

สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 – 2567 และ
การศึกษานำร่องความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า
ของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรธานี

ปรีชาพล ปึ้งผลพล*, ไอรินลดา วิศิษฐ์พรกุล,
ปิติภรณ์ พรหมดวงสี, อีรพล ใจกล้า,
สุภานุช บุญสุขมาก, ณัฐณิชา อ่อนคล้าย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563–2567 และศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เก็บข้อมูลความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าด้วยแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องรายข้อ 0.67–1.00 ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.86 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปีเสียชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษทุก 10 คน จะมีผู้เสียชีวิต 1 คน เหตุการณ์ระบาดเกิดได้ตลอดปี และสูงขึ้นช่วงฤดูฝน เขต 10 จังหวัดอุดรธานี มีเหตุการณ์ระบาดสูงสุด 28 จาก 113 เหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.53 มีวิถีชีวิตผูกพันกับเห็ดป่าในฐานะผู้บริโภค ผู้ขายเห็ด และเขียนเห็ด มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 2.47 ที่ไม่กินเห็ด ประชาชนชาวบ้านคือบุคคลสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ การจำแนกเห็ดพิษใช้การสังเกตจากลักษณะภายนอกและสอบถามผู้รู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยโดยเฉพาะวิธีการจำแนกชนิดเห็ด การเก็บหรือการเลือกซื้อเห็ดป่า จึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากเห็ดพิษ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งใกล้ชิดและเข้าใจวิถีชีวิตชุมชนควรส่งเสริมบทบาทประชาชนชาวบ้านให้เป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขระดับเขตและจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านเห็ด และภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันพัฒนากลไกด้านการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การเฝ้าระวังเห็ดพิษ การแจ้งเตือนช่วงฤดูฝน การจัดการแหล่งจำหน่าย และการสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการรับรองเห็ดป่าปลอดภัย

คำสำคัญ : เห็ดพิษ, เห็ดป่า, อุดรธานี

*อีเมลผู้รับผิดชอบบทความ E-mail : preechapol49@gmail.com

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 11000

The Situation of Food Poisoning from Poisonous Mushrooms in Thailand, 2020 – 2024 and
a Pilot Study on Knowledge, Beliefs, and Consumption Behaviors Regarding Wild
Mushrooms in Sang Tho Subdistrict,
Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province

Preechapol Puengpholpool*, Irinlada Wisitphonkul,
Pitiphon Promduangsi, Teerapon Jaikla,
Suphanuch Boonsukmak, Nattanicha Onklay

Abstract

Wild mushrooms are widely consumed as local food; however, some species are toxic and may cause severe poisoning or death if misidentified. This study examined the situation of toxic wild mushroom poisoning in Thailand from 2020 to 2024 and assessed knowledge, beliefs, and consumption behaviors among residents of Sang Tho Sub-district, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province. Purposive sampling was applied due to the high incidence in Health Region 10, focusing on households in a village where a fatal case involving a 10-year-old child had occurred. Secondary data were obtained from the outbreak monitoring system of the Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Primary data were collected using a validated multiple-choice questionnaire (IOC: 0.67 – 1.00) and analyzed using descriptive statistics. The fatality rate was approximately one death per ten poisoned patients. Outbreaks occurred throughout the year, peaking during the rainy season. Health Region 10 reported the highest number of outbreaks, with Ubon Ratchathani Province accounting for 28 of 113 incidents nationwide. Most participants (97.53%) had lifestyles closely associated with wild mushrooms as consumers, sellers and mushroom experts, while only 2.47% reported not consuming mushrooms. Mushroom identification relied mainly on physical characteristics and local experts; however, overall knowledge, beliefs, and consumption behaviors were assessed as unsafe, increasing health risks. Strengthening community-based risk communication through local sages, enhanced surveillance, seasonal warnings, market regulation, and a “safe wild mushroom certification” system is recommended.

Keywords : Poisonous Mushrooms, Wild Mushrooms, Ubon Ratchathani

*Corresponding author E-mail : preechapol49@gmail.com

Division of Communicable Disease, Department of disease control, Ministry of Public Health 11000

บทนำ

การเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event - based Surveillance; EBS) กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 พบสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษมีแนวโน้มลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลังจากผ่อนคลายมาตรการปลายปี พ.ศ. 2565 กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้บางปีจำนวนเหตุการณ์ระบาดจะลดลงแต่กลับมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงกว่าปีอื่น เมื่อพิจารณาในภาพรวมช่วง 5 ปีที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเห็ดพิษทุก 10 คนจะมีผู้เสียชีวิต 1 คน (ร้อยละ 10.87) ในปี พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุด 6 คน และ 1 ในผู้เสียชีวิตมีอายุเพียง 10 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี (กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, 2567)

