Tạp chí Tâm lý học Việt Nam số 1 - Tháng 2 năm 2026

DOI: https://doi.org/10.66270/vap26.v14.n1.12

NEGATIVE EMOTIONS AMONG PARENTS OF AUTISTIC CHILDREN IN SOUTHEASTERN VIETNAM

Nguyen Thi Thu Huyen
An Binh Duong Center for Research and Application of Educational Psychology

Received October 26,2025
Accepted January 20,2026

Abstract: *This study examined negative emotions among parents of autistic children. Data were collected from 302 parents of children with autism spectrum disorder at early intervention centers and specialized schools in Southeastern Vietnam. The findings indicated that factors leading to parents' negative emotions include children's characteristics and behaviors, parents' characteristics and expectations, family relationships, and the social environment. The intensity of negative emotions in the study sample was high, with anxiety and sadness being the most common emotions, while anger was reported at a lower level. Comparative analyses also showed that mothers experienced higher levels of anxiety than fathers. In addition, overall negative emotional intensity among parents whose children required "very high" levels of support was significantly greater than among parents whose children required "moderate" or "high" levels of support. Negative emotions were positively correlated with the child's age. These findings provided a basis for proposing measures to support parents of children*

THỰC TRẠNG CẢM XÚC ÂM TÍNH CỦA CHA MẸ CÓ CON RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ KHU VỰC ĐÔNG NAM BỘ

Nguyễn Thị Thu Huyền
Trung tâm Nghiên cứu, ứng dụng Tâm lý Giáo dục An Bình Dương.

Ngày nhận bài: 26/10/2025;
Ngày duyệt đăng bài: 20/1/2026.

Tóm tắt: *Nghiên cứu này hướng đến tìm hiểu thực trạng cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ 302 cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ tại các trung tâm can thiệp sớm, trường chuyên biệt tại khu vực Đông Nam Bộ. Kết quả nghiên cứu cho thấy các nhóm tác nhân chính gây ra cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ bao gồm: đặc điểm và hành vi của trẻ, tâm lý và kỳ vọng của cha mẹ, mối quan hệ trong gia đình và môi trường xã hội. Cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ trong mẫu nghiên cứu cho thấy có cường độ ở mức khá cao, nổi trội nhất là cảm xúc lo lắng và buồn bã, trong khi đó cảm xúc tức giận có phần thấp hơn. Kết quả kiểm định so sánh cũng cho thấy rằng mức độ lo lắng của mẹ cao hơn cha, cường độ cảm xúc âm tính nói chung ở những cha mẹ có trẻ cần được hỗ trợ ở mức "rất nhiều" cao hơn hẳn những cha mẹ có trẻ chỉ cần hỗ trợ ở mức "vừa phải" và "nhiều". Cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ cũng cho thấy mối tương quan thuận với độ tuổi của trẻ. Những kết quả này là cơ sở để đề xuất các biện pháp hỗ trợ cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ ứng phó với cảm xúc âm*

with autism spectrum disorder in coping with negative emotions.

Keywords: *Negative emotions; Parents of children with autism spectrum disorder.*

tính.

Từ khóa: *Cảm xúc âm tính; Cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ.*

1. Đặt vấn đề

Sức khỏe tâm thần của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ là một trong những vấn đề quan trọng được các nhà khoa học nghiên cứu. Các nghiên cứu trước đây trên thế giới đã chỉ ra rằng sự hiện diện của một đứa trẻ có nhu cầu đặc biệt như rối loạn phổ tự kỷ trong gia đình có khả năng gây ra "gánh nặng tâm lý" cho người chăm sóc (Van Steijn và cộng sự, 2014). Foody và cộng sự (2015) đã tiến hành kiểm tra các chỉ số sinh học liên quan đến lo lắng giữa những người chăm sóc trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ, như chức năng tuyến thượng thận và tim mạch. Nghiên cứu này rõ ràng đã chỉ ra rằng các chỉ số lo lắng của những người chăm sóc trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ cao hơn so với những người chăm sóc trẻ phát triển bình thường. Các nghiên sử dụng các bảng kiểm triệu chứng khác nhau có liên quan để kiểm tra mức độ lo lắng, cũng như các dấu hiệu sinh học của lo lắng, báo cáo rằng những đau khổ ở những người chăm sóc trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ phổ biến hơn, có 15% đến 54% cha mẹ có dấu hiệu rối loạn lo âu (Hastings, 2003). Ngoài chứng rối loạn lo âu, có rất nhiều bằng chứng cho thấy những đau khổ tâm lý của người chăm sóc trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ có xu hướng thể hiện bằng tâm trạng u ám, bi quan, rối loạn cảm xúc và xu hướng thiếu chủ động có mức độ cao hơn các rối loạn khác (Al-Farsi và cộng sự, 2016). Theo Bitsika và Sharpley (2004), căng thẳng ở người chăm sóc trẻ em rối loạn phổ tự kỷ cao hơn (45,9%) so với người chăm sóc trẻ em khuyết tật trí tuệ hoặc người chăm sóc trẻ em đang phát triển trong giới hạn bình thường. Hơn 90% phụ huynh cho biết họ đôi khi không thể đối phó hiệu quả với hành vi của con mình. Gần một nửa số người tham gia bị lo âu nghiêm trọng và gần 2/3 bị trầm cảm về mặt lâm sàng. Phần lớn các bậc cha mẹ cho biết rằng đôi khi họ không thể đối phó hiệu quả với hành vi của con mình và kết quả là họ cảm thấy vượt ngưỡng giới hạn bản thân. Vào những thời điểm này, họ cho biết họ cảm thấy lo lắng và căng thẳng.

