

SỬ DỤNG VIDEO MÔ HÌNH HÓA GIÁO DỤC HÀNH VI TÍCH CỰC CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ 5-6 TUỔI TRONG TRƯỜNG MẦM NON THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Chu Mai Hương, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa
Trường Đại học Thủ đô Hà Nội

Tóm tắt: Bài báo đánh giá việc sử dụng video mô hình hóa trong giáo dục hành vi tích cực cho ba trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5–6 tuổi trong trường mầm non ở Hà Nội. Nghiên cứu áp dụng thiết kế đơn chủ thể A–B–A', tập trung vào ba hành vi mục tiêu: chào hỏi – đáp lời, chia sẻ – hợp tác và chờ đến lượt. Dữ liệu được thu thập bằng bảng quan sát ABC, tần suất hành vi theo phiên và thang GAS. Kết quả cho thấy hành vi tích cực tăng ổn định trong giai đoạn can thiệp và duy trì ở pha A', trong khi hành vi không phù hợp giảm rõ rệt. Thang GAS xác nhận cả ba trẻ đều đạt mức kỳ vọng hành vi. VM được chứng minh là phương pháp khả thi và hiệu quả trong phát triển kỹ năng xã hội và hành vi thích ứng cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ trong môi trường mầm non.

Từ khóa: Giáo dục mầm non; hành vi tích cực; kỹ năng xã hội; trẻ rối loạn phổ tự kỷ; video mô hình hóa.

Nhận bài ngày 10.11.2025; gửi phản biện, chỉnh sửa, duyệt đăng ngày 30.12.2025

Tác giả liên hệ: Chu Mai Hương; Email: chumaihuong26@gmail.com

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ là rối loạn phát triển thần kinh đặc trưng bởi khó khăn trong giao tiếp – tương tác xã hội và các hành vi lặp khuôn, lặp lại (APA, 2013). Ở lứa tuổi 5–6, những hạn chế này ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng tham gia hoạt động chung và phát triển kỹ năng xã hội nền tảng, khiến việc tăng cường hành vi tích cực trở nên đặc biệt quan trọng trong giáo dục mầm non.

Video mô hình hóa (Video Modeling – VM) được xem là một trong những phương pháp can thiệp hiệu quả nhờ cơ chế học tập qua quan sát, giúp trẻ mô phỏng hành vi mẫu một cách tự nhiên. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tác động tích cực của VM đối với kỹ năng xã hội và hành vi thích ứng của trẻ rối loạn phổ tự kỷ (Ashori & Jalil-Abkenar, 2019; Ledoux Galligan et al., 2022), song các nghiên cứu trong bối cảnh mầm non Việt Nam còn hạn chế.

Từ thực tế đó, bài báo tập trung đánh giá hiệu quả của VM đối với ba hành vi tích cực—chào hỏi – đáp lời, chia sẻ – hợp tác và chờ đến lượt—ở ba trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5–6 tuổi trong Trường Mầm non Hoa Trà My (Hà Nội) thông qua thiết kế A–B–A'. Nghiên cứu góp phần bổ sung bằng chứng thực nghiệm về tính khả thi và hiệu quả của VM, đồng thời cung cấp gợi ý thực tiễn cho giáo viên và phụ huynh trong hỗ trợ hành vi của trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

2. NỘI DUNG

2.1. Cơ sở lý luận về sử dụng video mô hình hóa giáo dục hành vi tích cực cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5-6 tuổi trong trường mầm non

2.1.1. Rối loạn phổ tự kỷ và đặc điểm hành vi tích cực của trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5-6 tuổi

Khái niệm rối loạn phổ tự kỷ: Theo Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Tâm thần – phiên bản thứ năm (DSM-5), rối loạn phổ tự kỷ (ASD) được xác định là một rối loạn phát triển thần kinh đặc trưng bởi hai nhóm suy giảm cốt lõi: (1) những khó khăn kéo dài trong giao tiếp và tương tác xã hội; và (2) các hành vi, sở thích mang tính hạn hẹp, bất thường và lặp đi lặp lại (American Psychiatric Association, 2013). Những đặc điểm này có thể ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tham gia hoạt động học tập, vui chơi và thích ứng xã hội của trẻ, đồng thời không được giải thích đầy đủ bởi các rối loạn phát triển khác. DSM-5 nhấn mạnh rằng rối loạn phổ tự kỷ biểu hiện đa dạng về mức độ và hình thái, đòi hỏi cách tiếp cận linh hoạt và cá thể hóa trong đánh giá và can thiệp.

Hành vi tích cực: Theo O'Neill và cộng sự (2015), hành vi tích cực được hiểu là “những hành vi

thay thế có chức năng tương đương nhưng phù hợp hơn với chuẩn mực xã hội và góp phần giảm hành vi không phù hợp”. Cách tiếp cận này đặt trọng tâm vào việc dạy các hành vi thích ứng có mục đích, thay vì chỉ đơn thuần loại bỏ hành vi thách thức.

Trong lĩnh vực giáo dục, đặc biệt là giáo dục hòa nhập, Sugai và Horner (2002) định nghĩa hành vi tích cực là “những hành vi hỗ trợ sự tham gia của người học, cải thiện mối quan hệ xã hội và góp phần xây dựng môi trường học tập an toàn, tôn trọng và hiệu quả”. Định nghĩa này làm rõ mối liên hệ trực tiếp giữa hành vi tích cực và chất lượng tương tác, kết quả học tập cũng như sự hòa nhập của trẻ.