การรับประทานเห็ดป่าเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมของประชาชนในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความอุดมสมบูรณ์ทางระบบนิเวศและมีความหลากหลายทางชีวภาพสูง เห็ดป่าหลายชนิดจึงกลายเป็นแหล่งอาหารที่สำคัญ ชาวบ้านนิยมออกเก็บเห็ดป่าเพื่อนำมาประกอบอาหารหรือจำหน่ายในตลาดท้องถิ่น การได้มาของเห็ดอาจเก็บในธรรมชาติด้วยตนเอง ได้รับการแบ่งปัน หรือซื้อจากตลาดขายเห็ด การจำแนกลักษณะเห็ดพิษและเห็ดกินได้ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เรียนรู้และถ่ายทอดสืบต่อกันมา ซึ่งเห็ดกินได้และเห็ดพิษบางชนิดมีลักษณะคล้ายกันมากจนไม่สามารถแยกได้ด้วยตาเปล่าโดยเฉพาะดอกเห็ดในระยะตูมที่มีส่วนประกอบไม่ชัดเจนจึงทำให้เข้าใจผิดและเก็บเห็ดพิษมารับประทาน (ปรีชาพล ปึ้งผลพล และคณะ, 2566) ทำให้เกิดอาการตามชนิดของพิษซึ่งมีหลากหลายกลุ่มสารพิษ อาการมีตั้งแต่ไม่รุนแรง เช่น อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย จนถึงขั้นรุนแรง เช่น ตับอักเสบ ไตวาย หัวใจ ล้มเหลว กล้ามเนื้อสลาย และเสียชีวิต (ปรีชาพล ปึ้งผลพล และคณะ, 2566; สายสมร ล้ายอง และ สันธิติ วัฒนราษฎร์, 2565; กิ่งจันทน์ มะลิซ้อน และคณะ, 2565) ข้อมูลจากการสอบสวนเหตุการณ์ระบาดพบปัจจัยเสี่ยงการเจ็บป่วยจากเห็ดพิษมีหลายสาเหตุ ทั้งการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่รู้จักหรือไม่แน่ใจว่ารับประทานได้ เก็บเห็ดในพื้นที่เคยเก็บเป็นประจำจึงเชื่อว่าปลอดภัย เก็บเห็ดหลายชนิดรวมกันโดยไม่แยกก่อนนำมาปรุงประกอบอาหาร รับประทานเห็ดร่วมกับดื่มแอลกอฮอล์ และรับประทานเห็ดที่เก็บไว้นานเห็ดอาจเสื่อมสภาพ (กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, 2567)

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าข้อมูลสถานการณ์การระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษมีความสำคัญเนื่องจากทำให้ทราบขนาดของปัญหา แนวโน้มกระจายของโรคในแต่ละพื้นที่ ประกอบกับยังไม่เคยมีการศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมมารับประทานเห็ดป่าของประชาชนในพื้นที่พบผู้เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษมาก่อน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563-2567 และศึกษานำร่องความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมมารับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษ จนนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563-2567 ประกอบด้วยการกระจายของโรคตามเวลา สถานที่ และบุคคล ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต และแหล่งที่มาของเห็ด

2. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ ปี พ.ศ. 2563 - 2567 - การกระจายของโรคตามเวลา - การกระจายของโรคตามสถานที่ - การกระจายของโรคตามบุคคล - ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต - แหล่งที่มาของเห็ด	ข้อมูลส่วนบุคคล - เพศ - อายุ - ระดับการศึกษา - อาชีพ - การใช้ประโยชน์จากเห็ดป่า - ลักษณะความรู้ ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า - การได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องเห็ดป่า - วิธีการจำแนกเห็ดพิษ - แหล่งที่ได้รับเห็ดป่า - สถานที่เก็บเห็ดป่าเป็นประจำ - การได้รับคำเตือนเรื่องเห็ดพิษ - ประสบการณ์เจ็บป่วยการกินเห็ดพิษของตนเอง บุคคลในครอบครัวหรือชุมชน - ชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เจ็บป่วย - การเสียชีวิตจากการกินเห็ดพิษคนในครอบครัวหรือชุมชน - ชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต	ความรู้เรื่องเห็ดป่า - วิธีการเก็บเห็ด - การจำแนกลักษณะ - การรับประทาน การปรุงประกอบ - อาการหลังกินเห็ดพิษ - การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ความเชื่อเรื่องเห็ดป่า - วิธีการเก็บเห็ด - การจำแนกลักษณะ - การรับประทาน การปรุงประกอบ - อาการหลังกินเห็ดพิษ - การปฐมพยาบาลเบื้องต้น พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า - วิธีการเก็บเห็ด - การจำแนกลักษณะ - การรับประทาน การปรุงประกอบ - อาการหลังกินเห็ดพิษ - การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
--	--	---

