

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานเห็ดป่า: กรณีศึกษาประชาชน ในพื้นที่มีการเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ

ไอรินลดา วิศิษฐ์พรกุล วท.ม. (การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข)

ปรีชาพล ปึ้งผลพล ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

ปิติภรณ์ พรหมดวงลี พ.บ.

ธีรพล ใจกล้า วท.บ. สาธารณสุขศาสตร์

สุกฤษฎ บัญสุขมาก วท.บ. สาธารณสุขศาสตร์

ณัฐนิชา อ่อนคล้าย วท.บ. สาธารณสุขศาสตร์

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

ติดต่อผู้เขียน: ไอรินลดา วิศิษฐ์พรกุล Email: irinlada05@gmail.com

วันรับ:	18 ก.ย. 2568
วันแก้ไข:	19 เม.ย. 2569
วันตอบรับ:	30 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

เห็ดพิษเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยทุก 10 ราย เสียชีวิต 1 ราย ในปี พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 ราย และหนึ่งในผู้เสียชีวิตมีอายุ 10 ปี การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่ากับตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านที่พบเด็กเสียชีวิต สุ่มตัวอย่างแบบสะดวกได้ 81 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามชนิดมีโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม เท่ากับ 0.75, 0.83 และ 0.77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบของฟิชเชอร์กรณีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.7) อายุอยู่ระหว่าง 26–81 ปี จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 63.0) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60.5) ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากผู้เฒ่าผู้แก่ (ร้อยละ 54.3) มีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย โดยมีความรู้ อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ร้อยละ 49.4) ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 100.0) และพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 81.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ระดับการศึกษา การได้รับการถ่ายทอดความรู้ และบุคคลสำคัญในการให้ความรู้ ดังนั้น ควรส่งเสริมความรู้เรื่องเห็ดป่าในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีความเชี่ยวชาญในชุมชน และให้หน่วยงานสาธารณสุขร่วมพัฒนาความรู้ที่ถูกต้องเพื่อขยายสู่ประชาชน

คำสำคัญ: เห็ดพิษ; เห็ดป่า; อาหารเป็นพิษ; ความรู้; ความเชื่อ; การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

บทนำ

การเจ็บป่วยจากเห็ดพิษยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (event-based surveillance: EBS) กรมควบคุมโรค⁽¹⁾ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากเห็ดพิษมีแนวโน้มลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลังจากผ่อนคลายมาตรการปลายปี พ.ศ. 2565 กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้บางปีจำนวนเหตุการณ์ระบาดจะลดลงแต่กลับมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงกว่าปีอื่น เมื่อพิจารณาในภาพรวมช่วง 5 ปีที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเห็ดพิษทุก 10 คนจะมีผู้เสียชีวิต 1 คน (ร้อยละ 10.9) ใน ปีพ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุด 6 คน และ 1 ในผู้เสียชีวิตมีอายุเพียง 10 ปี อาศัยอยู่ที่ตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยรับประทานอาหารที่ปรุงประกอบจากเห็ดป่าร่วมกับคนในครอบครัว ซึ่งบิดาเก็บจากป่าในชุมชนและเข้าใจว่าเป็นเห็ดระโงกที่รับประทานได้⁽¹⁾ จังหวัดอุบลราชธานี มีความหลากหลายทางชีวภาพและระบบนิเวศที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเห็ดป่านานาชนิด ทั้งเห็ดรับประทานได้และเห็ดพิษ โดยเห็ดพิษที่สำรวจพบในพื้นที่มีตั้งแต่ชนิดที่ก่อให้เกิดอาการระคายเคืองเพียงเล็กน้อยต่อระบบทางเดินอาหารทำให้คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว เช่น เห็ดไข่หงส์หรือเห็ดก้อนกรวดจนถึงชนิดที่มีพิษร้ายแรงต่อระบบอวัยวะภายในและส่งผลให้เสียชีวิต เช่น เห็ดระงากหรือเห็ดระโงกหินมีพิษทำให้ตับ ไตวาย และเห็ดถ่านเลือดมีพิษทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อสลาย⁽²⁻³⁾

การรับประทานเห็ดป่าเป็นวิถีชีวิตของประชาชนในหลายพื้นที่ โดยได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมมารับประทานเห็ดป่าในลักษณะสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น^(2,4,5) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าประชาชนยังมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จึงเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษได้ เช่น การศึกษาของพรสุตา โสวรรณ

