

การศึกษาความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

สรายุทธ์ หยงสิทธิ์

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี 34220

บทคัดย่อ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยกำหนดหลายด้าน แม้ว่าบุคลากรสาธารณสุขจะมีความรู้ด้านสุขภาพแต่ก็อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงจากความเครียดในการทำงานและเวลาสำหรับการดูแลตนเองที่จำกัด งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นหลักฐานสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างบุคลากร จำนวน 161 คน อายุ 20-59 ปี ที่เข้าร่วมการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2568 การเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม การวัดสัดส่วนร่างกาย ความดันโลหิต และการตรวจเลือดหลังอดอาหารเพื่อตรวจระดับไขมันในเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และ t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติรวม 66.5% พบในเพศหญิงสูงกว่า (72.0%) เมื่อเทียบกับเพศชาย (63.9%) และพบสูงที่สุดในผู้ที่เป็โรคเบาหวาน (72.7%) รวมถึงกลุ่มอายุ 31-45 ปี (66.0%) สำหรับความผิดปกติของไขมันรายชนิด พบว่าระดับโคเลสเตอรอลรวมสูง (≥ 200 mg/dL) ร้อยละ 42.24 ไตรกลีเซอไรด์สูง (≥ 150 mg/dL) ร้อยละ 30.43 ไขมันแอลดีแอลสูง (≥ 130 mg/dL) ร้อยละ 26.65 และ ไขมันเอชดีแอลต่ำ (< 40 mg/dL) ร้อยละ 15.53 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขยังคงเผชิญความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติแม้จะมีพื้นฐานด้านสุขภาพก็ตาม ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เช่น การตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในระยะยาวและลดภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มบุคลากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, โคเลสเตอรอลรวม, ไตรกลีเซอไรด์, ไขมันเอชดีแอล, ไขมันแอลดีแอล

Corresponding author E-mail: peckkyhyong@gmail.com

Received: 18 July 2025

Revised: 19 November 2025

Accepted: 28 November 2025

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นของประชากรทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในประชากรไทยทั่วไปอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30-50 โดยเฉพาะคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) สูง⁽¹⁾ ความผิดปกติของไขมันในเลือดสามารถจำแนกได้เป็นระดับคอเลสเตอรอลรวมและไตรกลีเซอไรด์ที่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน รวมถึงระดับไขมันแอลดีแอล (LDL cholesterol) ที่สูง และระดับไขมันเอชดีแอล (HDL cholesterol) ที่ต่ำ ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽²⁾

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีทั้งปัจจัยภายนอกและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์สูง การขาดการออกกำลังกาย และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) ประกอบด้วย ภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง และระดับไขมันเอชดีแอลต่ำ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค แต่กลับพบว่าเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ความเครียดจากงาน และขาดเวลาในการออกกำลังกาย^(3,4) ดังนั้นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์นี้จึงมีความสำคัญในการประเมินความชุกของภาวะดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเหมาะสม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริม

สุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังของบุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยผู้เข้าร่วมมีอายุระหว่าง 20-59 ปี รวมทั้งสิ้น 161 คน แบ่งเป็น เพศชาย จำนวน 61 คน และเพศหญิง จำนวน 100 คน ข้อมูลทั่วไปถูกรวบรวมผ่านแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ พฤติกรรมสุขภาพ การสูบบุหรี่ สัญญาณชีพ ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิต ทั้งนี้ได้คัดเลือกเฉพาะบุคลากรที่ไม่ได้รับยาลดไขมันในเลือดและยาเบาหวาน เพื่อควบคุมอคติที่อาจมีผลต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท) และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาล > 110 มก./ดล.) โดยกลุ่มสุขภาพดี หมายถึง กลุ่มที่ไม่พบทั้งภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน จากนั้นจึงนำกลุ่มตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ระดับไขมันในเลือดหลังการอดอาหาร 8-12 ชั่วโมง ได้แก่ คอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol; TC) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride; TG) ระดับไขมันเอชดีแอล (High-Density Lipoprotein Cholesterol; HDL-C) ระดับไขมันแอลดีแอล (Low-Density Lipoprotein Cholesterol-C; LDL-C) และระดับกลูโคสในเลือด การตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกดำเนินการด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ โดยใช้วิธีการทางเอนไซม์มาตรฐานสำหรับการวัดระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมันเอชดีแอล และกลูโคส ส่วนค่าระดับไขมันแอลดีแอลได้มาจากการคำนวณด้วยสมการ Friedewald (1972)⁽⁵⁾ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ขณะที่ Chi-square test และ t-test ถูกนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่การรับรอง: SSJ.UB 2568 - 05.001 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียม จำนวน 161 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 มีอายุเฉลี่ย 38.96 ± 9.42 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.37 ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 23.24 ± 3.63 กก./ตร.ม. และมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 25) ร้อยละ 43.48 ขณะที่รอบเอวเฉลี่ยอยู่ที่ 79.62 ± 14.63 ซม. พบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ชาย < 90 ซม., หญิง < 80 ซม.)⁽⁶⁾ ร้อยละ 83.85 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต คือ $120.42 \pm 18.37 / 73.43 \pm 7.15$ มม.ปรอท พบว่ามีผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ความดันโลหิตปกติ (< 120/80 มม.ปรอท)⁽⁷⁾ ร้อยละ 65.22 และความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท)⁽⁷⁾ ร้อยละ 13.66 ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยอยู่ที่ 100.10 ± 40.22 มก./ดล. พบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเกณฑ์ปกติ (≤ 110 มก./ดล.) ร้อยละ 86.34 และระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ (> 110 มก./ดล.) ร้อยละ 13.66 ผลการตรวจวิเคราะห์ไขมันในเลือด พบว่าระดับคอเลสเตอรอลรวมเฉลี่ย 202.43 ± 28.61 มก./ดล. โดยมีผู้ที่มีภาวะคอเลสเตอรอลสูง (≥ 200 มก./ดล.)⁽⁸⁾ ร้อยละ 42.24 ระดับไตรกลีเซอไรด์ เฉลี่ย 139.52 ± 42.73 มก./ดล. โดยพบภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง (≥ 150 มก./ดล.)⁽⁸⁾ ร้อยละ 30.43 ระดับไขมันเอชดีแอล เฉลี่ย 55.47 ± 14.06

มก./ดล. โดยพบภาวะไขมันเอชดีแอลต่ำ (< 40 มก./ดล.)⁽⁸⁾ ร้อยละ 15.53 และระดับไขมันไขมันแอลดีแอล เฉลี่ย 121.75 ± 43.73 มก./ดล. โดยพบภาวะไขมันแอลดีแอลสูง (≥ 130 มก./ดล.)⁽⁸⁾ ร้อยละ 26.65 ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในทุกตัวชี้วัด ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียม พบว่ามีความชุกโดยรวม ร้อยละ 66.50 ความชุกในเพศชาย ร้อยละ 67.20 และเพศหญิง ร้อยละ 66.00 เมื่อพิจารณาความชุกจำแนกตามกลุ่มตัวแปร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท) และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (> 110 มก./ดล.) โดยกลุ่มสุขภาพดี หมายถึง กลุ่มที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเสี่ยงโรคเบาหวานร่วม ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของกลุ่มสุขภาพดีอยู่ที่ร้อยละ 66.00 ขณะที่กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความชุกร้อยละ 64.30 และ 72.70 ตามลำดับ การเปรียบเทียบระดับความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติระหว่างกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง ($p = 0.015$) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มสุขภาพดีกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ($p = 0.057$) และกลุ่มความดันโลหิตสูงกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ($p = 0.445$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ความดันโลหิต และภาวะไขมันในเลือดของบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียม

ตัวแปร	ทั้งหมด				ชาย				หญิง				p-value
	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย± มาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย± มาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย± มาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย± มาตรฐาน	
จำนวน	161	100		61	100		19	19.00		41	41.00		
อายุ (ปี)			39.98±9.48			41.64±9.41							38.96±9.42
20-30	24	14.91	26.71±2.14	5	8.20	26.80±0.84	41	41.00	26.68±2.38				26.68±2.38
31-40	65	40.37	35.06±2.97	24	39.34	34.83±3.45	26	26.00	35.20±2.69				35.20±2.69
41-50	45	27.95	45.02±2.84	19	31.15	44.95±3.10	14	14.00	45.08±2.49				45.08±2.49
51-60	27	16.77	55.19±2.60	13	21.31	55.08±2.81			55.29±2.49				55.29±2.49
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)			23.42±3.64			23.51±3.63			23.42±3.65				23.42±3.65
น้ำหนักน้อย (< 18.5)	9	5.59	17.17±1.03	1	1.64	16.33	64	64.00	17.28±1.04				17.28±1.04
ปกติ (18.5-24.9)	101	62.73	21.47±1.69	37	60.66	22.17±1.64	22	22.00	21.68±1.71				21.68±1.71
น้ำหนักเกิน (25.0-29.9)	44	27.33	26.82±1.21	22	36.07	27.01±1.31	6	6.00	26.63±1.10				26.63±1.10
อ้วน (≥ 30)	7	4.35	32.74±2.78	1	1.64	30.12			33.17±2.77				33.17±2.77
รอบเอว (ซม.)			76.92±14.33			77.11±14.45			76.94±14.45				76.94±14.45
ปกติ (ชาย < 90, หญิง < 80)	135	83.85	73.55±5.06	55	90.16	76.73±4.38	80	80.00	71.36±4.29				71.36±4.29
รอบเอวเกิน (ชาย ≥ 90, หญิง ≥ 80)	26	16.15	94.42±28.25	6	9.84	106.25±33.75	20	20.00	90.88±26.32				90.88±26.32
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก			120.19±12.47			120.48±12.47			120.13±12.57				120.13±12.57
ปกติ (< 120 มม.ปรอท)	57	35.40	107.04±5.70	12	19.67	109.50±4.01	45	45.00	106.38±5.94				106.38±5.94
สูงกว่าเกณฑ์ (120-139 มม.ปรอท)	90	55.90	124.88±6.02	37	60.66	125.92±6.61	53	53.00	124.15±5.52				124.15±5.52
สูงผิดปกติ (≥ 140 มม.ปรอท)	14	8.70	143.57±5.17	12	19.67	142.83±3.97	2	2.00	148.00±11.31				148.00±11.31
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก			73.43±7.15			73.62±7.12			73.44±7.20				73.44±7.20
ปกติ (< 80 มม.ปรอท)	105	65.22	69.14±4.28	36	59.02	69.33±4.15	69	69.00	69.04±4.37				69.04±4.37
สูงกว่าเกณฑ์ (80-89 มม.ปรอท)	53	32.92	80.77±2.01	23	37.70	80.74±1.96	30	30.00	80.80±2.07				80.80±2.07
สูงผิดปกติ (≥ 90 มม.ปรอท)	3	1.86	94.00±3.46	2	3.28	95.00±2.24	1	1.00	92				92

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ความดันโลหิต และภาวะไขมันในเลือดของบุคลากรโรงพยาบาลเชิงديم (ต่อ)