Đối với trẻ rối loạn phổ tự kỷ, hành vi tích cực thường được xem là các hành vi mang tính thích ứng, giúp trẻ giao tiếp hiệu quả (bằng lời hoặc phi ngôn ngữ), duy trì tương tác với giáo viên và bạn bè, tham gia hoạt động một cách phù hợp, đồng thời giảm bớt hành vi thách thức thông qua các hành vi thay thế. Theo Koegel và Koegel (2006), việc tăng cường hành vi tích cực đóng vai trò trung tâm trong can thiệp hành vi cho trẻ tự kỷ, bởi “phát triển kỹ năng thích ứng chính là con đường hiệu quả nhất để làm giảm hành vi không phù hợp”.

Một số đặc điểm hành vi tích cực của trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5-6 tuổi

Mặc dù trẻ rối loạn phổ tự kỷ thường gặp khó khăn về giao tiếp, tương tác xã hội và tính linh hoạt hành vi, nhiều nghiên cứu cho thấy các em vẫn có khả năng hình thành các hành vi tích cực khi được can thiệp phù hợp và học trong môi trường hỗ trợ.

Ở phương diện giao tiếp, trẻ có thể sử dụng các hành vi phi ngôn ngữ như nhìn mắt, gật đầu, chỉ tay hoặc mỉm cười để thể hiện nhu cầu; đồng thời dần chủ động hơn trong các hành vi giao tiếp xã hội cơ bản như chào hỏi, cảm ơn hoặc nhờ giúp đỡ.

Trong tương tác xã hội – cảm xúc, trẻ có thể thể hiện sự hợp tác thông qua chia sẻ đồ chơi, đưa đồ vật cho bạn hoặc tham gia hoạt động nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên; những hành vi này góp phần tăng khả năng hòa nhập và giảm rút lui xã hội.

Về tự điều chỉnh hành vi, trẻ có thể tuân thủ các quy tắc lớp học đơn giản, chờ đến lượt hoặc thay thế hành vi gây gián đoạn bằng hành vi phù hợp hơn như giơ tay xin phép—đây đều là kỹ năng cốt lõi giúp trẻ thích nghi với yêu cầu của môi trường mầm non.

Ngoài ra, trẻ rối loạn phổ tự kỷ vẫn có thể bộc lộ cảm xúc tích cực như hứng thú, vui vẻ hoặc tự hào khi hoàn thành nhiệm vụ; những biểu hiện này đóng vai trò như yếu tố bảo vệ, hỗ trợ kết nối cảm xúc với giáo viên và bạn bè, đồng thời tạo nền tảng thuận lợi cho sự phát triển hành vi xã hội.

2.1.2. Sử dụng video mô hình hóa giáo dục hành vi tích cực cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5-6 tuổi trong trường mầm non

Video mô hình hóa (Video Modeling – VM) là phương pháp can thiệp dựa trên học tập qua quan sát, trong đó trẻ tiếp thu và thực hành hành vi mục tiêu bằng cách xem đoạn video trình bày mô hình hành vi đúng. Dựa trên học thuyết học tập xã hội của Bandura (1977), VM khai thác cơ chế quan sát – ghi nhớ – bắt chước như nền tảng để hình thành và củng cố hành vi. Nikopoulos và Keenan (2007) cũng nhấn mạnh rằng việc trình bày hành vi mẫu qua video giúp trẻ tự kỷ giảm áp lực giao tiếp trực tiếp và tăng khả năng tập trung vào hành vi mục tiêu.

Trong thực hành giáo dục đặc biệt, VM thường được triển khai với ba dạng chính: (1) video người khác làm mẫu (video modeling), trong đó người mẫu thực hiện hành vi đúng; (2) video tự mô hình hóa (self-modeling), khi trẻ xem chính mình trong tình huống thể hiện hành vi phù hợp; và (3) video theo bước hoặc video prompting, nơi hành vi được chia nhỏ thành các bước để trẻ dễ bắt chước (Delano, 2007).

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của VM trong việc cải thiện kỹ năng xã hội, hành vi thích ứng và sự tham gia của trẻ ASD. Ashori và Jalil-Abkenar (2019) ghi nhận VM giúp tăng tương tác xã hội và giảm hành vi không phù hợp. Ledoux Galligan, Suhrheinrich và Kraemer (2022) cũng cho thấy VM hỗ trợ trẻ ASD thực hiện hành vi xã hội phức tạp trong môi trường học đường. Tại Việt Nam, Đỗ Thị Thảo (2016) khẳng định VM là công cụ hữu hiệu trong phát triển kỹ năng ứng xử cho trẻ tự kỷ nhẹ trong lớp học hòa nhập.

Nhìn chung, VM là phương pháp có tính trực quan, dễ tiếp cận và phù hợp với trẻ mầm non rối loạn phổ tự kỷ, đặc biệt trong việc dạy các hành vi tích cực như giao tiếp, hợp tác, chia sẻ hoặc chờ đợi. Việc sử dụng VM trong trường mầm non góp phần tạo ra môi trường học tập nhất quán, hỗ trợ giáo viên trong việc dạy kỹ năng và giúp trẻ hình thành hành vi một cách tự nhiên thông qua cơ chế quan sát - bắt chước.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế đơn chủ thể dạng A–B–A', nhằm đánh giá tác động của video mô hình hóa đối với hành vi tích cực của trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5-6 tuổi. Pha A (Đường cơ sở – baseline): thu thập dữ liệu trong 2 tuần. Pha B (Can thiệp): triển khai video mô hình hóa trong 6 tuần. Pha A' (Duy trì – follow-up): thu thập lại dữ liệu trong 2 tuần.

