

RỐI LOẠN HÀNH VI ĂN UỐNG Ở TRẺ TỰ KỶ

Nguyễn Thị Thanh Mai, Vũ Thương Huyền

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả những biểu hiện rối loạn hành vi ăn uống ở trẻ tự kỷ. Phương pháp nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu bệnh - chứng. 130 trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ, tuổi trung bình $43,95 \pm 19,24$ tháng, được so sánh với 130 trẻ không bị tự kỷ, tương xứng với nhau về tuổi, giới, nơi sống. Người chăm sóc trẻ bị tự kỷ và không bị tự kỷ được phỏng vấn bằng bảng bệnh án nghiên cứu và thang điểm đánh giá hành vi ăn uống ở trẻ em (CEBI). Kết quả cho thấy tỷ lệ có bất thường về hành vi ăn uống ở nhóm trẻ tự kỷ (53,1%) cao hơn so với nhóm chứng (10%). Trẻ tự kỷ ăn uống kén chọn: loại thức ăn (58,8%), những thức ăn cấu trúc thấp (72,3%), mùi vị thức ăn (11,5%), ăn hạn chế món (22,3%). Rối loạn hành vi trong bữa ăn ở trẻ tự kỷ là ăn quá chậm (20,8%), ăn miếng thức ăn kích thước lớn (20,8%), nuốt chửng hầu như không nhai (20,8%). Các biểu hiện trên ở nhóm trẻ tự kỷ đều cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Rối loạn hành vi ăn uống là rối loạn đi kèm thường gặp ở trẻ tự kỷ. Sự quan tâm và hỗ trợ những rối loạn hành vi ăn uống ở trẻ tự kỷ là cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ.

Từ khóa: rối loạn, ăn uống, tự kỷ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự kỷ là một rối loạn trong nhóm các rối loạn phát triển lan tỏa, những năm gần đây theo khảo sát tại Mỹ, bệnh có xu hướng tăng lên với tần suất 1/68 trẻ [1]. Biểu hiện chung của rối loạn tự kỷ là những khiếm khuyết về tương tác xã hội, giao tiếp và những hành vi định hình, ý thích bị thu hẹp [2]. Bên cạnh đó, trẻ thường có nhiều rối loạn khác đi kèm như rối loạn cảm giác, tăng động, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ; trong đó rối loạn hành vi ăn uống là rối loạn hành vi đi kèm thường gặp [3; 4]... Ước tính vấn đề trong ăn uống cũng xuất hiện ở 25% đến 35% trẻ phát triển bình thường nhưng ở trẻ tự kỷ những vấn đề này được báo cáo chiếm tỷ lệ rất cao khoảng 90%, với gần 70% số trẻ được mô tả là ăn kén chọn [5]. Những vấn đề trong ăn uống ở trẻ tự kỷ có thể được phân loại như những rối

loạn hành vi ăn uống, bao gồm những rối loạn hành vi trong bữa ăn (từ chối không ăn, ngậm thức ăn, nôn trong bữa ăn, hạn chế trong nhai, nuốt thức ăn...) và ăn uống kén chọn (ăn hạn chế loại thức ăn, kén chọn thức ăn có cấu trúc thấp - thức ăn tinh, kén chọn màu sắc, mùi vị và nhiệt độ thức ăn). Đây là những vấn đề mà người chăm sóc trẻ tự kỷ đang phải đối mặt hàng ngày, mất nhiều thời gian, công sức cho trẻ ăn cùng với nỗi lo chế độ ăn kén chọn gây ra tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng, ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ. Vì vậy, kết hợp với vấn đề khó khăn trong tương tác giao tiếp và hành vi, rối loạn hành vi ăn uống gây ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả can thiệp cho trẻ tự kỷ hòa nhập xã hội. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu sâu về lĩnh vực rối loạn ăn uống, rối loạn hệ thống tiêu hóa ở trẻ tự kỷ nhằm đưa ra các giải pháp can thiệp. Ở Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu về dịch tễ, lâm sàng, can thiệp điều trị và các yếu tố liên quan ở trẻ tự kỷ, nhưng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề nêu trên. Do vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: mô tả

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Mai, Bộ môn Nhi, trường Đại học Y Hà Nội

