



Risk Factors Associated with Periodontal Diseases for Patients over 30 years old Attending the Dental Department, Mahosoth Hospital, Vientiane Capital, Lao PDR

Viengsay THAMMAVONGSA¹, Khambay THAMMAVONGSA², Mamivone
PHENTHAVONG³, Akao LYVONGSA⁴, Bountom SAMOUNTRY⁵, Viengnakhone
DONPHASID⁶, Pouthasone THAMMAVONGSA⁷.

Ademic Affair Cabinet, University of Health sciences, Lao PDR

Abstract

***Correspondence :** Viengsay
THAMMAVONGSA, Ademic
Affair Cabinet, University of
Health sciences, Lao PDR
Tel: +856 20 55 40 28 36, Email:
Sayvonh@hotmail.com

Article Info:

Submitted: January 25, 2024

Revised: February 10, 2025

Accepted: February 21, 2025

This research was a descriptive the risk factors associated with periodontitis diseases for respondents age over 30 years old at Mahosot Hospital, Vientiane Capital, Lao PDR. The aims of this were to: 1) investigate of periodontitis diseases situation and 2) analyse the factors effecting periodontitis diseases with the sample group of 297 respondents and analyzed the data by using the SPSS program. The result found that age between 36-59 years old have got risk periodontitis diseases equal 22.2 %, and 34.4% was pocket depth (PD) more than 4 mm. The study also found that personal diseases factor, behaviour of cleaning mouth or times of brush tooth factor, and go to see the Doctor every year or once a year factor these were related to periodontitis diseases and protect periodontitis diseases with the statistically significant (p-value <0.05).

Keywords: Periodontitis; Gingivitis, Calculus, Oral Health

1. ພາກສະໜີ

ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ເປັນຄວາມກັງວົນດ້ານສຸຂະພາບສາທາລະນະທີ່ສຳຄັນໃນທົ່ວໂລກ ເຊິ່ງນຳໄປສູ່ການເປັນພະຍາດທີ່ຮ້າຍແຮງ ແລະ ຜົນກະທົບຕໍ່ປະຊາຊົນຫຼາຍລ້ານຄົນ. ໃນລາວ ຊຶ່ງເປັນປະເທດ ໃນເຂດເອເຊຍຕາເວັນອອກ ສ່ຽງໃຕ້ ທີ່ກຳລັງ ພັດທະນາ ຊຶ່ງອັດຕາລະບາດຂອງພະຍາດປະລິທັນອັກເສບຍັງສູງສຸດ ເພີ່ມຂຶ້ນພະຍາດເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີລັກສະນະອັກເສບຂອງເຫງືອກ ແລະ ການທຳລາຍຂອງເນື້ອເຍື່ອທີ່ບໍລິເວນແຂ້ວ ເຊິ່ງສາມາດເຮັດໃຫ້ເກີດການສູນເສຍແຂ້ວຖ້າບໍ່ປິ່ນປົວ (Hajishengallis, 2015). ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ແມ່ນມີສ່ວນກ່ຽວພັນກັບການອະນາໄມປາກທີ່ບໍ່ສະອາດ, ການສູບຢາ, ພະຍາດເບົາຫວານ, ຜັນທຸກຳ, ສະພາບເສດຖະກິດ - ສັງຄົມ ແລະ ພຶດຕິກຳ ດ້ານວັດທະນະ ທຳ, ລ້ວນແຕ່ມີອິດທິພົນຕໍ່ພະຍາດເຫຼົ່ານີ້ ຊຶ່ງຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບປັດໄຈເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນສຳຄັນຕໍ່

ກັບການແກ້ໄຂວິກິດການສຸຂະພາບປາກໃນ ສປປ ລາວ ເຊິ່ງການເຂົ້າເຖິງການດູແລແຂ້ວແມ່ນຈຳກັດ ໂດຍສະເພາະໃນເຂດຊົນນະບົດ.

ໜຶ່ງໃນອົງປະກອບທີ່ສຳຄັນຂອງພະຍາດ ປະລິທັນອັກເສບ ແມ່ນການອະນາໄມປາກທີ່ບໍ່ສະອາດ ເຊິ່ງເຮັດໃຫ້ການສະລົມຂອງແບັກທີເລຍຢູ່ແຂ້ວ ເຊິ່ງເປັນສາເຫດຕົ້ນຕໍຂອງການເກີດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ເຊິ່ງນຳໄປສູ່ການທຳລາຍກະດູກທີ່ມາຫຼັ່ງລ້ຽງແຂ້ວ (Tonetti et al., 2017). ຢູ່ໃນປະເທດລາວ ການປະຕິບັດຫຼັກການອະນາໄມປາກຍັງບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຄວາມສຳຄັນຫຼາຍເທົ່າທີ່ຄວນ ລວມເຂົ້າກັບການສຶກສາສຸຂະພາບຊ່ອງປາກຍັງຈຳກັດ ແລະ ການຂາດການດູແລແຂ້ວທີ່ເໝາະສົມ. ຄົນສ່ວນຫຼາຍໃນຊົນນະບົດແມ່ນອີງໃສ່ການປະຕິບັດສຸຂະພາບຊ່ອງປາກແບບດັ້ງເດີມເຊັ່ນ: ການໃຊ້ໄມ້ຄ້ຽວ ເຊິ່ງອາດຈະບໍ່ໄດ້ຜົນດີໃນການປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງປາກ ເມື່ອປຽບທຽບກັບວິທີອະນາໄມຊ່ອງປາກສະໄໝໃໝ່ ເຊັ່ນ: ການດູແຂ້ວດ້ວຍຢາດູແຂ້ວ ແລະ ໃຊ້ຜ້າເຊັດປາກ (Lee et al., 2018). ການ

ຂາດຄວາມຮັບຮູ້ເຫຼົ່ານີ້ກ່ຽວກັບຄວາມສໍາຄັນຂອງການຖືແຂ້ວເປັນ
ປົກກະຕິ ແລະ ການດູແລແຂ້ວໃຫ້ຖືກວິທີ ອາດເປັນເຫດເຮັດໃຫ້ເກີດ
ຜະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ເກີດຂຶ້ນຫຼາຍທີ່ສຸດ.