ตัวแปร	ทั้งหมด			ชาย			หญิง			p-value
	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย± มาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย± มาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย± มาตรฐาน	
จำนวน	161			61			100			
ระดับน้ำตาล			100.10±40.22			100.44±40.65			100.43±40.52	
ปกติ	139	86.34	88.58±7.68	50	81.97	88.88±8.38	89	89.00	88.42±7.31	0.990
ผิดปกติ (> 110 มก./ดล.)	22	13.66	172.86±74.24	11	18.03	204.55±91.28	11	11.00	141.18±32.19	
คอเลสเตอรอลรวม (TC)			202.43±48.81			202.61±49.20			202.15±49.01	
ปกติ	93	57.76	171.17±20.82	36	59.02	171.19±19.30	57	57.00	171.16±21.90	0.954
ผิดปกติ (≥ 200มก./ดล.)	68	42.24	245.19±43.38	25	40.98	242.64±40.70	43	43.00	246.01±45.26	
ไตรกลีเซอไรด์ (TG)			138.27±121.65			139.52±122.73			138.73±122.73	
ปกติ	112	69.57	82.71±26.71	44	72.13	83.27±28.40	68	68.00	82.34±25.78	0.968
ผิดปกติ (≥ 150มก./ดล.)	49	30.43	265.29±154.93	17	27.87	206.47±55.88	32	32.00	296.53±180.69	
ไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง (HDL)			55.47±14.65			55.30±14.79			55.49±14.72	
ปกติ	136	84.47	59.49±12.04	46	75.41	56.04±10.13	90	90.00	61.26±12.59	0.937
ผิดปกติ (< 40มก./ดล.)	25	15.53	33.56±4.87	15	24.59	32.60±5.38	10	10.00	35.00±3.77	
ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (LDL)			121.17±43.73			121.26±44.20			120.97±43.99	
ปกติ	102	63.35	96.30±20.80	37	60.66	97.16±18.48	65	65.00	95.82±22.14	0.968
ผิดปกติ (≥ 130มก./ดล.)	59	36.65	164.15±39.43	24	39.34	159.71±31.22	35	35.00	167.20±44.38	
น้ำหนัก (กก.)			61.83±11.53			62.14±11.49	6		61.79±11.57	0.928
ส่วนสูง (ซม.)			162.24±8.21			162.24±8.27			162.21±8.27	0.982
ความดันโลหิตสูง	42	26.08		25	40.98		17	17		
เสี่ยงโรคเบาหวาน	22	13.66		11	18.03		11	11		

ตารางที่ 2 อัตราการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มตัวแปรต่าง ๆ

ตัวแปร	เพศ (ราย)			ไขมันผิดปกติ (%)			p-value
	ทั้งหมด	ชาย	หญิง	ทั้งหมด	ชาย	หญิง	
สุขภาพดี	97	25	72	66.00	72.00	63.90	0.015
ความดันโลหิตสูง	42	25	17	64.30	60.00	70.60	0.057
เสี่ยงโรคเบาหวาน	22	11	11	72.70	72.70	72.70	0.445
ทั้งหมด	161	61	100	66.50	67.20	66.00	

หมายเหตุ: ค่า p-value ได้จากการทดสอบไคสแควร์ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ: TC \geq 200 มก./ดล.; TG: \geq 150 มก./ดล.; LDL-C \geq 130 มก./ดล. HDL $<$ 40 มก./ดล. และเสี่ยงโรคเบาหวาน: ระดับน้ำตาล $>$ 110 มก./ดล.

ระดับและความชุกของค่าดัชนีไขมันในเลือดสูงพบว่าคอเลสเตอรอลรวมผิดปกติ (\geq 200 มก./ดล.) มีค่าเฉลี่ย 245.19 ± 43.38 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 42.24 ไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ (\geq 150 มก./ดล.) มีค่าเฉลี่ย 265.29 ± 154.93 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 30.43 เอชดีแอล ต่ำ ($<$ 40 มก./ดล.) มีค่าเฉลี่ย 33.56 ± 4.87 มก./ดล. ร้อยละ 15.53 และแอลดีแอลสูง (\geq 130 มก./ดล.) มีค่าเฉลี่ย 164.15 ± 39.43 มก./ดล. ร้อยละ 36.65 เมื่อนำกลุ่มผิดปกติในตารางที่ 1 พิจารณาแยกตามกลุ่มสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าระดับคอเลสเตอรอลรวมโดยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าสูงที่สุด เฉลี่ยสูงที่สุด 269.37 ± 74.98 มก./ดล. ขณะที่กลุ่มความดันโลหิตสูงเฉลี่ยต่ำที่สุด 237.22 ± 38.56 มก./ดล. โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.097$) ค่าไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ยสูงสุดอยู่ในกลุ่มสุขภาพดี