Email: mainguyenhmu@gmail.com

Ngày nhận: 16/3/2015

Ngày được chấp thuận: 31/5/2015

những biểu hiện rối loạn hành vi ăn uống ở trẻ tự kỷ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, so sánh bệnh - chứng. Nhóm bệnh gồm 130 trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ khám tại khoa Tâm bệnh – bệnh viện Nhi Trung ương, đáp ứng đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM – IV, không bao gồm rối loạn tự kỷ không biệt định và Asperger, tuổi 2 - 12 và người chăm sóc chính về ăn uống của nhóm trẻ này. Nhóm chứng là 130 trẻ không bị tự kỷ (không có chẩn đoán tự kỷ trước đó và được sàng lọc bằng M - CHAT không có kết quả nghi ngờ mắc tự kỷ) và khỏe mạnh trong 1 tuần nay, tương xứng về tuổi, giới, địa dư với nhóm trẻ tự kỷ và người chăm sóc chính về ăn uống của nhóm trẻ này. Nhóm người chăm sóc chính của trẻ về ăn uống, là người trực tiếp cho trẻ ăn 2/3 số bữa ăn khi trẻ ở nhà.

2. Phương pháp

Thuận tiện, nhóm bệnh lấy toàn bộ tất cả bệnh nhi tự kỷ và người chăm sóc bệnh nhi đến khám tại phòng khám khoa Tâm bệnh – bệnh viện Nhi Trung ương trong một tháng từ 15/7/2013 đến 15/8/2013, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ đối tượng nghiên cứu. Nhóm chứng: lấy trẻ và người chăm sóc trẻ tại các trường mầm non, trường tiểu học, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa, dựa vào sự phân chia địa dư theo nhóm bệnh, với 2 khu vực chính là nông thôn và thành phố, chọn ngẫu nhiên tương ứng nhóm bệnh về tuổi, giới, theo tỷ lệ 1 : 1.

Thời gian từ 1/10/2013 đến 30/3/2014.

Công cụ đánh giá

Bệnh án nghiên cứu gồm các thông tin chung và 16 câu hỏi nhiều lựa chọn chia

thành 3 phần: những rối loạn trong hành vi ăn uống của trẻ, thái độ của người chăm sóc trẻ trước những hành vi của trẻ, ảnh hưởng của những rối loạn trong hành vi ăn uống của trẻ tới sự phát triển của trẻ và gia đình. Đồng thời sử dụng thang đánh giá hành vi ăn uống ở trẻ em CEBI (*Children's Eating Behavior Inventory*) do Archer và cộng sự xây dựng năm 1991 [6], đã được Schreck và cộng sự [5] và nhiều nghiên cứu khác sử dụng, dùng để phỏng vấn người chăm sóc trẻ nhằm đánh giá việc ăn uống và những hành vi trong bữa ăn của mọi trẻ ở lứa tuổi 2 - 12 tuổi, với 40 câu hỏi đi vào các vấn đề như thức ăn ưa thích, kỹ năng ăn uống và hành vi trong bữa ăn của trẻ. Tổng điểm càng cao cho thấy các vấn đề trong hành vi ăn uống của trẻ càng nhiều.

3. Thu thập và xử lý số liệu: phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc chính về ăn uống trẻ theo bộ câu hỏi của bệnh án cấu trúc và thang CEBI, xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 16.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ phỏng vấn người chăm sóc bằng sử dụng bộ câu hỏi và thang đo tâm lý, không có các hoạt động mang tính chất can thiệp đến cơ thể của trẻ. Cha mẹ và người chăm sóc được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ được cung cấp cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm trẻ tự kỷ có tuổi hiện tại cao nhất là 97 tháng, thấp nhất là 24 tháng, tuổi trung bình là $43,95 \pm 19,24$ tháng. 50,8% số trẻ tự kỷ tuổi < 36 tháng. Nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ nam: nữ = 7,1/1. Tỷ lệ trẻ ở thành phố xấp xỉ nông thôn. Tuổi chẩn đoán tự kỷ sớm nhất là

18 tháng, muộn nhất là 72 tháng, trung bình là $30,35 \pm 8,65$ tháng, 78,2 % được chẩn đoán tự kỷ trước 36 tháng. 93,8% là tự kỷ mức nặng (điểm trung bình CARS = $39,99 \pm 2,8$). 100% có kèm theo chậm phát triển (đánh giá

bằng Denver II), trong đó 56,8% là chậm phát triển mức vừa và nặng. Nhóm chứng có tuổi cao nhất là 100 tháng, thấp nhất là 24 tháng, tuổi trung bình là $44,22 \pm 19,27$ tháng.