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Research) ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังระดับประเทศ และใช้วิธีวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ในศึกษาข้อมูลภาคสนามระดับชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปี เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ ตำบลสร้างถ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 173 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Daniel (1999) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ($e = 0.05$) การศึกษาของ พรสุตา ไสวรรณี และคณะ (2563) สัดส่วนประชากรที่มีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ปลอดภัย

0.02 การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดสัดส่วนประชากรที่สนใจศึกษาเท่ากับ 0.10 ($p = 0.10$) ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 78 คน กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 81 คน สุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ในผู้ที่เต็มใจให้ข้อมูลและอยู่ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (EBS; Event - based Surveillance) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2024) ใช้แบบบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel ประกอบด้วยข้อมูลการกระจายของโรคตามเวลา สถานที่ บุคคล ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต และแหล่งที่มาของเห็ด

2. การศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดเลือกตอบที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบหลายตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับเห็ดป่า การมีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า แหล่งที่ทำให้ความรู้เรื่องเห็ดป่า วิธีการจำแนกเห็ดพิษ ที่มาของเห็ดป่า สถานที่เก็บเห็ดป่า การได้รับคำเตือนเรื่องเห็ดพิษ ประสบการณ์เจ็บป่วยจากการกินเห็ดพิษของตนเอง บุคคลในครอบครัว หรือชุมชน ชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เจ็บป่วย การเสียชีวิตจากการกินเห็ดพิษของคนในครอบครัวหรือชุมชน และชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการรับประทานเห็ดป่า (วิธีการเก็บ การจำแนกชนิด การปรุงประกอบ อาหารหลังกินเห็ดพิษ และการปฐมพยาบาล) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเก็บ 2 ข้อ การจำแนกชนิด 4 ข้อ การปรุงประกอบ 4 ข้อ อาหารหลังกินเห็ดพิษ 1 ข้อ และการปฐมพยาบาล 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความเชื่อเรื่องการรับประทานเห็ดป่า (วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ การจำแนกชนิด การปรุงประกอบ การทดสอบพิษ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ 2 ข้อ การจำแนกชนิด 4 ข้อ การปรุงประกอบ 3 ข้อ การทดสอบพิษ 4 ข้อ และการปฐมพยาบาล 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า (วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ การจำแนกชนิด การปรุงประกอบ การปฐมพยาบาล และการแจ้งเตือนในชุมชน) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ 3 ข้อ การจำแนกชนิด 2 ข้อ การปรุงประกอบ 2 ข้อ การปฐมพยาบาล 2 ข้อ และการแจ้งเตือนในชุมชน 1 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ปลอดภัย ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัย ตอบใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60 ถึง ร้อยละ 80 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยด้านการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการวิจัย และด้านชีววิทยาป่าไม้ หาค่าความสอดคล้องรายข้อได้ 0.66 – 1.00 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้วิเคราะห์ด้วยสูตรของ Kuder Richardson (KR-20) ได้ 0.72 แบบสอบถามความเชื่อและและพฤติกรรม วิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.83 และ 0.77 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทำหนังสือชี้แจงโครงการ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตลงพื้นที่ดำเนินโครงการวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอเชิงใน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อ และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่นัดหมาย โดยเข้าพบผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้พาคณะผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปีเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหรืออ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบด้วยวาจา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 30 นาที พร้อมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำมาลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีการแนะนำตัวและช่องทางการติดต่อ ชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติการนับอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสพการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Max) และค่าสูงสุด (Min)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2567

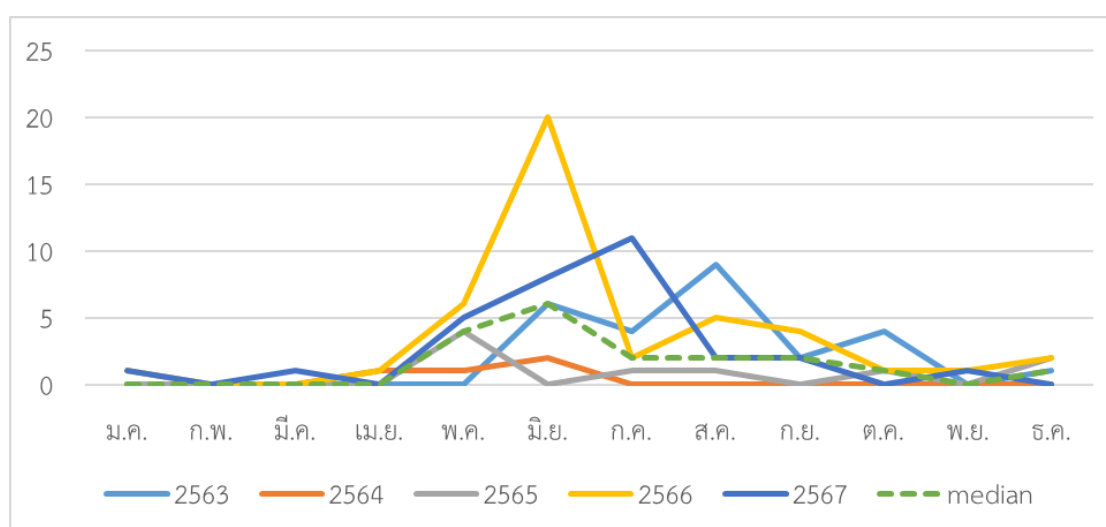
การกระจายของโรคตามเวลา พบว่า จำนวนเหตุการณ์ระบาดลดลงจากปี พ.ศ. 2563 จำนวน 26 เหตุการณ์เป็น 4 เหตุการณ์ในปี พ.ศ. 2564 และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2565 - 2566 (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายเดือน พบว่า จำนวนเหตุการณ์ระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษพบได้ประปรายตลอดทั้งปี