Trong Tâm lý học, cảm xúc âm tính là trạng thái đau khổ và không dễ chịu của chủ thể, bao gồm nhiều trạng thái tâm lý như tức giận, khinh miệt, chán ghét, tội lỗi, sợ hãi và lo lắng (Watson và cộng sự, 1988). Vũ Dũng (2008) cho rằng cảm xúc âm tính là những cảm xúc gây ra sự khó chịu, căng thẳng hoặc đau buồn, thường là phản ứng với các tình huống tiêu cực trong cuộc sống. Cảm xúc âm tính là một phạm trù khái quát, phản ánh sự khó chịu về mặt thể chất lẫn tinh

thần của cá nhân, nó bao hàm một dải rộng các cảm xúc cụ thể như lo lắng, tức giận, buồn bã, sợ hãi, xấu hổ... Trong khi đó, stress (căng thẳng) được xem là phản ứng của cơ thể và tâm trí trước những áp lực hoặc yêu cầu vượt quá khả năng ứng phó của cá nhân. Lo âu và trầm cảm lại là những hội chứng hoặc rối loạn tâm thần cụ thể, thường mang tính chất bệnh lý hoặc diễn tiến kéo dài với các dấu hiệu sinh học rõ rệt. Có thể nói, cảm xúc âm tính là "nguyên liệu" hoặc dấu hiệu khởi đầu. Việc nuôi dạy con rối loạn phổ tự kỷ là một thách thức lớn khiến cha mẹ dễ nảy sinh các cảm xúc âm tính. Nếu không được phát hiện và hỗ trợ can thiệp kịp thời, những cảm xúc âm tính dai dẳng có thể diễn tiến thành các rối loạn tâm thần nghiêm trọng.

Tại Việt Nam, các nhà nghiên cứu đã bắt đầu chú ý đến sức khỏe tâm thần của nhóm đối tượng này nhưng chủ yếu tập trung vào các chỉ số bệnh học. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (2019) chỉ ra rằng có đến 72% cha mẹ có mức độ căng thẳng ở mức trung bình cho đến cao. Phạm Thị Thu Cúc và cộng sự (2022) cho thấy tỷ lệ cha mẹ có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm ở mức nhẹ và vừa lần lượt là 23,6%; 24,8%; 21,7%. Tuy nhiên, một khoảng trống nghiên cứu đang tồn tại là sự thiếu hụt các nghiên cứu đánh giá trực diện về thực trạng các cảm xúc âm tính đơn lẻ trong đời sống hàng ngày của cha mẹ. Khác với các nghiên cứu trước đây thường tập trung đo lường tỷ lệ mắc stress hay trầm cảm, nghiên cứu này hướng tới việc bóc tách thực trạng của các cảm xúc âm tính đơn lẻ (lo lắng, buồn bã, tức giận). Cách tiếp cận này giúp nhận diện rõ hơn những tác nhân kích hoạt cụ thể từ hành vi của trẻ hay sự kỳ vọng của cha mẹ, đến áp lực xã hội, từ đó cung cấp một bức tranh chi tiết về đời sống tình cảm hàng ngày của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ.

Với phạm vi khảo sát tại khu vực Đông Nam Bộ, nghiên cứu đã chỉ ra thực trạng cường độ cảm xúc âm tính và những tác nhân gây ra cảm xúc âm tính ở cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ, cùng với đó là phân tích thực trạng các cảm xúc âm tính dưới các lát cắt nhân khẩu học như là cha/mẹ, độ tuổi của trẻ, nhu cầu hỗ trợ của trẻ. Kết quả nghiên cứu là cơ sở khoa học cho các chương trình can thiệp tâm lý thiết thực, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ trong tương lai.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Khách thể nghiên cứu

Bảng 1. Sự phân bố mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		**Số lượng**	**Tỷ lệ%**
Giới tính	Nam	139	46,0

	Nữ	163	54,0
Người đánh giá	Cha	138	45,7
	Mẹ	162	53,6
	Người chăm sóc khác	2	0,7
Nghề nghiệp	Trí óc	127	42,1
	Chân tay	118	39,1
	Nội trợ	50	16,6
	Khuyết	7	2,3
Nhu cầu của trẻ	Cần sự hỗ trợ	71	23,5
	Cần nhiều sự hỗ trợ	153	50,7
	Cần rất nhiều sự hỗ trợ	78	25,8
Tổng		**302**	**100,0**

Chú thích: Trong 139 khách thể nam, có 138 người là cha và 1 người là ông thuộc nhóm "Người chăm sóc khác"; trong 163 khách thể nữ, có 162 người là mẹ và 1 người là bà thuộc nhóm "Người chăm sóc khác".

Tác giả đã liên hệ một cách ngẫu nhiên các trung tâm can thiệp sớm, trường chuyên biệt tại 3 tỉnh thuộc khu vực Đông Nam Bộ để lựa chọn khách thể khảo sát. Tiêu chí để tham gia vào nghiên cứu này đó là: (1) trẻ phải được chẩn đoán có rối loạn phổ tự kỷ tại các Bệnh viện Nhi đồng 1, Nhi đồng 2, Nhi đồng Thành Phố, Khoa Tâm lý tâm thần trẻ em - Bệnh viện Tâm thần Thành phố Hồ Chí Minh và (2) trẻ phải ở trong độ tuổi từ 2 đến 6. Tất cả những khách thể được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu đều được liên hệ và giải thích kỹ càng về chủ đề, mục đích, bản chất, tính tự nguyện và đạo đức của nghiên cứu. Mọi dữ liệu cá nhân của cha mẹ và trẻ được cam kết bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích khoa học. Quy trình thu thập dữ liệu đảm bảo quyền được từ chối hoặc rút khỏi nghiên cứu của khách thể tại bất kỳ thời điểm nào. Cuối cùng, nghiên cứu đã thu thập được sự đồng ý tham gia của 302 cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ tại khu vực Đông Nam Bộ, trong đó có 46,0% là nam và 54,0% là nữ. Đặc điểm chi tiết của mẫu nghiên cứu được trình bày ở bảng 1.

Ngoài ra, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu với 5 cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ. Mẫu phỏng vấn bao gồm 3 nữ và 2 nam, trong đó có 1 nhân viên văn phòng, 3 công nhân và 1 nội trợ trong độ tuổi từ 24 cho đến 40.