2. Đặc điểm rối loạn ăn uống ở trẻ tự kỷ

Bảng 1. Tỷ lệ và thời điểm khởi phát rối loạn hành vi ăn uống

Đặc điểm	Nhóm tự kỷ		Nhóm chứng		p	
	n ₁	%	n ₂	%		
Có bất thường hành vi ăn uống	69	53,1	13	10	< 0,001	
Thời điểm khởi phát	< 12 tháng	17	24,6	5	38,5	< 0,05
	12 - 24 tháng	19	27,5	4	30,7	
	25 - 36 tháng	24	34,8	3	23,1	
	> 36 tháng	9	13,1	1	7,7	

Tỷ lệ bất thường về hành vi ăn uống so với trẻ cùng lứa tuổi ở nhóm trẻ tự kỷ là 53,1%, thời điểm khởi phát rối loạn này ở nhóm trẻ tự kỷ cao nhất ở 25 - 36 tháng (34,8%) trong khi ở nhóm chứng là trước 12 tháng (38,5%).

Bảng 2. Đặc điểm lựa chọn thu hẹp về thức ăn

Đặc điểm	Nhóm tự kỷ (n ₁ = 130)		Nhóm chứng (n ₂ = 130)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Lựa chọn thu hẹp loại thức ăn bữa chính					
Hoa quả	6	4,6	6	4,6	> 0,05
Rau xanh	5	3,8	2	1,5	> 0,05
Cơm, cháo xay nhuyễn	76	58,8	11	8,5	< 0,001
Đồ ăn liền đóng gói	12	9,2	5	3,8	> 0,05
Thức ăn nguồn gốc động vật	29	23,3	25	19,2	> 0,05
Lựa chọn thu hẹp thức ăn bữa phụ					
Bánh kẹo ngọt	12	9,2	12	9,2	> 0,05
Đồ ăn liền đóng gói	4	3,1	5	3,8	
Bánh mì	6	4,6	2	1,5	
Sữa công thức, sữa tươi	100	76,9	94	72,3	

Đặc điểm	Nhóm tự kỷ (n ₁ = 130)		Nhóm chứng (n ₂ = 130)		p
	n	%	n	%	
Cháo ,chè	1	0,8	1	0,8	> 0,05
Hoa quả	2	1,5	12	9,2	
Không ăn bữa phụ	5	3,9	4	3,1	
Lựa chọn thu hẹp 1 loại thức ăn	29	22,3	7	5,4	< 0,001
Cấu trúc thức ăn					< 0,001
Lỏng	5	3,8	0	0	
Mềm	94	72,3	28	21,5	
Đặc	8	6,2	0	0	
Cứng/giòn	7	5,4	13	10	
Không thu hẹp	16	12,3	89	68,5	
Màu sắc					> 0,05
Nhiều màu sắc sặc sỡ	5	3,8	3	2,3	
Chỉ duy nhất 1 màu	3	2,3	5	3,8	
Không thu hẹp	122	93,8	122	93,8	
Mùi vị					
Chỉ 1 loại vị	15	11,5	2	1,5	< 0,001
Không lựa chọn thu hẹp	115	88,5	128	98,5	

Phần lớn trẻ tự kỷ có lựa chọn thu hẹp trong bữa ăn chính, đặc biệt là cháo xay nhuyễn (58,8%), 22,3% lựa chọn duy nhất một loại thức ăn, cấu trúc thức ăn mềm (72,3%), một loại vị (11,5 %). Không có sự thu hẹp đặc biệt rõ rệt về sở thích màu sắc thức ăn, (p > 0,05).