283.17 ± 188.56 มก./ดล. และเฉลี่ยต่ำสุดในกลุ่มความดันโลหิตสูง 231.94 ± 83.43 มก./ดล. โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.811$) สำหรับค่าเอชดีแอล กลุ่มสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 34.37 ± 3.86 มก./ดล. ขณะที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เฉลี่ยต่ำที่สุด 31.74 ± 6.97 มก./ดล. ซึ่งพบความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ส่วนแอลดีแอล เฉลี่ยสูงสุดพบในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 185.82 ± 79.98 มก./ดล. และเฉลี่ยต่ำสุดในกลุ่มความดันโลหิตสูง 158.92 ± 26.63 มก./ดล. โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.601$) โดยรวมความชุกของคอเลสเตอรอลสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง เอชดีแอลต่ำ และแอลดีแอลสูงอยู่ที่ร้อยละ 42.24, 30.43, 15.53 และ 36.65 ตามลำดับ โดยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มความชุกสูงกว่ากลุ่มอื่น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับและความชุกของค่าดัชนีไขมันในเลือดสูงในกลุ่มต่าง ๆ

ตัวแปร	ทั้งหมด	สุขภาพดี	ความดันโลหิตสูง	เสี่ยงโรคเบาหวาน	p-value
คอเลสเตอรอลรวม (มก./ดล.)	245.19 ± 43.38	244.11 ± 34.75	237.22 ± 38.56	269.37 ± 74.98	0.097
คอเลสเตอรอลรวมสูง %	42.24	38.12	52.43	40.94	
ไตรกลีเซอไรด์ (มก./ดล.)	265.29 ± 154.93	283.17 ± 188.56	231.94 ± 83.43	248.74 ± 49.88	0.811
ไตรกลีเซอไรด์สูง %	30.43	30.92	31.12	27.35	
เอชดีแอล (มก./ดล.)	33.56 ± 4.87	34.37 ± 3.86	34.25 ± 4.13	31.74 ± 6.97	
เอชดีแอลต่ำ %	15.53	12.42	14.33	31.82	0.001
แอลดีแอล (มก./ดล.)	164.15 ± 39.43	161.01 ± 26.64	158.92 ± 26.63	185.82 ± 79.98	
แอลดีแอลสูง %	36.65	34.02	40.57	40.92	0.601

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจำแนกตามลักษณะแยกเดี่ยวและแบบผสม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติหลายลักษณะ โดยพบมากที่สุด คือ ภาวะคอเลสเตอรอลสูงเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 42.99 โดยพบใกล้เคียงกันระหว่างเพศชาย ร้อยละ 43.90 และเพศหญิง ร้อยละ 42.42 รองลงมา คือ ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 25.23 โดยในเพศชายพบร้อยละ 24.39 และเพศหญิง ร้อยละ 25.76 ส่วนภาวะเอชดีแอลต่ำเพียงอย่างเดียว พบในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย คิดเป็นร้อยละ 7.48

และไม่แตกต่างระหว่างเพศชาย ร้อยละ 7.32 และหญิง ร้อยละ 7.58 ทั้งนี้พบภาวะไขมันผิดปกติแบบผสม (ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลสูงร่วมกับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง) ร้อยละ 20.56 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 22.73 และ ร้อยละ 17.07 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบทุกลักษณะของความผิดปกติระหว่างเพศชายและหญิงไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อัตราการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจำแนกตามลักษณะเดี่ยวและแบบผสม

ชนิด	ทั้งหมด % (n = 107)	ชาย % (n = 41)	หญิง % (n = 66)	p-value
ภาวะไขมันในเลือดแบบแยกเดี่ยว				
ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลสูง (TC \geq 200 มก./ดล., TG < 150 มก./ดล.)	42.99	43.90	42.42	1.000
ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (TG \geq 150 มก./ดล., TC < 200 มก./ดล.)	25.23	24.39	25.76	1.000
ภาวะไขมันเอชดีแอลต่ำ (HDL-C \leq 40 มก./ดล., TC < 200 มก./ดล., TG < 150 มก./ดล.)	7.48	7.32	7.58	1.000
ภาวะไขมันในเลือดสูงแบบผสม (TG \geq 150 มก./ดล. และ TC \geq 200 มก./ดล.)	20.56	17.07	22.73	0.647