2.2. Công cụ và quy trình đo lường

Bước đầu của nghiên cứu, tác giả tiến hành khảo sát sơ bộ trên 90 cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ nhằm xác định các cảm xúc âm tính phổ biến nhất của cha mẹ. Nghiên cứu đã sử dụng thang đo Cảm xúc âm tính của Diener và cộng sự

(1995), hệ số Cronbach's Alpha của thang đo này là 0,925. Thang đo gồm có 16 cảm xúc, phân bố đều cho 4 nhóm cảm xúc âm tính chính đó là lo lắng, tức giận, buồn bã và xấu hổ. Tuy nhiên, kết quả khảo sát sơ bộ cho thấy cảm xúc "xấu hổ" có tần suất xuất hiện rất thấp và không mang tính đặc trưng nổi bật đối với các bậc cha mẹ trong mẫu nghiên cứu này. Dựa trên cơ sở đó, tác giả đã tập trung khảo sát chính thức trên 302 khách thể để phân tích sâu vào 3 nhóm cảm xúc âm tính chủ đạo là: lo lắng, buồn bã và tức giận. Việc bóc tách và tập trung vào 3 nhóm này giúp nhận diện rõ hơn các tác nhân kích hoạt cụ thể từ hành vi của trẻ hay kỳ vọng của cha mẹ, từ đó cung cấp một bức tranh chi tiết và chính xác hơn về thực trạng đời sống cảm xúc của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ tại khu vực Đông Nam Bộ. Nghiên cứu này đã tập trung tìm hiểu về (1) các tác nhân gây ra các cảm xúc âm tính và (2) cường độ của các cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ. Thứ nhất, bảng hỏi yêu cầu người tham gia kể lại một tình huống gây ra cảm xúc âm tính tương ứng trong quá trình chăm sóc và giáo dục con rối loạn phổ tự kỷ. Để đảm bảo tính chính xác và giảm thiểu vấn đề về trí nhớ khi nghiên cứu về trải nghiệm cảm xúc trong quá khứ, chúng tôi áp dụng phương pháp mô tả tình huống. Đây là một phương pháp đã được chứng minh là hiệu quả (Wallboth và Scherer, 1989), phù hợp với quan điểm của nhiều chuyên gia. Iarossi (2006) cũng khẳng định rằng "độ chính xác của trí nhớ có thể cải thiện nếu dùng phương pháp liệt kê tình tiết" (tr. 65). Ông cũng chỉ ra rằng ba yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tái hiện chính xác một sự kiện theo thời gian là: sự nổi bật của sự kiện, tần suất của sự kiện và cách thiết kế câu hỏi. Trong đó, xúc cảm mạnh mẽ do sự kiện tạo ra là một yếu tố quan trọng làm tăng sự nổi bật của sự kiện (Iarossi, 2006, tr. 64). Chính vì vậy, trong thiết kế bảng hỏi, chúng tôi không đi thẳng vào câu hỏi về cách ứng phó với cảm xúc âm tính. Thay vào đó, bảng hỏi sẽ bắt đầu bằng một câu hỏi mở khuyến khích cha mẹ tự do liệt kê các tình tiết, hồi tưởng lại sự kiện đã qua gắn liền với cảm xúc của họ. Chỉ sau khi cha mẹ đã hình dung và "sống lại" với tình huống đó, bảng hỏi mới tiếp tục đề cập đến cách ứng phó của họ trước cảm xúc âm tính ấy. Phương pháp này đã được một số nghiên cứu ở Việt Nam sử dụng khi nghiên cứu về ứng phó (Đinh Thị Hồng Vân, 2014). Thứ hai, nhằm đánh giá cường độ của cảm xúc âm tính, khảo sát yêu cầu cha mẹ báo cáo cường độ của cảm xúc âm tính tương ứng trong tình huống đó trên thang điểm từ 0 cho đến 10. Mức điểm càng cao thể hiện cường độ cảm xúc âm tính càng mạnh.

Dựa trên cơ sở dữ liệu khảo sát, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu, bán cấu trúc nhằm thu thập thêm thông tin và làm rõ những kết quả đã phân tích được từ phương pháp điều tra bằng bảng hỏi. Nội dung phỏng vấn tập trung tìm

hiểu (1) những cảm xúc âm tính mà phụ huynh trải qua khi chăm sóc và giáo dục con rối loạn phổ tự kỷ, (2) những tình huống cụ thể mà những cảm xúc đó thường xuất hiện và (3) cường độ của những cảm xúc đó.

2.3. Phân tích dữ liệu

Dựa trên dữ liệu thu thập được, nghiên cứu đã tiến hành phân tích dữ liệu định tính về các tác nhân dẫn đến cảm xúc âm tính và dữ liệu định lượng về cường độ các cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ. Các dữ liệu thu thập được về tác nhân dẫn đến cảm xúc âm tính đã được mã hóa theo các nhóm tác nhân, cụ thể đó là: (1) hành vi và đặc điểm của trẻ, (2) tâm lý và kỳ vọng của cha mẹ, (3) môi trường xã hội, (4) mối quan hệ trong gia đình và (5) khác. Để đảm bảo độ tin cậy, quá trình mã hóa được thực hiện độc lập bởi các thành viên nhóm nghiên cứu, sau đó đối chiếu và thống nhất các mã dị biệt để đạt được sự đồng thuận cao nhất trước khi đưa vào xử lý thống kê. Quá trình xử lý và phân tích dữ liệu được thực hiện thông qua phần mềm SPSS 20.0. Các đại lượng thống kê mô tả về các tác nhân và cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ đã được sử dụng bao gồm: tần số, tần suất, điểm trung bình (ĐTB), độ lệch chuẩn (ĐLC). Phép kiểm định t-test cho hai mẫu độc lập đã được sử dụng để so sánh cảm xúc âm tính giữa hai nhóm cha và mẹ. Phép kiểm định One-Way Anova được sử dụng để so sánh cảm xúc âm tính của cha mẹ của các nhóm trẻ có mức độ nhu cầu hỗ trợ khác nhau (cần sự hỗ trợ, cần nhiều sự hỗ trợ, cần rất nhiều sự hỗ trợ). Ngoài ra, phân tích hệ số tương quan nhị biến Pearson cũng được tiến hành nhằm phân tích mối quan hệ giữa cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ và độ tuổi của trẻ.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Tác nhân dẫn đến các cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ

Bảng 2. Các tác nhân dẫn đến cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ

Cảm xúc lo lắng			**Cảm xúc buồn bã**			**Cảm xúc tức giận**		
Tác nhân	**SL**	**%**	**Tác nhân**	**SL**	**%**	**Tác nhân**	**SL**	**%**
Hành vi và đặc điểm của trẻ	227	86,3	Hành vi và đặc điểm của trẻ	176	66,9	Hành vi và đặc điểm của trẻ	197	74,9
Tâm lý và kỳ vọng của cha	33	12,5	Tâm lý và kỳ vọng của cha	60	22,8	Tâm lý và kỳ vọng của cha	38	14,4

mẹ			mẹ			mẹ		
Môi trường xã hội	12	4,6	Mối quan hệ trong gia đình	26	9,9	Mối quan hệ trong gia đình	12	4,6
Khác	3	1,1	Môi trường xã hội	30	11,4	Môi trường xã hội	13	4,9

Chú thích: SL: Số lượng; %: Phần trăm; (*) Tổng tỷ lệ phần trăm lớn hơn 100% do đây là câu hỏi đa lựa chọn (Multiple response), một phụ huynh có thể chỉ ra nhiều tác nhân cho cùng một cảm xúc.