2.2.2. Khách thể nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên ba trẻ rối loạn phổ tự kỷ sinh năm 2020, đang theo học tại Trường Mầm non Hoa Trà My, thành phố Hà Nội. Cả ba trẻ đều có hồ sơ chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ từ cơ sở y tế chuyên khoa, dựa theo tiêu chí chẩn đoán của DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Theo phân loại mức độ hỗ trợ trong DSM-5, cả ba trẻ đều thuộc mức độ 1–2, tức mức cần hỗ trợ đến cần hỗ trợ đáng kể, thể hiện qua những khó khăn nổi bật trong giao tiếp – tương tác xã hội và hành vi lặp lại nhưng vẫn có khả năng đáp ứng với các biện pháp can thiệp theo hướng quan sát – bắt chước.

Ngoài hồ sơ chẩn đoán, giáo viên và chuyên viên hỗ trợ tiến hành đánh giá bổ sung bằng các công cụ chuẩn nhằm mô tả cụ thể mức độ khó khăn của trẻ, bao gồm:

CARS-2 (Childhood Autism Rating Scale – Second Edition): kết quả cho thấy cả ba trẻ nằm trong nhóm rối loạn phổ tự kỷ mức nhẹ đến trung bình, tương ứng với mức độ 1–2 theo DSM-5.

Bảng quan sát hành vi dựa trên DSM-5: ghi nhận hạn chế trong giao tiếp xã hội, tương tác với bạn bè, khả năng duy trì chú ý chung và sự xuất hiện của các hành vi lặp lại mang tính khuôn mẫu.

Nhật ký quan sát của giáo viên: mô tả rõ các biểu hiện hành vi ban đầu của trẻ trong lớp học như ít giao tiếp, rút lui khỏi nhóm, khó chờ đợi, hành vi chen ngang và thiếu kỹ năng xã hội phù hợp.

Dựa trên đặc điểm và nhu cầu của từng trẻ, nghiên cứu lựa chọn một hành vi tích cực mục tiêu cho mỗi trẻ:

Trẻ L.B.M.A (nữ): Hành vi chào hỏi – đáp lời; trẻ ít giao tiếp chủ động, phản hồi chậm khi được gọi tên.

Trẻ Đ.H.M.C (nữ): Hành vi chia sẻ và hợp tác trong nhóm; trẻ thường giữ đồ chơi và rút lui khỏi hoạt động chung.

Trẻ T.G.B (nam): Hành vi tuân thủ quy tắc – chờ đến lượt; trẻ khó chờ đợi, thường chen ngang trong các hoạt động.

Các hành vi được lựa chọn vì là nhóm kỹ năng xã hội cốt lõi ở lứa tuổi 5-6, đồng thời dễ quan sát và đo lường trong thiết kế đơn chủ thể, đảm bảo tính khả thi và độ tin cậy của quá trình can thiệp.

2.2.3. Công cụ thu thập dữ liệu và quy trình nghiên cứu

Công cụ thu thập dữ liệu: Bảng quan sát ABC; Bảng theo dõi tần suất hành vi; Thang đánh giá mức độ hành vi tích cực; Nhật ký giáo viên; Ghi chép phòng hỗ trợ cá nhân.

Quy trình: *Bước 1*. Xác định hành vi mục tiêu; *Bước 2*. Thu thập dữ liệu baseline (Pha A); *Bước 3*. Xây dựng video mô hình hóa; *Bước 4*. Triển khai can thiệp (Pha B); *Bước 5*. Thu thập dữ liệu sau can thiệp (Pha A'); *Bước 6*. Phân tích dữ liệu.

2.3. Kết quả nghiên cứu

2.3.1. Mô tả trường hợp và phân tích chức năng hành vi

Qua quan sát ban đầu trong 2 tuần đường cơ sở, cả ba trẻ rối loạn phổ tự kỷ (02 nữ, 01 nam, sinh năm 2020) xuất hiện những hành vi không phù hợp trong các tình huống giao tiếp – xã hội, hợp tác nhóm và tuân thủ quy tắc. Cụ thể:

Trẻ L.B.M.A. (nữ): tránh giao tiếp mắt, không đáp lời khi được gọi tên, ít chủ động chào hỏi; hành vi né tránh xảy ra nhiều khi có yêu cầu giao tiếp.

Trẻ Đ.H.M.C. (nữ): giữ đồ chơi, không chia sẻ, rút khỏi hoạt động nhóm khi có yêu cầu hợp tác.

Trẻ T.G.B. (nam): chen ngang, rời hàng, nổi cáu khi phải chờ đợi trong hoạt động có quy tắc.

Các hành vi này xuất hiện với tần suất cao hơn trong các tình huống: bị yêu cầu tham gia giao tiếp, phải phối hợp với bạn, chuyển đổi hoạt động, hoặc chờ đợi đến lượt.

a. Trẻ L.B.M.A. – Hành vi né tránh giao tiếp

Bảng 1. Phân tích chức năng hành vi theo mô hình ABC của trẻ L.B.M.A

Antecedent (A)	Behavior (B)	Consequence (C)
Giáo viên chào hỏi, yêu cầu đáp lời	Trẻ quay mặt đi, không trả lời	Giáo viên lặp lại yêu cầu hoặc chuyển sang trẻ khác
Bạn đến gần để giao lưu	Trẻ né tránh ánh mắt, rút lui	Bạn không tiếp tục giao tiếp

Yêu cầu giới thiệu bản thân	Trẻ cúi đầu, im lặng	Giáo viên giảm yêu cầu hoặc hỗ trợ bằng gợi ý
-----------------------------	----------------------	---

→ Chức năng hành vi: Tránh né giao tiếp – giảm yêu cầu tương tác trực tiếp.