ການສູບຢາເປັນອີກໜຶ່ງປັດໄຈສ່ຽງຕໍ່ການເກີດຜະຍາດປະລິ
ທັນອັກເສບ ຈາກການສຶກສາຈຳນວນຫລາຍໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນ
ວ່າການສູບຢາເຮັດໃຫ້ລະບົບພູມຕຳນິທານຂັດຂວາງຄວາມສາມາດ
ໃນການຕອບສະຫນອງຕໍ່ການຕິດເຊື້ອແບັກທີເລຍໃນປາກ ເຮັດໃຫ້ຜູ້
ສູບຢາມີຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ກັບຜະຍາດ ປະລິທັນອັກເສບໄດ້ງ່າຍ
(Chavez et al., 2019). ສະນັ້ນໃນປະເທດລາວ ອັດຕາການສູບຢາ
ແມ່ນຂ້ອນຂ້າງສູງ, ໂດຍສະເພາະໃນກຸ່ມຜູ້ຊາຍ, ອັດຕາການສູບຢາໃນ
ປະເທດແມ່ນກວມຈຳນວນຫຼາຍ (Tuntivivat, 2017). ມາດຕະຖານວັດທະນະທຳຂອງການສູບຢາ ບວກໃສ່ກັບການໂຄສະນາ
ສຸຂະພາບສາທາລະນະທີ່ຈຳກັດເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາຜົນກະທົບທາງລົບຕໍ່
ສຸຂະພາບປາກ ເຮັດໃຫ້ເກີດບັນຫາຮ້າຍແຮງຂຶ້ນ. ຜູ້ສູບຢາມີແນວ
ໂນ້ມທີ່ຈະປະສົບກັບຮູບແບບຮ້າຍແຮງຂອງຜະຍາດເຫງືອກ, ເຊິ່ງ
ສາມາດນຳໄປສູ່ການສູນເສຍແຂ້ວແລະອາການແຊກຊ້ອນອື່ນໆ
(Borrell & Crawford, 2019).

ຜະຍາດເປົາຫວານເປັນອີກປັດໄຈສ່ຽງອັນສໍາຄັນທີ່ພາໃຫ້
ເກີດຜະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ຜະຍາດເປົາຫວານແມ່ນນັບມື້ນັບແຜ່
ຫຼາຍຢູ່ໃນຫຼາຍປະເທດໃນອາຊີຕາເວັນອອກສ່ຽງໃຕ້ ລວມທັງປະເທດ
ລາວ ຍ້ອນການຫັນເປັນຕົວເມືອງ ການປ່ຽນແປງທາງດ້ານອາຫານ
ການກິນ ການປ່ຽນແປງສະພາບການດຳລົງຊີວິດ (Nguyen et al.,
2018). ຄົນທີ່ເປັນໂລກເປົາຫວານມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການເປັນ
ຜະຍາດຕິດຕໍ່ທາງປາກເພາະສະພາບດັ່ງກ່າວເຮັດໃຫ້ຮ່າງກາຍບໍ່
ສາມາດຕ້ານການຕິດເຊື້ອໄດ້ ແລະ ສົ່ງເສີມການຂະຫຍາຍຕົວຂອງ
ເຊື້ອແບັກທີເຣຍທີ່ເປັນອັນຕະລາຍໃນປາກ (Preshaw et al.,
2012). ຄວາມສໍາພັນສອງທາງນີ້ລະຫວ່າງຜະຍາດເປົາຫວານ ແລະ
ຜະຍາດ ປະລິທັນອັກເສບ ຫມາຍຄວາມວ່າການຄວບຄຸມເງື່ອນໄຂ
ໜຶ່ງອາດຈະຊ່ວຍຫຼຸດຜ່ອນຄວາມກ້າວຫນ້າຂອງອີກດ້ານໜຶ່ງ.
ແນວໃດກໍ່ຕາມ ຢູ່ໃນປະເທດລາວ ບ່ອນທີ່ການເຂົ້າເຖິງການດູແລ
ທາງການແພດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຜະຍາດເປົາຫວານອາດມີຈຳກັດ
ການຂາດການປະສານງານລະຫວ່າງແພດໝໍ ແລະ ທັນຕະແພດ ເຮັດ
ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສະພາບຊຳເຮື້ອເຫຼົ່ານີ້ຍັງສັບສົນ.

ຜົນທຸກຳ ຍັງມີບົດບາດໃນການເກີດເປັນຜະຍາດປະລິທັນ
ອັກເສບ ແຕ່ທີ່ສໍາຄັນແມ່ນການປະຕິບັດການອະນາໄມຊ່ອງປາກ ແລະ
ການເລືອກຊີວິດທີ່ດີແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນ ບາງຄົນອາດຈະມີຄວາມ
ຕັ້ງໃຈທາງຜົນທຸກຳທີ່ເຮັດໃຫ້ຜວກເຂົາມີຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ກັບ

ຜະຍາດ ປະລິທັນອັກເສບ. ປັດໄຈທາງຜົນທຸກຳອາດມີອິດທິພົນຕໍ່
ການຕອບສະຫນອງຂອງພູມຕຳນິທານ, ເຮັດໃຫ້ມັນງ່າຍຂຶ້ນສໍາລັບ
ເຊື້ອແບັກທີເຣຍທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ເກີດການອັກເສບ ແລະ ການທຳລາຍ
ເນື້ອເຍື່ອໃນບໍລິເວນແຂ້ວ (Laine, 2016). ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຄວາມ
ອ່ອນໄຫວທາງຜົນທຸກຳບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນການພັດທະນາຂອງຜະຍາດ
ແຕ່ລະໄລຍະ ແລະ ປັດໄຈຄວາມສ່ຽງທີ່ສາມາດປ່ຽນແປງໄດ້ ເຊັ່ນ:
ການສູບຢາ ແລະ ການອະນາໄມປາກ ຍັງຄົງມີບົດບາດສໍາຄັນຕໍ່ການ
ກ້າວຫນ້າຂອງຜະຍາດດັ່ງກ່າວ.

ປັດໄຈເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ລວມທັງລະດັບລາຍຮັບ ແລະ
ລະດັບການສຶກສາ ມີອິດທິພົນຕໍ່ພຶດຕິກຳສຸຂະພາບປາກໃນລາວຢ່າງ
ຫຼວງຫຼາຍ. ຊ່ອງຫວ່າງໃນການເຂົ້າເຖິງການດູແລສຸຂະພາບປາກ
ລະຫວ່າງປະຊາກອນໃນຕົວເມືອງ ແລະ ຊົນນະບົດໃນລາວແມ່ນ
ກວ້າງຂວາງ, ໂດຍປະຊາຊົນໃນເຂດຊົນນະບົດມັກຈະຂາດການເຂົ້າ
ເຖິງການດູແລແຂ້ວແບບມືອາຊີບ ເນື່ອງຈາກຂໍ້ຈຳກັດທາງດ້ານ
ເສດຖະກິດ ແລະ ຄວາມໂດດດ່ຽວທາງດ້ານພູມສັນຖານ (Bai et
al., 2020). ຄວາມບໍ່ສົມດຸນນີ້ແມ່ນປະສົມປະສານໂດຍລະດັບການ
ສຶກສາດ້ານສຸຂະພາບປາກທີ່ຕ່ຳ, ຍ້ອນວ່າຫຼາຍໆຄົນບໍ່ຮູ້ກ່ຽວກັບ
ຄວາມສໍາຄັນຂອງການດູແລແຂ້ວປ້ອງກັນແລະຄວາມສ່ຽງທີ່
ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜະຍາດຂອງແຕ່ລະແຂ້ວທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນ ປົວ.
ນອກຈາກນັ້ນ, ຄົນທີ່ມີຖານະທາງດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມຕ່ຳມີແນວ
ໂນ້ມທີ່ຈະມີພຶດຕິກຳທີ່ມີຄວາມສ່ຽງເຊັ່ນ: ການສູບຢາ ແລະ ການກິນ
ອາຫານທີ່ບໍ່ດີຕໍ່ສຸຂະພາບ, ເຊິ່ງເພີ່ມຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເປັນຜະຍາດ
ປະລິທັນອັກເສບ (Kumar et al., 2018). ຄວາມຜະຍາຍາມໃນ
ການປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງການສຶກສາ ແລະ ການບໍລິການດ້ານ
ສຸຂະພາບປາກໃນພື້ນທີ່ດ້ອຍໂອກາດຂອງປະເທດລາວ ສາມາດຊ່ວຍ
ແກ້ໄຂຕົວກຳນົດທາງສັງຄົມຂອງຜະຍາດຕິດຕໍ່ທາງປາກໄດ້.

ນິດໄສການກິນອາຫານຍັງມີບົດບາດສໍາຄັນໃນການ
ພັດທະນາ ແລະ ຄວາມຄືບໜ້າຂອງຜະຍາດປະລິທັນອັກເສບ.
ອາຫານທີ່ມີນໍ້າຕານສູງ, ທີ່ພົບທົ່ວໄປໃນອາຫານປຸງແຕ່ງ, ສົ່ງເສີມ
ການເຕີບໂຕຂອງເຊື້ອແບັກທີເຣຍທີ່ເປັນອັນຕະລາຍໃນປາກ, ເຊິ່ງ
ປະກອບສ່ວນເຂົ້າໃນການພັດທະນາຂອງແຜ່ນແຂ້ວ (Papapanou
& Sanz, 2017). ຢູ່ໃນປະເທດລາວ ຮູບແບບການຮັບປະທານ
ອາຫານໄດ້ມີການປ່ຽນແປງໄປຕາມຍຸກສະໄໝ ການບໍລິໂພກອາຫານ
ແລະ ເຄື່ອງດື່ມທີ່ມີນໍ້າຕານເພີ່ມຂຶ້ນ, ໂດຍສະເພາະໃນເຂດຕົວເມືອງ
(Jongsma et al., 2019). ອາຫານພື້ນເມືອງ ທີ່ອີງໃສ່ເຂົ້າ ແລະ
ຜັກເປັນຕົ້ນຕໍ ປັດຈຸບັນໄດ້ຮັບການເສີມດ້ວຍອາຫານປຸງແຕ່ງແລະ
ຫວານຫຼາຍ, ປະກອບສ່ວນໃຫ້ຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເປັນຜະຍາດຂອງແຕ່

ລະໄລຍະ. ການແຊກແຊງທາງດ້ານສາທາລະນະສຸກທີ່ສົ່ງເສີມການກິນອາຫານທີ່ມີສຸຂະພາບດີສາມາດມີບົດບາດສໍາຄັນໃນການຫຼຸດຜ່ອນພາລະຂອງພະຍາດປາກໃນປະເທດ.

ປັດໄຈທາງດ້ານວັດທະນະທຳຍັງມີອິດທິພົນຕໍ່ພຶດຕິກຳສຸຂະພາບປາກໃນລາວ. ຕົວຢ່າງ: ໃນບາງຝຸ່ນທີ່ຂອງປະເທດລາວ, ການໃຊ້ເຄື່ອງມືອະນາໄມປາກແບບດັ້ງເດີມເຊັ່ນ: ໄມ້ຄ້ຽວກໍຍັງມີຢູ່ທົ່ວໄປ. ໃນຂະນະທີ່ການປະຕິບັດເຫຼົ່ານີ້ມີຜົນປະໂຫຍດບາງຢ່າງ, ພວກມັນອາດຈະບໍ່ມີປະສິດທິພາບເທົ່າກັບວິທີການທີ່ທັນສະໄຫມເຊັ່ນ: ການຕູ້ແຂ້ວເພື່ອປ້ອງກັນການສ້າງເຊື້ອພະຍາດ ແລະ ແບກທິເລຍ (Lee et al., 2018). ນອກຈາກນັ້ນ, ຄວາມເຊື່ອທາງວັດທະນະທຳ ແລະ ຫັດສະນະຄະຕິຕໍ່ການດູແລແຂ້ວສາມາດສ້າງຄວາມເຕັມໃຈຂອງບຸກຄົນທີ່ຈະຊອກຫາການປິ່ນປົວແບບມືອາຊີບ. ໃນເຂດຊົນນະບົດ ປະຊາຊົນອາດຈະອີງໃສ່ການປິ່ນປົວຢູ່ເຮືອນ ແລະ ການປິ່ນປົວແບບດັ້ງເດີມຫຼາຍກວ່າການໄປພົບຫມໍປົວແຂ້ວ. ດັ່ງນັ້ນ, ຄວາມອ່ອນໄຫວທາງດ້ານວັດທະນະທຳໃນການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບປາກແມ່ນເປັນສິ່ງຈຳເປັນສໍາລັບການປັບປຸງພຶດຕິກຳສຸຂະພາບຊ່ອງປາກ ແລະ ຫຼຸດຜ່ອນການແຜ່ກະຈາຍຂອງພະຍາດທາງປາກ.

ຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ແມ່ນເພື່ອ 1) ສຶກສາສະພາບການເກີດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ແລະ 2) ວິເຄາະປັດໄຈສ່ຽງທີ່ພົວພັນກັບການເກີດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບນໍາຄົນເຈັບອາຍຸ 30 ປີຂຶ້ນໄປທີ່ມາບໍລິການປິ່ນປົວແຂ້ວຢູ່ພະແນກແຂ້ວ, ໂຮງໝໍມະຫາສິດ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ.

2. ອຸປະກອນ ແລະ ວິທີການ.

ການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ເປັນການຄົ້ນຄວ້າແບບ ປະລິມານ ແລະ ຄຸນນະພາບ ໂດຍຊໍ່ໄລຍະເວລາການຄົ້ນຄວ້າເລີ່ມແຕ່ມັງກອນຫາທັນວາ ປີ 2022.

2.1 ປະຊາກອນ ແລະ ກຸ່ມຕົວຢ່າງ

ປະຊາກອນໃນການວິໄຈຄັ້ງນີ້ແມ່ນໃຊ້ການສຸມແບບສະເພາະເຈາະຈົງເອົາຄົນເຈັບຜູ້ມາບໍລິການປິ່ນປົວແຂ້ວຢູ່ພະແນກແຂ້ວ, ໂຮງໝໍມະຫາສິດຈຳນວນຕົວຢ່າງທັງໝົດ 270 ຄົນ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການຜິດພາດ ໃນການເກັບຂໍ້ມູນ, ການຕົກເຮັຍຂອງແບບຟອມການຄົ້ນຄວ້າໃນຄັ້ງນີ້ຈຶ່ງໄດ້ເພີ່ມແບບສອບຖາມ ແລະ ກຸ່ມຕົວຢ່າງອີກ 10% ເທົ່າກັບ 27 ຄົນ. ດັ່ງນັ້ນ, ຂະໜາດຕົວຢ່າງຂອງການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ແມ່ນ 297 ຄົນ. ການກຳນົດຂະໜານປະຊາກອນໃນຄັ້ງນີ້ແມ່ນໄດ້ນຳໃຊ້ສູດຄິດໄລ່ທີ່ບໍ່ຮູ້ປະຊາກອນຂອງ ທ່ານ Cochran (1953) ດັ່ງລຸ່ມນີ້:
$$n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

n ແມ່ນກຸ່ມຈຳນວນປະຊາກອນທີ່ເຮັດການວິໄຈ;

p ແມ່ນອັດຕາຊກຊຸມຂອງສະພາບຜິດປາກ 50% = 0.5

z ລະດັບຄວາມເຊື່ອໝັ້ນ 95% = 1,645;

d ຄວາມຄາດເຂື່ອນສູງສຸດທີ່ສາມາດຮັບໄດ້ 5% = 0.05

$$q = 1 - p$$

2.2 ເຄື່ອງມືທີ່ໃຊ້ໃນການເກັບກຳຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນດ້ານປະລິມານແມ່ນໄດ້ໃຊ້ແບບສອບຖາມ ເຊິ່ງປະກອບມີ 2 ພາກສ່ວນຄື: 1) ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປຂອງຄົນເຈັບ ແລະ 2) ຄຳຖາມກ່ຽວກັບປະຫວັດພະຍາດປະຈຳຕົວ ແລະ ປະຫວັດການຮັກສາສຸຂະພາບຜິດປາກ, ພຶດຕິກຳການຮັກສາ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານຄຸນນະພາບແມ່ນໄດ້ນຳຄົນເຈັບມາກວດບັນຫາປະລິທັນອັກເສບໃນຊ່ອງປາກຕົວຈິງ

ພາຍຫຼັງຜູ້ຄົນຄວ້າໄດ້ສັງລວມຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງມາສ້າງແບບສອບຖາມຄົນເຈັບສໍາເລັດແລ້ວ ໄດ້ນຳແບບສອບຖາມໄປຜ່ານຜູ້ຊ່ຽວຊານ 3 ທ່ານ ເພື່ອກວດຄວາມສອດຄ່ອງ ແລະ ຫວ່າງຄຳຖາມກັບຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າ ຜ່ານການປະເມີນເຫັນວ່າ ຄຳຄວາມສອດຄ່ອງຂອງແຕ່ລະຄຳຖາມກັບຈຸດປະສົງ ໂດຍມີຄ່າ IOC = 0.67 – 1.00. ພ້ອມກັນນີ້ທຸກຄຳຖາມໃນແບບສອບຖາມແມ່ນມີຄ່າຄວາມເຊື່ອໝັ້ນ Crobach's Alpha ຢູ່ທີ່ 0.957 ແລະ ມີຄ່າອຳນາດຈຳແນກຢູ່ທີ່ 0.45. ຈາກນັ້ນໄດ້ນຳແບບສອບຖາມມາປັບປຸງຄືນຕາມຄຳແນະນຳຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານບາງສ່ວນ ແລ້ວຈຶ່ງນຳແບບຟອມສອບຖາມຈັດພິມ ແລະ ນຳໄປໃຊ້ໃນກຸ່ມຕົວຢ່າງ.

2.3 ການເກັບກຳຂໍ້ມູນ

ການເກັບກຳຂໍ້ມູນເພື່ອການສຶກສາວິໄຈໃນຄັ້ງນີ້ ຂໍ້ມູນດ້ານປະລິມານແມ່ນເກັບແບບງ່າຍດາຍໂດຍວິທີການນຳແບບສອບຖາມຢາຍໃຫ້ຄົນເຈັບທີ່ມາປິ່ນປົວຢູ່ພະແນກແຂ້ວ, ໂຮງໝໍມະຫາສິດ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ຜູ້ຄົນຄວ້າໄດ້ອະທິບາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການຕອບ ແລະ ໃຊ້ເວລາ 10-15 ນາທີໃນການຕອບ ແລ້ວ ເກັບແບບສອບຖາມກັບຄືນ. ສ່ວນຂໍ້ມູນດ້ານຄຸນນະພາບ ແມ່ນ ໄດ້ນຳຄົນເຈັບມາກວດ ແລ້ວ ບັນທຶກຂໍ້ມູນ ສະພາບບັນຫາຂອງອາການຄົນເກັບ ເປັນລາຍບຸກຄົນ.