Các cảm xúc âm tính như lo lắng, buồn bã, tức giận xuất hiện ở cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ chịu sự tác động của các nhóm tác nhân khác nhau. Kết quả bảng 2 cho thấy, tác nhân liên quan đến bản thân trẻ là nhóm yếu tố có ảnh hưởng lớn nhất đến cảm xúc âm tính của cha mẹ, đặc biệt trong hai cảm xúc lo lắng và tức giận. Cụ thể, tỷ lệ cha mẹ lo lắng do đặc điểm của trẻ lên tới 86,3%, trong khi tỷ lệ này ở cảm xúc tức giận là 74,9%. Điều này cho thấy, các biểu hiện lâm sàng của trẻ, như hành vi thách thức, chậm phát triển, hoặc chậm tiến bộ trong can thiệp đóng vai trò trung tâm trong việc hình thành và duy trì các trạng thái cảm xúc âm tính ở người chăm sóc. Ngược lại, các yếu tố liên quan đến bản thân cha mẹ, bao gồm đặc điểm tâm lý, kỳ vọng cá nhân, kỹ năng kiểm soát cảm xúc thể hiện mức độ ảnh hưởng rõ rệt hơn trong cảm xúc buồn bã (chiếm 22,8%), so với lo lắng (12,5%) và tức giận (14,4%). Kết quả này gợi ý rằng, cảm xúc buồn bã ở cha mẹ không chỉ bị chi phối bởi ngoại cảnh mà còn có liên hệ chặt chẽ với quá trình nội tâm hóa kỳ vọng, cảm giác mất mát và phản ứng tự trách trong mối quan hệ với đứa con không như mong đợi.

Môi trường xã hội (như định kiến xã hội, kỳ thị và rào cản dịch vụ) tuy không chiếm tỷ lệ cao trong từng cảm xúc (dao động từ 4,6% đến 11,4%) nhưng xuất hiện đồng đều ở cả ba cảm xúc. Sự hiện diện của nhóm tác nhân này cho thấy vai trò gián tiếp nhưng bền vững của môi trường xã hội trong việc duy trì hoặc khuếch đại các trạng thái cảm xúc âm tính, thông qua việc làm tăng cảm giác bị cô lập, bị đánh giá, hoặc thiếu sự hỗ trợ từ bên ngoài.

Nhóm tác nhân từ mối quan hệ trong gia đình xuất hiện ở riêng hai cảm xúc buồn bã và tức giận, với tỷ lệ lần lượt là 9,9% và 4,6%. Tuy tỷ lệ này không cao, song đặc điểm của các tác nhân trong nhóm này có xu hướng tác động dai dẳng, âm ỉ, làm suy yếu khả năng phục hồi tinh thần của cha mẹ trong quá trình chăm sóc, giáo dục con. Sự hiện diện của yếu tố này phản ánh cấu trúc tâm lý - xã hội đặc thù trong gia đình có con khuyết tật, nơi sự thiếu đồng thuận hoặc gánh nặng chia sẻ có thể trở thành nguồn áp lực tâm lý thứ cấp.

Tổng thể, kết quả phân tích định lượng và định tính cho thấy cảm xúc âm tính của cha mẹ là ảnh hưởng bởi nhiều tác nhân, trong đó đặc điểm của trẻ là yếu tố kích hoạt chính, còn các tác nhân từ cá nhân cha mẹ, gia đình và xã hội đóng vai trò khuếch đại, duy trì hoặc điều hòa cường độ cảm xúc. Phát hiện này gợi mở định hướng can thiệp đa chiều, đồng thời làm rõ vai trò trung tâm của trẻ trong mối quan hệ cảm xúc - hành vi với cha mẹ.

3.1.1. Tác nhân dẫn đến cảm xúc lo lắng

Kết quả bảng 2 cho thấy các tác nhân dẫn đến cảm xúc lo lắng ở cha mẹ chủ yếu là liên quan đến bản thân trẻ (86,3%). Các yếu tố cụ thể bao gồm: mức độ nghiêm trọng của rối loạn phổ tự kỷ, các hành vi gây rối, rối loạn cảm giác, giấc ngủ, ăn uống và tốc độ tiến bộ chậm của trẻ. Điều này cho thấy rằng sự phát triển không ổn định và khó lường của trẻ là nguồn gốc gây căng thẳng chủ yếu cho cha mẹ. Một số cha mẹ chia sẻ: *"Con tôi đã 6 tuổi nhưng chưa nói được từ nào. Cháu vẫn thường xuyên hét, đập đầu và không ngủ đêm. Tôi luôn sống trong trạng thái lo sợ"; "Con thích chơi trò cảm giác mạnh, hành vi bất thường khi mọi người không đáp ứng yêu cầu của con, cảm xúc của con thường hay bộc phát đột xuất, hờn dỗi không lý do, mẹ rất lo lắng".*

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Estes và cộng sự (2009), trong đó chỉ ra rằng hành vi khó kiểm soát và tiến độ phát triển chậm là yếu tố chính góp phần vào sự lo âu và suy giảm sức khỏe tâm lý của phụ huynh có con rối loạn phổ tự kỷ. Tương tự, Dardas và Ahmad (2014) cũng ghi nhận rằng lo lắng của cha mẹ tăng lên đáng kể khi con không đáp ứng được kỳ vọng khi can thiệp và trị liệu.