b. Trẻ Đ.H.M.C. – Hành vi không chia sẻ, rút khỏi hoạt động nhóm

Bảng 2. Phân tích chức năng hành vi theo mô hình ABC của trẻ Đ.H.M.C

Antecedent (A)	Behavior (B)	Consequence (C)
Bạn xin đồ chơi	Trẻ giữ chặt đồ, quay đi	Giáo viên phải can thiệp, cho trẻ chơi riêng
Yêu cầu tham gia hoạt động nhóm	Trẻ rời vị trí, thu mình	Hoạt động nhóm vẫn diễn ra, trẻ không phải tham gia
Giáo viên đề nghị đổi lượt	Trẻ khóc hoặc rút tay lại	Giáo viên giảm yêu cầu

→ Chức năng hành vi: Tránh né tương tác nhóm / duy trì quyền kiểm soát đồ vật.

c. Trẻ T.G.B. – Hành vi không chờ đợi, chen ngang

Bảng 3. Phân tích chức năng hành vi theo mô hình ABC của trẻ T.G.B

Antecedent (A)	Behavior (B)	Consequence (C)
Hoạt động yêu cầu xếp hàng	Trẻ chen lên trước	Giáo viên nhắc nhở, cho trẻ về cuối hàng
Đến lượt bạn khác	Trẻ bỏ hàng, la hét	Giáo viên can thiệp, rút ngắn yêu cầu
Chuyển hoạt động đột ngột	Trẻ chạy đến góc khác	Giáo viên giảm yêu cầu hoặc hỗ trợ chuyển tiếp

→ Chức năng hành vi: Tránh chờ đợi / tìm cách tiếp cận nhanh hoạt động mong muốn.

Phân tích ABC cho thấy chức năng chính của các hành vi không phù hợp ở ba trẻ gồm: (1) tránh né yêu cầu giao tiếp, (2) tránh tương tác nhóm hoặc duy trì quyền kiểm soát, và (3) tránh chờ đợi hoặc tiếp cận nhanh hoạt động mong muốn. Đây là tiền đề để lựa chọn và thiết kế video mô hình hóa phù hợp nhằm gia tăng hành vi tích cực cho từng trẻ.

2.3.2. Thiết kế và triển khai can thiệp

Can thiệp bằng VM được xây dựng theo nguyên tắc: Cung cấp mô hình hành vi tích cực tương ứng với chức năng hành vi của từng trẻ; Giảm yêu cầu gây quá tải, chuyển sang gợi ý nhẹ và tăng cường tích cực khi trẻ thể hiện hành vi phù hợp; Chuẩn bị trước khi chuyển đổi hoạt động để giảm lo âu và hành vi chống đối; Dạy kỹ năng thay thế (ví dụ: chào hỏi, chia sẻ, chờ lượt); Phớt lờ hành vi không phù hợp ở mức an toàn, quay lại nhiệm vụ khi trẻ sẵn sàng; củng cố mạnh hành vi tích cực sau mỗi lần trẻ mô phỏng hành vi trong video.

Thiết kế video mô hình hóa cho từng trẻ

a. Trẻ L.B.M.A :

Video người khác làm mẫu (một bạn cùng lớp): giáo viên chào trẻ mẫu, trẻ quay lại nhìn mắt và đáp lời, giáo viên phản hồi tích cực.

Thời lượng: 25–30 giây; bối cảnh quay tại khu vực đón trẻ nhằm tăng tính tương đồng ngữ cảnh.

b. Trẻ Đ.H.M.C

Video tự mô hình hóa: lựa chọn đoạn trẻ thực hiện thành công các hành vi chia sẻ và chơi chung (đưa đồ chơi, nhận phản hồi tích cực từ bạn và cùng tham gia hoạt động).

Thời lượng: 20–25 giây; ưu tiên các đoạn trẻ biểu hiện hành vi tích cực để củng cố hình ảnh bản thân.

c. Trẻ T.G.B

Video prompting theo bước, gồm: đứng sau bạn trong hàng; chờ trong tư thế phù hợp; tiến lên thực hiện hoạt động khi đến lượt.

Thời lượng: 30–40 giây; mỗi bước được quay cận cảnh để hỗ trợ ghi nhớ và bắt chước.

Các giai đoạn can thiệp

Can thiệp được chia thành 3 giai đoạn, kéo dài 6 tuần, theo đúng tiến trình tăng dần mức độ độc lập của trẻ:

B1 – Giai đoạn đầu can thiệp (Tuần 1–2 của pha B): Trẻ xem video hằng ngày, 2 lần/phiên; Giáo viên hỗ trợ trực tiếp, đưa ra gợi ý lời nói – cử chỉ; Hành vi tích cực bắt đầu xuất hiện với sự trợ giúp.

B2 – Giai đoạn giữa can thiệp (Tuần 3–4): Tăng cường yêu cầu trẻ thực hành sau khi xem video; Giảm dần gợi ý, chỉ hỗ trợ khi cần thiết; Tần suất hành vi tích cực tăng ổn định trong các hoạt động lớp.

B3 – Giai đoạn cuối can thiệp (Tuần 5–6): Chỉ chiếu video 1 lần/ngày hoặc khi cần nhắc lại hành vi; Trẻ thể hiện hành vi tích cực độc lập ở phần lớn tình huống; Giáo viên tập trung củng cố và khuyến khích khái quát hóa sang các hoạt động khác.