และคณะ⁽²⁾ ในปี 2563 กับเขียนเห็ดในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เกี่ยวกับการเลือก การปรุงอาหารจากเห็ด และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อรับประทานเห็ดพิษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.4) ความเชื่อที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.9) และการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 79.8) แม้จะมีความรู้ที่อยู่ในระดับสูงแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากยังมีความเชื่อและการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจวิธีปฐมพยาบาลที่ดีที่สุดเมื่อรับประทานเห็ดพิษคือ ทำให้อาเจียน (ร้อยละ 91.1) เห็ดที่เกิดในบริเวณที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถรับประทานได้หากเป็นเห็ดที่เคยรับประทาน (ร้อยละ 82.3) การปิ้งหรือย่างเห็ดด้วยไฟอ่อนๆ จะทำให้พิษเห็ดสลายได้ (ร้อยละ 79.0) การทดสอบเห็ดพิษจากการเปลี่ยนสีข้าวสารที่ใส่ลงในหม้อแกง (ร้อยละ 91.1) และการสังเกตจากรอยแมลงหรือสัตว์กัดแทะ (ร้อยละ 74.2) ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 นวรัตน์ สิงห์คำ และคณะ⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษในกลุ่มแม่บ้าน อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเห็ดพิษอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.6) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 27.8) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจทำได้ง่าย คือ หากตัวเองหรือสมาชิกในครอบครัวมีอาการผิดปกติหลังรับประทานเห็ดจะทำให้อาเจียนและรีบนำส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 58.3) ซึ่งความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติดังกล่าวยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถใช้ได้กับเห็ดพิษทุกชนิด การรับประทานเห็ดป่าเป็นวิถีชีวิตของชาวชนบทในหลายประเทศทั้งเอเชียและยุโรป⁽⁶⁻¹⁰⁾ โดยได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องวิธีการปรุงประกอบมารับประทาน และวิธีการจำแนกชนิดเห็ดพิษกับเห็ดรับประทานได้ในลักษณะสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นเช่นเดียวกับประเทศไทย⁽⁶⁻⁸⁾ ด้วยวิธีการสังเกตลักษณะภายนอก ได้แก่ สีหมวก ครีบวงแหวน ปลอกหุ้มโคน เกล็ด การเปลี่ยนสีของเนื้อเยื่อเมื่อดอกเห็ดได้รับความเสียหาย และลักษณะของกลิ่น

เฉพาะตัว⁽⁸⁾ การศึกษาในอนุทวีปอินเดียพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดป่าเนื่องจากขาดความรู้ในการจำแนกเห็ดพิษและเห็ดรับประทานได้⁽⁶⁾ ในประเทศเยอรมนีมีรายงานผู้ป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 3,000 ราย และเสียชีวิต 10 รายต่อปี และยังพบว่า เห็ดบางชนิดสะสมสารเคมีที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยเฉพาะปรอท ตะกั่ว แคดเมียม และแอสตาทีน⁽¹⁰⁾ อีกทั้งยังพบความเชื่อที่ผิดในการจำแนกลักษณะเห็ดรับประทานได้กับเห็ดพิษ ได้แก่ เห็ดที่มีรอยสัตว์หรือแมลงกัดแทะสามารถรับประทานได้ การปรุงเห็ดให้สุกอย่างทั่วถึงทำให้ปลอดภัยต่อการรับประทาน ซึ่งสารพิษหลายชนิดไม่สลายตัวได้ด้วยความร้อน เห็ดมีสีสดใสเป็นพิษ ส่วนเห็ดมีสีทึบหรือสีขาวรับประทานได้ ซึ่งไม่สามารถใช้ได้กับเห็ดระงากที่มีพิษร้ายแรง ถ้าเห็ดขั้วเป็นสีน้ำเงินหรือสีเขียวแสดงว่าเป็นพิษ เป็นความเชื่อที่ผิด การเปลี่ยนสีเกิดจากเอนไซม์และกรดบางชนิดสลายตัว ไม่ได้เกิดจากพิษเห็ด เห็ดมีครีบ คือ เห็ดพิษ การใช้ช้อนเงินปรุงอาหารจากเห็ดหากช้อนเปลี่ยนเป็นสีดำหรือหมองลงขณะปรุงอาหารเชื่อว่าเห็ดมีพิษ ซึ่งยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ใดๆ รองรับวิธีการนี้⁽¹¹⁾

ที่ผ่านมา ประชาชนบางส่วนยังมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ถูกต้อง การจำแนกลักษณะเห็ดพิษและเห็ดรับประทานได้ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เรียนรู้และถ่ายทอดสืบต่อกันมา ยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันว่าสามารถใช้ได้กับเห็ดพิษทุกชนิด การส่งเสริมความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ถูกต้องจะช่วยให้ประชาชนรับประทานเห็ดป่าได้อย่างปลอดภัย ประกอบกับการศึกษาในอำเภอตระการพืชผลและอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ประชาชนยังมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ^(2,5) ทั้งนี้ ตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ยังไม่เคยมีข้อมูลหรือการศึกษาว่าประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าเป็นอย่างไร ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปี เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ ผลการศึกษาสามารถนำมาใช้ประโยชน์สำหรับวางแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษให้ตรงกับสภาพปัญหาของพื้นที่ จนนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยและการสูญเสียจากการรับประทานเห็ดพิษได้ในที่สุด

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือ ตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปี เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ ตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 173 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Daniel⁽¹²⁾ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ($e=0.05$) และจากข้อมูลที่มีการศึกษาพบสัดส่วนประชากรที่มีพฤติกรรมรับประทานเห็ดป่าที่ปลอดภัย 0.02⁽⁴⁾ การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดสัดส่วนประชากรที่สนใจศึกษา 0.10 ($p=0.10$) ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 78 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริง จำนวน 81 คน เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน 2568

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีเด็กเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- 3) เต็มใจให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงเวลาที่มีการเก็บข้อมูล
- 2) การให้ข้อมูลส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจของ

ผู้ให้ข้อมูล

3) มีปัญหาด้านการสื่อสารที่ไม่สามารถทำความเข้าใจข้อความคำถามจากการสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษานี้เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์การสูญเสียในชุมชน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความเปราะบางทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ภาษาที่สุภาพ เข้าใจง่าย และหลีกเลี่ยงคำถามที่อาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจหรือเป็นการตอกย้ำเหตุการณ์สะเทือนใจ การเข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเบื้องต้นโดยไม่ระบุตัวตน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายกระบวนการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับและไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลในภาพรวม หากเข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดความไม่สบายใจสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามชนิดมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากบทความ ตำรา เอกสาร ผลงานวิจัยทั้งไทยและต่างประเทศ ด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเห็ดป่าและเห็ดพิษ ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า^(2-11,13-17) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับเห็ดป่า ความรู้ แหล่งที่ให้ความรู้วิธีจำแนกชนิดเห็ด ที่มาของเห็ด สถานที่เก็บ การได้รับคำเตือนเรื่องเห็ดพิษ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนในชุมชน รวมถึงชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการรับประทานเห็ดป่า เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเก็บ 2 ข้อ การจำแนกเห็ด 4 ข้อ การปรุงประกอบ 4 ข้อ อาการหลังรับประทานเห็ดพิษ 1 ข้อ และการปฐมพยาบาล 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความเชื่อเรื่องการรับประทานเห็ดป่า เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเก็บ หรือเลือกซื้อ 2 ข้อ การจำแนกชนิด 4 ข้อ การปรุงประกอบ 3 ข้อ การทดสอบพิษ 4 ข้อ และการปฐมพยาบาล 1 ข้อ

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

เกณฑ์การให้คะแนน คือ 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⁽¹⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- มากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ระดับสูง
- ร้อยละ 60-80 หมายถึง ระดับปานกลาง
- น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการวิจัย ทั้งนี้ ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างใน

อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นส่วนของความรู้ 0.75 ความเชื่อ 0.83 และพฤติกรรม 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล ประสพการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ใช้สถิติอนุมานด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบของฟิชเชอร์ กรณีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสพการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า ความรู้ ความเชื่อ กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\alpha=0.05$)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.7) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 17.3) อายุเฉลี่ย 54.4 ปี อายุน้อยสุด 26 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 63.0) รองลงมา คือ ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 34.6) และปริญญาตรี (ร้อยละ 2.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60.5) รับจ้าง (ร้อยละ 17.3) ที่เหลือประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย และว่างงาน จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 7.4)

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเห็ดป่าทั้งการเก็บรับประทาน การขายเห็ด เชื้อเห็ด และซื้อเห็ด (ร้อยละ 97.5) มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่รับประทานเห็ด (ร้อยละ 2.5) มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า (ร้อยละ 87.7) ด้านการจำแนกเห็ดพิษ การรักษาคนป่วยจากเห็ดพิษ และรู้สรรพคุณทางยาของเห็ดป่า ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากหลายแหล่งทั้งผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน (ร้อยละ 54.3) บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 53.1) มี

ส่วนน้อยที่ศึกษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 8.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าบุคคลที่สำคัญในการให้ความรู้เรื่องเห็ดป่าคือ บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 51.9) การจำแนกเห็ดพิษส่วนใหญ่ใช้การสังเกตจากลักษณะภายนอก (ร้อยละ 75.3) สอบถามจากผู้รู้ (ร้อยละ 17.3) และใช้วิธีการทดสอบแบบพื้นบ้าน (ร้อยละ 3.7) มีเพียงส่วนน้อยที่ตอบว่าไม่มีวิธีจำแนกที่แน่นอน (ร้อยละ 3.7) การได้มาของเห็ดป่าส่วนใหญ่เก็บเอง (ร้อยละ 76.5) ซื้อจากคนเก็บเห็ดและคนขายเห็ด (ร้อยละ 9.88) และคนในครอบครัวญาติ หรือเพื่อนบ้านเก็บมาให้ (ร้อยละ 11.1) สถานที่เก็บเห็ดมีทั้งป่าในหมู่บ้าน (ร้อยละ 63.0) และป่านอกหมู่บ้าน (ร้อยละ 23.5) เคยได้รับคำเตือนเรื่องเห็ดพิษจากหมออนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 44.4) กลุ่มตัวอย่างหรือคนในครอบครัวหรือคนในชุมชนเคยป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษ (ร้อยละ 43.2) เห็ดระงากเป็นสาเหตุการป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 82.9) กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีคนในชุมชนเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ (ร้อยละ 51.9) และส่วนใหญ่ทราบว่าเห็ดระงากเป็นสาเหตุการเสียชีวิต (ร้อยละ 59.5)

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการรับประทานเห็ดป่า

กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีความรู้เรื่องการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัยโดยมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.8) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 8.6) เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่ปลอดภัยมากที่สุดคือ การจำแนกชนิดเห็ด (ร้อยละ 76.6) รองลงมาคือ การปรุงประกอบ (ร้อยละ 65.4) ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 4 ความเชื่อเรื่องการรับประทานเห็ดป่า

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเชื่อเรื่องการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัยโดยมีความเชื่อในระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.7) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 96.3) เรื่องที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเชื่อที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ วิธีการเก็บการเลือกซื้อเห็ดป่า (ร้อยละ 100.0) ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสามมีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัยโดยมีพฤติกรรมอยู่ใน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.3) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 6.2) โดยเฉพาะเรื่องวิธีการเก็บการเลือกซื้อกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย โดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.2) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 77.8) ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานเห็ดป่า