Tiếp theo, tác nhân từ cha mẹ và gia đình chiếm 12,5%, chủ yếu bao gồm thiếu hiểu biết về tự kỷ, khó khăn về sức khỏe tâm lý của cha mẹ, áp lực kinh tế và thời gian chăm sóc kéo dài. Những vấn đề này cho thấy bản thân cha mẹ cũng là đối tượng chịu tổn thương tâm lý, đặc biệt trong bối cảnh chưa được trang bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng chăm sóc. Một số tác nhân từ chia sẻ của các cha mẹ: "*Cha mẹ khó hiểu ý con đang muốn gì và lo lắng về cách giáo dục con sao cho phù hợp để giúp con phát triển tốt*", "*sắp tới tinh giảm biên chế, mẹ lo mình ba không cáng đáng nổi học phí cho con can thiệp*".

Tác nhân ít ảnh hưởng đến cảm xúc lo lắng của cha mẹ là môi trường xã hội và cộng đồng, chỉ chiếm 4,6%, phản ánh rằng các yếu tố bên ngoài như định kiến xã hội, thiếu hỗ trợ từ dịch vụ can thiệp, và sự kỳ thị trong cộng đồng tuy có tồn tại nhưng không phải là tác nhân chủ yếu dẫn đến cảm xúc lo lắng. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu quốc tế, các yếu tố xã hội thường có vai trò lớn hơn. Ví dụ, Wang và cộng sự (2011) tại Trung Quốc phát hiện rằng rào cản dịch vụ,

chi phí cao và kỳ thị từ cộng đồng có ảnh hưởng tiêu cực rõ rệt đến sức khỏe tinh thần của phụ huynh. Sự khác biệt này có thể do điều kiện địa lý, mức độ phổ biến của mạng lưới can thiệp và trình độ nhận thức xã hội tại mỗi quốc gia.

Cuối cùng, nhóm tác nhân "khác" chỉ chiếm 1,1%, bao gồm những yếu tố không thường xuyên hoặc đặc thù cá biệt như "lo lắng khi đi đánh giá con gặp bác sĩ mà không hợp tác", "nhận được kết quả chẩn đoán con tự kỷ, mẹ thấy rất lo lắng".

3.1.2. Tác nhân dẫn đến cảm xúc buồn bã

Kết quả khảo sát cho thấy có 66,9% cha mẹ cho rằng nguyên nhân chính khiến họ buồn bã là do đặc điểm của chính đứa trẻ. Những yếu tố như sự chậm phát triển, khó khăn trong giao tiếp, thiếu tương tác tình cảm, hoặc tiến bộ chậm trong can thiệp thường khiến phụ huynh cảm thấy hụt hẫng và mất mát. Một người mẹ chia sẻ: "*Mẹ đau lòng khi thấy con 5 tuổi rồi mà vẫn không gọi mẹ, khi mẹ gọi thì không phản ứng gì*", "*Em buồn nhất là khi dạy con, cố gắng rất nhiều nhưng con không hợp tác cùng mẹ. Có thể con rất cố gắng nhưng con vẫn chưa thực sự hiểu để đồng hành với mẹ khi học*".

Tâm lý và kỳ vọng của cha mẹ chiếm 22,8%, phản ánh các yếu tố như cảm giác tội lỗi, tự trách, hoặc mặc cảm khi so sánh con mình với trẻ em khác. Đây là nhóm tác nhân mang tính nội tâm, thường đi kèm với xu hướng tự diễn giải tiêu cực về bản thân. Một số cha mẹ chia sẻ: "*Cảm thấy rất buồn về chính bản thân, cách chăm sóc con như thế nào là phù hợp, vì con luôn chán ăn, kén ăn rất nhiều món chỉ ăn đúng nước tương với cơm hoặc cháo trắng*", "*Cùng sinh với bé nhà hàng xóm, bé nhà người ta thông minh lanh lợi, bé nhà mình không hiểu biết nhiều, cảm thấy buồn*".

Các tác nhân từ gia đình và quan hệ xã hội chiếm 9,9%, bao gồm sự thiếu thấu hiểu từ người thân, xung đột giữa vợ chồng trong cách chăm sóc con, và áp lực kinh tế. Việc không nhận được sự đồng cảm từ môi trường gia đình có thể làm tăng cảm giác cô đơn và buồn bã, như một phụ huynh chia sẻ: "*Mẹ cảm thấy mình đang chiến đấu một mình khi ba bé và ông bà nói rằng tôi làm quá lên, từ từ con sẽ nói*".

Tác nhân từ môi trường xã hội chiếm 11,4%, phản ánh sự thiếu chấp nhận của cộng đồng, kỳ thị, hoặc việc cha mẹ bị buộc phải tự xoay xở trong hệ thống hỗ trợ còn hạn chế. Phụ huynh chia sẻ: "*Dẫn con ra ngoài chơi, bị các phụ huynh khác hỏi về bé nó chơi kỳ vậy, nhảy một mình. Không nghe nó nói chuyện, không biết chào hỏi ai. Làm mẹ nghe hỏi vậy đau lòng lắm, mình có muốn con mình vậy đâu*", "*Ở chỗ em không có trung tâm can thiệp, muốn thì phải vào thành phố, cách nhà 50km*".

3.1.3. Tác nhân dẫn đến cảm xúc tức giận

Các tác nhân dẫn đến cảm xúc tức giận của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ chủ yếu đến từ hành vi và đặc điểm của trẻ (74,9%), bao gồm: ăn vạ, mất kiểm soát cảm xúc, phản kháng, không hợp tác, hoặc thiếu phản hồi giao tiếp. Đây là những hành vi thường xuyên lặp lại, làm suy giảm năng lượng cảm xúc của người chăm sóc. Một phụ huynh cho biết: "*Khi trở bé ra ngoài, thấy gì là bé đòi cho bằng được, la hét không kiểm soát, lúc đó ba thật sự rất tức giận, có lần không kiềm chế được đã đánh con ngay tại chỗ thì bé mới dừng lại*". Nghiên cứu của Lecavalier và cộng sự (2006) cũng chỉ ra rằng hành vi gây rối của trẻ là yếu tố quan trọng làm gia tăng cảm xúc tiêu cực ở phụ huynh, đặc biệt là tức giận và kiệt sức. Khi phụ huynh không hiểu được nguyên nhân đằng sau hành vi của trẻ, tức giận có xu hướng tăng cao.

