối với trừng phạt là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến việc thực hành HTHVTC, khẳng định sự cần thiết phải kết hợp đánh giá và nâng cao cả nhận thức lẫn kỹ năng để thúc đẩy việc áp dụng chiến lược một cách bền vững.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phụ huynh tại Văn Giang áp dụng các chiến lược Hỗ trợ Hành vi Tích cực ở mức trung bình. Dạy kỹ năng thay thế và hỗ trợ môi trường được thực hành nhiều, trong khi tương tác – kết nối xã hội còn hạn chế. Không có sự khác biệt theo giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn hay nghề nghiệp, nhưng nhận thức đúng về HTHVTC, thái độ không ủng hộ trừng phạt và kinh nghiệm tập huấn có liên hệ tích cực với mức áp dụng cao hơn. Các mối tương quan nhỏ nhưng tích cực giữa một số thành tố HTHVTC cho thấy việc triển khai đa thành phần có thể bổ trợ lẫn nhau. Nhìn chung, chiến lược HTHVTC chứng tỏ tính khả thi trong bối cảnh gia đình, song còn hạn chế ở các nội dung liên quan đến kết nối xã hội của trẻ và hỗ trợ cảm xúc cho cha mẹ. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của việc mở rộng đào tạo và tập huấn phụ huynh, chú trọng đến các thành tố ít được thực hành như kết nối xã hội và hỗ trợ tinh thần. Việc truyền thông nhằm thay thế các biện pháp trừng phạt bằng chiến lược HTHVTC cần được đẩy mạnh, đồng thời các chương trình hỗ trợ nên kết hợp huấn luyện kỹ năng với chăm sóc sức khỏe tâm lý và kết nối cộng đồng cho phụ huynh. Điều này sẽ giúp HTHVTC phát huy tính toàn diện và bền vững trong bối cảnh gia đình.

Đối với nghiên cứu tiếp theo, việc mở rộng mẫu, áp dụng thiết kế dọc và can thiệp sẽ giúp kiểm định rõ hơn mối quan hệ nhân quả giữa nhận thức, thái độ, tập huấn với việc áp dụng chiến lược HTHVTC và hiệu quả trên trẻ. Cũng cần tiếp tục hoàn thiện đặc tính đo lường của thang công cụ và khảo sát thêm những biến số điều tiết như mức độ khuyết tật của trẻ hay điều kiện nguồn lực của gia đình. Tóm lại, HTHVTC là một hướng can thiệp khả thi và hữu ích ở gia đình, nhưng để tối ưu hóa hiệu quả, cần dịch chuyển từ việc chỉ tập trung dạy kỹ năng cho trẻ sang một gói hỗ trợ đa thành phần cho phụ huynh, kết hợp đào tạo, chăm sóc tinh thần và kết nối cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Aspect. (2021, October 5). *Implementing positive behaviour support at home*. <https://www.autismspectrum.org.au/blog/implementing-positive-behaviour-support-at-home>
- Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M. G., McAdam, D. B., Butter, E., Stillitano, C., Minshawi, N., Sukhodolsky, D. G., Mruzek, D. W., Turner, K., Neal, T., Hallett, V., Mulick, J. A., Green, B., Handen, B., Deng, Y., ... Scahill, L. (2015). Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. *JAMA*, 313(15), 1524–1533. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.3150>
- Beqiraj, L., Denne, L. D., Hastings, R. P., & Paris, A. (2022). Positive behavioural support for children and young people with developmental disabilities in special education settings: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(3), 719–735. <https://doi.org/10.1111/jar.12969>
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., ... Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4–16. <https://doi.org/10.1177/109830070200400102>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Conover, W. J. (1999). *Practical nonparametric statistics* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