ข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมรับประทานเห็ดป่าพบว่า มีเพียงระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานเห็ดป่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มอื่นโดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.4) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 4.9) ดังตารางที่ 2

ประสบการณ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าพบว่า การได้รับความรู้เรื่องเห็ดป่าและบุคคลสำคัญในการให้ความรู้เรื่องเห็ดป่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สองในสามของผู้ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องเห็ดป่ามีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยโดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.9) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 2.5) และกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าบุคคลสำคัญในการถ่ายทอดความรู้เรื่องเห็ดป่า คือบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยโดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.0) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 2.5) ดังตารางที่ 3

ความรู้และความเชื่อ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ($p > 0.05$) กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 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	50.6	33	40.8	7	8.6
วิธีการเก็บเห็ดป่า	59	72.8	-	-	22	27.2
การจำแนกชนิดเห็ด	19	23.5	31	38.3	31	38.3
การปรุงประกอบ	28	34.6	36	44.4	17	21.0
อาการหลังรับประทานเห็ดพิษ	48	59.3	-	-	33	40.7
การปฐมพยาบาล	58	71.6	-	-	23	28.4
ความเชื่อ	-	-	3	3.7	78	96.3
วิธีการเก็บ/การเลือกซื้อ	-	-	-	-	81	100.0
การจำแนกชนิดเห็ด	2	2.5	8	9.9	71	87.7
การปรุงประกอบ	-	-	1	1.2	80	98.8
การทดสอบเห็ดพิษ	1	1.2	3	3.7	77	95.1
การปฐมพยาบาล	11	13.6	-	-	70	86.4
พฤติกรรม	15	18.5	61	75.3	5	6.2
วิธีการเก็บ/การเลือกซื้อ	-	-	18	22.2	63	77.8
การจำแนกชนิดเห็ด	76	93.8	-	-	5	6.2
การปรุงประกอบ	26	32.1	-	-	55	67.9
การปฐมพยาบาล	15	18.5	-	-	66	81.5
การแจ้งเตือนในชุมชน	79	97.5	-	-	2	2.5

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า: กรณีศึกษาประชาชนในพื้นที่ที่มีการเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า (n=81)

ข้อมูลส่วนบุคคล		พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า						χ^2	p-value
		สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	1	1.2	12	14.8	1	1.2	0.45	0.800
	หญิง	14	17.3	49	60.5	4	4.9		
อายุ (ปี)	26-59	11	13.6	43	53.1	3	3.7	0.32	0.852
	60 ขึ้นไป	4	4.9	18	22.2	2	2.5		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	11	13.6	36	44.4	4	4.9	9.80	0.044*
	มัธยมศึกษา	4	4.9	24	29.6	0	0.0		
	ปริญญาตรี	0	0.0	1	1.2	1	1.2		
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	0	0.0	5	6.2	1	1.2	7.93	0.440
	เกษตรกร	12	14.8	35	43.2	2	2.5		
	ค้าขาย	0	0.0	5	6.2	1	1.2		
	รับจ้าง	3	3.7	10	12.4	1	1.2		
	รับราชการ	0	0.0	6	7.4	0	0.0		

* p<0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่ากับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า (n=81)

ประสบการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า	พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า						χ^2	p-value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า								
ไม่มีความรู้	1	1.2	6	7.4	3	3.7	11.29	0.004*
การจำแนกเห็ด	14	17.3	55	67.9	2	2.5		
บุคคลสำคัญในการถ่ายทอดความรู้เรื่องเห็ดป่า								
คนในครอบครัว	6	7.4	34	42.0	2	2.5	17.17	0.028*
ผู้เฒ่าผู้แก่	4	4.9	20	24.7	2	2.5		
เขียนเห็ด	5	6.2	4	4.9	1	1.2		
ตนเอง	0	0.0	3	3.7	0	0.0		
วิธีจำแนกเห็ดพิษ								
ไม่มีวิธีจำแนกที่แน่นอน	0	0.0	2	2.5	1	1.2	8.26	0.220
สังเกตลักษณะภายนอก	11	13.6	48	59.3	2	2.5		
ถามจากผู้รู้	4	4.9	8	9.9	2	2.5		
ทดสอบแบบพื้นบ้าน	0	0.0	3	3.7	0	0.0		
การได้รับคำเตือนเรื่องเห็ดพิษ								
ไม่เคยได้รับ	1	1.2	3	3.7	0	0.0	14.12	0.471
หมอนอนมัย	8	9.9	27	33.3	1	1.2		
เสียงตามสาย	3	3.7	10	12.4	1	1.2		
อสม.**	2	2.5	8	9.9	0	0.0		
ผู้นำชุมชน	1	1.2	4	4.9	0	0.0		
อื่นๆ	0	0.0	9	11.1	3	3.7		

หมายเหตุ *p<0.05 **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดทั้งผู้ที่มีความรู้ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 34.6) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.3) และระดับต่ำ (ร้อยละ 7.4) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อกับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า (n=81)