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลโขงเจียมมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในสัดส่วนสูง โดยเฉพาะภาวะคอเลสเตอรอลรวมสูงและไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากตารางที่ 1 ที่ชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐาน และบางส่วนมีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน อันเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความผิดปกติของการเผาผลาญและโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁹⁾ จากงานวิจัยในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ อรพรรณ อีระตระกูลชัย และ อรพรรณ ชัยมณี⁽¹⁰⁾ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีแนวโน้มการเกิดภาวะอ้วนลงพุงและไขมันในเลือดสูงเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวเป็นภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรวัยทำงาน จากข้อมูล

ตารางที่ 2 และ 3 พบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีสัดส่วนของภาวะไขมันผิดปกติสูงกว่ากลุ่มสุขภาพดี แม้ความแตกต่างบางตัวแปรจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติแต่มีแนวโน้มชัดเจน โดยเฉพาะระดับไขมันเอชดีแอลที่ต่ำในกลุ่มดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson PWF และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ยืนยันว่าไขมันเอชดีแอลต่ำสัมพันธ์กับ metabolic syndrome และเป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคหัวใจในอนาคต อีกทั้งสอดคล้องกับรายงานของ Asia Pacific Cohort Studies Collaboration⁽¹²⁾ ที่ชี้ว่าประชากรในภูมิภาคเอเชียมีความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อมีความผิดปกติของระดับไขมันร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ข้อมูลจากตารางที่ 4 สะท้อนลักษณะความผิดปกติของไขมัน

ในเลือด โดยชนิดที่พบมากที่สุด คือ คอเลสเตอรอลรวมสูงเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 42.99 รองลงมา คือ ไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 25.23 ขณะที่ไขมันเอชดีแอลต่ำพบค่อนข้างน้อย ร้อยละ 7.48 แต่ภาวะไขมันผิดปกติแบบผสมพบในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 20.56 ซึ่งเป็นภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าความผิดปกติชนิดเดียว⁽¹³⁾ แม้ว่าผลการวิเคราะห์จะไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบแนวโน้มว่าเพศหญิงมีอัตราภาวะผิดปกติแบบผสมสูงกว่าเพศชาย อาจสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโดยเฉพาะหลังวัยหมดประจำเดือน รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ต่างกัน^(14,15) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ระบุว่า ผู้หญิงวัยทำงานมีแนวโน้มเกิดภาวะไขมันผิดปกติมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะอ้วนหรือ metabolic syndrome ร่วมด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในประชากรไทยทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 30–50%^(1,16) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเสี่ยงไม่แตกต่างจากประชากรทั่วไปของประเทศที่น่าสนใจ คือ งานวิจัยนี้ยังรายงานว่าความชุกของภาวะไขมันผิดปกติสูงถึงร้อยละ 66.5 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปและสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน เช่น ความเครียดจากงาน การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่สม่ำเสมอ⁽³⁾

สรุป

บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลโขงเจียมมีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสูงไม่ต่างจากประชากรทั่วไป ควรได้รับมาตรการเฝ้าระวังและการป้องกัน การตรวจสุขภาพประจำปีควรรวมการคัดกรองไขมันในเลือด การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมาตรการเชิงรุก เช่น โปรแกรมโภชนาบำบัด การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ทั้งนี้ควรปรับใช้นโยบายตามแนวทางการจัดการไขมันล่าสุดของ American Heart Association (AHA)

และ American College of Cardiology (ACC)⁽⁹⁾ เพื่อช่วยลดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาวทั้งในบุคลากรและประชากรทั่วไป

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มีการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ในกระบวนการวิจัยโดยใช้ Gemini และ ChatGPT เป็นเครื่องมือในการคัดลอกสำนวนภาษาและปรับปรุงระดับภาษาจากภาษาไม่เป็นทางการสู่ภาษาเขียนเชิงวิชาการที่มีความสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังได้ใช้ Claude AI ร่วมกับฐานข้อมูล ThaiJO และ Google Scholar เพื่อประสิทธิภาพในการสืบค้นและคัดกรองวรรณกรรมที่สอดคล้องกับขอบเขตการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหารและบุคลากร โรงพยาบาลโขงเจียม ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2565.
2. Addisu B, Bekele S, Wube TB, Hirigo AT, Cheneke W. Dyslipidemia and its associated factors among adult cardiac patients at Ambo university referral hospital, Oromia region, west Ethiopia. BMC Cardiovasc Disord 2023; 23: 321. (12 pages).
3. Chen L, Li X, Du X, Liu W, Du J, Guo L, et al. Cross-sectional association of meal skipping with lipid profiles and blood glucose in Chinese adults. Nutrition 2021; 90: 111245. (8 pages).
4. Pot GK, Almoosawi S, Stephen AM. Meal irregularity and cardiometabolic consequences:

- results from observational and intervention studies. *Proc Nutr Soc* 2016; 75(4): 475–86.
5. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972; 18(6): 499–502.
 6. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004; 363(9403): 157–63.
 7. Campbell NRC, Burnens M, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, et al. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: policy implications for the region of the Americas. *Lancet Reg Health Am* 2022; 9: 100219. (10 pages).
 8. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106(25): 3143–421.
 9. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019; 73(24): e285–e350.
 10. อรพรรณ วีระตระกูลชัย, อรพรรณ ชัยมณี. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 2560; 17(1): 9–17.
 11. Wilson PWF, Polonsky TS, Miedema MD, Khera A, Kosinski AS, Kuvin JT. Systematic review for the 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2019; 139(25): e1144–e1161.
 12. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Cholesterol, diabetes and major cardiovascular diseases in the Asia-Pacific region. *Diabetologia* 2007; 50(11): 2289–97.
 13. Miller M, Stone NJ, Ballantyne C, Bittner V, Criqui MH, Ginsberg HN, et al. Triglycerides and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(20): 2292–333.
 14. Chu L. Impact of long working hours on health based on observations in China. *BMC Public Health*. 2021; 21: 1347. (8 pages).
 15. Peters SAE, Muntner P, Woodward M. Sex differences in the prevalence of, and trends in, cardiovascular risk factors, treatment, and control in the United States, 2001 to 2016. *Circulation* 2019; 139(8): 1025–35.
 16. Aekplakorn W, Taneepanichskul S, Kessomboon P, Chongsuvivatwong V, Putwatana P, Sritara P, et al. Prevalence of dyslipidemia and management in the Thai population, national health examination survey IV, 2009. *J Lipids* 2014; 2014: 249584. (13 pages).

Prevalence of Dyslipidemia among Healthcare Personnel at Khong Chiam Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand

Sarayut Hyongsit

Department of Medical Technology, Khongchiam Hospital, Khongchiam District, Ubon Ratchathani 34220, Thailand

ABSTRACT Dyslipidemia is a major risk factor for non-communicable diseases, particularly cardiovascular disease, and can be resulted from multiple determinants. Despite their health knowledge, healthcare personnel may have risky behaviors due to stressful work conditions and limited time for self-care. This study aimed to assess the prevalence of dyslipidemia and associated factors among healthcare personnel at Khong Chiam Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand, to provide evidence for health promotion and prevention strategies for non-communicable diseases in at-risk groups. A cross-sectional descriptive study was conducted among 161 staff aged 20–59 years who participated in the annual health examination in 2025. Data collection included questionnaires, anthropometric measurements, blood pressure, and fasting blood samples for lipid profile analysis. Descriptive statistics, Chi-square test, and t-test were used, with a significance level set at $p < 0.05$. The overall prevalence of dyslipidemia was found 66.5%, higher in females (72.0%) than males (63.9%). The prevalence was highest among those with diabetes (72.7%) and in the age group 31–45 years (66.0%). Regarding lipid abnormalities, elevated total cholesterol (≥ 200 mg/dL) was found in 42.24%, hypertriglyceridemia (≥ 150 mg/dL) in 30.43%, high LDL-C (≥ 130 mg/dL) in 26.65%, and low HDL-C (< 40 mg/dL) in 15.53%. These findings indicated that healthcare workers were at considerable risk for dyslipidemia despite their professional background. Therefore, proactive health promotion, including regular screening, nutritional counseling, encouragement of physical activity, and stress management interventions should be prioritized to mitigate long-term risks and reduce the burden of non-communicable diseases among this population.

Keywords: Dyslipidemia, Total cholesterol, Triglycerides, HDL cholesterol, LDL cholesterol