และจะเพิ่มสูงขึ้นช่วงฤดูฝน เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี พบว่า ปี พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 มีจำนวนเหตุการณ์ระบาดสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนเหตุการณ์ระบาด จำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราป่วยตายอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายปี (พ.ศ. 2563 - 2567)

ปี พ.ศ.	จำนวนเหตุการณ์ (ครั้ง)	ผู้ป่วย (คน)	ผู้เสียชีวิต (คน)	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
2563	26	107	11	10.28
2564	4	15	2	13.33
2565	9	49	2	4.08
2566	43	181	13	7.18
2567	31	126	18	14.29
รวม	113	478	46	9.62

ภาพที่ 1 จำนวนเหตุการณ์ระบาดอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายเดือนเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี (พ.ศ. 2563 - 2567)



การกระจายของโรคตามสถานที่ พบว่า ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนเหตุการณ์ระบาดสูงสุด (28/113 เหตุการณ์) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี (18/113 เหตุการณ์) และเขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ (15/113 เหตุการณ์) (ตารางที่ 2) โดยเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (20/91 คน) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (4/22 คน) และเขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ (4/25 คน) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนเหตุการณ์ระบาดอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายเขต (พ.ศ. 2563 - 2567)

เขตสุขภาพ	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์)	รวม (เหตุการณ์)
1 เชียงใหม่	6	2	1	2	4	15
2 พิษณุโลก	-	-	2	-	2	4
3 นครสวรรค์	-	-	-	-	1	1
4 สระบุรี	1	-	-	2	1	4
5 ราชบุรี	-	-	-	3	-	3
6 ชลบุรี	5	-	-	4	1	10
7 ขอนแก่น	1	-	-	4	1	6
8 อุตรธานี	1	-	4	5	8	18
9 นครราชสีมา	-	-	-	3	2	5
10 อุบลราชธานี	11	1	-	8	8	28
11 สุราษฎร์ธานี	-	-	1	6	2	9
12 สงขลา	1	1	1	6	1	10
รวม	26	4	9	43	31	113

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายเขต (พ.ศ. 2563 - 2567)

เขตสุขภาพ	พ.ศ. 2563 (คน)		พ.ศ. 2564 (คน)		พ.ศ. 2565 (คน)		พ.ศ. 2566 (คน)		พ.ศ. 2567 (คน)		รวม (คน)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
1 เชียงใหม่	13	3	8	-	5	-	4	-	10	1	40	4
2 พิษณุโลก	-	-	-	-	10	-	-	-	9	2	19	2
3 นครสวรรค์	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	-
4 สระบุรี	6	-	-	-	-	-	16	-	8	-	30	-
5 ราชบุรี	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	25	-
6 ชลบุรี	24	-	-	-	-	-	19	-	2	-	45	-
7 ขอนแก่น	6	1	-	-	-	-	14	1	5	2	25	4
8 อุตรธานี	14	-	-	-	24	2	22	6	40	3	100	11
9 นครราชสีมา	-	-	-	-	-	-	13	1	9	3	22	4
10 อุบลราชธานี	40	7	2	2	-	-	17	5	32	6	91	20
11 สุราษฎร์ธานี	-	-	-	-	2	-	22	-	5	1	29	1
12 สงขลา	4	-	5	-	8	-	29	-	3	-	49	-
รวม	107	11	15	2	49	2	181	13	126	18	478	46

การกระจายของโรคตามบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (170 คน) รองลงมาคือเพศชาย และไม่ระบุเพศจำนวนเท่ากัน (154 คน) เพศชายมีอัตราการเสียชีวิต (21/154 คน) สูงกว่าเพศหญิง (24/170 คน) (ตารางที่ 4) กลุ่มวัยที่พบจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ วัยทำงาน (28/188 คน) ส่วนกลุ่มวัยที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด คือ ผู้สูงอายุ (15/63 คน) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามเพศ (พ.ศ. 2563 - 2567)

