



Early Childhood Caries Among 3-5-years old Preschool at in Public and Private Kindergarten at Vientiane Municipality Lao PDR

Viengsay THAMMAVONGSA¹, Khambay THAMMAVONGSA², Manivone PHENTHAVONG³, Akao LYVONGSA⁴, Bountom SAMOUNTRY⁵, Viengnaknone DONPHASID⁶, Pouthasone THAMMAVONGSA⁷, Vimonth THONGTERM⁸

Academic Affair Cabinet, University of Health sciences, Lao PDR

ABSTRACT

The objective of this study was to study the prevalence of tooth decay, the percentage of dental plaque in children's mouths, and to evaluate feeding practices, oral hygiene practices, and dental visits for children attending kindergartens in Vientiane, Lao PDR. The sample size was 345 participants and analyzed the data by using the SPSS program. The result was found that the proportion of children with dental caries was as high as 93.3%, in which 40.3% of 5-year-olds have caries, 33.6% of 4 year-olds have caries and 19.4% of 3 year-olds have caries. For the number of teeth that are carious in the upper jaw, the number 61 was 79.1% and the number 51 was 76.5%. For the lower jaw, the number of teeth that are affected more than others was tooth number 75 was 65.5% and tooth number 85 was 65.5%. Therefore, this study showed that: the teeth are most affected by caries are the front teeth of the upper jaw left and the right side, followed by the teeth on the left and right sides of the lower jaw. The lower front teeth are least affected. In addition, dental disease in children is also related to the frequency of tooth brushing that was assisted or by parental care when starting to brush teeth, feeding children with milk, especially sweet milk and candies. The study indicated that dental caries prevalence among 3-5 years old children is very high and oral hygiene very poor. Further prevention programs and more students to promote better health for young children in Lao PDR are needed.

Keywords: Early Childhood Caries; Feeding Practice; Oral Hygiene; Lao PDR.

***Correspondence:** Viengsay

THAMMAVONGSA, Academic Affair
Cabinet, University of Health sciences,
Lao PDR

Tel: +856 20 55402836,

Email: Sayvonh@hotmail.com

Article Info:

Submitted: February 20, 2025

Revised: March 12, 2025

Accepted: March 25, 2025

1. ພາກສະເໜີ

ອົງການອານາໄມໂລກ WHO ລາຍງານວ່າພະຍາດແຂ້ວແມງເປັນບັນຫາສາທາລະນະສຸກທີ່ສຳຄັນໃນທົ່ວໂລກ, ເຊິ່ງສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ເດັກກອນໄວຮຽນ ເນື່ອງຈາກພະຍາດແຂ້ວແມງ, ແຂ້ວອັດ ແລະ ແຂ້ວຂາດ(DMFT) ຂອບເຂົ້າສູງໃນຊ່ວງປີ 2005-2015 ໃນພູມມີພາກອາຊີຕາເວັນອອກ(Trang et al., 2016). ແຂ້ວແມງໃນເດັກກອນໄວຮຽນເປັນບັນຫາທີ່ສຳຄັນຍ້ອນວ່າມັນສົ່ງຜົນກະທົບທີ່ສຳຄັນຕໍ່ເດັກກອນໄວຮຽນໃນທົ່ວໂລກ, ອັດຕາການເກີດພະຍາດແຂ້ວແມງແມ່ນໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນໃນປະເທດທີ່ກຳລັງພັດທະນາໂດຍສະເພາະແມ່ນພົບເຫັນການເປັນພະຍາດແຂ້ວແມງໃນແຂ້ວນ້ຳນົມສູງໃນເດັກຢູ່ປະເທດອາຟຣິກາ ແລະ ບັນດາກຸ່ມປະເທດຕາເວັນອອກຊຽງໃຕ້ (Elidrissi & Naidoo, 2016). ການດູແລສຸຂະພາບຜິ້ງປາກ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດ ໂດຍລວມເປັນກິດຈະກຳສົ່ງເສີມສຸຂະພາບທີ່ດີສຳລັບເດັກ, ການປ້ອງກັນພະຍາດຜິ້ງປາກມີບົດບາດສຳຄັນຕໍ່ເດັກທຸກຄົນໂດຍສະເພາະເດັກອາຍຸ 3-5 ປີ (Li et al., 1995).

ທົ່ວໂລກໄດ້ຈັດອັນດັບພະຍາດແຂ້ວແມງໃຫ້ເປັນອັນດັບທີສາມໃນກຸ່ມພະຍາດທີ່ບໍ່ຕິດຕໍ່ຊ້ຳເຮື້ອໂດຍອົງການອານາໄມໂລກ (WHO) ໃຫ້ຄວາມສົນໃຈໃນການປ້ອງກັນ ແລະ ການປິ່ນປົວ, ດັ່ງນັ້ນ ແຂ້ວແມງຈຶ່ງເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ການຈະເລີນເຕີບໂຕຂອງເດັກ, ພັດທະນາການ ແລະ ອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຢ່າງຮ້າຍແຮງຕໍ່ເດັກ(Gupta et al., 2015). ໃນເດັກກອນໄວຮຽນເປັນໜຶ່ງໃນກຸ່ມເປົ້າໝາຍຫຼັກ, ພາຍໃຕ້ໂຄງການການດູແລສຸຂະພາບຜິ້ງປາກເບື້ອງຕົ້ນເນື່ອງຈາກການດູແລສຸຂະພາບຜິ້ງປາກຂອງເດັກກອນໄວຮຽນ, ໃຫ້ຄວາມສຳຄັນເປັນອັນດັບທຳອິດຈະເປັນຕົວກຳນົດສະຖານະສຸຂະພາບຜິ້ງປາກຂອງຄົນລຸ້ນຕໍ່ໄປ (Bennadi et al., 2014). ພະຍາດແຂ້ວແມງຍັງຄົງເປັນບັນຫາສຸຂະພາບຜິ້ງປາກທີ່ສຳຄັນໃນປະເທດຕ່າງໆໃນອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ (Bagramian et al., 2009). ພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກເປັນພະຍາດຊ້ຳເຮື້ອທີ່ສາມາດປ້ອງກັນໄດ້ເຊິ່ງສົ່ງຜົນຕໍ່ເດັກໃນທົ່ວໂລກ, ການກວດພົບພະຍາດແຂ້ວແມງໃນໄລຍະເລີ່ມຕົ້ນຈະຊ່ວຍລົດຄວາມເຈັບປວດ, ແລະ ຊ່ວຍໃນການຈະເລີນເຕີບໂຕ ແລະ ພັດທະນາການໂດຍລວມຂອງເດັກ,

ປັດໄຈສ່ຽງຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງໄດ້ແກ່: ເຊື້ອແບກເທີເລຍ, ພຶດຕິກຳໃນການກິນ ແລະ ພຶດຕິກຳໃນການລ້ຽງເດັກ, ປັດໃຈໃຈແວດລ້ອມ, ພະຍາດທາງລະບົບ ແລະ ຢາບາງຊະນິດ(Syed et al., 2015)

ການສຳຫຼວດໃນປະເທດອູການດ້າຟິບວ່າອັດຕາການເປັນແມງ (dt) ມີສູງເຖິງ 88.6%. ຄ່າສະເລ່ຍແຂ້ວແມງ, ແຂ້ວຂາດ, ແຂ້ວອັດ (dmft) ເທົ່າກັບ 1.79 ສຳລັບເດັກອາຍຸ 3, ສຳລັບເດັກອາຍຸ 4 ປີເທົ່າກັບ 2.37 ແລະ 5 ປີເທົ່າກັບ 1.91 (Musunguzi et al., 2019). ການສຳຫຼວດໃນປະເທດມຽນມາໃນປີ 2015, ອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນ 82.9% ມີຄ່າສະເລ່ຍແຂ້ວແມງ(d), ແຂ້ວຂາດ(m), ແຂ້ວອັດ(f) $dmft = 6.42 \pm 4.901$, ໃນເດັກອາຍຸ 3 ປີ, ອັດຕາການເປັນແຂ້ວແມງມີ 87.9% ມີຄ່າສະເລ່ຍ(dmft) = 5.69 ± 4.66 , ເດັກອາຍຸ 4 ປີ ອັດຕາການເປັນພະຍາດແຂ້ວແມງ 87.0% $dmft = 5.69 \pm 4.66$, ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າອັດຕາການເປັນພະຍາດແຂ້ວແມງໃນກຸ່ມອາຍຸນີ້ແມ່ນສູງຫຼາຍ(Thwin et al., 2017). ການສຳຫຼວດເດັກນ້ອຍໃນໄທຢູ່ໃນເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດ, ມີອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງ ແລະ ຄ່າສະເລ່ຍ $dmft/DMFT$ ຫຼຸດລົງໃນທຸກກຸ່ມອາຍຸໃນປີ 2012 ພົບວ່າເດັກນ້ອຍອາຍຸ 3 ປີ ມີຄ່າສະເລ່ຍແຂ້ວແມງ(d), ແຂ້ວຂາດ(m), ແຂ້ວອັດ(f) $dmft = 2.7$, ອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງແມ່ນ 51.7%, ເດັກອາຍຸ 5-6 ປີ ຄ່າສະເລ່ຍ $dmft = 4.4$ ແລະ ມີອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງ 78.5% (Srisilapanan et al., 2017)

ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ ເປັນປະເທດທີ່ບໍ່ມີທາງອອກສູ່ທະເລ ແລະ ມີຊາຍແດນຕິດກັບປະເທດຈີນ, ມຽນມາ, ຫວຽດນາມ, ກຳປູເຈຍ ແລະ ໄທ, ໂດຍຖືກຈັດເປັນໜຶ່ງໃນປະເທດທີ່ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳໃນອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້. ບັນຫາສຸຂະພາບຜິດປົກກະຕິໃນລາວ, ເດັກນ້ອຍມີຄວາມສ່ຳພັນກັບພະຍາດແຂ້ວແມງທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ກິດຈະກຳປະຈຳວັນເຊັ່ນ: ການກິນອາຫານ, ການນອນຫຼັບ, ລວມທັງອາການເຈັບແຂ້ວເຊິ່ງເປັນສາເຫດສຳຄັນ, ປະການໜຶ່ງທີ່ເຮັດໃຫ້ຂາດຮຽນ. ພະຍາດແຂ້ວແມງເປັນໜຶ່ງໃນພະຍາດເປົ້າໝາຍທີ່ຄວນໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂມີນະໂຍບາຍສຸຂະພາບແຫ່ງຊາດໃນ ສປປ ລາວ, ເຊິ່ງສະແດງອອກເຖິງການສົ່ງເສີມພຶດຕິກຳສຸຂະພາບຜິດປົກກະຕິເໝາະສົມເຊິ່ງເປັນສິ່ງສຳຄັນໃນການປ້ອງກັນພະຍາດແຂ້ວແມງ (Motohashi et al., 2009), ແລະ ພະຍາດແຂ້ວແມງເປັນບັນຫາສຸຂະພາບຜິດປົກກະຕິສຳຄັນໃນ ສປປ ລາວ. ເຊິ່ງມັນສະແດງໃຫ້ເຫັນໃນການສຳຫຼວດແຕ່ອະດີດຈົນຮອດປະຈຸບັນກໍຍັງໄດ້ເຫັນການແຜ່ລະບາດຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງຍັງມີທ່າອຽງເພີ່ມຂຶ້ນໂດຍສະເພາະໃນເດັກເຊັ່ນ: ຈາກການສຳຫຼວດສະພາວະສຸຂະພາບຜິດປົກກະຕິແຫ່ງຊາດຄັ້ງທຳອິດໃນປີ 1991 ເດັກອາຍຸ 6 ປີ ມີອັດຕາເປັນແຂ້ວແມງໃນແຂ້ວນ້ຳນົມມີ 67.3% ໂດຍທົ່ວໄປສູງກວ່າໃນກຸ່ມເສດຖະກິດ ແລະ ສັງຄົມ, ໃນການວາງແຜນການບໍລິການປ້ອງກັນສຸຂະພາບຜິດປົກກະຕິສຳລັບພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກກອນໄວຮຽນ ຈຳເປັນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເດັກທີ່ອາຍຸນ້ອຍກວ່າ ຈົນເຖິງປັດຈຸບັນຍັງຂາດຂໍ້ມູນຜູ້ນຳການສຳລັບກຸ່ມອາຍຸນີ້. ຄວາມຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກກອນໄວຮຽນ 3-5 ປີ ໃນ

ປີ 2010 ຂອງສປປ ລາວຢູ່ທີ່ 82% ໂດຍມີຄ່າສະເລ່ຍ $dmft$ 5.5 ເຫຼັ້ມຕໍ່ຄົນ (Senesombath et al., 2010)

3.2 ຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າໃນຄັ້ງນີ້ເພື່ອສຶກສາອັດຕາການເປັນແຂ້ວແມງ, ອັດຕາສ່ວນຕາບຫີນປູນໃນຜິ່ງປາກຂອງເດັກ ແລະ ປະເມີນແນວທາງໃນການໃຫ້ອາຫານ, ການປະຕິບັດສຸຂະອະນາໄມຜິ່ງປາກ ແລະ ການໄປພົບທັນຕະແພດສຳລັບເດັກທີ່ຮຽນຢູ່ໂຮງຮຽນອານຸບານໃນນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສປປ ລາວ.

2. ອຸປະກອນ ແລະ ວິທີການ

ການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ເປັນການຄົ້ນຄວ້າແບບພັນລະນາ ໄລຍະເວລາການຄົ້ນຄວ້າເລີ່ມແຕ່ເດືອນມັງກອນຫາເດືອນທັນວາ 2022 (12 ເດືອນ)

2.1 ປະຊາກອນ ແລະ ກຸ່ມຕົວຢ່າງ

2.1.1 ປະຊາກອນ

ແມ່ນໃຊ້ວິທີການສຸມແບບເຈາະຈົງເອົາເດັກອາຍຸ 3-5 ປີ ທີ່ຮຽນຢູ່ໂຮງຮຽນອານຸບານໃນ 4 ເມືອງເຂດເທດສະບານນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນຈຳນວນຕົວຢ່າງທັງໝົດ 314 ຄົນ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການຜິດຜາດດ້ານການເກັບຂໍ້ມູນ, ການຕົກເຮັຍຂອງແບບຟອມສະນັ້ນການຄົ້ນຄວ້າໃນຄັ້ງນີ້ຈຶ່ງໄດ້ເຝິກກຸ່ມຕົວຢ່າງອີກ 10% ເທົ່າກັບ 31 ຄົນ, ດັ່ງນັ້ນຂະໜານຕົວຢ່າງຂອງການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ແມ່ນ 345 ຄົນ. ການກຳນົດປະຊາກອນໃນຄັ້ງນີ້ແມ່ນໄດ້ນຳຜົນການຄົ້ນຄວ້າຂອງ Senesombath et al.(2010) ສັດສ່ວນຂອງເດັກທີ່ເປັນພະຍາດແຂ້ວແມງແມ່ນ 28.6% ມານຳໃຊ້ເພື່ອຄຳນວນຫາຂະໜາດຕົວຢ່າງໃນການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້. ການຄິດໄລ່ຂະໜາດຕົວຢ່າງຈຶ່ງໄດ້ໃຊ້ສູດທີ່ບໍ່ຮູ້ປະກອນຂອງ Cochran (1953) ໃນການຫາປັດໄຈຕ່າງໆທີ່ມີຄວາມສຳພັນກັບຕົວແປຕາມແມ່ນສາມາດຄິດໄລ່ໄດ້ດັ່ງນີ້:
$$n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

n =ແມ່ນສັດສ່ວນຂະໜາດຕົວຢ່າງ

Z =ແມ່ນຄ່າແຈກຢາຍມາດຕະຖານປົກກະຕິທີ່ລະດັບຄວາມເຊື່ອໝັ້ນ 95%, ($\alpha=0.05$) ມີຄ່າເທົ່າກັບ 1,96

p = ແມ່ນສັດສ່ວນເດັກທີ່ເປັນພະຍາດແຂ້ວແມງແມ່ນ 28.6 %
= 0,286

e = ແມ່ນຄ່າຄວາມແມ່ນຍຳຂອງການປະເມີນຄ່າ =0,05

2.1.2 ກຸ່ມຕົວຢ່າງ

ແມ່ນສຸມເອົາເດັກອາຍຸ 3 ຫາ 5 ປີທີ່ຮຽນປີທີ່ຮຽນຢູ່ໂຮງຮຽນອານຸບານທັງພາກລັດ ແລະ ເອກຊົນທີ່ໄດ້ເຈາະຈົງເອົາ 4 ຕົວເມືອງທີ່ຢູ່ເຂດເທດສະບານນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນເປັນຕົວແທນ, ເຊິ່ງມີທັງໝົດ 47 ແຫ່ງ ແລະ ມີຈຳນວນເດັກທັງໝົດ 4,375 ຄົນ, ການສຸມຕົວຢ່າງແມ່ນມີຫຼາຍຂັ້ນຕອນ, ຂັ້ນຕອນທີ 1 ສຸມເອົາ 2 ໂຮງຮຽນໃນໜຶ່ງເມືອງ, ຂັ້ນຕອນທີ 2 ການສຸມເອົາຈຳນວນນັກຮຽນທີ່ຕ້ອງການໃນແຕ່ລະໂຮງຮຽນທີ່ເລືອກໄວ້ໂດຍໃຊ້ສູດຄິດໄລ່ດັ່ງລຸ່ມນີ້:
$$n_n = \frac{n_p N_n}{N}$$

n_n = ຈຳນວນນັກຮຽນຕົວຢ່າງທີ່ເປັນຕົວແທນໃຫ້ແຕ່ລະໂຮງຮຽນ

N_n = ຈຳນວນນັກຮຽນຂອງແຕ່ລະໂຮງຮຽນອານຸບານ

n_p = ຈຳນວນຂະໜາດຕົວຢ່າງທັງໝົດທີ່ຄິດໄລ່ຕາມສູດຄິດໄລ່ຂະໜາດຕົວຢ່າງ,
 N = ຈຳນວນນັກຮຽນທັງໝົດ 8 ໂຮງຮຽນ.