ตัวแปร		พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า						² p-value	
		สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้	สูง	10	12.3	28	34.6	3	3.7	2.63	0.621
	ปานกลาง	4	4.9	27	33.3	2	2.5		
	ต่ำ	1	1.2	6	7.4	0	0.0		
ความเชื่อ	ปานกลาง	1	1.2	2	2.5	0	0.0	0.59	0.744
	ต่ำ	14	17.3	59	72.8	5	6.2		

* p<0.05

วิจารณ์

สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษในประเทศไทยพบบ่อยเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นฤดูเห็ดหลาก⁽¹⁾ สาเหตุที่ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากเห็ดยังคงอยู่ในระดับสูงเนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำแนกชนิดเห็ด โดยเฉพาะการแยกเห็ดพิษออกจากเห็ดรับประทานได้ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก อีกทั้งยังมีความเชื่อและวิธีการทดสอบเห็ดพิษแบบดั้งเดิมที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัย^(2-5,13) ผลการศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยต่อการรับประทานเห็ดป่า โดยมีความรู้ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ร้อยละ 49.4) มีความเชื่อที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 100.0 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ร้อยละ 81.5) กลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจว่าวิธีการปฐมพยาบาลหลังรับประทานเห็ดพิษ คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาเจียน (ร้อยละ 81.5) การทดสอบเห็ดพิษแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้ช้อนเงินตักกับเห็ด (ร้อยละ 43.2) การใช้ปูนกินหมาก

ป้ายดอกเห็ด (ร้อยละ 37.2) การต้มเห็ดรวมกับหัวหอม (ร้อยละ 34.6) หากช้อนเงิน ปูน หัวหอมเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลแสดงว่าเป็นเห็ดพิษ สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษของประชาชน ทั้งด้านการจำแนกหรือแยกชนิดเห็ด การทดสอบเห็ดพิษ การปฐมพยาบาล และการปฐมพยาบาล ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของนวรรตน์ สิงห์คำ และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษสำหรับกลุ่มแม่บ้านกรณีศึกษาอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเห็ดพิษอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.55) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 27.77) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจทำได้ง่าย คือ หากตัวเองหรือสมาชิกในครอบครัวมีอาการผิดปกติหลังกินเห็ดจะทำให้ อาเจียนและรีบนำส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 58.33) แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องครบถ้วนในการรับประทานเห็ดป่า โดยเฉพาะเรื่องการปฐมพยาบาลหลังรับประทานเห็ดพิษด้วยวิธีการทำให้อาเจียนและรีบนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันไม่แนะนำ

กระตุ้นให้อาเจียนเนื่องจากปัญหาที่พบจากการทำให้อาเจียน คือ ทำให้เกิดแผลในลำคอและช่องปากจากการล้วงคอด้วยนิ้วที่ไม่สะอาดหรือเล็บยาว การติดเชื้อมาจากใช้ขวาดิบที่ปนเปื้อน ความดันโลหิตต่ำหรือระดับเกลือแร่ผิดปกติจากการอาเจียนที่มากเกินไป เนื่องจากพิษจากเห็ดทำให้อาเจียนมากอยู่แล้ว และอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการไปสถานพยาบาล⁽¹³⁾ การศึกษาของพรสุตา โสวรรณ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า เชื้อเห็ดอำเภอดูการพิษผล จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.4) มีความเชื่อที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.9) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 30.6) และการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.6) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 79.8) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเชื้อเห็ดเป็น ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่าและมีการสั่งสมประสบการณ์จากการเก็บเห็ดป่า จึงทำให้มีความรู้ที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปหรือแม่บ้าน การรับประทานเห็ดป่าเป็นวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น⁽²⁻⁸⁾ และยังไม่มียุทธศาสตร์ยืนยันว่าสามารถใช้ได้จริงกับเห็ดทุกชนิด อีกทั้งยังไม่มีวิธีการจำแนกเห็ดรับประทานได้กับเห็ดพิษที่ใช้ได้แน่นอนตายตัว⁽¹³⁻¹⁵⁾ เห็ดมีหลายพันชนิด แต่มีเห็ดประมาณ 100 ชนิด หากรับประทานเข้าไปจะ ทำให้เกิดพิษและมีเห็ด 15-20 ชนิด ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต⁽¹⁴⁾

สำหรับประเทศไทยมีเห็ดป่ามากกว่า 2,000 ชนิด ทั้งรับประทานได้ รับประทานไม่ได้ มีฤทธิ์ทางยา ยังไม่มีข้อมูลว่ารับประทานได้หรือไม่ และเห็ดพิษ^(15,16) เห็ดพิษหลายชนิดมีลักษณะคล้ายกับเห็ดรับประทานได้โดยเฉพาะระยะดอกตูมซึ่งส่วนประกอบของดอกเห็ดยังไม่ชัดเจนทำให้ยากในการจำแนกด้วยตาเปล่าจนเกิดความเข้าใจผิดและนำเห็ดพิษมารับประทานได้ การจำแนกเห็ดพิษจากลักษณะภายนอกต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นอย่างมากและต้องสังเกตหลายๆ ส่วนประกอบร่วมกัน^(13,15) ข้อมูลด้านพิษวิทยามีการจำแนกเห็ดพิษเป็น 14 กลุ่ม⁽¹⁹⁾ ซึ่งประเทศไทยพบมากถึง 8 กลุ่ม^(13,15,20) และปัจจุบันยังมีรายงานการค้นพบเห็ดชนิดใหม่ของโลก