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn hành vi ăn uống trong bữa ăn

Đặc điểm	Nhóm tự kỷ n ₁ = 130		Nhóm chứng n ₂ = 130		p
	n	%	n	%	
Rối loạn hành vi ăn uống	69	53,1	29	22,2	< 0,001
Ăn quá chậm (> 45phút)	27	20,8	15	11,5	< 0,05
Ăn quá ít hoặc quá nhiều	12	9,2	6	4,6	> 0,05
Ăn miếng kích thước lớn	27	20,8	4	3,1	< 0,001

Đặc điểm	Nhóm trẻ tự kỷ n ₁ = 130		Nhóm chứng n ₂ = 130		p
	n	%	n	%	
Rối loạn hành vi ăn uống	69	53,1	29	22,2	< 0,001
Ăn miếng kích thước rất nhỏ	25	19,2	11	8,5	< 0,001
Nuốt chửng hầu như không nhai	67	51,5	27	20,8	< 0,001
Ngậm thức ăn rất lâu và không nhai	6	4,6	3	2,3	> 0,05
Ngậm và phun thức ăn ra ngoài	4	3,1	1	0,8	> 0,05
La hét và đẩy, hất, ném đồ ăn	27	20,8	4	3,1	< 0,001
Nôn trong bữa ăn	9	6,9	2	1,5	< 0,05

51,5% trẻ tự kỷ gặp nhiều rối loạn hành vi ăn uống trong bữa ăn, phổ biến là nuốt chửng hầu như không nhai, ăn quá chậm, ăn miếng kích thước lớn hoặc kích thước rất nhỏ, la hét và đẩy, ném đồ ăn (20,8%) với sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Hành vi nôn trong bữa ăn ở trẻ tự kỷ chiếm 6,9%, nhiều hơn rõ rệt so với nhóm chứng, $p < 0,05$.

3. Ảnh hưởng của hành vi ăn uống ở trẻ tự kỷ

Nhóm trẻ tự kỷ có 31,5% không tăng cân trong 3 tháng liên tục, cao hơn so với nhóm chứng 17,7%. Tỷ lệ gặp táo bón ở nhóm trẻ tự kỷ là 38,5%, tỷ lệ này cao hơn so với nhóm chứng 6,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ($p < 0,001$).

4. Đánh giá những vấn đề trong ăn uống đo bằng thang CEBI

Trung bình tổng điểm CEBI về các vấn đề khó khăn trong ăn uống ở nhóm trẻ tự kỷ là $51,98 \pm 10,71$, cao hơn nhóm chứng $42,68 \pm 9,09$, có ý nghĩa thống kê, ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm trẻ tự kỷ trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm về tuổi, giới tương tự các nghiên cứu ở trẻ tự kỷ gần đây như Nguyễn Thị Hương Giang (2012) [7], Nguyễn Thị Tho (2013) [8]. Tỷ lệ thành phố và nông thôn là tương đương nhau. Do phương pháp

chọn lựa nhóm chứng chủ đích tương đương về tuổi, giới, nơi ở với tỷ lệ 1:1 nên đặc điểm tuổi, giới, nơi ở của nhóm chứng là trẻ phát triển bình thường tương tự nhóm trẻ tự kỷ.

Đặc điểm rối loạn hành vi ăn uống: Tỷ lệ có bất thường về ăn uống và thời điểm xuất hiện: Nhóm trẻ tự kỷ, 53,1% có vấn đề bất thường về ăn uống cao hơn rất nhiều so với trẻ cùng tuổi ở nhóm chứng (10%), cho thấy trẻ tự kỷ gặp nhiều vấn đề khó khăn trong ăn uống hơn trẻ bình thường. Trong nghiên cứu của Kodak và Pizza thì ước tính vấn đề trong ăn uống gặp ở trẻ tự kỷ là 90% [4]. Tỷ lệ thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu trên, có thể là do cảm nhận mang tính chủ quan từ người chăm sóc trẻ. Đặc điểm cho con ăn uống của người Việt vẫn mang nặng sự bao bọc, nài ép trẻ ăn, ít cho trẻ độc lập ăn uống theo đúng lứa tuổi, quan niệm về vấn đề bất thường trong ăn uống khác với các nước trên thế giới. Thời điểm khởi phát rối loạn về hành vi ăn uống ở nhóm chứng thường trước 12 tháng tuổi, trong khi

nhóm trẻ tự kỷ cao nhất ở 25 - 36 tháng. Như vậy biểu hiện khó khăn trong ăn uống ở trẻ tự kỷ là những biểu hiện thực sự liên quan đến bệnh tự kỷ chứ không giống những khó khăn trong ăn uống ở lứa tuổi nhỏ ở trẻ thường khi bước đầu có những thay đổi trong ăn uống chuyển từ bú mẹ sang ăn các thức ăn dặm theo các dạng đặc và thô dần.