ສະນັ້ນ ການກຳນົດຈຳນວນນັກຮຽນໃນ 2 ໂຮງຮຽນທັງພາກລັດ ແລະ ເອກະຊົນທີ່ຖືກເລືອກໄວ້ໃນແຕ່ລະເມືອງແມ່ນກຳນົດໄດ້ທັງໝົດແມ່ນ 345 ຄົນ, ດັ່ງລາຍລະອຽດໃນຕາຕະລາງລຸ່ມນີ້:

ຕາຕະລາງທີ 1: ກຸ່ມຕົວຢ່າງທີ່ເປັນຕົວແທນໃຫ້ແຕ່ລະໂຮງຮຽນ

ເມືອງ	ໂຮງຮຽນ	ປະຊາກອນ	ກຸ່ມຕົວຢ່າງ
ໄຊເສດຖາ	ໂຮງຮຽນເອກະຊົນ	560	44
	ໂຮງຮຽນລັດ	375	30
ເມືອງສີສັດຕະນາກ	ໂຮງຮຽນເອກະຊົນ	481	38
	ໂຮງຮຽນລັດ	594	47
ເມືອງສີໂຄດ	ໂຮງຮຽນເອກະຊົນ	904	71
	ໂຮງຮຽນລັດ	427	34
ເມືອງຈັນທະບູລີ	ໂຮງຮຽນເອກະຊົນ	582	46
	ໂຮງຮຽນລັດ	452	35
ລວມ		4,375	345

2.2 ເຄື່ອງມືທີ່ໃຊ້ໃນການເກັບຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນດ້ານປະລິນມານແມ່ນນຳໃຊ້ແບບສອບຖາມ ເຊິ່ງປະກອບມີ 2 ພາກສ່ວນ ຄື: 1) ເປັນຄຳຖາມຂໍ້ມູນທົ່ວໄປຂອງຜູ້ປຶກຄອງ ແລະ ເດັກ, 2) ເປັນຄຳຖາມກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳໃນການລ້ຽງເດັກ, ພຶດຕິກຳການທຳຄວາມສະອາດຜຶງປາກ-ແຂ້ວຂອງເດັກ, ການໄປຝົບທັນຕະແພດ.

ຂໍ້ມູນດ້ານຄຸນນະພາບ ແມ່ນໄດ້ນຳເດັກມາກວດຫາແຂ້ວແມງ, ແຂ້ວຂາດ, ແຂ້ວອັດ ແລະ ລະດັບຂອງຫີນປຸນທີ່ສະສົມຢູ່ເຫຼັ້ມແຂ້ວດ້ວຍການວັດເປັນມິລິແມັດໃນຜຶງປາກປາກຕົວຈິງ ພາຍຫຼັງຜູ້ຄົນຄວ້າໄດ້ສັງລວມຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງມາສ້າງແບບສອບຖາມສຳເລັດແລ້ວ ໄດ້ນຳແບບສອບຖາມໄປຜ່ານຜູ້ຊ່ຽວຊານ 3 ທ່ານ ເພື່ອກວດຄວາມສອດຄ່ອງ ແລະ ຫວ່າງຄຳຖາມກັບຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າ ຜ່ານການປະເມີນເຫັນວ່າ ຄວາມສອດຄ່ອງຂອງແຕ່ລະຂໍ້ຄຳຖາມ ມີຄ່າ $IOC = 0.67 - 1.00$. ຈາກນັ້ນໄດ້ນຳແບບສອບຖາມມາປັບປຸງຄືນຕາມຄຳແນະນຳຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານບາງສ່ວນ ແລ້ວຈຶ່ງນຳແບບຟອມສອບຖາມຈັດຝົມ ແລະ ນຳໄປໃຊ້ເກັບກຳຂໍ້ມູນນຳກຸ່ມຕົວຢ່າງ.

2.3 ການເກັບກຳຮວບຮວມຂໍ້ມູນ

ການເກັບກຳຮວບຮວມຂໍ້ມູນເພື່ອການສຶກສາວິໄຈໃນຄັ້ງນີ້ ຂໍ້ມູນດ້ານປະລິນມານແມ່ນເກັບແບບງ່າຍດາຍໂດຍວິທີການນຳແບບສອບຖາມຢາຍໃຫ້ຜູ້ປຶກຄອງເດັກທີ່ຮຽນຢູ່ໂຮງຮຽນອານຸບານ ເຂດເທດສະບານນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ຜູ້ຄົນຄວ້າໄດ້ອະທິບາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການຕອບ ແລະ ໃຊ້ເວລາ 10-15 ນາທີໃນການຕອບ ແລ້ວເກັບແບບສອບຖາມກັບຄືນ. ສ່ວນຂໍ້ມູນດ້ານຄຸນນະພາບ ແມ່ນ ໄດ້ນຳເດັກມາກວດຜຶງປາກ ແລະ ແຂ້ວ ແລ້ວບັນທຶກຂໍ້ມູນ ສະພາບຕ່າງໆທີ່ເຫັນຢູ່ບໍລິເວນແຂ້ວເປັນລາຍບຸກຄົນ.

2.4 ການວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ບັນດາຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ເກັບໄດ້ມາຈາກແບບຟອມສອບຖາມ ແລະ ຜົນຈາກການກວດຜຶງປາກຂອງເດັກຕົວຈິງ ແມ່ນນຳມາວິເຄາະໂດຍໃຊ້ໂປຼ

ແກມສຳເລັດຮູບທາງສະຖິຕິ SPSS version 22.0 ເພື່ອວິເຄາະສ່ວນຮ້ອຍ (%).

3. ຜົນໄດ້ຮັບ

3.1 ອັດຕາການເປັນແຂ້ວແມງ

1) ອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງ: ອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງແມ່ນ 93.3%. ຄ່າສະເລ່ຍ d_{mft} ແມ່ນ 7.1 ± 3.96 ເຊິ່ງມັນສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າພະຍາດແຂ້ວແມງແມ່ນມີຄວາມຊຸກຊຸມຂ້ອນຂ້າງສູງໃນເດັກກ່ອນໄວຮຽນອາຍຸ 3 ຫາ 5 ປີໃນເທດສະບານນະ ຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ແລະ ເດັກທີ່ບໍ່ມີແຂ້ວແມງພົບພຽງແຕ່ 6.7% (ຕາຕະລາງທີ 2)

2) ການເກີດພະຍາດແຂ້ວແມງຈຳແນກຕາມອາຍຸ: ພົບວ່າເດັກອາຍຸ 3 ປີ ມີພະຍາດແຂ້ວແມງ 19.4%, ບໍ່ມີພະຍາດແຂ້ວແມງພຽງແຕ່ 2.3%, ອາຍຸ 4 ປີ ມີແຂ້ວແມງ 33.6% ແຕ່ 2.9% ແມ່ນເດັກຜູ້ບໍ່ມີແຂ້ວແມງ, ເດັກອາຍຸ 5 ປີ ມີແຂ້ວແມງ 40.3% ແລະ ພຽງແຕ່ 1.4% ແມ່ນບໍ່ມີແຂ້ວແມງ, ຄ່າ $P\text{-value}=0.098$ (ຕາຕະລາງທີ 3).

3) ການເກີດພະຍາດແຂ້ວແມງຈຳແນກຕາມຄາງກະໄຕເທິງ ແລະ ລຸ່ມ: ເຫັນວ່າ: ແຂ້ວແມງທີ່ເປັນຜົນກະທົບຕໍ່ແຂ້ວຢູ່ຄາງກະໄຕເທິງ ເຊັ່ນ: ແຂ້ວເຫຼັ້ມນ້ຳເບີ 51 ເປັນແມງ 76.6% ແລະ ແຂ້ວນ້ຳເບີ 61 ເປັນແຂ້ວແມງ 79.1%, ແຂ້ວນ້ຳເບີ 52 ເປັນແມງ 57.4%, ແຂ້ວນ້ຳເບີ 62 ເປັນແມງ 60.9%, ແຂ້ວນ້ຳເບີ 53 ເປັນແມງ 22.9%, ແຂ້ວນ້ຳເບີ 63 ເປັນແມງ 25.5%, ແຂ້ວນ້ຳເບີ 54 ເປັນແມງ 21.2%, ແຂ້ວນ້ຳເບີ 65 ເປັນແມງ 25.5% ແຂ້ວນ້ຳເບີ 55 ເປັນແມງ 30.4% ແລະ ແຂ້ວນ້ຳເບີ 65 ເປັນແມງ 38%. ແລະ ເມື່ອສຶມທຽບແຂ້ວແມງທີ່ຢູ່ຄາງກະໄຕເບື້ອງເທິງ ແລະ ເບື້ອງລຸ່ມເຫັນວ່າແຂ້ວແມງຢູ່ຄາງກະໄຕເບື້ອງເທິງແມ່ນເກີດເປັນແມງຫຼາຍກວ່າເບື້ອງລຸ່ມຄື: ສຳລັບເຫຼັ້ມແຂ້ວນ້ຳເບີ 71, 81, 72, 82 ແລະ 73, 83 ເຫັນວ່າອັດຕາການເກີດເປັນແຂ້ວແມງແມ່ນມີໜ້ອຍແຕ່ແຂ້ວນ້ຳເບີ 74, 84, 75 ແລະ 85 ແມ່ນມີອັດຕາການເກີດແຂ້ວແມງຫຼາຍທີ່ແຕກຕ່າງກັນ (ຕາຕະລາງທີ 4).