(new species) และรายงานการค้นพบใหม่ (new record) ในประเทศไทยอีกหลายชนิด⁽¹⁶⁾ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่ประชาชนต้องเผชิญจากการรับประทานเห็ดป่า อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนว่าลำพังเพียงความรู้ที่สืบทอดต่อกันมาแบบเดิมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันการเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษ ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขจึงควรมีการยกระดับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้เท่าทันต่อสถานการณ์ความหลากหลายของเห็ดพิษในปัจจุบัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษา และปัจจัยประสบการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า ด้านการมีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่าและแหล่งที่ได้รับความรู้เรื่องเห็ดป่า สอดคล้องกับ บุรฉัตร จันทรแดง และคณะ⁽¹⁷⁾ และ Duminică⁽²¹⁾ กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมีทั้งปัจจัยภายในตัวคน ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสถานการณ์รอบตัว การปฏิบัติของครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะจากรุ่นสู่รุ่น (ร้อยละ 95.8) โดยการสื่อสารด้วยคำพูด การทำเป็นแบบอย่าง และการปฏิบัติโดยตามออกไปเก็บเห็ดป่า เป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาเฉพาะบุคคลที่สั่งสมมานาน (tacit knowledge) มาเป็นความรู้ที่ชัดเจนจับต้องได้ (explicit knowledge)^(22,23) สอดคล้องกับปิรามิดแห่งการเรียนรู้ (learning pyramid)^(24,25) การถ่ายทอดความรู้โดยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในสถานที่จริงจึงช่วยเพิ่มการจดจำและการนำไปปฏิบัติจนซึมซับมาเป็นวิถีชีวิตการรับประทานเห็ดป่าของชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบุคคลที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องเห็ดป่าในการส่งต่อความรู้ความเข้าใจต่อการรับประทานเห็ดป่าที่ปลอดภัยให้กับคนรุ่นต่อไป สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในไทยและต่างประเทศพบว่า ผู้นิยมรับประทานเห็ดป่าหรือมีวิถีชีวิตผูกพันกับเห็ดป่าส่วนใหญ่จะเป็นชาวชนบทหรือชนเผ่าพื้นเมืองซึ่ง

มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก^(3,4,6-10) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zang และคณะ⁽²⁶⁾ ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการได้รับพิษจากเห็ดในประชาชนมณฑลจี๋หลิน พบว่า การรับประทานเห็ดป่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองมีคะแนนความรู้และทัศนคติที่ดีกว่าผู้ที่อยู่ในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของมโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์⁽²⁷⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาสมองของมนุษย์และกระบวนการเรียนรู้เป็นหนึ่งในหกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากข้อมูลที่ได้รับจากสภาพแวดล้อม พ่อแม่ สมาชิกในครอบครัว โรงเรียน และสังคม⁽²⁸⁾ ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ในส่วนของประสบการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่าด้านการมีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่าและแหล่งที่ได้รับความรู้เรื่องเห็ดป่า สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้และหลาย ๆ การศึกษาทั้งในไทยและต่างประเทศ พบว่า การรับประทานเห็ดป่าเป็นวิถีชีวิตที่ได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นทั้งจากบุคคลในครอบครัว ผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชน⁽²⁻⁸⁾ ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญการจำแนกชนิดเห็ดเกิดจากการลงมือปฏิบัติและสั่งสมประสบการณ์มาเป็นเวลายาวนานหลายปี จึงมีความมั่นใจในการจำแนกเห็ดรับประทานได้กับเห็ดพิษ แต่การมีความรู้ความเชี่ยวชาญไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมที่ต้องปลอดภัยเสมอไป^(2-5,13) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า ความรู้และความเชื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ($p>0.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ต้องอยู่ในระดับปานกลางทั้งผู้ที่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 34.6) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.3) และระดับต่ำ (ร้อยละ 7.4) สอดคล้องกับการศึกษาของพรสุตา โสวรรณิ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า เชียนเห็ด

อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้ที่ต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.4) แต่มีความเชื่อที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.9) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 30.6) และการปฏิบัติที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.6) ถึงระดับต่ำ (ร้อยละ 79.8) นอกจากนี้ยังพบว่า เชียนเห็ดเคยป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษ ร้อยละ 6.5 สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่ายังมีโอกาสผิดพลาดในการจำแนกชนิดเห็ดจนส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยจากเห็ดพิษได้ ทั้งนี้ เนื่องจากการเห็ดป่าหลายชนิดมีลักษณะคล้ายกันมากจึงอาจเกิดความสับสนในการจำแนกชนิดหากไม่พิจารณาให้ถี่ถ้วนครบทุกองค์ประกอบ ที่สำคัญคือ ยังไม่มีวิธีการจำแนกชนิดเห็ดที่ใช้ได้แน่นอนตายตัว ดังนั้น การถ่ายทอดความรู้แบบสืบทอดกันมาจึงไม่ใช่ความรู้ที่ต้องครบถ้วนเสมอไป⁽¹³⁻¹⁵⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่พบเด็กอายุ 10 ปี เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ ดังนั้น การตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดอคติจากความกลัวหรือความเศร้าโศกจึงอาจส่งผลต่อการตัดสินใจและการให้ข้อมูลที่แตกต่างไปจากสภาวะปกติ รวมถึงข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงเชิงสถิติเนื่องจากงานวิจัยมุ่งเน้นศึกษาในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตเฉพาะถิ่นที่มีการรับประทานเห็ดป่าตามความเชื่อดั้งเดิม ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงสู่ประชากรในระดับมหภาคหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทเชิงวัฒนธรรม วิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษา การมีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า และแหล่งที่ได้รับความรู้เรื่องเห็ดป่า มีความสัมพันธ์กับการรับประทานเห็ดป่า ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ต้องปรับวิธีการถ่ายทอดความรู้ มีการสื่อสารที่เข้าใจง่าย และจับต้องได้ ดังเช่น การสื่อสารกันเองระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นกับคนใน