เพศ	พ.ศ. 2563 (คน)		พ.ศ. 2564 (คน)		พ.ศ. 2565 (คน)		พ.ศ. 2566 (คน)		พ.ศ. 2567 (คน)		รวม (คน)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
หญิง	34	7	2	1	13	1	78	9	43	6	170	24
ชาย	36	3	4	1	6	1	57	4	51	12	154	21
ไม่ระบุเพศ	37	1	9	-	30	-	46	-	32	-	154	1
รวม	107	11	15	2	49	2	181	13	126	18	478	46

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามกลุ่มวัย (พ.ศ. 2563 - 2567)

ช่วงวัย	พ.ศ. 2563 (คน)		พ.ศ. 2564 (คน)		พ.ศ. 2565 (คน)		พ.ศ. 2566 (คน)		พ.ศ. 2567 (คน)		รวม (คน)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
ปฐมวัย (0-5 ปี)	2	-	2	-	-	-	3	-	3	-	10	-
วัยเรียน (6-14 ปี)	2	-	-	-	2	-	9	-	5	1	18	1
วัยรุ่น (15-21 ปี)	1	-	-	-	-	-	6	-	7	1	14	1
วัยทำงาน (22-59 ปี)	51	4	5	2	6	2	77	9	49	11	188	28
ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	16	6	1	-	2	-	23	4	21	5	63	15
ไม่ระบุ	35	1	7	-	39	-	63	-	41	-	185	1
รวม	107	11	15	2	49	2	181	13	126	18	478	46

ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษรวม 113 เหตุการณ์ และในจำนวนนี้พบเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิต 38 เหตุการณ์ เห็ดไม่ทราบชนิดส่งผลให้เกิดเหตุการณ์การป่วย (50/113 เหตุการณ์) และเสียชีวิต (13/38 เหตุการณ์) สูงสุด เหตุการณ์ป่วยจากการรับประทานเห็ดถ่านเลือดส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (8/9 เหตุการณ์) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนเหตุการณ์ระบาดอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามชนิดเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต (พ.ศ. 2563 - 2567)

ชนิดเห็ดพิษ	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์)		รวม (เหตุการณ์)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
ไม่ทราบชนิด	16	6	2	-	6	-	15	4	11	3	50	13
เห็ดรวม	5	3	-	-	1	1	9	3	4	2	19	9
เห็ดหมวกจีน	-	-	-	-	-	-	10	2	3	-	13	2
เห็ดระงาก	3	2	-	-	1	1	5	1	2	2	11	6

ชนิดเห็ดพิษ	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		รวม (เหตุการณ์) ป่วย ตาย	
เห็ดถ่านเลือด	-	-	1	1	-	-	1	-	7	7	9	8
เห็ดผึ้งพิษ	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	4	-
เห็ดไขหังส์	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3	-
เห็ดพิษก้านเทา	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-
เห็ดขี้ควาย	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-
รวม	26	11	4	1	9	2	43	10	31	14	113	38

แหล่งที่มาของเห็ด พบว่า เหตุการณ์ระบาดอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษส่วนใหญ่สามารถระบุแหล่งที่มาของเห็ดได้ (100/113 เหตุการณ์) โดยเก็บเอง (74 เหตุการณ์) ญาติหรือเพื่อนบ้านเก็บมาฝาก (13 เหตุการณ์) ซื้อมา (9 เหตุการณ์) และคนในครอบครัวเก็บมาให้ (4 เหตุการณ์) (ตาราง 7)

ตารางที่ 7 จำนวนเหตุการณ์ระบาดอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามแหล่งที่มาของเห็ด (พ.ศ. 2563 - 2567)

แหล่งที่มา	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์)	รวม (เหตุการณ์)
เก็บเอง	14	3	5	30	22	74
ญาติ เพื่อนบ้านเก็บมาฝาก	5	-	1	3	4	13
ซื้อ	2	-	-	5	2	9
คนในครอบครัวเก็บมาให้	1	-	-	1	2	4
ไม่ระบุแหล่งที่มา	4	1	3	4	1	13
รวม	26	4	9	43	31	113

2. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 82.72) อายุอยู่ระหว่าง 26 – 81 ปี อายุเฉลี่ย 54.36 ปี (Mean = 54.36, S.D. = 11.19) จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 51 คน (ร้อยละ 62.97) จบปริญญาตรีเป็นส่วนน้อย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.47) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 49 คน (ร้อยละ 60.49) รองลงมา คือ รับจ้าง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 17.28) และค้าขาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 14.81) ซึ่งเท่ากับรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเกี่ยวข้องกับเห็ดป่าในฐานะผู้บริโภคเป็นอันดับแรก จำนวน 47 คน (ร้อยละ 58.02) รองลงมา คือ ขายเห็ด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 20.99) เชียนเห็ด จำนวน 15 คน (ร้อยละ 18.52) และไม่กินเห็ดเพียง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.47) มีความรู้ความเชี่ยวชาญวิธีการจำแนกเห็ดพิษมากที่สุด จำนวน 71 คน (ร้อยละ 87.65) ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากหลายแหล่งทั้งผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน จำนวน 44 คน (ร้อยละ 54.32) และบุคคลในครอบครัว จำนวน 43 คน (ร้อยละ 53.09) มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาด้วยตนเอง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 8.64) การจำแนกเห็ดพิษใช้ทั้งวิธีการสังเกตจากลักษณะภายนอก เช่น สี รูปร่าง และกลิ่น จำนวน 61 คน (ร้อยละ 75.31) สอบถามจากผู้รู้ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.10) และการทดสอบแบบพื้นบ้าน เช่น ต้มกับข้าวสาร หรือเครื่องเงิน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.58) การได้มาของเห็ดป่าส่วนใหญ่เก็บเอง จำนวน 62 คน (ร้อยละ 76.54) รองลงมา คือ คนในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้านเก็บมาให้ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 11.11) ซึ่งใกล้เคียงกับการซื้อจากคนเก็บเห็ดหรือคนขายเห็ด กลุ่มตัวอย่างเก็บเห็ดจากป่าในหมู่บ้านมากที่สุด จำนวน 53 คน (ร้อยละ 65.43) รองลงมา คือ ป่านอกหมู่บ้าน จำนวน 19 คน (ร้อยละ 23.46) มีเพียง 9 คน (ร้อยละ 11.11) ที่ไม่เคยเก็บเห็ดเอง กลุ่ม

ตัวอย่างไม่ถึงครึ่งหนึ่ง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 43.21) ให้ข้อมูลว่าตนเองหรือคนในครอบครัวหรือคนในชุมชน เคยป่วยจากการกินเห็ดพิษ ในกลุ่มตัวอย่างนี้มีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 82.86) ให้ข้อมูลว่าเห็ดระงากคือสาเหตุ การป่วย กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 51.85) ทราบว่ามีคนในชุมชนเสียชีวิตจากการกินเห็ด พิษ และทราบว่าเห็ดระงากคือสาเหตุการเสียชีวิต จำนวน 26 คน (ร้อยละ 61.90)

3. ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า

ความรู้เรื่องเห็ดป่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีความรู้ในระดับที่ปลอดภัยโดยมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 50.62) ด้านที่มีความรู้ที่ปลอดภัยสูงสุดคือวิธีการเก็บเห็ดป่า จำนวน 59 คน (ร้อยละ 72.84) และการปฐมพยาบาลหลังกินเห็ดพิษ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 71.60) (ตารางที่ 8)

ความเชื่อเรื่องการรับประทานเห็ดป่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเชื่อที่ไม่ปลอดภัย โดยมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.70) และระดับต่ำ จำนวน 78 คน (ร้อยละ 96.30) อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 81 คน (ร้อยละ 100) มีความเชื่ออยู่ในระดับต่ำด้านวิธีการเก็บหรือ การเลือกซื้อเห็ดป่า (ตารางที่ 8)

พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัยโดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 75.31) ถึงระดับต่ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.17) โดยเฉพาะวิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อเห็ดป่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 22.22) ถึงระดับต่ำ จำนวน 63 คน (ร้อยละ 77.78) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 81)

ตัวแปร	สูง (คะแนน > ร้อยละ 80)		ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 80)		ต่ำ (คะแนน < ร้อยละ 60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	41	50.62	33	48.15	7	17.28
วิธีการเก็บเห็ดป่า	59	72.84	-	-	22	27.16
การจำแนกชนิดเห็ด	19	23.45	31	38.27	31	38.27
การปรุงประกอบ	28	34.57	36	44.44	17	20.99
อาการหลังกินเห็ดพิษ	48	59.26	-	-	33	40.74
การปฐมพยาบาล	58	71.60	-	-	23	28.40
ความเชื่อ	-	-	3	3.70	78	96.30
วิธีการเก็บ/เลือกซื้อ	-	-	-	-	81	100
การจำแนกชนิด	2	2.47	8	9.88	71	87.65
การปรุงประกอบ	-	-	1	1.23	80	98.77
การทดสอบเห็ดพิษ	1	1.23	3	3.70	77	95.06
การปฐมพยาบาล	15	18.52	61	75.31	5	6.17
พฤติกรรม	15	18.52	61	75.31	5	6.17
วิธีการเก็บ/เลือกซื้อ	-	-	18	22.22	63	77.78
การจำแนกชนิด	76	93.83	-	-	5	6.17
การปรุงประกอบ	26	32.10	-	-	55	67.90
การปฐมพยาบาล	15	18.52	-	-	66	81.48
การแจ้งเตือนในชุมชน	79	97.53	-	-	2	2.47