3.2 ອັດຕາສ່ວນຄາບຫີນປູນໃນຜັງປາກຂອງເດັກ

ຈາກຮູບທີ 1 ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ຫີນປູນຢູ່ໜ້າແຂ້ວນ້ຳເບີ 52 ມີອັດຕາສ່ວນບໍ່ຫຼາຍກວ່າ 1/3 ແມ່ນ 42.3%, ສ່ວນ 44.3% ແມ່ນມີຫີນປູນຫຼາຍກວ່າ 1/3. ໃນ 10.1% ແມ່ນບໍ່ມີຫີນປູນ, ແຕ່ໃນທາງກົງກັນຂ້າມແຂ້ວທີ່ມີຫີນປູນຫຼາຍກວ່າ 2/3 ຢູ່ໜ້າແຂ້ວແມ່ນ 2.6% ແລະ ບໍ່ສາມາດນັບໄດ້ມີ 0.6%. ແຂ້ວເຫຼັ້ມທີ 51 ມີຫີນປູນຢູ່ໜ້າແຂ້ວຫຼາຍກວ່າ 1/3 (44.31%), ຫີນປູນບໍ່ຫຼາຍກວ່າເກີນ 1/3(43.2%), 9.9% ບໍ່ມີຫີນປູນ, ສຳລັບມີຫີນປູນທີ່ບໍ່ສາມາດນັບໄດ້ແມ່ນ 0.6% ແລະ 2% ແມ່ນບໍ່ມີຫີນປູນ. ແຂ້ວທີ 61 ບໍ່ມີຄາບຫີນປູນ 9.9%, ຄາບຫີນປູນຫຼາຍບໍ່ເກີນ 1/3 (43.2%), ຄາບຫີນປູນຫຼາຍເກີນ 1/3 (45.5%), 1.4% ແມ່ນມີຫີນປູນຫຼາຍເກີນ 2/3, ນັບບໍ່ໄດ້ 0.6%. ແຂ້ວນ້ຳເບີ 62 ບໍ່ມີຄາບຫີນປູນ 9.9%, ຫີນປູນບໍ່ຫຼາຍເກີນ 1/3 ແມ່ນ 44.6%, ຫີນປູນຫຼາຍເກີນ 1/3 ແມ່ນ 42.6%, ຫີນປູນຫຼາຍເກີນ 2/3 ມີ 2.3% ແລະ 0.6% ແມ່ນບໍ່ສາມາດນັບໄດ້. ສ່ວນໃນຕາຕະລາງທີ 5 ແມ່ນສະແດງໃຫ້ເຫັນຈຳນວນລວມຂອງຄາບຫີນປູນໃນຈຳນວນປະຊາກອນເດັກທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຄັ້ງນີ້ທັງໝົດ 345 ຄົນເຫັນວ່າຜູ້ທີ່ບໍ່ມີຄາບຫີນປູນແມ່ນ 9.3% ຜູ້ມີຄາບຫີນປູນຢູ່ໜ້າແຂ້ວແມ່ນ 90.7%, ຜົນໄດ້ຮັບຈາກການວິໄຈຂ້າງເທິງມັນສະແດງໃຫ້ເຫັນການອະນາໄມຜັງປາກຂອງເດັກແມ່ນບໍ່ດີ.

3.3 ປະເມີນແນວທາງໃນການໃຫ້ອາຫານ, ການປະຕິບັດສຸຂະອະນາໄມຜັງປາກ ແລະ ການໄປພົບທັນຕະແພດ

3.3.1 ປະເມີນແນວທາງໃນການໃຫ້ອາຫານ

1) ຊະນິດຂອງອາຫານທີ່ລ້ຽງເດັກ : ເຫັນວ່າ ສັດສ່ວນທີ່ເດັກຖືກລ້ຽງຈາກນົມແມ່ມີສູງເຖິງ 87.8% ມີພຽງແຕ່ 12.2% ແມ່ນເດັກທີ່ກິນນົມຈາກຕົ້ນນົມ, ນັ້ນສະແດງວ່າ ເດັກສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນເຄີຍກິນນົມແມ່ມາແຕ່ແລກເກີດເຖິງ 1 ປີ(ຕາຕະລາງທີ 6).

2) ການດື່ມນົມຈາກເຕົ້າຈຳແນກຕາມອາຍຸ : ຈາກຮູບທີ 2 ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າເດັກຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງແມ່ນເລີ່ມຖືກລ້ຽງດ້ວຍເຕົ້ານົມຕັ້ງແຕ່ເກີດຫາໜຶ່ງປີ ແມ່ນ (56.2%), ສ່ວນ 29.6% ແມ່ນເລີ່ມຖືກລ້ຽງດ້ວຍເຕົ້ານົມເມື່ອອາຍຸໄດ້ 1 ປີ ຫາ 2 ປີ, ແລະ ອາຍຸເດັກໄດ້ 3 ຫາ 5 ປີ ມີ 11.6% ທີ່ຖືກລ້ຽງດ້ວຍເຕົ້ານົມ ແລະ ພຽງແຕ່ 1.7% ທີ່ເດັກບໍ່ເຄີຍຖືກລ້ຽງດ້ວຍເຕົ້ານົມ.

3) ຊະນິດລົດຊາດນົມທີ່ເດັກເຄີຍດື່ມ : ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ເດັກທີ່ດື່ມນົມທີ່ມີລົດຫວານເທົ່າ 34.2%, ເດັກທີ່ດື່ມນົມທີ່ບໍ່ຫວານ 19.7% ແລະ ເດັກທີ່ເຄີຍດື່ມນົມທັງສອງຊະນິດ ເທົ່າກັບ 46.1% (ຕາຕະລາງທີ 7).

4) ເດັກທີ່ນອນລັບກັບເຕົ້ານົມ : ການດື່ມນົມຂອງເດັກໃນຕອນກາງຄືນໄດ້ຊີ້ບອກວ່າສັດສ່ວນຂອງເດັກທີ່ນອນລັບຄາເຕົ້ານົມໜຶ່ງເທື່ອຕໍ່ມື້ແມ່ນ 27.8%, ຜູ້ທີ່ນອນລັບຄາເຕົ້ານົມຫຼາຍກວ່າສອງເທື່ອຕໍ່ມື້ແມ່ນ 26.1%, ພຽງ ແຕ່ 2.6% ແມ່ນລັບຄາເຕົ້ານົມຫຼາຍກວ່າສາມເທື່ອຕໍ່ມື້, ແຕ່ເດັກສ່ວນໃຫຍ່ບໍ່ເຄີຍນອນລັບຄາເຕົ້ານົມກວມເຖິງ 43.5% (ຕາຕະລາງທີ 8).

5) ສັດສ່ວນການຢຸດດື່ມນົມຈາກເຕົ້ານົມຈຳແນກຕາມອາຍຸ : ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າສັດສ່ວນຂອງເດັກທີ່ຢຸດດື່ມນົມຫຼາຍກວ່າ 3 ປີ ເທົ່າກັບ 16.2%, ສ່ວນ 31.3% ແມ່ນອາຍຸເດັກໄດ້ 2 ປີ ຫາ 3 ປີ ແລະ 21.4% ແມ່ນຢຸດດື່ມນົມເມື່ອພວກເຂົາອາຍຸໄດ້ 1 ປີ ຫາ 2 ປີ, ມີພຽງແຕ່ 10.7% ຂອງເດັກທີ່ຢຸດດື່ມນົມເມື່ອພວກເຂົາອາຍຸໄດ້ 6 ເດືອນຫາ 1 ປີ, ແຕ່ວ່າໃນເດັກຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍຢຸດດື່ມນົມເທົ່າກັບ 20.3% (ຕາຕະລາງທີ 9).

3.3.2 ການປະຕິບັດສຸຂະອະນາໄມຜັງປາກ

1) ພຶດຕິກຳການທຳຄວາມສະອາດຜັງປາກເດັກໂດຍຜູ້ປົກຄອງ : ຈາກການສຳຫຼວດ ພົບວ່າ 65.8% ຂອງຜູ້ປົກຄອງເດັກທີ່ທຳຄວາມສະອາດຜັນແຂ້ວກ່ອນແຂ້ວຈະຝົ່ນຂຶ້ນສູ່ຜັງປາກ ແລະ 34.2% ແມ່ນບໍ່ເຄີຍທຳຄວາມສະອາດຜັນແຂ້ວ. 4.9% ແມ່ນໄດ້ຕູແຂ້ວຫຼາຍກວ່າ 2 ເທື່ອຕໍ່ມື້, 47.8% ໄດ້ຕູແຂ້ວ 2 ເທື່ອຕໍ່ມື້ ແລະ 47.2% ແມ່ນຕູແຂ້ວໜຶ່ງເທື່ອຕໍ່ມື້. ເດັກເກືອບທັງໝົດທີ່ໃຊ້ແປງຕູແຂ້ວສູງເຖິງ 78%, ແລະ 1.6% ແມ່ນບໍ່ເຄີຍໃຊ້ແປງຕູແຂ້ວ. 46.4% ແມ່ນເດັກຜູ້ທີ່ອະນາໄມແຂ້ວບໍ່ເປັນປົກກະຕິຫຼັງຈາກກິນຂະໜົມອົມ ແລະ ເຄື່ອງດື່ມທີ່ຫວານ, ໃນ 35.7% ແມ່ນຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍທຳຄວາມສະອາດ, ສ່ວນ 18% ແມ່ນເດັກທີ່ທຳຄວາມສະອາດປາກເປັນປົກກະຕິຫຼັງກິນເຂົ້າໜົມ ແລະ ເຄື່ອງດື່ມທີ່ຫວານ. (ຕາຕະລາງທີ 10).