ชุมชน และควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่อง การรับประทานเห็ดป่าให้กับภูมิปัญญาท้องถิ่นและนำ บุคคลเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นแบบอย่างใน การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับชุมชน

2. ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัย มีการใช้วิธีพื้นบ้านในการตรวจสอบเห็ดพิษ จึงควรมี การวิจัยเชิงทดลองในการทดสอบเห็ดพิษแบบภูมิปัญญา-พื้นบ้านว่า สามารถใช้ได้กับเห็ดชนิดใด เพื่อเป็นข้อมูล เชิงประจักษ์ให้กับประชาชน และควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติ-การแบบมีส่วนร่วม โดยนำภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น อาทิ ผู้นำชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น อสม. และผู้ใช้ประโยชน์ จากเห็ดป่าที่รับประทาน ขาย และเขียนเห็ด เข้ามามี ส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมออกแบบนวัตกรรม หรือมาตรการทางสังคม เพื่อสร้างกลไกการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ปลอดภัยให้สอดคล้อง กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน แทนการสื่อสารข้อมูล ทางเดียวจากหน่วยงานภาครัฐ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุม-โรค นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุข อำเภอลำดวน บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ทุกท่านแม่ ไม่ได้ไถ่เอ่ยนาม ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการวิจัย ขอขอบคุณ ผศ.อุทัยวรรณ แสงวนิช ดร.มนัสนันท์ ลิ้มป-วิทยากุล ดร.ธิดิยา บุญประเทือง ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่อง มีอวิชัย ขอขอบคุณ ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม ที่ให้ข้อ-เสนอแนะในการทำวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ เห็นความสำคัญ เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือในการ-เก็บรวบรวมข้อมูลจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าของเอกสารงานวิจัยทุกฉบับที่เป็น ส่วนสำคัญในการค้นคว้า อ้างอิง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. โปรแกรมตรวจสอบข่าว การระบาดของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ebs-dce.ddc.moph.go.th/eventbase/user/login/>
2. ชวัญเรือน นาคสุวรรณกุล, อัจจิมา ทองบ่อ, ชุติพร จันท-เสนา, วีรณัฐ โคตรวงศ์, สิทธิพร ปานเม่น, ณัฐกานต์ หนูรัตน์, และคณะ. การระบุชนิดเห็ดพิษและเห็ดกินได้ด้วยลักษณะ สันฐานวิทยา ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพร่กระจายใน ประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา 2565;27(1):66-84.
3. นวรัตน์ สิงห์คำ, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล, จุฑามาศ นพรัตน์. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษสำหรับกลุ่มแม่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร-วิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพ-สิทธิประสงค์ 2564;5(3):93-105.
4. พรสุตา โสวรรณ, สิรินาถ เทียนคำ, ณัฐพล ปัญญา. ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหารและ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยเห็ดพิษของเขียนเห็ด อำเภอดงรักการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการ-สาธารณสุข 2563;29(6):995-1005.
5. กลุ่มงานวิชาการ สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13 (แพร่) กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช. เทคนิคการสำรวจ ความหลากหลายของเห็ดในพื้นที่ป่าอนุรักษ์ จังหวัดน่าน. แพร่: สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13; 2563.
6. Vaibhav V, Meshram R, Yashpal S, Jha N, Khorwal G. Mushroom poisoning: a case series with a literature review of cases in the Indian subcontinent. Cureus 2023;15(5):e39550.
7. Yusran Y, Erniwati E, Rukmi R. Ethnomycology of wild edible mushrooms by the Bunggu Tribe in West Sulawesi, Indonesia. International Information and Engineering Technology Association 2024;19(6):2097-107.