2.4 ການວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ບັນດາຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ເກັບໄດ້ມາຈາກແບບຟອມສອບຖາມ ແລະ ຜົນຈາກການກວດ ກວດຜິດປາກຄົນເຈັບຕົວຈິງ ແມ່ນນຳມາວິເຄາະໂດຍໃຊ້ໂປຼແກຼມສໍາເລັດຮູບທາງສະຖິຕິ SPSS version 22.0 ເພື່ອວິເຄາະຫາສ່ວນຮ້ອຍ ແລະ ໃຊ້ Linear regression ເພື່ອວິເຄາະຫາ ຄ່າ P-value.

3. ຜົນໄດ້ຮັບ

ຜົນການສຶກສາຟົບວ່າ ໃນຈຳນວນກຸ່ມຕົວຢ່າງ 297 ຄົນ ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງ 36-59 ປີ ເປັນພະຍາດປະລິທັນອັກເສບຫຼາຍກວ່າໜູ່ເທົ່າກັບ 22.2%, ທັດມາແມ່ນຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າ 60 ປີ ຂຶ້ນໄປ ເທົ່າກັບ 6.1 %, ຕໍ່ມາແມ່ນຜູ້ທີ່ມີອາຍຸລະຫວ່າງ 30-35 ປີເທົ່າກັບ 1.0% . ໃນນັ້ນແມ່ນບໍ່ມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນຫຼາຍ ເຊັ່ນ ເພດຍິງທີ່ເປັນພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ເທົ່າກັບ 14.1 % ສ່ວນເພດຊາຍແມ່ນ 15.2 %. ໃນນີ້ 34.4% ແມ່ນຜູ້ທີ່ມີພະຍາດປະລິທັນອັກເສບທີ່ມີຖົງເຟ້ນແຂ້ວເທົ່າກັບ ແລະ ຫຼາຍກວ່າ 4 mm ຂຶ້ນໄປ (ຕາຕະລາງທີ 3).

ຕໍ່ກັບພະຍາດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບໃນຜຶ້ງປາກ ເຊິ່ງສ່ວນຫຼາຍແມ່ນເກີດກັບຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຜຶ້ງປາກກວມ 19.9% ແຕ່ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານເລື່ອງວິທີການຮັກສາເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຜຶ້ງປາກກໍຍັງມີພະຍາດດັ່ງກ່າວເກີດຂຶ້ນ ກວມ 9.4%. ຜູ້ໄປພົບທັນຕະແພດ 1 ປີຕໍ່ຄັ້ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 1 ປີ ຕໍ່ຄັ້ງ ມີພະຍາດປະລິທັນອັກເສບຫຼາຍກວ່າໜູ່ເທົ່າກັບ 13.5% , ຜູ້ໄປພົບທັນຕະແພດ 6 ເດືອນ ຕໍ່ຄັ້ງ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າຈະມີພະຍາດປະລິທັນອັກເສບແມ່ນ 2.5%, ແລະ ຜູ້ທີ່ໄປພົບທັນຕະແພດ 3 ເດືອນຕໍ່ຄັ້ງ ແມ່ນ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດດັ່ງກ່າວໜ້ອຍທີ່ສຸດແມ່ນ 0.4% ແລະ ມີຄວາມສໍາຄັນທາງດ້ານສະຖິຕິ P-value = 0.001 (ຕາຕະລາງທີ 4)

ຄວາມເຈັບປ່ວຍເຊັ່ນ: ພະຍາດເປົາຫວານ, ຜູ້ທີ່ມີພະຍາດຫົວໃຈ ແລະ ຜູ້ທີ່ມີຄວາມດັນເລື້ອຍສູງເຫັນວ່າ: ເປັນປັດໄຈໜຶ່ງທີ່ພົວພັນກັບການເປັນພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ແລະ ມີຄວາມສໍາພັນກັບການເປັນພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ ແລະ ມີຄວາມສໍາຄັນທາງສະຖິຕິ ຄ່າ P-value < 0.05. (ຕາຕະລາງທີ 6)

4. ວິພາກຜົນ

ຈາກການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ເຫັນວ່າ ອັດຕາຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດປະລິທັນອັກເສບໃນຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ມີພະຍາດປະຈຳຕົວພຽງ 29.3% ແມ່ນຢູ່ໃນລະດັບຕໍ່າ ເຊິ່ງຜົນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ມັນຕໍ່າກວ່າການສຶກສາຂອງ Tefera and Bekele (2020) ເທົ່າ 42.4% ດັດສະນີຂອງພະຍາດປະລິທັນອັກເສບຄັ້ງນີ້ແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນຄື: 16.5% ແມ່ນມີເລື້ອຍຊຶມ, 71.0% ແມ່ນມີຄາບຫີນປຸນ, 29.3% ແມ່ນຖົງເຟ້ນແຂ້ວລຶກ 3-4 mm, 5.1% ແມ່ນຖົງເຟ້ນແຂ້ວລຶກຫຼາຍກວ່າ 6 mm ແລະ 18.9% ແມ່ນມີຄາບຫີນປຸນພ້ອມດ້ວຍມີເລື້ອຍຊຶມອອກ, ເມື່ອພວກເຮົານຳມາສຶມທຽບກັບການສຶກສາຢູ່ປະເທດ ເບຣຊິນ ການຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດອັກເສບເຊິ່ງເຫັນໄດ້ຈາກດັດສະນີຂອງອະໄວຍະວະປະລິທັນອັກເສບທີ່ມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນຄື 53.3% ແມ່ນມີ

ເລື້ອຍຊຶມອອກ, 53.5% ແມ່ນມີຄາບຫີນປຸນ, 62.8% ແມ່ນມີອາຍຸແມ່ນມີຄວາມສໍາພັນຖົງເຟ້ນແຂ້ວລຶກ (Gaio et al., 2019). ກັບການເກີດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບເຊິ່ງມັນສອດຄ່ອງກັບຫຼາຍໆການສຶກສາ ເຊັ່ນ: ການສຶກສາຂອງ Zhan et al. (2021) ເຫັນວ່າການເກີດພະຍາດປະລິທັນມັນໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນຕາມອາຍຸຄ່າ $P < 0.001$. ຄວາມຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດປະລິທັນອັກເສບມັກຈະເກີດມີຄວາມສ່ຽງເຊິ່ງເທົ່າກັບ 57.30% ຕາມກຸ່ມອາຍຸທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ $P < 0.001$ (Tefera & Bekele, 2020). ແຕ່ການສຶກສາຂອງ Barbosa et al. (2019); Brauchle et al. (2013) ຟົບວ່າ ອັດຕາການຊຸກຊຸມຂອງພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ 74% ແມ່ນໃນຄົນໄວໜຸ່ມ ແລະ 60.6% ແມ່ນໃນກຸ່ມຄົນໄວຜູ້ສູງອາຍຸຄ່າ $P < 0.001$.