Đặc điểm lựa chọn thu hẹp thức ăn ưa thích: Đặc điểm nổi bật nhất của đặc điểm thu hẹp loại thức ăn ưa thích trong bữa chính ở nhóm trẻ tự kỷ là thức ăn ngũ cốc xay nhuyễn với tỷ lệ 58,8% cao hơn nhiều lần so với nhóm chứng. Trẻ tự kỷ gặp nhiều khó khăn liên quan đến nhai, nuốt thức ăn vì vậy người chăm sóc trẻ thường chọn cách xay nhuyễn tất cả thức ăn với mục đích để trẻ ăn nhanh hơn, nhiều hơn. Whiteley và cộng sự (1999) đánh giá mô hình ăn uống của 100 trẻ tự kỷ từ phân tích lời kể của cha mẹ trẻ và danh mục thức ăn ưa thích đưa ra kết luận trẻ tự kỷ ăn quá mức lượng ngũ cốc và bơ sữa [9]. Trong nhóm trẻ tự kỷ có tới 22,3% trẻ có biểu hiện ăn thu hẹp 1 loại thức ăn trong khi tỷ lệ này ở nhóm chứng là 5,4%. Provost và cộng sự cũng đưa ra tỷ lệ 33% trẻ tự kỷ có biểu hiện ăn hạn chế loại thức ăn [11]. Nhóm trẻ tự kỷ chủ yếu lựa chọn các loại thức ăn có cấu trúc thấp, dạng lỏng, mềm (76,1%) vì bản thân trẻ gặp khó khăn trong các vấn đề nhai nuốt thức ăn. Để giải thích cho vấn đề này, Nadon và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu và đưa ra kết luận có mối liên quan giữa những vấn đề trong quá trình cảm giác xúc giác, khứu giác, thị giác và thính giác của trẻ tự kỷ với số những vấn đề khó khăn trong ăn uống của trẻ mà biểu hiện bằng việc lựa chọn thu hẹp trong cấu trúc, màu sắc và mùi vị thức ăn [3]. Như vậy, rối loạn cảm giác giác quan được cho rằng là căn nguyên tạo ra các biểu hiện đặc trưng thu hẹp của rối loạn ăn uống ở trẻ tự kỷ.

Đặc điểm rối loạn hành vi trong bữa ăn: Trẻ tự kỷ thường có nhiều rối loạn hành vi trong khi ăn. Nghiên cứu của Provost và cộng sự (2010): tỷ lệ trẻ tự kỷ đầy ném đồ ăn (33%), ngậm thức ăn (25%), nôn trong bữa ăn (8%), có vấn đề trong nhai, nuốt thức ăn (21%) [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy trẻ tự kỷ có một số rối loạn trong bữa ăn như ăn lượng thức ăn quá ít hoặc quá nhiều, tốc độ ăn quá nhanh hoặc quá chậm, nôn trong bữa ăn, ăn miếng thức ăn kích thước lớn hoặc rất nhỏ, nuốt chửng hầu như không nhai, ngậm thức ăn, chống đối trong bữa ăn như la hét, hất đồ, quăng ném đồ ăn... gặp nhiều hơn nhóm chứng rõ rệt ($p < 0,001$). Trẻ tự kỷ có những hạn chế trong các hoạt động môi miệng tự động điều đó giải thích cho những khó khăn trong việc nhai và nuốt thức ăn ở trẻ, đồng thời bệnh lý dạ dày - ruột đi kèm theo chứng tự kỷ cũng góp phần lý giải các vấn đề rối loạn hành vi trong bữa ăn ở trẻ.