2) ການເລີ່ມປະຕິບັດໃນການຮັກສາສຸຂະພາບຜັງປາກເດັກໂດຍຜູ້ປົກຄອງ : ຈາກຮູບທີ 3 ສະແດງໃຫ້ເຫັນ 55.4% ແມ່ນເດັກອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 1 ປີ ຫາ 2 ປີ ທີ່ພວກເຂົາເລີ່ມຕູແຂ້ວ, 29.3% ທີ່ເດັກເລີ່ມຕູແຂ້ວເມື່ອພວກເຂົາອາຍຸໄດ້ 6 ເດືອນຫາ 1 ປີ, ແລະ 8.1% ແມ່ນເດັກເລີ່ມຕູແຂ້ວເມື່ອອາຍຸພວກເຂົາໄດ້ຫຼາຍກວ່າ 3 ປີ ແລະ ເດັກຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍເລີ່ມຕູແຂ້ວມີພຽງ 0.6%.

3) ການຕູແຂ້ວຂອງເດັກໂດຍຜູ້ປົກຄອງ : ພົບວ່າ 52.5% ແມ່ນເດັກທີ່ຕູແຂ້ວໂດຍການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ປົກຄອງ 41.2% ແມ່ນການຕູແຂ້ວດ້ວຍຕົວເອງ ຫຼື ໂດຍຜູ້ປົກຄອງ, ແລະ 6.4% ແມ່ນການຕູແຂ້ວດ້ວຍຕົນຂອງພວກເຂົາເອງບໍ່ມີຜູ້ປົກຄອງດູແລ (ຕາຕະລາງທີ 11).

3.3.3 ການໄປພົບທັນຕະແພດຂອງເດັກ

ການໄປພົບທັນຕະແພດຂອງເດັກຄັ້ງທຳອິດດ້ວຍເຫດຜົນສ່ວນໃຫຍ່ມີອາການເຈັບແຂ້ວມີພຽງແຕ່ 39 ຄົນເທົ່າກັບ 11.3%, ໄປກວດສຸຂະພາບປາກ ແລະ ແຂ້ວ 11.3%, ດ້ວຍເຫດຜົນອື່ນແມ່ນ 1.7%, ນອກນັ້ນແມ່ນຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍໄປພົບທັນຕະແພດມີສູງເຖິງ 75.7%. ໃນຈຳນວນຜູ້ປົກຄອງ 203 ຄົນແມ່ນຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍໄດ້ຮັບສຸຂະສຶກສາກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຜັງປາກມີ 58.8%, ແລະ 41.2% ແມ່ນຜູ້ເຄີຍໄດ້ຮັບສຸຂະສຶກສາກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຜັງປາກ, ເດັກທີ່ໄດ້ຮັບການແນະນຳຈາກທັນຕະແພດກ່ຽວກັບການຮັກສາສຸຂະພາບຜັງປາກມີ 54 ຄົນເທົ່າກັບ 15.7%, ທາງວາລະສານເທົ່າກັບ 1.2%, ທາງໂຊໂຊມີເດຍ 10.7%, ທາງໂທລະພາບມີ 12.2%, ທາງປິດສະເຕີ 1.2%, ທາງຊ່ອງທາງອື່ນໆເທົ່າກັບ 0.3%, ນອກຈາກນັ້ນແມ່ນຜູ້ທີ່ບໍ່ມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮັກສາສຸຂະພາບຜັງປາກມີຫຼາຍເຖິງ 203 ຄົນເທົ່າກັບ 58.8% (ຕາຕະລາງທີ 12).

4 ວິພາກ

ຜົນການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ເຫັນວ່າສຸຂະພາບຜິ່ງປາກ-ແຂ້ວ ແລະ ປັດໄຈທີ່ເປັນອີກຜົນໃນເດັກກ່ອນໄວຮຽນຜູ້ທີ່ອາຍຸໄດ້ 3 ຫາ 5 ປີ ແມ່ນໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກພະຍາດແຂ້ວແມງ ເຊິ່ງຄ່າ $dmft > 4$, ແລະ ອັດຕາການຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງສູງເຖິງ 93.3% ເຊິ່ງມັນສອດຄ່ອງກັບການສຶກສາຢູ່ປະເທດຟິລິບປິນໃນເດັກ 5 ປີ ແມ່ນ 94% ຄ່າຂອງ $dmft$ ແມ່ນ 9.8 ແຕ່ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ມັນສູງກວ່າການສຶກສາອື່ນໆໃນໄວອາຍຸໄກ່ຄຽງກັນກັບປະເທດອື່ນໆ: 85% ແມ່ນຄວາມຊຸກຊຸມຢູ່ປະເທດຊາອຸດິອາລະເບຍ (Anil & Anand, 2017), 89.1% ແມ່ນຄວາມຊຸກຊຸມຢູ່ປະເທດວຽດນາມ (Nguyen et al., 2018), 84.9% ແມ່ນຄວາມຊຸກຊຸມຢູ່ປະເທດກຳປູເຈຍ (Turton et al., 2019), ເຊັ່ນດຽວກັບການສຳຫຼວດໃນເມື່ອກ່ອນຢູ່ປະເທດລາວໃນເດັກກ່ອນໄວຮຽນຜົນວ່າມີອັດຕາຊຸກຊຸມທີ່ໃກ້ຄຽງກັນໂດຍສະແດງ ໃຫ້ເຫັນວ່າ ເຫຼັ້ມແຂ້ວທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຮຸນແຮງທີ່ສຸດແມ່ນແຂ້ວທາງໜ້າເທິງເບື້ອງຊ້າຍ ແລະ ເບື້ອງຂວາ, ແລະ ຮອງລົງມາແມ່ນແຂ້ວໂຄບເຫຼັ້ມທີ່ໜຶ່ງ ແລະ ເຫຼັ້ມທີ່ສອງຕາມລຳດັບ (Senesombath et al., 2010). ເຊັ່ນດຽວກັບການສຶກສາໃນອີກຫຼາຍປະເທດເຊັ່ນ: ການສຶກສາຢູ່ປະເທດຈຳແນກມີອັດຕາການຊຸກຊຸມຂອງແຂ້ວແມງໃນເດັກອາຍຸ 4 ປີ ແມ່ນ 72.5% ແລະ 5 ປີ ມີ 77.2% (Pakkhesal et al., 2021). ສ່ວນອັດຕາການຊຸກຊຸມພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກອາຍຸ 36-47 ເດືອນແມ່ນ 82%, ຄ່າສະເລ່ຍຂອງ $dmft$ 5.5 ເຊິ່ງມັນໄດ້ສະແດງເຖິງອັດຕາການຊຸກຊຸມທີ່ຕ່ຳກວ່າການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ (Senesombath et al., 2010)

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ 29.3% ຂອງເດັກທີ່ເລີ່ມຕູແຂ້ວ, ເຖິງແນວໃດກໍຕາມມັນຍັງຟົບວ່າ 0.6% ທີ່ບໍ່ເຄີຍຕູແຂ້ວ. ໃນ 47.2% ແມ່ນເດັກຕູແຂ້ວໜຶ່ງເທື່ອຕໍ່ມື້, 47.8% ແມ່ນຕູແຂ້ວຫຼາຍກວ່າສອງເທື່ອຕໍ່ມື້, ແນວໃດກໍຕາມ, ອັດຕາການເກີດແຂ້ວແມງແມ່ນຍັງສູງ, ຊຶ່ງອາດເປັນຍ້ອນການຕູແຂ້ວທີ່ບໍ່ມີປະສິດທິພາບສຳລັບການປ້ອງກັນພະຍາດແຂ້ວແມງ (Jiang et al., 2014).

ຈາກຜົນການສຶກສາຟົບວ່າ ສັດສ່ວນເດັກທີ່ກິນນົມແມ່ມີສັດສ່ວນສູງຂຶ້ນ 87.8% ມັນໄດ້ຖືກອະທິບາຍຈາກຜູ້ປົກຄອງເດັກ, (11.6%) ຜູ້ທີ່ເປັນແມ່ບ້ານ. 56.2% ພວກເຂົາເຈົ້າໄດ້ເລີ່ມລ້ຽງລູກຂອງພວກເຂົາແຕ່ເກີດຈົນຮອດໜຶ່ງປີດ້ວຍເຕົ້ານົມ, ເຫດຜົນນີ້ມັນຜິວພັນກັບອາຊີບຂອງຜູ້ປົກຄອງເດັກທີ່ຂຶ້ນກັບລັດຖະບານແມ່ນ 20.6%. ເດັກຈຳນວນຫຼາຍທີ່ດື່ມນົມຫວານ ແລະ ບໍ່ຫວານ ແມ່ນ 46.1%, ນົມຫວານ 34.2% ແລະ ນົມບໍ່ຫວານ 19.7%. ເດັກທີ່ກິນອນລັບຄາເຕົ້ານົມ 1ເທື່ອຕໍ່ມື້ ແລະ 2 ເທື່ອຕໍ່ມື້ແມ່ນ 27.8% ແລະ 26.1%, ບໍ່ເຄີຍອນລັບຄາເຕົ້ານົມ 43.5%. ເດັກຈຳນວນຫຼາຍທີ່ຢຸດດື່ມນົມເມື່ອພວກເຂົາອາຍຸໄດ້ 2-3 ປີແມ່ນ 31.3%, 21.4%ໄດ້ຢຸດດື່ມນົມເມື່ອອາຍຸໄດ້ 1-2 ປີ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍຢຸດດື່ມນົມແມ່ນ 20.3%. ເດັກຜູ້ທີ່ອາຍຸ 3 ປີ ຂຶ້ນໄປທີ່ໄດ້ຢຸດດື່ມນົມແມ່ນ 16.2%, ອາຍຸ 2-3 ປີ ແມ່ນ 31.3%. ເປັນທີ່ໜ້າສົນໃຈທີ່ສັງເກດໄດ້ວ່າເດັກເລົ່ານີ້ໄດ້ຢຸດການໃຫ້ນົມໃນເຕົ້າຫຼັງຈາກອາຍຸຂອງພວກ

ເຂົາໄດ້ 12 ເດືອນ, ເນື່ອງຈາກເດັກໃນໄວນີ້ກຳລັງຮຽນຢ່າງຍິ່ງຄົງດື່ມນົມຈາກເຕົ້າ(WHO, 1991 ແລະ Brotanek et al., 2009).

ເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຜູ້ປົກຄອງເດັກແມ່ນ 58.8% ບໍ່ເຄີຍໄດ້ຮັບສຸຂະສຶກສາກ່ຽວກັບຜິ່ງປາກ. ຈຳນວນປະຊາກອນເລົ່ານີ້ໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຜູ້ປົກຄອງເດັກອາດບໍ່ຮູ້ການປະຕິບັດການໃນຮັກສາສຸຂະພາບຜິ່ງປາກ ແລະ ແຂ້ວໃຫ້ເດັກ. ນອກຈາກນີ້, 75.7% ແມ່ບໍ່ເຄີຍພາເດັກໄປພົບທັນຕະແພດເຊິ່ງມັນນຳໄປເຮັດໃຫ້ເດັກມີອາການເຈັບ, ມັນຄ້າຍຄືກັນກັບການສຶກສາຢູ່ອົງກົງ, ພວກເຂົາພາເດັກໄປຫາທັນຕະແພດເມື່ອພວກເຂົາມີບັນຫາກ່ຽວກັບແຂ້ວເພາະສະນັ້ນ ການໃຫ້ສຸຂະສຶກສາສຸຂະພາບຜິ່ງປາກ, ໂຄງການຈະຕ້ອງໄດ້ເລີ່ມໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ ແລະ ສົ່ງເສີມໄວເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້. ລະດັບຄວາມຊຸກຊຸມສູງຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກ ໄດ້ສະແດງອອກໃຫ້ເຫັນເຖິງຄວາມຈຳເປັນອັນຮີບດ່ວນສຳລັບໂຄງການປ້ອງກັນຂັ້ນຕົ້ນໃນລາວ, ເນື່ອງຈາກການປ້ອງກັນເບື້ອງຕົ້ນກ່ອນເລີ່ມມີແຂ້ວແມງເປັນສິ່ງທີ່ດີທີ່ສຸດຕໍ່ກັບສະພາບດັ່ງກ່າວ. ການປ້ອງກັນພະຍາດແຂ້ວແມງບໍ່ພຽງແຕ່ເປັນໜ້າທີ່ຂອງທັນຕະແພດ, ພໍ່ແມ່ ແລະ ພະແນກເດັກເທົ່ານັ້ນແຕ່ຍັງແມ່ນໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນເພື່ອເບິ່ງແຍງເດັກໃນລະຫວ່າງການນຳເດັກໄປພົບແພດໃນການບໍລິການສຸຂະພາບເປັນປົກກະຕິກ່ອນການເກີດເປັນພະຍາດແຂ້ວແມງ. ການກວດສຸຂະພາບຜິ່ງປາກ, ພຶດຕິກຳການກິນ, ແລະ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາໃນເລື່ອງການທຳຄວາມສະອາດຜິ່ງປາກກັບຜູ້ປົກຄອງ (Gussy et al., 2016).

ປັດໄຈສ່ຽງໜຶ່ງສຳລັບແຂ້ວແມງໃນເດັກແມ່ນ ສະຖານະເສດຖະກິດຂອງຄອບຄົວຕ່ຳ, ພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກເປັນບັນຫາທາງດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ມັນຕ້ອງໄດ້ຖືກແກ້ໄຂທັງໝົດຈາກນັກວິຊາການດ້ານສຸຂະພາບທຸກຄົນທີ່ດູແລເດັກຮ່ວມກັບຄວາມພະຍາຍາມຈາກສະມາຊິກໃນຄອບຄົວແນະ ນຳໃຫ້ຜູ້ປົກຄອງ ແລະ ຜູ້ປົກຄອງເດັກເພື່ອໃຫ້ພວກເຂົາພາເດັກໄປພົບທັນຕະແພດເພື່ອກວດສຸຂະພາບປາກ ແລະ ແຂ້ວຂອງເດັກໄວເທົ່າທີ່ໄວໄດ້ຕັ້ງແຕ່ແຂ້ວເຫຼັ້ມທຳອິດທີ່ເລີ່ມປົ່ງຂຶ້ນຜິ່ງປາກ. ນັກວິຊາການທາງດ້ານທັນຕະແພດຈະປະເມີນແຂ້ວທີ່ມີຢູ່ໃນປະຈຸບັນທັງໝົດ ແລະ ຈະຕ້ອງໄດ້ແນະນຳຜູ້ປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງເດັກດ້ວຍວິທີທີ່ດີທີ່ສຸດເພື່ອປ້ອງການການເກີດເປັນພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກ (Kawashita et al., 2011). ຄວນແນະນຳຜູ້ປົກຄອງໃຫ້ນຳເດັກໄປກວດຜິ່ງປາກເດັກໃນຊ່ວງສອງຫາສາມປີທຳອິດ(ການເຂົ້າຮັບການກວດທາງທັນຕະກຳປ້ອງກັນຕັ້ງແຕ່ເລີ່ມແລກ) (Savage et al., 2004).

5 ສະຫຼຸບ

ຜົນການສຶກສາໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກກ່ອນໄວຮຽນ 93.3% ເຊິ່ງມີຄ່າ ແຂ້ວແມງ, ແຂ້ວຂາດ, ແຂ້ວອັດ($dmft$) 7.1, ມັນໄດ້ປົ່ງບອກເຖິງຄວາມຮຸນແຮງຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງໃນເດັກ. ໃນນັ້ນຍັງມີແຂ້ວຂາດ 0.05 ເນື່ອງຈາກການຖອນ ແລະ ແຂ້ວອັດແມ່ນ 0.32 ເຊິ່ງໝາຍເຖິງແຂ້ວທີ່ຖືກບຸລະນະສອ້ມແຊມ, ແຂ້ວທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຫຼາຍທີ່ສຸດແມ່ນແຂ້ວເບື້ອງໜ້າຂອງຄາງກະໂຕເທິງ. ປັດໄຈທີ່ຜິວພັນກັບແຂ້ວແມງໃນເດັກແມ່ນການລ້ຽງເດັກດ້ວຍນົມ

ຈາກເຕົ້ານົມ, ນົມທີ່ມີລົດຫວານ, ຄວາມຖີ່ຂອງການບໍລິໂພກອາຫານຫວ່າງ ແລະ ເຄື່ອງດື່ມ, ການປະຕິບັດໃນການອານາໄມຜັງປາກຄວນຈະຖືກສຸມໃສ່, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບການສຸຂະສິກສາກ່ຽວກັບຜັງປາກກໍ່ຄວນໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ.

ຈາກການສຶກສານີ້ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ການປ້ອງກັນຜະຍາດແຂ້ວແມງບໍ່ພຽງແຕ່ເປັນໜ້າທີ່ຂອງທັນຕະແພດ, ພໍ່ແມ່ ແລະ ຜະແນກເດັກເທົ່ານັ້ນແຕ່ຍັງແມ່ນໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນເພື່ອເບິ່ງແຍງເດັກໃນລະຫວ່າງການນຳເດັກໄປພົບແພດໃນການບໍລິການສຸຂະພາບເປັນປົກກະຕິກ່ອນການເກີດເປັນຜະຍາດແຂ້ວແມງ.

ຂໍ້ຂັດແຍ້ງ

ຂ້າພະເຈົ້າໃນນາມຜູ້ຄົນຄວາວິທະຍາສາດຂໍປະຕິບັດຕົນວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ມີໃນບົດຄວມວິຊາການດັ່ງກ່າວນີ້ແມ່ນບໍ່ມີຂໍ້ຂັດແຍ້ງທາງຜົນປະໂຫຍດໃຫ້ກັບພາກສ່ວນໃດ, ກໍລະນີມີການລະເມີດໃນຮູບການໃດໜຶ່ງຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມຍິນດີທີ່ຈະຮັບຜິດຊອບແຕ່ຜູ້ດຽວ.

ເອກສານອ້າງອີງ

Anil, S., & Anand, P. S. (2017). Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. *Frontiers in Pediatrics*, 5(July), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00157>

Bagramian, R. A., Garcia-Godoy, F., & Volpe, A. R. (2009). The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *American Journal of Dentistry*, 22(1), 3–8.