ການຕູ້ແຂ້ວແມ່ນການອະນາໄມຜຶ້ງປາກ ແລະ ແຂ້ວຂອງຄົນເປັນປະຈຳໃນແຕ່ລະມື້ ແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນ ແລະ ສໍາພັນກັບການເປັນພະຍາດປະລິທັນອັກເສບດ້ວຍລະດັບຄວາມສໍາຄັນ P-value = 0.001. ຊຶ່ງມັນສອດຄ່ອງກັບ ການສຶກສາຂອງ Hopcraft et al. (2012) ໄດ້ຊີ້ບອກວ່າການອະນາໄມຜຶ້ງປາກແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນ ແລະ ສໍາພັນກັບການເກີດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບຄ່າ P-value < 0.001 ເຊັ່ນດຽວກັນກັບການສຶກສາຢູ່ປະເທດເຢຍລະມັນໃນປີ 2013 ຄ່າ P-value < 0.001 (Brauchle et al., 2013)

ການໄປພົບທັນຕະແພດເພື່ອການກວດສຸຂະພາບຜຶ້ງປາກ ແລະ ແຂ້ວສອງຄັ້ງຕໍ່ປີ ເປັນວິທີການປ້ອງກັນ ແລະ ຮັກສາສຸຂະພາບປາກ ແລະ ແຂ້ວທີ່ດີທີ່ສຸດ, ຈາກຜົນການວິໄຈໃນຄັ້ງນີ້ພົບວ່າ: ຄວາມຖີ່ນຂອງການໄປພົບທັນຕະແພດແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນທີ່ແຕກຕ່າງກັນ, ເມື່ອພວກເຮົານຳມາທົດສອບຫາຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງການໄປພົບທັນ ຕະແພດ ແລະ ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບແມ່ນມີຄວາມສໍາພັນ ແລະ ສໍາຄັນທາງດ້ານສະຖິຕິທີ່ແຕກຕ່າງກັນ P-value = 0.0001. ເຊັ່ນດຽວກັນກັບການສຶກສາຂອງ Han & Park (2017) ເຫັນວ່າການກວດສຸຂະພາບຜຶ້ງປາກ ແລະ ແຂ້ວແມ່ນມີຄວາມສໍາຄັນຄ່າ P-value < 0.005. ນອກຈາກນີ້ຍັງມີການສຶກສາອື່ນໆທີ່ເຫັນໄດ້ເຖິງຄວາມສໍາພັນ ແລະ ສໍາຄັນຂອງການໄປພົບທັນຕະແພດໃນການປ້ອງກັນພະຍາດປະລະທັນອັກເສບ

ພະຍາດທາງລະບົບໄດ້ກາຍເປັນປັດໄຈທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ພົວພັນກັບການເກີດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບທີ່ແຕກຕ່າງກັນເຊັ່ນ: ພະຍາດເປົາຫວານ(P-value= 0.001),ພະຍາດຫົວໃຈ (P-value= 0.03) ແລະ ຄວາມດັນເລື້ອຍສູງ (P-value = 0.001) ເຊິ່ງມັນສອດຄ່ອງກັບການສຶກສາຢູ່ປະເທດເກົາຫລີໃນປີ 2017 ຄ່າ P-value<0.005 (Han & Park, 2017). ອະໄວຍະວະປະລິທັນອັກເສບເນື່ອງຈາກ

ການມີພະຍາດເປົາຫວານຄ່າ P-value<0.001 (Sun et al., 2019). ພະຍາດເປົາຫວານປະເພດສອງແມ່ນເງື່ອນໄຂທີ່ເຮັດໃຫ້ອະໄວຍະປະລິທັນອັກເສບແບບຮຸນແຮງ ແລະ ຊ້ຳເຮື້ອ (Saxena et al., 2020). ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບສາມາດພົວພັນກັບປັດໄຈສ່ຽງທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນຂອງຄວາມດັນເລື້ອຍດສູງ (Muñoz Aguilera et al., 2020)

5. ສະຫຼຸບ

ຜົນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ພົບວ່າ ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບໃນຄົນເຈັບອາຍຸ ຫຼາຍກວ່າ 30 ປີຂຶ້ນໄປ ໃນນັ້ນເຫັນວ່າ 29.3% ແມ່ນມີຖົງເຟີນແຂ້ວລຶກ 3-4 mm ຂຶ້ນໄປ. ເຊິ່ງມີຜົນມາຈາກພຶດຕິກຳການຮັກສາສຸຂະພາບຜັງປາກ, ພະຍາດທາງລະບົບ (ພະຍາດປະຈຳຕົວ) ເຊັ່ນ: ພະຍາດຫົວໃຈ ແລະ ຄວາມດັນເລື້ອຍດສູງ ແລະ ອື່ນໆ ລ້ວນແຕ່ເປັນປັດໄຈກ່ຽວພັນກັບ ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ.