Ảnh hưởng của rối loạn hành vi ăn uống: 31,5% người chăm sóc trẻ nhóm tự kỷ trả lời trẻ có biểu hiện không tăng cân trong 3 tháng liên tục trước thời điểm nghiên cứu, cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng là 17,7% ($p < 0,05$). Qua đó cho thấy ảnh hưởng của chế độ ăn uống hạn chế món không đảm bảo đủ dinh dưỡng cho sự tăng trưởng và phát triển của trẻ. Hơn 1/3 số trẻ tự kỷ thường xuyên bị táo bón, cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Táo bón là tình trạng đã được xếp vào nhóm các triệu chứng dạ dày - ruột đi kèm của chứng tự kỷ, do ảnh hưởng của chế độ ăn ở trẻ tự kỷ.

Đánh giá rối loạn ăn uống theo thang đo lường hành vi ăn uống trẻ em (CEBI): Trong nghiên cứu của chúng tôi tổng điểm các vấn đề khó khăn trong ăn uống của trẻ theo thang CEBI trung bình của nhóm trẻ tự kỷ là $51,98 \pm 10,71$, ở nhóm chứng là $42,68 \pm 9,09$, tổng

điểm CEBI ở nhóm tự kỷ cao hơn ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Schreck và cộng sự với mục tiêu tương tự như trong nghiên cứu này có tổng điểm CEBI của nhóm tự kỷ là $47,00 \pm 7,01$ cao hơn của nhóm chứng $41,97 \pm 5,76$ [5]. Kết quả khảo sát bằng CEBI chỉ ra trẻ tự kỷ gặp nhiều vấn đề trong ăn uống hơn trẻ bình thường, có thể lượng hóa được mức độ khó khăn, nhưng không xác định được cụ thể loại khó khăn đó là gì, để có cái nhìn chi tiết hơn về các khó khăn trong ăn uống mà trẻ tự kỷ đang gặp phải. Đây cũng là một hạn chế của thang CEBI đã được một số nhà nghiên cứu nêu ra.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ tự kỷ gặp vấn đề về ăn uống cao hơn so với trẻ phát triển bình thường cùng lứa tuổi (53,1%). Với các biểu hiện chính là ăn uống kén chọn (loại thức ăn chủ yếu là ngũ cốc, cấu trúc thức ăn thấp, mùi vị thức ăn) và các rối loạn hành vi trong bữa ăn (ăn quá chậm, nuốt chửng hầu như không nhai, ăn miếng thức ăn kích thước lớn, la hét, đẩy ném đồ ăn). Đây là vấn đề cần được quan tâm, hỗ trợ để nâng cao chất lượng cuộc sống và hiệu quả can thiệp điều trị giúp trẻ hòa nhập cộng đồng.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn khoa Tâm bệnh, bệnh viện Nhi Trung ương đã hỗ trợ giúp đỡ trong quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moran J.S (2014). Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States

2010. *Centers for Disease Control and Prevention*, 63(2).

2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM - IV), 58 - 63.

3. Nadon G, Feldman D.E, Dunn W, et al. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism research and treatment*, 1 - 8.

4. Kodak T , Piazza C.C (2008). Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 887 - 905.

5. Schreck K.A, Williams K, Smith A.F (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without Autism. *Journal of Autism and Development Disorder*. 34(4), 433 - 438.

6. Archer L.A, Rosenbaum P.L, Streiner D.L (1991). The children's eating behavior inventory. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 629 - 642.

7. Nguyễn Thị Hương Giang, Trần Thu Hà (2008). Nghiên cứu xu thế mắc và một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ tự kỷ điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn từ 2000 - 2007. *Tạp chí y học thực hành*, 4, 104 - 107.

8. Nguyễn Thị Tho (2013). Tìm hiểu nhận biết của cha mẹ trẻ tự kỷ về những bất thường của rối loạn tự kỷ. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội*.

9. Whiteley P, Rodgers J, Shattock P. (1999). Feeding patterns in autism. *From research to therapy. Conference Proceedings. University of Durham April 1999*. 129 - 141.

10. Provost B, Crowe K, Osbourn L et al (2010). Mealtime Behaviors of Preschool Chil-