Bennadi, D., Kshetrimayum, N., Sibyl, S., & Reddy, C. V. K. (2014). Toothpaste utilization profiles among preschool children. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(3), 212–215. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7309.4165>

Brotanek, J. M., Schroer, D., Valentyn, L., Tomany-Korman, S., & Flores, G. (2009). Reasons for Prolonged Bottle-Feeding and Iron Deficiency Among Mexican-American Toddlers: An Ethnographic Study. *Academic Pediatrics*, 9(1), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.10.005>

Elidrissi, S. M., & Naidoo, S. (2016). Prevalence of dental caries and toothbrushing habits among preschool children in Khartoum State, Sudan. *International Dental Journal*, 66(4), 215–220. <https://doi.org/10.1111/idj.12223>

Gupta, D., Momin, R. K., Mathur, A., Srinivas, K. T., Jain, A., Dommaraju, N., Dalai, D. R., & Gupta, R. K. (2015). Dental caries and their treatment needs in 3-5 year old preschool children in a rural district of India. *North American Journal of Medical Sciences*, 7(4), 143–150. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.156010>

Gussy, M., Waters, E., Gussy, M. G., Waters, E. G., Walsh, O., & Kilpatrick, N. M. (2016). *Early Childhood Caries : current evidence for aetiology and prevention*

Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. January 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2006.00777.x>

Jiang, E. M., Chin, E., Lo, M., Chu, C. H., Chun, M., & Wong, M. (2014). *ScienceDirect Prevention of early childhood caries (ECC) through parental toothbrushing training and fluoride varnish application : A 24-month randomized controlled trial.* 2, 2–9.

Kawashita, Y., Kitamura, M., & Saito, T. (2011). Early childhood caries. *International Journal of Dentistry*, 2011(Figure 1). <https://doi.org/10.1155/2011/725320>

Li, Y., Navia, J. M., & Bian, J. -Y. (1995). Prevalence and distribution of developmental enamel defects in primary dentition of Chinese children 3–5 years old. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 23(2), 72–79. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1995.tb00204.x>

Motohashi, M., Nakajima, I., Aboshi, H., Honda, K., Yanagisawa, M., Miyata, T., Maeno, M., Kuwata, F., Sidaphone, B., Ngonephady, S., Sithiphanh, A., Kingsada, S. O., & Otsuka, K. (2009). The oral health of children in a rural area of the Lao People's Democratic Republic. *Journal of Oral Science*, 51(1), 131–135. <https://doi.org/10.2334/josnurd.51.131>

Musinguzi, N., Kemoli, A., & Okullo, I. (2019). *Prevalence and Treatment Needs for Early Childhood Caries Among 3 – 5-Year-Old Children From a Rural Community in Uganda.* 7(September), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00259>

Nguyen, Y. H. T., Ueno, M., Zaitso, T., Nguyen, T., & Kawaguchi, Y. (2018). Early childhood caries and risk factors in Vietnam. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 42(3), 173–181. <https://doi.org/10.17796/1053-4628-42.3.2>

Pakkhesal, M., Riyahi, E., Naghavi Alhosseini, A. A., Amdjadi, P., & Behnampour, N. (2021). Impact of dental caries on oral health related quality of life among preschool children: perceptions of parents. In *BMC Oral Health* (Vol. 21, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01396-4>

Savage, M. F., Lee, J. Y., Kotch, J. B., & Vann, W. F. (2004). Early preventive dental visits: Effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics*, 114(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0469-F>

Senesombath, S., Nakornchai, S., Banditsing, P., & Lexomboon, D. (2010). Early childhood caries and related factors in Vientiane, Lao PDR. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 41(3), 717–725.

Srisilapanan, P., Nirunsittirat, A., & Roseman, J. (2017).

Trends over Time in Dental Caries status in Urban and Rural Thai Children Trends over Time in Dental Caries status in Urban and Rural Thai Children. October. <https://doi.org/10.4317/jced.54054>

Syed, S., Nisar, N., & Mubeen, N. (2015). Early Childhood Caries: A Preventable Disease. *Dentistry - Open Journal*, 2(2), 55–61. <https://doi.org/10.17140/doj-2-111>

Thwin, K. M., Zaitis, T., Ueno, M., & Kawaguchi, Y. (2017). *Early Childhood Caries and Related Risk Factors among Myanmar Preschool Early Childhood Caries and Related Risk Factors among Myanmar Preschool Children.* January. <https://doi.org/10.15236/ijcpd.2016.12.4.229>

Trang, T., Bao, B., Nguyen, T., & Son, M. (2016). Effect of School Oral Health Promotion Programme on dental health and health behaviour in Vietnamese schoolchildren. *Pediatric Dental Journal*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.pdj.2016.09.001>

Turton, B., Chher, T., Sabbah, W., Durward, C., Hak, S., & Lailou, A. (2019). Epidemiological survey of early childhood caries in Cambodia. *BMC Oral Health*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0800-y>

WHO. (1991). Indicators for assessing breastfeeding practices WHO/CDD/SER/91.14. In *World Health Organization* (pp. 1–14).

ຕາຕະລາງທີ 2: ອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດແຂ້ວແມງ

ອັດຕາຊຸກຊຸມ n (%)	Mean±SD (ເຫຼັ້ມແຂ້ວ/ຄົນ)			
	ແຂ້ວແມງ(dt)	ແຂ້ວຂາດ(mt)	ແຂ້ວອັດ(ft)	dmft
322 (93.3%)	6.82±4.04	0.05±0.10	0.32±1.02	7.1±3.96

ຕາຕະລາງທີ 3: ການເກີດພະຍາດແຂ້ວແມງຈຳແນກຕາມອາຍຸ

ຕົວປ່ຽນ	ພະຍາດແຂ້ວແມງ		COR	P-value
	ມີຈຳນວນ(%)	ບໍ່ມີຈຳນວນ(%)		
- 3 ປີ	67 (19.4)	8 (2.3)	.237**	.000
- 4 ປີ	116(33.6)	10(2.9)		
- 5 ປີ	139(40.3)	5(1.4)		
ລວມ	322(93.3)	23(6.7)		

ຕາຕະລາງທີ 4: ການເກີດພະຍາດແຂ້ວແມງສຳລັບຄາງກະໄຕເທິງ

ຕົວປ່ຽນ	ພະຍາດແຂ້ວແມງ/ຈຳນວນເຫຼັ້ມ	ຈຳນວນເບີເຊັນ(%)
• ນ້ຳເບີເຫຼັ້ມແຂ້ວຂອງຄາງກະໄຕເທິງ		
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 51	264	76.5
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 61	273	79.1
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 52	198	57.4
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 62	210	60.9
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 53	79	22.9
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 63	88	25.5
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 54	73	21.2
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 64	88	25.5

- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 55	105	30.4
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 65	131	38
• ນ້ຳເບີເຫຼັ້ມແຂ້ວຂອງຄາງກະໄຕລຸ່ມ		
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 71	6	1.7
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 81	6.9	2
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 72	4	1.2
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 82	3	0.9
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 73	13	3.8
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 83	16	4.6
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 74	170	49.3
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 84	173	50.1
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 75	226	65.5
- ແຂ້ວນ້ຳເບີ 85	226	65.5

ຕາຕະລາງທີ 5: ການປະເມີນລວມຄາບຫິນປູນຂອງແຂ້ວທາງໜ້າເທິງ

ຕົວປ່ຽນ	ຈຳນວນ (n)	ເປີເຊັນ(%)
ບໍ່ມີຫິນປູນ	32	9.3
ມີຫິນປູ	313	90.7
ລວມ	345	100

ຕາຕະລາງທີ 6: ຈຳນວນ ແລະ ອັດຕາສ່ວນຂອງເດັກທີ່ຖືກກິນນົມແມ່ ແລະ ກິນນົມຈາກເຕົ້ານົມ

ຕົວປ່ຽນ	ຈຳນວນ(n=345)	ຈຳນວນເປີເຊັນ
- ນົມແມ່	303	87.8
- ນົມຈາກເຕົ້າ	42	12.2

ຕາຕະລາງທີ 7 : ຊະນິດລົດຊາດນົມທີ່ເດັກເຄີຍດື່ມ

ຊະນິດຂອງນົມ	ຈຳນວນ(N)	ເປີເຊັນ(%)
ນົມທີ່ຫວານ	118	34.2
ນົມທີ່ບໍ່ຫວານ	68	19.7
ນົມທີ່ຫວານ ແລະ ບໍ່ຫວານ	159	46.1
ລວມ	345	100

ຕາຕະລາງທີ 8 : ເດັກນອນລັບກັບເຕົ້ານົມ

ຕົວປ່ຽນ	ຈຳນວນ (n)	ເປີເຊັນ (%)
1ເທື່ອ/day	96	27.8
≥2 ເທື່ອ/day	90	26.1
≥3 ເທື່ອ/day	9	2.6
ບໍ່ເຄີຍ	150	43.5
ລວມ	345	100

ຕາຕະລາງທີ 9 : ສັດສ່ວນການຢຸດດື່ມນົມຈາກເຕົ້ານົມຈຳແນກຕາມອາຍຸ

ຕົວປ່ຽນ	ຈຳນວນ (n)	ເປີເຊັນ (%)
---------	-----------	-------------

6 ເດືອນ-1ປີ	37	10.7
1-2ປີ	74	21.4
2-3ປີ	108	31.3
>3ປີ	56	16.2
ບໍ່ເຄີຍຢຸດຕື່ມ	70	20.3
ລວມ	345	100