Tác nhân từ bản thân cha mẹ chiếm 14,4%, bao gồm thiếu kỹ năng kiểm soát cảm xúc, kỳ vọng không thực tế và cảm giác bất lực khi chăm sóc con trong thời gian dài. Đây là phản ứng điển hình của trạng thái kiệt sức tinh thần. Một phụ huynh cho biết: "*Đôi khi tôi thấy mình như quả bom nổ chậm. Tôi chỉ muốn hét lên và biến mất vài ngày*", "*Đi làm về mệt rồi, nói thì con không nghe, thiệt sự là muốn tức điên liên*".

Quan hệ gia đình chiếm 4,6%, đặc biệt là mâu thuẫn giữa vợ chồng trong việc đồng thuận về phương pháp can thiệp cho trẻ. Trong nhiều trường hợp, sự không đồng lòng dẫn đến đổ lỗi lẫn nhau, làm gia tăng cảm xúc tức giận và bất an. Một người mẹ chia sẻ: "*Trong gia đình, mỗi người dạy một cách, ông bà thấy cháu khóc là chạy lại bênh, ba mẹ không thể dạy nổi, bất lực*".

Tác nhân từ xã hội và môi trường chiếm 4,9%, chủ yếu là do sự kỳ thị từ người ngoài, giáo viên thiếu hợp tác, hoặc cảm giác bị đổ lỗi do con "hư". Một người cha chia sẻ: "*Đưa bé đi chơi nhà bóng, tranh nhau đồ chơi với bạn, xô đẩy nhau khóc. Mặc dù hai bên đều sai, bé mình cũng đã nhường đồ chơi và mình có nói với phụ huynh thông cảm vì bé hơi rối loạn, nhưng vị phụ huynh kia lại nói: Khùng thì nhốt trong nhà, cho ra ngoài làm gì để làm phiền người khác*"; "*Hàng xóm to nhỏ sau lưng - con hư tại mẹ, nghe rất ức chế, không muốn nói lại*". Cảm xúc tức giận của cha mẹ được hình thành từ cảm giác bị đối xử bất công khi cha mẹ đã nỗ lực hết sức nhưng vẫn bị hiểu lầm và đánh giá tiêu cực.

3.2. Cường độ các cảm xúc âm tính phổ biến của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ

3.2.1. Dưới lát cắt tổng quát

Bảng 3 trình bày thực trạng cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con mắc rối loạn phổ tự kỷ tại khu vực Đông Nam Bộ. Các cảm xúc được đo lường

bao gồm "*lo lắng*", "*buồn bã*" và "*tức giận*", với ĐTB các cảm xúc dao động từ 6,54 đến 7,86, ĐTB chung là 7,32 trên thang điểm từ 0 đến 10.

Bảng 3. Thực trạng cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ

TT	Cảm xúc âm tính	ĐTB	ĐLC
1	Lo lắng	7,86	1,83
2	Buồn bã	7,56	2,06
3	Tức giận	6,54	2,55
Trung bình chung		**7,32**	**1,62**

Chú thích: ĐTB: Điểm trung bình (0 ≤ ĐTB ≤ 10); ĐLC: Độ lệch chuẩn.

Trong 3 cảm xúc âm tính phổ biến thường gặp ở cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ, cảm xúc "*lo lắng*" có mức điểm trung bình cao nhất (ĐTB = 7,86; ĐLC = 1,83). Điều này cho thấy phần lớn cha mẹ có mức độ lo lắng cao. Điều này phản ánh một thực trạng tâm lý đặc trưng, cha mẹ không chỉ phản ứng với những khó khăn hiện tại mà còn đang bị bủa vây bởi sự bất định về tương lai của con, trạng thái "bất an thường trực", lo lắng về khả năng tự lập của trẻ, về sự kỳ thị của xã hội và về nguồn lực tài chính để duy trì can thiệp lâu dài. Cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ thường phải đối mặt với nhiều áp lực và không chắc chắn về tương lai của con bởi đây là một rối loạn phát triển có ảnh hưởng xuyên xuốt cuộc đời trẻ, ảnh hưởng này bao gồm khả năng học tập, giao tiếp và hòa nhập xã hội. Một số cha mẹ phản hồi sự lo lắng về việc tìm kiếm các phương pháp can thiệp, tài chính cho điều trị, sự hỗ trợ từ xã hội và khả năng chăm sóc con lâu dài của mình: "*Có quá nhiều phương pháp can thiệp và ba mẹ không biết nên chọn phương pháp nào*", "*Gia đình đã phải cắt giảm chi phí để dành tiền cho con đi can thiệp, ba bé phải làm thêm giờ để có đủ tiền lo cho bạn và chị bé cũng phải đi học thêm*", "*Mẹ đã đi nhiều nơi, có chỗ hứa là con sẽ tiến bộ nhưng cuối cùng tiền mất mà con vẫn vậy*". Ngoài ra, sự lo lắng của cha mẹ còn thường trực theo chu kỳ khi phải đối diện với những thay đổi về hành vi của con mà cha mẹ không thể kiểm soát được: "*Lâu lâu bé lại rối loạn giấc ngủ, cứ 2 - 3 giờ sáng thức giấc chơi, nói nhảm đến 5 giờ rồi ngủ đến 8 - 9 giờ*", "*Con sẽ ăn liên tục 1 món , có khi ăn cả tháng, sau đó lại không ăn nữa*", "*Bé chỉ uống sữa, không ăn bất kỳ thứ gì*".

Cảm xúc "*buồn bã*" có điểm trung bình là 7,56 (ĐLC = 2,06), đứng thứ hai sau "*lo lắng*". Đây là mức độ cảm xúc âm tính cao, phản ánh tâm trạng tiêu cực của cha mẹ. Sinh con ra cha mẹ nào cũng mong muốn những điều tốt đẹp sẽ

đến với con. Tuy nhiên, nhiều cha mẹ cảm thấy buồn và thất vọng khi con mình không phát triển như những trẻ bình thường khác, đặc biệt khi chứng kiến những khó khăn của con trong học tập, giao tiếp và kết nối với bạn bè: "*Mỗi lần cho con về quê, thấy con của các anh chị cùng tuổi với con mình cái gì cũng biết, con mình thì không nói không rằng, chỉ lủi thủi chơi một mình mà mẹ thấy buồn vô cùng*", "*Sinh nhật con 3 tuổi, các bạn hồ hởi hát chúc mừng con, thổi nến, chọn quà, con em thì khóc vì sợ… Lúc đó em vừa buồn, vừa thấy thương con, sao con em lại dại vậy*". Cảm giác tội lỗi hoặc tự trách bản thân cũng có thể góp phần làm gia tăng mức độ buồn bã: "*Có phải do em khi mang thai bé thường hay buồn nên con mới như vậy không?*".