8. Díaz-Pérez A, Montoya A, Kong A, Cuautle M, Trejo-Hernández L, Pacheco-Cobos L, et al. Wild fungi used in an ecoturistic town in Central Mexico. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2025;21(36):1-18.
9. Dimitrova T. Ethnomycological research in the field of wild mushrooms and medicinal plants. *Acta Scientifica Naturalis* 2021;8(3):67-83.
10. Procházka P, Soukupová J, Mullen KJ, Tomšík K Jr, Čábelková I. Wild mushroom foraging as a source of food protein in Central Europe: case study of the Czech Republic. *Foods* 2023;12(5):934.
11. Mushroom Appreciation. 10 mushroom myths explored [Internet]. 2024 [cited 2025 May 22]. Available from: www.mushroom-appreciation.com
12. วุฒิไกร ป้อมมะรัง. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Daniel [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 27 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://statsmartly.com/Pop/Daniel.php>
13. ปรีชาพล ปึ้งผลพล, ไอรินดา วิชาญพรกุล, สุภนุช บุญสุขมาก, อีรพล ไจกล้ำ. บรรณาธิการ. คู่มือเห็ดพิษ (mushroom poisoning). นนทบุรี: เอ็นบีพี กรุ๊ป; 2566.
14. Horowitz BZ. Mushroom toxicity [Internet]. 2023 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/167398-overview#a5>
15. สายสมร ลายอง, สันธิติ วัฒนราชกุล. เห็ดพิษในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://science.royalsociety.go.th/wp-content/uploads/2022/08/4-เห็ดพิษ.pdf>
16. ศุภินิ ไชยแก้ว, ธารัตน์ แก้วกระจ่าง, อุทัยวรรณ แสงวนิช. ความหลากหลายของเห็ดป่าและอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมบางประการต่อการปรากฏของเห็ดป่าในสถานีวิจัยสิ่งแวดล้อมสะแกราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2563;28(11):1986-99.
17. บุรฉัตร จันทรแดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอมพร, สันญา เคนาภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารวิชาการธรรมทรศน์* 2562;19:235-44.
18. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
19. ธนพล นิ่มสมบูรณ์, นันทนา นิ่มสมบูรณ์. เห็ดพิษ. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2564;31(2):73-87
20. สาทรียา ตระกูลศรีชัย. Mushroom poisonings in Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/mushroom%20poisoning_2024%20handout.pdf
21. Duminică D. Factors that influence the change of human behavior in student's online activity [Internet]. [cited 2025 May 22]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/346249513_Factors_that_influence_the_change_of_human_behavior_in_student's_online_activity
22. สุชาติดา สุรางค์กุล. การจัดการความรู้ (knowledge management). ภาพสนธิ: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาพสนธิ; 2563.
23. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี. คู่มือการจัดการความรู้ คณะครุศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://edu.dru.ac.th/KM/KM4.pdf>
24. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. ความรอบรู้ทางสุขภาพ สอนอย่างไรให้จำ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2564;30(2):195-6.
25. Hall M. Overview of the learning pyramid for training providers [internet]. 2025 [cited 2025 April 22]. Available from: <https://www.arlo.co/blog/overview-of-the-learning-pyramid-for-training-providers>
26. Zang X, Xu W, Xu D, Chen L, Hu H. Knowledge, attitude, and practice on mushroom poisoning among residents of Jilin province. *BMC Public Health* 2025; 25(1):3585.
27. มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารศรีวนาลัยวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*

2560;7(2);90–103.

[Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 22];3(6):1154–60.

28. Rahman M. Why do people behave the way as they do: factors affecting human behavior. Int J Res Publ Rev

Available from: <https://www.ijrpr.com/uploads/V3IS-SUE6/IJRPR4838.pdf>

Factors Influencing Wild Mushroom Consumption Practices: a Case Study of a Community Experiencing Mushroom Poisoning Deaths

**Irinlada Wisitphonkul, M.Sc.; Preechapol Puengpholpool, B.S.M.; Pitiphon Promduangsi, M.D.;
Teerapon Jaikla, B.S.; Supanuch Boonsukmak, B.Sc.; Nattanicha Onklay, B.Sc.**

*Division of General Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health,
Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(4):607–19.

Corresponding author: Irinlada Wisitphonkul, Email: irinlada05@gmail.com

Abstract: Poisonous mushrooms are a significant cause of morbidity and mortality. Over the past five years, epidemiological data have shown that approximately one out of every ten patients dies. In 2024 (B.E. 2567), Health Region 10 in Ubon Ratchathani Province reported the highest number of deaths (n=6), including a case involving a 10-year-old child. This study aimed to investigate factors associated with wild mushroom consumption behaviors among household representatives in a village where a child fatality occurred. A cross-sectional study was conducted using convenience sampling, yielding 81 participants. Data were collected through structured interviews using a questionnaire that included sections on demographic characteristics, experience, knowledge, beliefs, and behaviors related to the consumption of wild mushrooms. Content validity was assessed by three experts, with item-objective congruence (IOC) indices ranging from 0.67 to 1.00. Reliability testing was conducted with 30 participants, yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.75, 0.83, and 0.77 for knowledge, beliefs, and behaviors, respectively. Data were analyzed using the Chi-square test and Fisher's exact test, the latter applied when more than 20% of expected cell counts were less than five, to determine associations between independent and dependent variables. The results showed that most participants were female (82.7%), with an age range of 26 to 81 years. The majority had completed primary education (63.0%) and worked in agriculture (60.5%). The participants reported receiving knowledge about wild mushrooms from elderly community members (54.3%). Overall, participants demonstrated unsafe wild mushroom consumption practices, characterized by moderate to low levels of knowledge (49.4%), inappropriate beliefs (100.0%), and unsafe consumption behaviors (81.5%). Factors significantly associated with wild mushroom consumption behaviors ($p < 0.05$) included educational level, exposure to knowledge transfer, and key individuals providing such knowledge. Therefore, health education interventions on wild mushrooms should be designed to be simple, practical, and aligned with community lifestyles. Emphasis should be placed on engaging local experts in wild mushrooms, while public health agencies should collaborate to promote accurate knowledge that can be effectively disseminated within communities.

Keywords: mushroom poisoning; wild mushroom; food poisoning; health knowledge; beliefs; practice