ຕາຕະລາງທີ 10: ພຶດຕິກຳການທຳຄວາມສະອາດຜັງປາກເດັກໂດຍຜູ້ປົກຄອງ

ຕົວປ່ຽນ	ຈຳນວນ	ເປີເຊັນ (%)
ການອະນາໄມເພີ່ມແຂ້ວ		
- ໄດ້ຖືແຂ້ວ	227	65.8%
- ບໍ່ໄດ້ຖືແຂ້ວ	118	34.2%
ຄວາມຖີ່ໃນການຖືແຂ້ວ		
- 1 ເທື່ອ/ມື້	163	47.2%
- 2 ເທື່ອ/ມື້	165	47.8%
- > 2 ເທື່ອ/ມື້	17	4.9%
ການໃຊ້ແປຖືແຂ້ວ		
- ໄດ້ໃຊ້	269	78%
- ໃຊ້ແຕ່ບໍ່ປົກກະຕິ	67	19.4%
- ບໍ່ໄດ້ໃຊ້	9	2.6%
• ການອະນາໄມແຂ້ວຫຼັງກິນເຂົ້າໜົມ ແລະ ເຄື່ອງດື່ມທີ່ຫວານ		
- ເຄີຍ	62	18%
- ເຄີຍ ແຕ່ບໍ່ເປັນປົກກະຕິ	160	46.4%
- ບໍ່ເຄີຍ	123	35.7%
ລວມ	345	100%

ຕາຕະລາງທີ 11: ການຖືແຂ້ວຂອງເດັກ

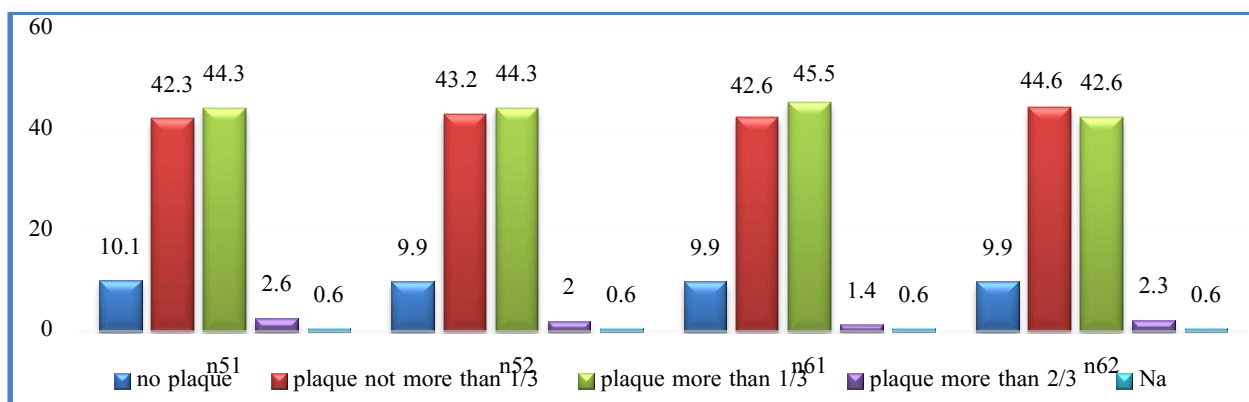
ຕົວປ່ຽນ	ຈຳນວນ(n)	ເປີເຊັນ(%)
ດ້ວຍຜູ້ປົກຄອງ	181	52.5
ດ້ວຍຕົນເອງໂດຍມີຜູ້ປົກຄອງເບິ່ງແຍງ	142	41.2
ດ້ວຍຕົນເອງບໍ່ມີຜູ້ປົກຄອງ	22	6.4
ລວມ	345	100

ຕາຕະລາງທີ 12: ການໄປພົບທັນຕະແພດ ແລະ ສຸຂະສິກສາກ່ຽວກັບການຮັກສາສຸຂະພາບຜັງປາກ

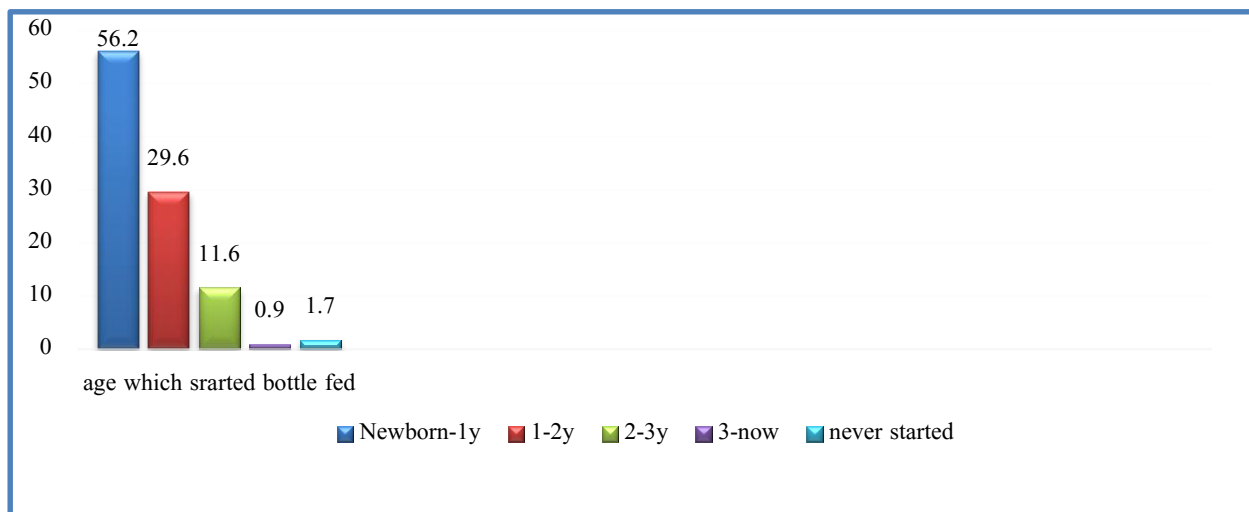
ຕົວຜັນແປ	ຈຳນວນ (n)	ເປີເຊັນ(%)
ເຫດຜົນທີ່ໄປພົບທັນຕະແພດ		
- ກວດສຸຂະພາບຜັງປາກ	39	11.3
- ເຈັບແຂ້ວ	39	11.3
- ອື່ນໆ...	6	1.7
- ບໍ່ເຄີຍໄປ	261	75.7

ການໄດ້ຮັບສຸຂະສິກສາໃນການຮັກສາສຸຂະພາບຜັງປາກ

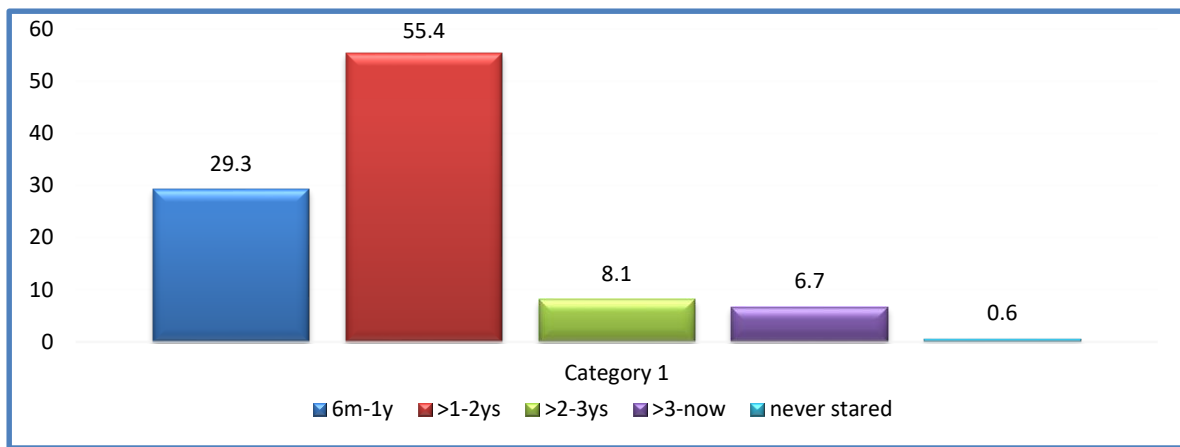
- ໄດ້ຮັບ	142	41.2
- ບໍ່ໄດ້ຮັບ	203	58.8
ການແນະນຳກ່ຽວກັບການຮັກສາສຸຂະພາບຜິງປາກ		
- ທັນຕະແພດ	54	15.7
- ປຶ້ມວາລະສານ	4	1.2
- Socio media	37	10.7
- ໂທລະພາບ	42	12.2
- Poster	4	1.2
- ອື່ນໆ	1	0.3
- ບໍ່ເຄີຍ	203	58.8
Total	345	100



ຮູບທີ 1: ອັດຕາສ່ວນຄາບຫີນປຸງຂອງແຂ້ວໜ້າເບື້ອງເທິງ



ຮູບທີ 2: ການຕີມນົມຈາກເຕົ້າຈຳແນກຕາມອາຍຸ



ຮູບທີ 3: ການເລີ່ມປະຕິບັດໃນການຮັກສາສຸຂະພາບຜູ້ປາກເດັກໂດຍຜູ້ປົກຄອງ