Cảm xúc "tức giận" có điểm trung bình thấp nhất (ĐTB = 6,54; ĐLC = 2,55). Mặc dù mức độ tức giận thấp hơn hai cảm xúc còn lại, nhưng sự phân tán trong mẫu nghiên cứu lại cao nhất, nghĩa là có nhiều sự khác biệt về mức độ tức giận giữa các cha mẹ, cho thấy có nhóm cha mẹ có mức độ tức giận rất cao, trong khi nhóm khác thì không quá tức giận. Không phải tất cả cha mẹ đều phản ứng bằng sự tức giận khi đối mặt với khó khăn của con. Một nhóm cha mẹ cảm thấy tức giận vì áp lực trong quá trình chăm sóc, giáo dục con, đôi khi không nhận được đủ sự hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bé người thân. "*Nhiều khi hàng xóm không muốn cho con chơi cùng con mẹ, con mẹ hay bị mấy bé hàng xóm chọc ghẹo*", "*Ba bé chỉ biết đi làm rồi về nhà cắm đầu vào điện thoại, không hề chơi với con, mẹ thì cơm nước xong quay ra cái nhà nó rối tanh bành*", "*Ông bà chẳng hỗ trợ được gì, còn suốt ngày nói mẹ không biết dạy con nên con mới vậy*". Sự mệt mỏi và kiệt sức của cha mẹ khi phải đối diện với các hành vi khó kiểm soát của con: "*Có những lúc con la hét khiến mẹ tức điên lên*", "*Cuối tuần rồi ở nhà, con chỉ đòi ti vi, điện thoại, ba bé tức quá đánh cho mấy trận đòn mới không đòi xem nữa*".

Tóm lại, kết quả khảo sát cho thấy cường độ của các cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khá cao, đặc biệt là cảm xúc lo lắng và buồn bã. Cường độ cảm xúc âm tính kéo dài có thể dẫn đến suy giảm đáng kể sức khỏe tâm thần, thể chất của cha mẹ, đồng thời ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng tương tác gia đình và hiệu quả chăm sóc, giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

3.2.2. Dưới lát cắt cha và mẹ

Cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ có sự chênh lệch dưới lát cắt cha và mẹ (bảng 4). Nhìn chung, điểm trung bình cường độ cảm xúc âm tính của mẹ (ĐTB = 7,44) có xu hướng cao hơn so với cha (ĐTB = 7,16). Phép kiểm định *t*-test cho 2 mẫu độc lập cho thấy cảm xúc lo lắng của người mẹ (ĐTB = 8,08) cao hơn hẳn cha (ĐTB = 7,59) với độ tin cậy 95% (t = -2,28). Điều này có thể lý giải dựa trên vai trò chăm sóc

của mẹ trong gia đình, người mẹ thường là người trực tiếp theo sát từng bước can thiệp, đối diện hàng ngày với những hành vi không phù hợp của trẻ, dẫn đến việc họ bị "quá tải cảm xúc" hơn người cha. Số liệu này cho thấy người mẹ không chỉ chịu áp lực về mặt thời gian mà còn chịu gánh nặng về mặt tâm lý khiến họ dễ rơi vào trạng thái kiệt sức và lo lắng, buồn bã, tức giận. Nghiên cứu của Hayes và Watson (2013) cũng cho thấy rằng việc nuôi dạy con có rối loạn phổ tự kỷ mang lại gánh nặng lên phụ huynh, đặc biệt hơn là người mẹ.

Bảng 4. Thực trạng cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ dưới lát cắt cha và mẹ

Nội dung	Cha (n_1 = 138)		Mẹ (n_2 = 162)		t(298)
	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	
Lo lắng	7,59	1,86	8,08	1,78	-2,28*
Buồn bã	7,46	1,93	7,63	2,16	-0,73
Tức giận	6,43	2,58	6,62	2,53	-0,62
Cảm xúc âm tính	7,16	1,66	7,44	1,59	-1,48

*Chú thích: *: p < 0,05. Để đảm bảo tính đặc trưng của mối quan hệ cha - mẹ, 02 mẫu người chăm sóc khác đã được loại khỏi phân tích.*

3.2.3. Dưới lát cắt nhu cầu hỗ trợ của trẻ

Bảng 5. Thực trạng cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ dưới lát cắt nhu cầu hỗ trợ của trẻ

Nội dung	Cần sự hỗ trợ (n_1 = 71)		Cần nhiều sự hỗ trợ (n_2 = 153)		Cần rất nhiều sự hỗ trợ (n_3 = 78)		F(2, 299)	Post-hoc Tukey
	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC	ĐTB	ĐLC		
Lo lắng	7,28	1,80	7,69	1,85	8,72	1,49	13,95***	3 > 1; 3 > 2
Buồn bã	7,07	2,21	7,39	2,06	8,35	1,67	8,69***	3 > 1; 3 > 2
Tức giận	6,90	2,40	6,36	2,44	6,56	2,85	1,10	-
Cảm xúc âm tính	7,08	1,76	7,14	1,52	7,88	1,57	6,47**	3 > 1; 3 > 2

*Chú thích: ***: p < 0,001; **: p < 0,01.*

Dưới lát cắt nhu cầu hỗ trợ của trẻ, cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ cũng có những sự khác biệt nhất định. Kết quả phân tích ở bảng 5 cho thấy cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có thiên hướng tăng mạnh theo mức độ nhu cầu hỗ trợ của trẻ. Phép kiểm định One-way Anova cho thấy cảm xúc lo lắng và buồn bã thể hiện rõ rệt sự khác biệt này ($p < 0,001$). Cụ thể, cha mẹ của trẻ rối loạn phổ tự kỷ ở mức độ "*cần sự hỗ trợ rất nhiều*" (ĐTB =7,88) có cảm xúc âm tính cao hơn hẳn so với nhóm cha mẹ của trẻ có mức độ "*cần sự hỗ trợ*" (ĐTB = 7,08) và "*cần nhiều sự hỗ trợ*" (ĐTB = 7,14). Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định đối ượng ưu tiên can thiệp. Mức độ khuyết tật của con tỉ lệ nghịch với sức khỏe tâm thần của cha mẹ. Khi các kỹ năng tự phục vụ của trẻ kém, cha mẹ mất đi sự tự do cá nhân và luôn trong trạng thái "cảnh giác cao độ", điều này bào mòn khả năng phục hồi tâm lý của họ, khiến các cảm xúc âm tính trở nên rõ nét và khó giải tỏa hơn.