2.3.3. **Kết quả can thiệp hành vi**

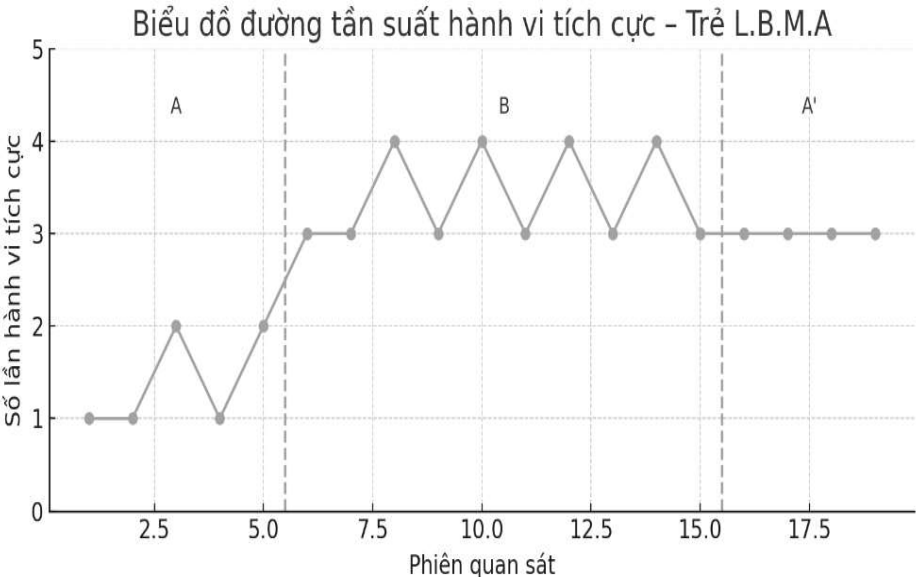
Dựa trên dữ liệu quan sát liên tục qua ba giai đoạn A–B–A’, kết quả cho thấy cả ba trẻ rối loạn phổ tự kỷ đều có sự cải thiện đáng kể ở hành vi tích cực mục tiêu sau khi được can thiệp bằng video mô hình hóa. Bảng 2.4 trình bày tần suất hành vi theo từng giai đoạn, thể hiện sự thay đổi ổn định và vừa phải trong giai đoạn can thiệp, cũng như khả năng duy trì sau khi kết thúc video.

Bảng 4. Tần suất hành vi tích cực của ba trẻ theo các giai đoạn can thiệp

Trẻ	Hành vi mục tiêu	A – Baseline	B – Can thiệp	A’ – Duy trì	Mức tăng (%)
L.B.M.A	Chào hỏi – đáp lời	1–2 lần/ngày	3–4 lần/ngày	3 lần/ngày	↑ ~50–100%
Đ.H.M.C	Chia sẻ – hợp tác nhóm	0–1 lần/ngày	2–3 lần/ngày	2–3 lần/ngày	↑ ~80–150%
T.G.B	Chờ đến lượt	0–1 lần/ngày	2–3 lần/ngày	2–3 lần/ngày	↑ ~80–150%

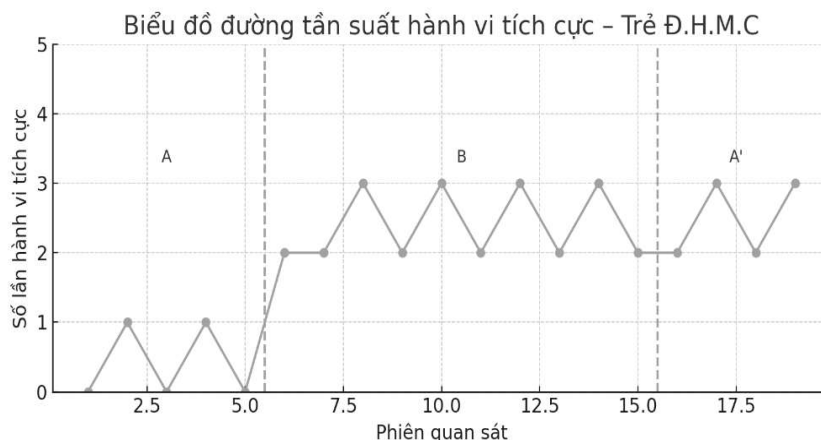
Kết quả theo thiết kế A–B–A’ cho thấy tần suất hành vi tích cực của cả ba trẻ đều thấp và ổn định trong giai đoạn baseline, phản ánh hành vi mục tiêu chưa được hình thành. Trong pha can thiệp, tần suất hành vi tăng rõ rệt nhưng ở mức vừa phải: L.B.M.A từ 1–2 lên 3–4 lần/ngày, Đ.H.M.C và T.G.B từ 0–1 lên 2–3 lần/ngày, đồng thời các hành vi không phù hợp giảm đáng kể. Đến pha duy trì, dù không còn trình chiếu video, hành vi tích cực vẫn được giữ ổn định (2–3 lần/ngày), cho thấy hành vi đã được củng cố và bước đầu khái quát hóa sang các tình huống tự nhiên. Những kết quả này khẳng định video mô hình hóa là phương pháp phù hợp và hiệu quả trong việc hỗ trợ trẻ rối loạn phổ tự kỷ phát triển hành vi tích cực trong môi trường mầm non.

Đường tần suất xuất hiện hành vi được mô tả chi tiết và thể hiện rõ sự thay đổi hành vi sau khi được can thiệp, kết quả cụ thể như sau:



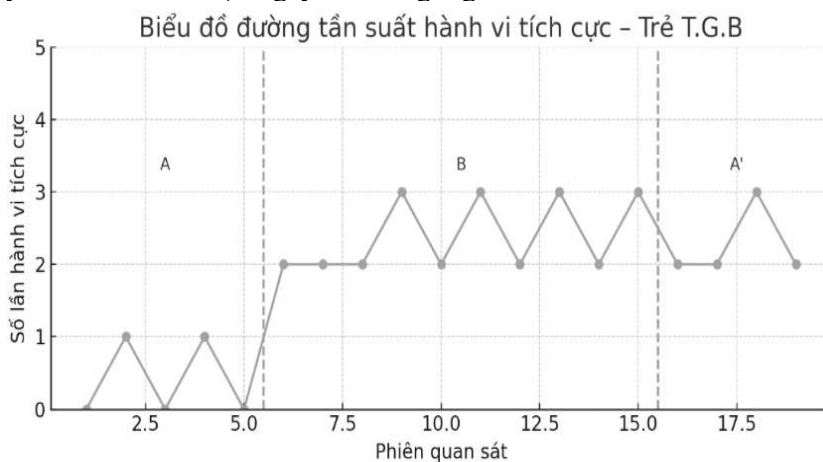
Biểu đồ 1. Tần suất hành vi chào hỏi – đáp lời của trẻ L.B.M.A

Biểu đồ thể hiện tần suất hành vi chào hỏi – đáp lời của trẻ L.B.M.A qua 19 phiên quan sát trong ba pha A–B–A’. Kết quả cho thấy hành vi duy trì ở mức thấp và ổn định trong pha A (1–2 lần/phiên); tăng đều đặn trong pha B, dao động trong khoảng 2–4 lần/phiên; và giữ ổn định ở mức khoảng 3 lần/phiên trong pha A’. Độ dốc tăng ở pha B và mức dao động thấp cho thấy trẻ tiếp nhận tốt hành vi mẫu từ video và duy trì hành vi một cách nhất quán khi ngừng can thiệp, phản ánh khả năng khái quát hóa hành vi tích cực trong môi trường lớp học.



Biểu đồ 2. Tần suất hành vi chia sẻ – hợp tác của trẻ Đ.H.M.C

Biểu đồ mô tả tần suất hành vi chia sẻ – hợp tác của trẻ Đ.H.M.C trong 19 phiên quan sát. Ở pha A, hành vi xuất hiện với tần suất rất thấp (0–1 lần/phiên). Sang pha B, tần suất tăng lên 2–3 lần/phiên và duy trì mức ổn định với mức dao động hẹp. Đến pha A', hành vi tiếp tục ổn định ở mức 2–3 lần/phiên mà không giảm sút. Mẫu xu hướng này cho thấy trẻ có sự cải thiện nhất quán trong hành vi hợp tác xã hội và khả năng duy trì hành vi tích cực ngay cả khi ngừng xem video mô hình hóa.



Biểu đồ 3. Tần suất hành vi chờ đến lượt của trẻ T.G.B

Biểu đồ thể hiện tần suất hành vi chờ đến lượt của trẻ T.G.B trong 5 phiên baseline, 10 phiên can thiệp và 4 phiên duy trì. Kết quả cho thấy hành vi xuất hiện với tần suất thấp ở pha A (0–1 lần/phiên); tăng dần lên 2–3 lần/phiên trong pha B; và giữ ổn định ở cùng mức trong pha A'. Độ dốc tăng vừa phải, cùng mức dao động nhỏ giữa các phiên, cho thấy trẻ từng bước hình thành kỹ năng chờ đợi và duy trì được hành vi tích cực trong giai đoạn không còn trình chiếu video.

Phân tích theo từng pha

Giai đoạn A – Baseline: Trong pha baseline, dữ liệu từng phiên cho thấy tần suất hành vi tích cực của cả ba trẻ đều ở mức thấp và dao động hẹp, phản ánh rằng hành vi mục tiêu chưa được hình thành ổn định. Trẻ L.B.M.A chỉ thực hiện hành vi chào hỏi – đáp lời 1–2 lần/phiên trong suốt năm phiên quan sát đầu; trẻ Đ.H.M.C thể hiện hành vi chia sẻ – hợp tác với tần suất rất thấp (0–1 lần/phiên), thường rời khỏi hoạt động nhóm; trong khi trẻ T.G.B chỉ chờ đến lượt 0–1 lần/phiên và thường xuyên chen ngang. Mức độ ổn định ở mức thấp, độ dốc xu hướng gần như bằng không và dao động nhỏ trong pha A cho thấy không có yếu tố tự nhiên nào thúc đẩy sự cải thiện hành vi, đồng thời đặt nền tảng rõ ràng để đánh giá hiệu quả của can thiệp ở pha B.

Giai đoạn B – Intervention: Khi triển khai video mô hình hóa, dữ liệu theo phiên cho thấy tần suất hành vi tích cực của cả ba trẻ đều tăng lên một cách ổn định nhưng vừa phải, phù hợp với kết quả mong đợi ở trẻ mầm non rối loạn phổ tự kỷ.

Trẻ L.B.M.A tăng tần suất hành vi chào hỏi – đáp lời lên 2–4 lần/phiên; xu hướng tăng được thể

hiện rõ qua độ dốc đường biểu diễn nhưng vẫn nằm trong mức dao động hẹp.

Trẻ Đ.H.M.C tăng hành vi chia sẻ – hợp tác lên 2–3 lần/phiên, đồng thời giảm các biểu hiện rút lui; mức dao động thấp và xu hướng tăng đều cho thấy trẻ tiếp nhận hiệu quả hành vi mẫu trong video.

Trẻ T.G.B tăng khả năng chờ đến lượt lên 2–3 lần/phiên, thể hiện mức tiến bộ ổn định và giảm rõ rệt hành vi chen ngang.

Độ dốc xu hướng tăng ở cả ba biểu đồ và sự ổn định của các điểm dữ liệu trong pha B cho thấy trẻ đã hình thành hành vi thông qua cơ chế quan sát – bắt chước và được củng cố nhất quán trong quá trình triển khai can thiệp.

Giai đoạn A' – Maintenance: Trong pha duy trì, khi video không còn được trình chiếu, tần suất hành vi tích cực của cả ba trẻ vẫn giữ ở mức tương đương pha B với dao động nhỏ, cho thấy khả năng duy trì hành vi tốt.