ຈາກການສຶກສານີ້ໄດ້ຊີ້ໃຫ້ເຫັນວ່າ ການປ້ອງກັນຂັ້ນຕົ້ນກ່ອນການເປັນພະຍາດ ເຊິ່ງເປັນສິ່ງທີ່ດີທີ່ສຸດຕໍ່ກັບສະພາບດັ່ງກ່າວສະນັ້ນຈຶ່ງຂໍສະເໜີໃຫ້ ໂຮງໝໍຂັ້ນສູນກາງຈົນຮອດທ້ອງຖິ່ນຄວນມີແຜນພັບໂຄສະນາ, ປິດສະຕິກ່ຽວກັບຜົນສະທ້ອນຂອງພະຍາດເປົາຫວານ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ຄວາມດັນເລື້ອຍດສູງ ແລະ ປັດໄຈ ອື່ນໆ ທີ່ເປັນຕົວກະຕຸ້ນໃຫ້ເກີດພະຍາດປະລິທັນອັກເສບບໍ່ວ່າໃນເດັກ, ຄົນໜຸ່ມ ແລະ ຜູ້ສູງອາຍຸ. ຄວນມີການສຶກສາໃນຫົວຂໍ້ນີ້ຕື່ມອີກໂດຍມີການສຶກສາແບບສົມທຽບລະຫວ່າງສອງກຸ່ມ ຄື: ກຸ່ມທີ່ມີພະຍາດທາງລະບົບ ແລະ ກຸ່ມທີ່ບໍ່ມີພະຍາດທາງລະບົບ ແລະ ສຶກສາຄວາມຮຸນແຮງຂອງພະຍາດປະລິທັນອັກເສບຕໍ່ປັດໄຈການຄອບຄຸມທາດນ້ຳຕານໃນເລື້ອຍດທີ່ບໍ່ໄດ້ດີໃນຄົນເຈັບມີພະຍາດເປົາຫວານທີ່ບໍ່ຂຶ້ນກັບອິນຊູລິນ, ໃນໂຮງໝໍສູນກາງ ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສປປ ລາວ.

6. ຂໍ້ຂັດແຍ້ງ

ຂ້າພະເຈົ້າໃນນາມຜູ້ຄົນຄົວຄົວທີ່ຍາສາດຂໍປະຕິຍານຕົນວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ມີໃນບົດຄວມວິຊາການດັ່ງກ່າວນີ້ແມ່ນບໍ່ມີຂໍ້ຂັດແຍ້ງທາງຜົນປະໂຫຍດໃຫ້ກັບພາກສ່ວນໃດ, ກໍລະນີມີການລະເມີດໃນຮູບການໃດໜຶ່ງ ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມຍິນດີທີ່ຈະຮັບຜິດຊອບແຕ່ຜູ້ດຽວ.

7. ເອກະສານອ້າງອີງ

Barbosa, M. D. M., Batista, M. J., da Silva Morgan, E. S., Sallum, E. A., Casati, M. Z., & Silvério, K. G. (2019). Periodontal disease and associated factors in the adult and elderly population from Jundiá City, Brazil. *Brazilian*

Journal of Oral Sciences, 18, 1–14.

<https://doi.org/10.20396/BJOS.V18I0.8657170>

Brauchle, F., Noack, M., & Reich, E. (2013). Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life. *International Dental Journal*, 63(6), 306–311.

<https://doi.org/10.1111/idj.12042>

Bai, W., Shi, L., & Zhang, L. (2020). The status of oral health care in rural areas of Laos: A review. *Journal of Dental Research*, 99(2), 250-258.

<https://doi.org/10.1177/0022034520908598>

Borrell, L. N., & Crawford, N. D. (2019). The influence of smoking on periodontal disease. *American Journal of Public Health*, 109(10), 1393-1400.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305160>

Chavez, E. M., Kimbro, R. T., & Pruden, M. (2019). Tobacco use and periodontal disease: A review of the literature. *Journal of Clinical Periodontology*, 46(1), 59-68.

<https://doi.org/10.1111/jcpe.13085>

Cochran, W. G. (1953). *Sampling Techniques*. John Wiley & Sons.

Gaio, E., Franco, A., Herval, Á. M., Rodrigues, R. P. C. B., De Macedo Bernardino, Í., Paranhos, L. R., & Rigo, L. (2019). Multivariate analysis of periodontal disease and associated risk factors in a population of south Brazil. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, 41(1), 1–7.

<https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v41i1.45019>

Han, K., & Park, J. B. (2017). Association between oral health behavior and periodontal disease among Korean adults: The Korea national health and nutrition examination survey. *Medicine (United States)*, 96(7), 1–7.

<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000617>

- Hopcraft, M. S., Morgan, M. V., Satur, J. G., Wright, F. A. C., & Darby, I. B. (2012). Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. *Gerodontology*, 29(2), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00448.x>
- Hajishengallis, G. (2015). Periodontitis: From microbial immune subversion to systemic inflammation. *Nature Reviews Immunology*, 15(1), 30–44. <https://doi.org/10.1038/nri3785>
- Jongsma, H. W., Reijnders, J., & Beukers, F. (2019). The impact of dietary changes on periodontal health in urban and rural Laos. *Global Health Action*, 12(1), 1707339. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1707339>
- Kumar, S., Kumari, P., & Sharma, N. (2018). Socio-economic determinants of periodontal diseases: A study in Southeast Asia. *International Journal of Dental Hygiene*, 16(2), 89–98. <https://doi.org/10.1111/idh.12234>
- Laine, M. (2016). Genetic susceptibility to periodontal disease: A review of recent findings. *Journal of Clinical Periodontology*, 43(6), 507–516. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12527>
- Lee, J. H., Lee, M. S., & Chang, K. J. (2018). The use of traditional oral hygiene tools and its association with periodontal diseases in Laos. *International Dental Journal*, 68(4), 207–212. <https://doi.org/10.1111/idj.12342>
- Muñoz Aguilera, E., Suvan, J., Buti, J., Czesnikiewicz-Guzik, M., Barbosa Ribeiro, A., Orlandi, M., Guzik, T. J., Hingorani, A. D., Nart, J., & D'Aiuto, F. (2020). Periodontitis is associated with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Cardiovascular Research*, 116(1), 28–39. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz201>
- Nguyen, N., Le, N., & Dao, M. (2018). Diabetes and oral health: The rising challenge in Laos. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 12(4), 577–584. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.01.032>
- Papapanou, P. N., & Sanz, M. (2017). Periodontal diseases and systemic conditions: A bidirectional relationship. *Journal of Clinical Periodontology*, 44(5), 439–449. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12737>
- Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., & Makrilakis, K. (2012). Periodontitis and diabetes: A two-way relationship. *Diabetes Care*, 35(3), 1556–1565. <https://doi.org/10.2337/dc11-1721>
- Saxena, S., Venugopal, R., Chandrayan Rao, R., Yuwanati, M. B., Awasthi, H., & Jain, M. (2020). Association of chronic periodontitis and type 2 diabetes mellitus with salivary Del-1 and IL-17 levels. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 10(4), 529–534. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2020.08.013>
- Sun, K. T., Chen, S. C., Lin, C. L., Hsu, J. T., Chen, I. A., Wu, I. T., Palanisamy, K., Shen, T. C., & Li, C. Y. (2019). The association between Type 1 diabetes mellitus and periodontal diseases. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(6), 1047–1054. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.012>
- Tefera, A., & Bekele, B. (2020). Periodontal disease status and associated risk factors in patients attending a tertiary hospital in Northwest Ethiopia. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 12, 485–492. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S282727>

Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2017). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Clinical Periodontology*, 44(6), 150-160.
<https://doi.org/10.1111/jcpe.12688>

Tuntivivat, P. (2017). Smoking habits in Laos: Trends and health implications. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(3), 777-781.
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.3.777>

ຕາຕະລາງທີ 1: ປັດໃຈທາງດ້ານປະຊາກອນສາດ

ຕົວຜັນແປ	ຈຳນວນຄົນ (n= 297)			ຈຳນວນສ່ວນຮ້ອຍ(100%)
• ອາຍຸ	Mean = 47.4	SD ± 12.2	Min = 30	Max =85
30 – 35 ປີ			59	19.9
36 – 59 ປີ			193	65
≥ 60 ປີ			45	15.2
• ເພດ				
ເພດຊາຍ			130	43.8
ເພດຍິງ			167	56.2

ຕາຕະລາງທີ 2: ຈຳນວນ ແລະ ເບີເຊັນຂອງພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ

ຕົວຜັນແປ	ຈຳນວນຄົນ	ສ່ວນຮ້ອຍ
• ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ		
ມີ	87	29.29
ບໍ່ມີ	210	70.70

ຕາຕະລາງທີ 3: ຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງອາຍຸ ແລະ ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ

ຕົວຜັນແປ		ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ						P-value
		ມີ		ບໍ່ມີ		ລວມ		
		N	%	N	%	N	%	
•	ອາຍຸ							0.001
	30 – 35 ປີ	3	1.0	56	18.9	59	19.9	
	36 – 59 ປີ	66	22.2	127	42.8	193	65.0	
	≥ 60 ປີ	18	6.1	27	9.1	45	15.2	
	ລວມ	87	29.3	210	70.7	297	100	
•	ເພດ							0.075
	ເພດຊາຍ	45	15.2	85	28.6	130	43.8	
	ເພດຍິງ	42	14.1	125	42.1	167	56.2	
	ລວມ	87	29.3	210	70.7	297	100	

ຕາຕະລາງທີ 4: ຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງການຮັກສາສຸຂະພາບຜູ້ປາກ ແລະ ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ

ຕົວຜັນແປ	ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ						P-value
	ມີ		ບໍ່ມີ		ລວມ		
	N	%	N	%	N	%	
• ການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານ							0.001
ໄດ້ຮັບ	28	9.4	134	45.1	162	54.5	
ບໍ່ໄດ້ຮັບ	59	19.9	76	25.6	135	45.5	
	87	29.3	210	70.7	297	100	
• ຄວາມຖີ່ໃນການຖູແຂ້ວ							0.47
1 ເທື່ອ/ມື້	10	3.4	15	5.2	25	8.6	
2 ເທື່ອ/ມື້	67	23.0	161	55.3	228	78.4	
3 ເທື່ອ/ມື້	10	3.4	28	9.6	38	13.1	
• ວິທີການຖູແຂ້ວ							0.001
ຖູແບບວົງມົນ	1	0.3	3	1.0	4	1.4	
ຖູແບບຕັດຂວາງ	42	14.4	97	33.3	139	47.8	
ຖູແບບຂຶ້ນ ແລະ ລົງ	17	5.8	76	26.1	93	32.0	
ຖູແບບປະສົມ	27	9.3	28	9.6	55	18.9	
• ຄວາມຖີ່ຂອງການໄປພົບທັນຕະແຜດ							0.001
3 ເດືອນ/ 1 ຄັ້ງ	1	0.4	21	8.9	22	9.3	
6 ເດືອນ/ 1 ຄັ້ງ	6	2.5	52	21.9	58	24.5	
1 ປີ / ຄັ້ງ	32	13.5	56	23.6	88	37.1	
>1 ປີ / ຄັ້ງ	25	10.5	44	18.6	69	29.1	

ຕາຕະລາງທີ 5: ຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງອຸປະນິໄສໃນການດື່ມ ແລະ ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ

ຕົວຜັນແປ	ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ						P-value
	ມີ		ບໍ່ມີ		ລວມ		
	N	%	N	%	N	%	
• ທ່ານເຄີຍດື່ມເຫຼົ້າບໍ່							0.079
ດື່ມ	40	13.3	120	40.4	160	53.9	
ບໍ່ດື່ມ	47	15.8	90	30.3	137	46.1	
• ເລື້ອຍປານໃດທີ່ທ່ານດື່ມເຫຼົ້າ							0.602
1 ຄັ້ງ / ອາທິດ	8	5.3	28	18.4	36	23.7	
2 ຄັ້ງ/ ອາທິດ	7	4.6	14	9.2	21	13.8	
5 ຄັ້ງ/ ອາທິດ	1	0.7	3	2.0	4	2.6	
1 ເດືອນ / 1 ເທື່ອ	18	11.8	55	36.2	73	48.0	
>6 ເດືອນ/ 1 ເທື່ອ	2	1.3	16	10.5	18	11.8	

•	ໄລຍະເວລາຂອງການຕື່ມ						0.49
	5 ປີ	11	7.2	40	26.3	51	33.5
	10 ປີ	5	3.3	27	17.8	32	21.1
	15 ປີ	10	6.6	26	17.1	36	23.7
	20 ປີ	10	6.6	23	15.1	33	21.7

ຕາຕະລາງທີ 6: ຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງການເຈັບປ່ວຍ ແລະ ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ

ຕົວຜັນແປ		ພະຍາດປະລິທັນອັກເສບ						P-value
		ມີ		ບໍ່ມີ		ລວມ		
		N	%	%	N	%	N	
•	ພະຍາດເປົາຫວານ							0.001
	ເປັນ	31	10.4	31	10.4	62	20.9	
	ບໍ່ເປັນ	56	18.9	179	80.3	235	79.1	
•	ພະຍາດຫົວໃຈ							0.003
	ເປັນ	15	5.1	13	4.1	28	9.4	
	ບໍ່ເປັນ	72	24.2	197	66.3	269	90.6	
•	ຄວາມດັນເລື້ອຍສູງ							0.001
	ມີ	36	12.1	41	13.8	77	25.9	
	ບໍ່ມີ	51	17.2	169	56.9	220	74.1	