- Deb, S., Retzer, A., Roy, M., Acharya, R., Limbu, B., & Roy, A. (2020). The effectiveness of parent training for children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20, 583. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02973-7>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Sage.
- Gerow, S., Hagan-Burke, S., Rispoli, M., Gregori, E., Mason, R., & Ninci, J. (2018). A systematic review of parent-implemented functional communication training for children with ASD. *Behavior Modification*, 42(3), 335–363. <https://doi.org/10.1177/0145445517740872>
- Gore, N. J., McGill, P., Toogood, S., Allen, D., Hughes, J. C., Baker, P., Hastings, R. P., Noone, S. J., & Denne, L. D. (2013). Definition and scope for positive behavioural support. *International Journal of Positive Behavioural Support*, 3(2), 14–23.
- Güven, D. (2022). Implementation of behavior support plan introduced to mothers: A case study. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 9(Special Issue), 895–907. <https://doi.org/10.52380/ijpes.2022.9.4.849>
- Hieneman, M. (2015). Positive behavior support for individuals with behavior challenges. *Behavior Analysis in Practice*, 8(1), 101–108. <https://doi.org/10.1007/s40617-015-0051-6>
- Hieneman, M., Childs, K. E., & Sergay, J. (2006). *Positive behavior support for children and adults with autism spectrum disorders*. Pro-Ed.
- Hồ, T. H. T., Nguyễn, T. H., & Trần, V. C. (2023). *Hỗ trợ hành vi tích cực cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ: Tài liệu dành cho phụ huynh, người chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ rối loạn phổ tự kỷ*. Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội; Quỹ Bảo trợ Trẻ em Việt Nam.
- Horner, R. H., Dunlap, G., Koegel, R. L., Carr, E. G., Sailor, W., Anderson, J., & O'Neill, R. E. (1990). Toward a technology of "nonaversive" behavior support. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 15(3), 125–132. <https://doi.org/10.1177/154079699001500301>
- Iadarola, S., Pérez-Ramos, J., Smith, T., & Dozier, A. (2019). Understanding stress in parents of children with autism spectrum disorder: A focus on underrepresented families. *International Journal of Developmental Disabilities*, 65(1), 20–30. <https://doi.org/10.1080/20473869.2017.1347228>
- Jones, A. S. (2008). *Effects of positive behavior support training on maladaptive behavior, parenting skills, and parental support of families with children with disabilities* (Master's thesis, Brigham Young University). BYU ScholarsArchive.
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 564–575. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564>
- Lucyshyn, J. M., Albin, R. W., & Horner, R. H. (2015). *Families and positive behavior support: Addressing problem behavior in family contexts*. Paul H. Brookes Publishing.
- Scahill, L., Bearss, K., Lecavalier, L., Smith, T., Swiezy, N., Aman, M. G., Sukhodolsky, D. G., McCracken, C., Minshawi, N., Turner, K., Levato, L., Saulnier, C., Dziura, J., & Johnson, C. (2016). Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 602–609.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.001>
- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119(Suppl. 1), S114–S121. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2089Q>
- Tiger, J. H., Hanley, G. P., & Bruzek, J. (2008). Functional communication training: A review and practical guide. *Behavior Analysis in Practice*, 1(1), 16–23. <https://doi.org/10.1007/BF03391716>
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., ... Schultz, T. R. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 1951–1966. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2351-z>

Positive behavioral support strategies for children with autism spectrum disorder by parents in Van Giang district, Hung Yen province

Duong Thi Trang¹, Nguyen Phuoc Cat Tuong²

¹Department of Psychology, Hschoo Kindergarten, Hung Yen Province

²Department of Psychology and Education, University of Education, Hue University

ARTICLE INFO

Article history:

Received: 19 August 2025

Received in revised form: 31 October 2025

Accepted: 06 November 2025

Published: 20 June 2026

Keywords:

Positive Behavioral Support;

Parents;

Autism;

Van Giang District;

Hung Yen.

Corresponding author:

Duong Thi Trang

E-mail address:

dtbkh@gmail.com

ABSTRACT

The study “Positive Behavioral Support Strategies for Children with Autism Spectrum Disorder by Parents in Van Giang District, Hung Yen Province” aims to examine the application of Positive Behavioral Support (HTHVTC) strategies in interventions for children with Autism Spectrum Disorder (ASD). The participants included 120 parents of children with ASD who were enrolled in five intervention and integration centers in Van Giang District. Findings revealed that the overall application of HTHVTC strategies by parents was at a moderate level, with a mean score of 3.48 on a five-point Likert scale. Although a variety of strategies were employed, limitations remained in both frequency and quality. The most frequently and effectively applied strategies were teaching replacement skills ($\bar{x} = 3.56$) and providing environmental support ($\bar{x} = 3.55$), whereas strategies related to social interaction received the lowest rating ($\bar{x} = 3.30$).

Importantly, no statistically significant differences were observed across parental gender, age, educational attainment, or occupational groups in the application of HTHVTC strategies. However, psychosocial factors - such as awareness of the strategies, attitudes toward punishment, and participation in training courses - significantly influenced implementation. Parents with greater knowledge of HTHVTC and those who had attended relevant training demonstrated higher levels of strategy application.

These findings underscore the need for training programs that are both personalized and comprehensive, encompassing not only child-focused intervention techniques but also parental support in emotional well-being and self-care. Such an approach has the potential to enhance the effectiveness of interventions and improve the overall quality of life for both children and their families.