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 79 คน (ร้อยละ 97.53) มีวิถีชีวิตผูกพันกับเห็ดป่าทั้งในฐานะผู้บริโภค ผู้ขาย และเซียนเห็ด ภูมิปัญญาท้องถิ่นคือบุคคลสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ผ่านประสบการณ์ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะวิธีการจำแนกชนิดเห็ด การปรุงประกอบ และวิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อเห็ดป่า เช่น การทดสอบด้วยช้อนเงิน ปูนกินหมาก การต้มเห็ดรวมกับหัวหอม หากเปลี่ยนเป็นสีดำแสดงว่าเป็นเห็ดพิษ สอดคล้องกับสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13 (แพร่), (2563) พบว่า พื้นที่ที่แวดล้อมไปด้วยป่าไม้และธรรมชาติชาวบ้านจะมีวิถีชีวิตผูกพันกับเห็ดป่า มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรจากป่า โดยเฉพาะเห็ดป่าเป็นแหล่งอาหารเพื่อยังชีพและสร้างรายได้ สอดคล้องกับขวัญเรือน นาคสุวรรณกุล และคณะ (2565); สายสมร ล้ายอง และ สันฐิติ วัฒนราชูร์ (2565); กิ่งจันทน์ มะลิซ้อน และคณะ (2565); Dimitrova, (2021) พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่เก็บเห็ดเพื่อกินและขาย โดยได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจากประสบการณ์ความคุ้นเคยจากรุ่นสู่รุ่นโดยสืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน การจำแนกเห็ดพิษกับเห็ดกินได้จากลักษณะภายนอกเพียงอย่างเดียวไม่สามารถใช้ได้กับเห็ดทุกชนิด ซึ่งขวัญเรือน นาคสุวรรณกุล (2565) พบว่า เห็ดพิษที่สำรวจมีลักษณะภายนอกใกล้เคียงกับเห็ดกินได้ เมื่อนำมาศึกษาลักษณะทางสัณฐานวิทยาและโครงสร้างอื่นอย่างละเอียดพบว่ามีความแตกต่าง (สายสมร ล้ายอง และ สันฐิติ วัฒนราชูร์, 2565) ซึ่งสังเกตได้เมื่อดอกเห็ดเจริญเต็มที่แล้ว หากเก็บเห็ดระยะดอกอ่อนอาจมีความเสี่ยงสูงกว่าการเก็บเห็ดระยะเจริญเต็มที่แล้ว สอดคล้องกับ พรสุตา โสวรรณ และคณะ (2563) ศึกษาความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหาร และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยเห็ดพิษของเซียนเห็ดอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อและการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.90) และระดับต่ำ (ร้อยละ 79.80) แต่ขัดแย้งกันในเรื่องความรู้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.40) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเก็บข้อมูลกับเซียนเห็ดซึ่งเป็นผู้ประสบการณ์และมีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า แต่เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจผิดเรื่องวิธีปฐมพยาบาลที่ดีที่สุดเมื่อกินเห็ดพิษคือทำให้อาเจียนและรีบไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 91.10) เห็ดที่เคยกินในอดีตจะไม่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยในปัจจุบันแม้จะเกิดในบริเวณที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 82.30) และการสังเกตเห็ดพิษจากการเปลี่ยนสีข้าวสารที่ใส่ลงในหม้อแกง (ร้อยละ 91.10) วิธีตรวจสอบเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้ไม่ได้กับเห็ดพิษสกุลอะมานิต้า (*Amanita*) (สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13 (แพร่), 2563) ทั้งนี้ มีรายงานการพิษจุนขณะออกสำรวจเห็ดพิษในอำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน โดยการต้มเห็ดระโงกหิน (*Amanita verna*) ซึ่งเป็นเห็ดพิษร่วมกับข้าวเหนียว ข้าวเจ้า หอมแดง และแหวนเงิน พบว่า ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว หอมแดง และแหวนเงินไม่เปลี่ยนสี และยังสามารถนำข้าวเจ้า ข้าวเหนียว หอมแดง และแหวนเงินต้มกับเห็ดเข็มทองและเห็ดออริจิซึ่งเป็นเห็ดกินได้ก็พบว่าไม่เปลี่ยนสีเช่นกัน สำหรับการปฐมพยาบาลจะไม่แนะนำกระตุ้นให้อาเจียนเนื่องจากทำให้เกิดความล่าช้าในการไปสถานพยาบาล เกิดแผลในช่องปากและลำคอ ความดันโลหิตต่ำหรือระดับเกลือแร่ผิดปกติจากการอาเจียนที่มากเกินไป (ปรีชาพล ปึ้งผลพล และคณะ, 2566) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึง ช่องว่างเชิงระบบในการจัดการองค์ความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงของภาครัฐ ซึ่งยังไม่สามารถปรับใช้ข้อมูลวิชาการให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชุมชนได้ ในขณะที่การถ่ายทอดภูมิปัญญาผ่านปราชญ์ชาวบ้านมีอิทธิพลสูงกว่าในการหล่อหลอมความเชื่อและพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่สืบทอดกันมา ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์เข้ากับทุนทางสังคมและวิถีปฏิบัติเดิมของชุมชน เช่น การนำปราชญ์ชาวบ้านหรือผู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งเป็นที่เคารพและได้รับ