Trẻ L.B.M.A duy trì hành vi chào hỏi – đáp lời ổn định ở mức 3 lần/phiên.

Trẻ Đ.H.M.C tiếp tục thể hiện hành vi chia sẻ – hợp tác ở mức 2–3 lần/phiên một cách tự nhiên trong nhóm.

Trẻ T.G.B giữ vững kỹ năng chờ đến lượt 2–3 lần/phiên, không xuất hiện trở lại hành vi chen ngang.

Độ dốc xu hướng ổn định, mức dao động thấp và sự nhất quán giữa các phiên trong pha A' cho thấy hành vi không chỉ được hình thành trong giai đoạn can thiệp mà còn được củng cố và bước đầu khái quát hóa sang các hoạt động thường nhật, đáp ứng tiêu chí duy trì của một can thiệp hành vi hiệu quả.

Mức độ dao động: Dữ liệu hành vi của cả ba trẻ cho thấy mức dao động thấp và ổn định trong suốt ba giai đoạn A–B–A'. Ở pha baseline, hành vi tích cực xuất hiện ít và dao động hẹp (L.B.M.A: 1–2 lần/phiên; Đ.H.M.C và T.G.B: 0–1 lần/phiên). Sang pha can thiệp, dù tần suất tăng lên, biên độ dao động vẫn nhỏ (2–4 lần/phiên), phản ánh sự ổn định trong quá trình hình thành hành vi mới. Trong pha duy trì, tần suất hành vi duy trì ở mức 2–3 lần/phiên với dao động tối thiểu và không có dấu hiệu suy giảm. Sự ổn định của dữ liệu ở cả ba pha cho thấy trẻ đáp ứng nhất quán với can thiệp và dữ liệu quan sát có độ tin cậy cao, ít chịu ảnh hưởng bởi yếu tố nhiễu trong môi trường lớp học.

Độ dốc của xu hướng: Phân tích độ dốc xu hướng cho thấy sự thay đổi ổn định trong tần suất hành vi tích cực của cả ba trẻ qua các pha A–B–A'. Trong pha baseline, độ dốc gần như bằng không, phản ánh sự ổn định ở mức thấp của hành vi mục tiêu. Khi can thiệp được triển khai, độ dốc xu hướng tăng lên rõ rệt nhưng ở mức vừa phải: L.B.M.A tăng từ 1–2 lên 3–4 lần/phiên, còn Đ.H.M.C và T.G.B tăng từ 0–1 lên 2–3 lần/phiên. Xu hướng tăng ổn định này cho thấy hành vi được hình thành thông qua cơ chế quan sát – bắt chước từ video và sự củng cố nhất quán của giáo viên. Sang pha duy trì, độ dốc trở lại trạng thái ổn định, không giảm so với pha B, phản ánh hành vi đã được củng cố và duy trì ngay cả khi ngừng trình chiếu video. Những kết quả này cho thấy can thiệp bằng VM tạo ra sự thay đổi hành vi có hệ thống và bền vững ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

Bên cạnh dữ liệu tần suất và xu hướng, nghiên cứu sử dụng thang Goal Attainment Scaling (GAS) để đánh giá mức độ đạt mục tiêu hành vi theo chuẩn cá nhân hóa, qua đó tăng độ tin cậy cho kết luận. GAS được thiết lập với mức kỳ vọng (0 điểm) dựa trên dữ liệu baseline: 3 lần/phiên đối với hành vi chào hỏi – đáp lời của L.B.M.A và 2 lần/phiên đối với hành vi chia sẻ – hợp tác (Đ.H.M.C) và chờ đến lượt (T.G.B). Kết quả cho thấy cả ba trẻ đều đạt từ mức kỳ vọng trở lên: L.B.M.A đạt +1 (vượt mục tiêu), Đ.H.M.C đạt 0 đến +1 (đạt và đôi lúc vượt mục tiêu), trong khi T.G.B đạt mức 0 (đáp ứng đầy đủ yêu cầu hành vi). Sự nhất quán giữa kết quả GAS và dữ liệu quan sát theo phiên khẳng định rằng Video Modeling không chỉ làm tăng tần suất hành vi tích cực mà còn giúp trẻ đạt được các mục tiêu hành vi ở mức chất lượng mong đợi. Điều này cho thấy GAS là công cụ bổ trợ quan trọng, góp phần củng cố tính giá trị và độ thuyết phục của kết luận về hiệu quả can thiệp.

Hiệu quả can thiệp: Kết quả theo thiết kế A–B–A' cho thấy video mô hình hóa tạo ra sự cải thiện hành vi tích cực rõ rệt và ổn định ở cả ba trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Tần suất hành vi mục tiêu tăng nhất quán từ mức rất thấp ở baseline (1–2 lần/phiên đối với L.B.M.A; 0–1 lần/phiên đối với Đ.H.M.C và T.G.B) lên 2–4 lần/phiên trong pha can thiệp, đồng thời các hành vi không phù hợp giảm đáng kể. Trong pha duy trì, hành vi tiếp tục được giữ ổn định mà không có dấu hiệu suy giảm, cho thấy sự củng cố và bước đầu khái quát hóa hành vi. Độ dốc xu hướng tăng ở pha B và ổn định trong pha A' củng cố bằng

chứng về tác động tích cực của VM. Thang Goal Attainment Scaling (GAS) được sử dụng để đánh giá mức độ đạt mục tiêu hành vi theo chuẩn cá nhân hóa. Sau can thiệp, L.B.M.A đạt mức +1 (vượt kỳ vọng), Đ.H.M.C đạt mức 0 đến +1 (đạt hoặc vượt nhẹ mục tiêu), và T.G.B đạt mức 0 (đáp ứng mục tiêu). Sự nhất quán giữa kết quả GAS và dữ liệu tần suất cho thấy VM không chỉ làm tăng hành vi tích cực mà còn giúp trẻ đạt được các mục tiêu hành vi một cách phù hợp và ổn định