3.2.4. Dưới lát cắt độ tuổi của trẻ

Bảng 6. Mối tương quan giữa cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ và độ tuổi của trẻ

Cảm xúc	Độ tuổi của trẻ
Lo lắng	0,119*
Buồn bã	0,225***
Tức giận	0,176**
Cảm xúc âm tính	0,232***

*Chú thích: *: p < 0,05; **: p < 0,01; ***: p < 0,001.*

Kết quả phân tích cho thấy cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có xu hướng tăng dần theo độ tuổi của trẻ ($r = 0,232$; $p < 0,001$). Mối tương quan thuận giữa cảm xúc âm tính của cha mẹ và độ tuổi của trẻ thể hiện rõ rệt nhất ở cảm xúc buồn bã ($r = 0,225$; $p < 0,001$), sau đó là tức giận ($r = 0,176$; $p < 0,01$) và lo lắng ($r = 0,119$; $p < 0,05$). Kết quả này phản ảnh rằng, cảm xúc âm tính ở cha mẹ sẽ càng cao khi trẻ rối loạn phổ tự kỷ trong độ tuổi càng tăng (từ 2 đến 6 tuổi). Kết quả này bác bỏ giả thuyết cho rằng thời gian sẽ giúp cha mẹ thích nghi và giảm bớt các cảm xúc âm tính. Có thể lý giải rằng, ở giai đoạn này, nhu cầu được nuôi dạy, chăm sóc và hỗ trợ của trẻ rối loạn phổ tự kỷ ngày một tăng cao. Những biểu hiện về mặt hành vi và đặc điểm của trẻ rối loạn phổ tự kỷ được bộc lộ rõ nét hơn trong bối cảnh trẻ bắt đầu nhận được nhiều sự kỳ vọng về ngôn ngữ và tương tác xã hội. Bên cạnh đó, những định kiến từ xã hội và cộng đồng cũng

là một tác nhân gây ra những cảm xúc âm tính như buồn bã, lo lắng cho cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ.

4. Kết luận

Nghiên cứu đã làm rõ được thực trạng cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ khu vực Đông Nam Bộ. Kết quả cho thấy rằng các tác nhân gây ra cảm xúc âm tính ở cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ chủ yếu đến từ hành vi và đặc điểm của trẻ, các nhóm tác nhân đáng kể khác bao gồm: tâm lý và kỳ vọng của cha mẹ, môi trường xã hội và mối quan hệ trong gia đình. Cường độ cảm xúc âm tính của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ ở khu vực Đông Nam Bộ cho thấy ở mức khá cao, cần được quan tâm và hỗ trợ nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và hiệu quả nuôi dạy con cái của cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ trong khu vực. Bên cạnh đó, cường độ cảm xúc âm tính cho thấy cao rõ rệt ở mẹ hơn là cha, ở nhóm cha mẹ có con ở tình trạng cần được hỗ trợ ở mức cao hơn, ở nhóm cha mẹ có con ở độ tuổi lớn hơn. Những kết quả này là cơ sở cho các chương trình hướng đến hỗ trợ cho cha mẹ có con rối loạn phổ tự kỷ trong tương lai.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Phạm Thị Thu Cúc, Nguyễn Mạnh Dũng, Tống Thị Huế (2022). Khảo sát tình trạng stress, trầm cảm và lo âu ở cha/mẹ trẻ tự kỷ tại bệnh viện nhi Thái Bình năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam, tập 516, số 1*, tr. 263-267. https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2998.
2. Vũ Dũng (2008). *Từ điển Tâm lý học*. Nhà xuất bản Từ điển Bách khoa.
3. Nguyễn Thị Mai Hương (2019). Stress và các chiến lược ứng phó với stress ở cha mẹ của trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. *Tạp chí Thiết bị giáo dục, số kỳ 1 tháng 10*, tr. 121-123.
4. Đinh Thị Hồng Vân (2014). Cách ứng phó với những cảm xúc âm tính trong quan hệ xã hội của trẻ vị thành niên thành phố Huế. *Luận án tiến sĩ*, Học viện Khoa học xã hội.

Tài liệu tiếng Anh

5. Al-Farsi, O. A., Al-Farsi, Y. M., Al-Sharbati, M. M., & Al-Adawi, S. (2016). Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: A case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 1943-1951. https://doi.org/10.2147/NDT.S107103.
6. Bitsika, V., & Sharpley, C. F. (2004). Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, *14*(2), 151-161. https://doi.org/10.1017/S1037291100002466.

7. Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *35*(6), 1326-1333. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.009.
8. Diener, E., Smith, H., & Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(1), 130-141. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.130.
9. Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism, 13*(4), 375-387. https://doi.org/10.1177/1362361309105658.
10. Foody, C., James, J. E., & Leader, G. (2015). Parenting stress, salivary biomarkers, and ambulatory blood pressure: A comparison between mothers and fathers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(4), 1084-1095. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2263-y.
11. Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, *47*(4-5), 231-237. https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00485.x.
12. Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 629-642. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y.
13. Iarossi, G. (2006). *The power of survey design: A user's guide for managing surveys, interpreting results, and influencing respondents*. World Bank Publications.
14. Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(3), 172-183. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00732.x.
15. Van Steijn, D. J., Oerlemans, A. M., Van Aken, M. A., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2014). The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents of children with ASD and/or ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(5), 1064-1076.https://doi.org/10.1007/s10803-013-1958-9.
16. Wang, P., Michaels, C., & Day, M. (2011). Stresses and coping strategies of chinese families with children with Autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*(6), 783-795. https://doi.org/10.1007/s10803-010-1099-3.

17. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063.
18. Wallbott, H. G., & Scherer, K. R. (1989). Assessing emotion by questionnaire. In *The measurement of emotions* (pp. 55-82). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-558704-4.50009-8.