ความเชื่อถือจากคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนักรู้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการรับประทานเห็ดป่า

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องและเก็บข้อมูลเฉพาะครัวเรือนในพื้นที่ที่เคยมีผู้ได้รับผลกระทบจากการบริโภคเห็ดพิษ ผลการศึกษาจึงสะท้อนบริบทของกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ผลการศึกษาพบว่าประชาชนยังมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จึงเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษได้ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งใกล้ชิดและเข้าใจวิถีชีวิตชุมชนควรส่งเสริมบทบาทปราชญ์ชาวบ้านให้เป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขระดับเขตและจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านเห็ด และภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันพัฒนากลไกด้านการจัดการความเสี่ยง เช่น การเฝ้าระวังเห็ดพิษ การแจ้งเตือนช่วงฤดูฝน การจัดการแหล่งจำหน่ายเห็ดป่า และการสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการรับรองเห็ดป่าปลอดภัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต จากผลการวิจัยพบว่าประชาชนมีความเชื่อที่ส่งต่อกันมาหลากหลาย ดังนั้น จึงควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบเห็ดพิษว่าสามารถใช้ได้กับเห็ดพิษกลุ่มใด และควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมเขียนเห็ดให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องให้กับคนในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. (2567). โปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ.
- กึ่งจันทร์ มะลิซ้อน, ศกุนตลา ศิริอุดม, ปาหนัน เวชสาน และธนชน เคนสิงห์. (2565). สำนวนเห็ดป่าในสวนสัตว์ขอนแก่นและสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพของเห็ดป่า. วารสารเทคโนโลยีและสังคมศาสตร์, (4), 1–8.
- ขวัญเรือน นาคสุวรรณกุล, อัจจิมา ทองบ่อ, ชุติพร จันทระเสนา, วีรณัฐ โคตรวงศ์, สิทธิพร ปานเม่น, ณัฐกานต์ หนูจุ่น, สุจิตรา สิกพันธุ์, ศิริวรรณ ลือด้ง, พิมอำไพ คงแดง, มณี เขม้นเขตรการ, จตุพร ชัยชนะ, โชติกา งามอาจณรงค์ และเสนีย์ พลราช. (2565). การระบุชนิดเห็ดพิษและเห็ดรับประทานได้ด้วยลักษณะ สันฐานวิทยา ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพร่กระจายในประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา, 27(1), 66–84.
- จังหวัดน่าน. (ม.ป.ป.). เอกสารเผยแพร่. <https://readcard.dnp.go.th/km/docs/64403.pdf>
- ปรีชาพล บึงผลพล, ไอรินดา วิศิษฐ์พรกุล, สุณัฐ บัญสุขมาก และธีรพล ใจกล้า. (2566). คู่มือเห็ดพิษ. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็น บี บี กรุ๊ป จำกัด.
- พรสุตา โสวรรณ, สิริณาด เทียนคำ และณัฐพล ปัญญา. (2563). ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหารและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของเขื่อนเห็ด อำเภอดงระการ พิษณุ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(6), 995–1005.
- สายสมร ลำยอง และสันติจิตติ วัฒนราชกุล. (2565). เห็ดพิษในประเทศไทย. <https://science.royalsociety.go.th/wp-content/uploads/2022/08/4-เห็ดพิษ.pdf>
- สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13 (แพร่). (2563). เทคนิคการสำรวจความหลากหลายของเห็ดในพื้นที่ป่าอนุรักษ์. <https://readcard.dnp.go.th/km/docs/64403.pdf>
- Bloom, B. S. (2514). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Daniel. (2542). Daniel sample size calculator. <https://statsmartly.com/Pop/Daniel.php>
- Dimitrova, T. (2564). Ethnomycological research in the field of wild mushrooms and medicinal plants. Acta Scientifica Naturalis, 8(3), 67–83. <https://doi.org/10.2478/asn-2021-0029>