2.4. Thảo luận

Kết quả cho thấy VM tạo ra tác động tích cực và ổn định đối với hành vi của trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5–6 tuổi. Sự gia tăng nhất quán của hành vi tích cực trong pha can thiệp phù hợp với học thuyết học tập quan sát của Bandura (1977) và các nghiên cứu trước về hiệu quả của VM trong phát triển kỹ năng xã hội (Ashori & Jalil-Abkenar, 2019; Ledoux Galligan et al., 2022). Việc hành vi được duy trì ở pha A' cho thấy trẻ đã bước đầu khái quát hóa hành vi sang các tình huống tự nhiên, phản ánh ưu thế của VM ở tính trực quan, tính nhất quán và khả năng xem lặp lại.

Kết quả thang GAS cũng cho thấy cả ba trẻ đạt hoặc vượt mức kỳ vọng, cho thấy VM không chỉ tăng tần suất hành vi mà còn nâng cao chất lượng thực hiện hành vi trong các ngữ cảnh tự nhiên. Sự tương thích giữa dữ liệu tần suất và GAS góp phần củng cố độ tin cậy của kết luận.

Tuy nhiên, thời gian duy trì hai tuần còn ngắn, chưa đủ để đánh giá tính bền vững dài hạn của hành vi. Các nghiên cứu tiếp theo cần kéo dài thời gian theo dõi hoặc bổ sung các điểm đo hậu can thiệp. Dù có hạn chế, kết quả vẫn cho thấy VM là phương pháp linh hoạt, khả thi và phù hợp với môi trường mầm non, góp phần hỗ trợ phát triển hành vi tích cực và kỹ năng xã hội cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

3. KẾT LUẬN

Bài báo đánh giá hiệu quả của VM trong phát triển hành vi tích cực cho ba trẻ rối loạn phổ tự kỷ 5–6 tuổi trong trường mầm non. Kết quả từ thiết kế A–B–A' cho thấy tần suất ba hành vi mục tiêu—chào hỏi – đáp lời, chia sẻ – hợp tác và chờ đến lượt—đều tăng ổn định trong pha can thiệp và được duy trì ở pha A', thể hiện sự hình thành và bước đầu khái quát hóa hành vi. Thang GAS cũng cho thấy cả ba trẻ đạt hoặc vượt mức kỳ vọng, củng cố bằng chứng về hiệu quả của VM theo chuẩn cá nhân hóa.

Về mặt ứng dụng, VM là phương pháp linh hoạt, dễ triển khai và hỗ trợ giảm áp lực hướng dẫn trực tiếp cho giáo viên trong môi trường lớp học đông trẻ. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn bị giới hạn bởi quy mô mẫu nhỏ và thời gian duy trì ngắn; do đó, các nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng số lượng trẻ và kéo dài thời gian theo dõi để đánh giá tính bền vững của hành vi. Nhìn chung, kết quả cho thấy VM là công cụ can thiệp tiềm năng, góp phần thúc đẩy hành vi tích cực và hỗ trợ hòa nhập cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ trong giáo dục mầm non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ, T. T. (2016). Quy trình xây dựng video làm mẫu giáo dục kỹ năng ứng xử với thầy cô giáo và bạn bè cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ nhẹ trong trường mầm non hoà nhập. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Sư phạm Hà Nội*, 61(8), 148–158.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
3. Ashori, M., & Jalil-Abkenar, S. S. (2019). The effectiveness of video modeling on social skills of children with autism spectrum disorder. *Practice in Clinical Psychology*, 7(3), pp.159–166.
4. Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (2006). *Pivotal response treatments for autism*. Paul H. Brookes Publishing.
5. Ledoux Galligan, M. R., Suhrheinrich, J., & Kraemer, B. R. (2022). Video modeling for high school students with autism spectrum disorder. *Tech in Action*, 37(1), pp.126–134.
6. Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Morriss, D., & McDougle, C. J. (2014). *Multidisciplinary assessment and treatment of self-injury in autism spectrum disorder and intellectual disability*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(1), 57–72.
7. O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Horner, R. H., & Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior (3rd ed.)*. Cengage Learning.
8. Sugai, G., & Horner, R. H. (2002). The evolution of discipline practices: School-wide positive behavior supports. *Child & Family Behavior Therapy*, 24(1–2), pp.23–50.

**USING VIDEO MODELING TO TEACH POSITIVE BEHAVIORS
TO CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AGED 5–6
IN PRESCHOOLS IN HANOI**

Abstract: *This article examines the use of Video Modeling (VM) to promote positive behaviors in three preschool children aged 5–6 years with Autism Spectrum Disorder (ASD) at a kindergarten in Hanoi. A single-subject A–B–A' design was employed, targeting three behaviors: greeting–responding, sharing–cooperating, and waiting for one's turn. Data were collected through ABC observation charts, session-based frequency recording, and the Goal Attainment Scaling (GAS). Results indicated a steady increase in positive behaviors during the intervention phase and maintenance of these gains in the A' phase, accompanied by a clear reduction in inappropriate behaviors. GAS outcomes confirmed that all three children met or exceeded expected behavioral goals. The findings demonstrate that VM is a feasible and effective approach for enhancing social skills and adaptive behaviors in preschool children with ASD.*

Keywords: *Preschool education; positive behavior; social skills; children with autism spectrum disorder; video modeling.*