

# การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ เห็ดพิษสำหรับกลุ่มแม่บ้าน ทัศนศึกษาอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

นวรรตน์ สิงห์คำ พย.บ.<sup>1\*</sup>, มนัสนันท์ ลิ้มปัทยากุล ปร.ด.<sup>2</sup>,

จุฑามาศ นพรัตน์ ส.ค.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

เห็ดพิษเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับผู้รับประทาน และอาจทำให้เสียชีวิตได้ การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษอาจช่วยลดปัญหาดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษในกลุ่มแม่บ้าน การวิจัยเชิงพัฒนาประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาบริบทชุมชน 2) พัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านเห็ดพิษ ด้วยกระบวนการ LEAD – Risk และ 3) ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในพื้นที่บ้านหัวแซ่ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 30 คน สำหรับ ระยะที่ 1 และ 2 และ จำนวน 72 คน สำหรับ ระยะที่ 3 ตามลำดับ) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเชิงเนื้อหาสถิติ บรรยายและสถิติ  $t - test$  ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคเห็ดจากพื้นที่ด้วยการค้นหาจากพื้นที่ใกล้ป่าเขามีทั้งประเภทเห็ดที่รับประทานได้และเห็ดพิษ แล้วนำมาประกอบอาหารด้วยตนเอง 2) รูปแบบในการสื่อสารความเสี่ยงมี 3 รูปแบบ คือ การสื่อสารโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสื่อศึกษาในชุมชนและ 3) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพัฒนา ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p - value < 0.05$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษและด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p - value < 0.05$ ) จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับเห็ดพิษที่ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสื่อศึกษาในชุมชน ช่วยส่งเสริมค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้น ควรขยายผลรูปแบบดังกล่าวสำหรับพื้นที่อื่นต่อไป

**คำสำคัญ :** รูปแบบ การสื่อสารความเสี่ยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เห็ดพิษ LEAD-Risk

<sup>1</sup> โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>2</sup> มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

\* Corresponding e-mail: m.nampha@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 ก.พ. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ส.ค. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 ส.ค. 2564

## Development of a Risk Communication Model for Health Literacy on Poisonous Mushrooms for Housewives Case Study Buntharik District, Ubon Ratchathani Province

Navarat Singkham B.N.S.<sup>1\*</sup>, Manasanun Limpavithayakul Ph.D.<sup>2</sup>,  
Chuthamat Nopparat Dr.P.H.<sup>2</sup>

### Abstract

Poisonous mushrooms are a major health problem for ones who took them. This may lead to lose one's life. Communication with a health literacy to understand risk of poisonous mushrooms may help to decrease this problem. The aim of the was to develop a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms among housewives. Development research was conducted and process of this research included three steps. First step was context study. Second step was development of a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms. Third step was evaluation. Samples were population who were in Ban Hua Khae Bua Ngam, Buntharik, Ubon Ratchathani Province ( $N = 30$  for the first and second steps; and  $N = 72$  for the third step respectively). Instruments included semi-construction indept-interview and a questionnaire about health literacy of poisonous mushrooms. Data analysis included content analysis, descriptive statistics, and *t-test*. Findings showed three parts. First, most of samples found mushrooms at areas near forest and mountain. Types of mushrooms were poisonous and nonpoisonous mushrooms. Then, they brought the mushrooms to cook food by themselves. Second, a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms was presented through village health volunteers, community leaders, and instructional media. Third, before and after using the model, means of health literacy of poisonous mushrooms among samples significantly increased ( $p\text{-value} < 0.05$ ). Considering each domain of health literacy, only mean of access information about poisonous mushroom and knowledge of poisonous mushroom were significantly ( $p\text{-value} < 0.05$ ) between before and after using the model. These findings recommended that the development of a risk communication model about health literacy of poisonous mushrooms through village health volunteers, community leaders, and instructional media was effective. The model should be brought to use in other areas in the future.

**Keywords:** model, risk communication, health literacy, poisonous mushrooms, LEAD-Risk

---

<sup>1</sup> Buntrarik Hospital, Ubon Ratchathani

<sup>2</sup> The Eastern University of Management and Technology

\* Corresponding email : m.nampha@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่วงฤดูฝนของทุกปีจะพบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการกินเห็ดพิษที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ เนื่องจากมีทั้งเห็ดที่กินได้และเห็ดพิษซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกันทำให้แยกได้ยากกว่าเห็ดชนิดใดเป็นเห็ดพิษโดยเฉพาะช่วงดอกตูม พบว่าหลังกินเห็ดพิษแล้วจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องหรือถ่ายเหลว เห็ดพิษชนิดร้ายแรงจะทำให้คลื่นไส้อาเจียนภายใน 24 ชั่วโมงแรก แต่หลังจากนั้นอาจมีอาการรุนแรงตามมา คือ การทำงานของตับและไตล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตได้ จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค<sup>1</sup> พบข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2556- 2560) เฉพาะในช่วงหน้าฝนของทุกปีคือเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายนจะพบผู้ป่วยปีละประมาณ 1,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยตลอดทั้งปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานจนถึงผู้สูงอายุ (อายุ 45 ปีขึ้นไป) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ

สถานการณ์เห็ดพิษในจังหวัดอุบลราชธานีจากรายงาน รง.506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี<sup>2</sup> พบว่าปี 2561 มีผู้ป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษจำนวน 462 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 24.7 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ ต่อกันมาในช่วง 3 ปี (จาก พ.ศ.2559 - พ.ศ. 2561) โดยพบผู้ป่วยเสียชีวิตที่อำเภอโพธิ์ไทร 3 ราย อำเภอม่วงสามสิบ 1 ราย จากการสอบสวนโรคพบว่าเป็นผู้สูงอายุ รับประทานเห็ดกลุ่มเห็ดระโงกกับเห็ดขี้ไก่เดือน (Amanitin) ซึ่งมีผลทำให้ตับและไตวาย

สำหรับอำเภอบุญศรีประกอบด้วยภูเขาเทือกเขาน้อยใหญ่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเทือกเขาพนมดงรักตามแนวชายแดนไทย-ลาว มีแหล่งต้นน้ำลำธาร แม่น้ำหลาย ๆ สายหล่อเลี้ยงราษฎรตามแนวเขตป่า อีกทั้งยังมีที่ราบขนาดใหญ่บนภูเขาสูง เป็นป่าเต็งรัง ป่าเบญจพรรณ ป่าดงดิบแล้ง ป่าดงดิบเขา ซึ่งเหมาะกับการเจริญเติบโตของเห็ด ทำให้มีเห็ดออกในพื้นที่เกือบทั้งปีโดยเฉพาะช่วงหลังฝนตก จากการทบทวนข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุญศรี<sup>3</sup> จากการรับประทานเห็ดพิษ ปี พ.ศ. 2559 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยจำนวน 195 177 และ 51 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 203.88 185.41 และ 53.32 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยจะพบผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงเดือน พฤษภาคม มิถุนายน ธันวาคม และมกราคมตามลำดับ จากรายงานการสอบสวนโรค<sup>2</sup> พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ได้ปรุงอาหารเองและพบว่าบางส่วนเกิดจากวิธีการปรุงอาหารที่ไม่เหมาะสม คือ การปิ้งย่างเห็ดไม่สุก การนำเห็ดมาทำแหนมโดยไม่ปรุงให้สุกก่อน

สำหรับการดำเนินการเพื่อป้องกันการรับประทานเห็ดพิษในอำเภอบุญศรีโดยคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุญศรีได้มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องการคัดเลือกเห็ดเพื่อรับประทานโดยได้ติดประกาศที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มประชาชนในพื้นที่

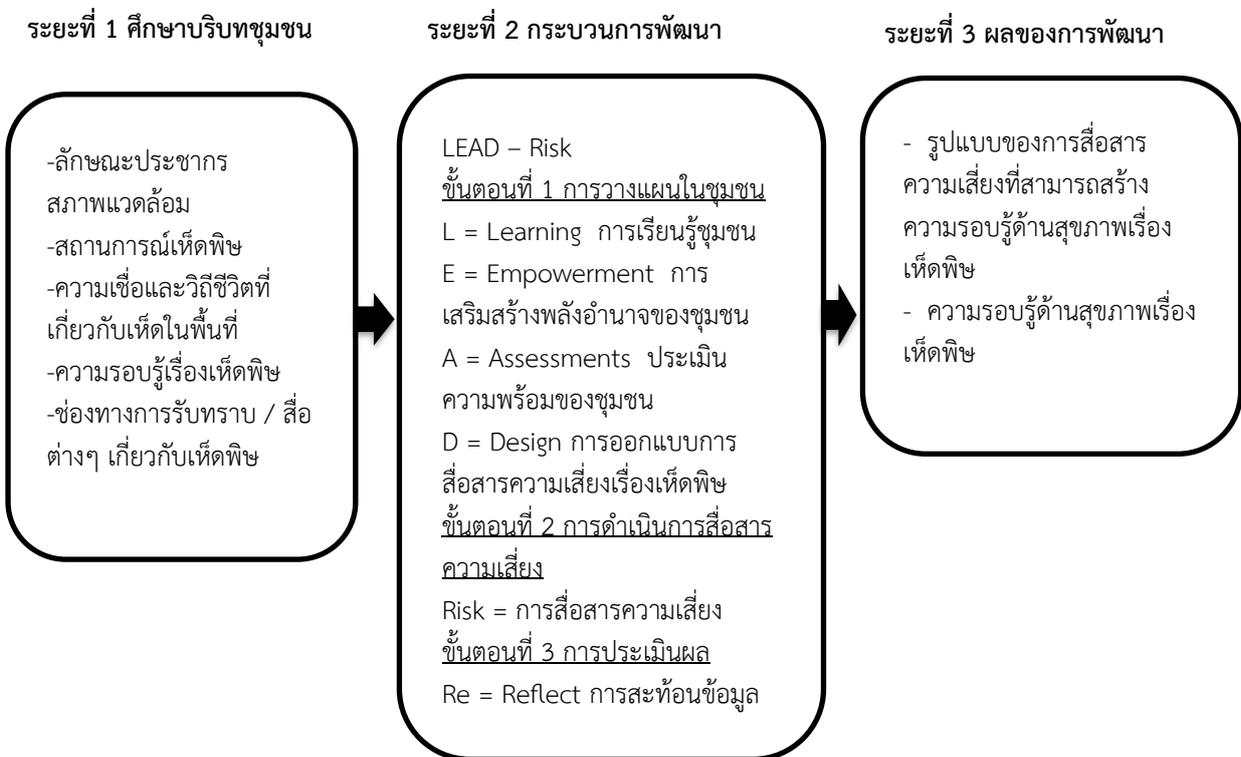
จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานเห็ดพิษมีทั้งที่ปรุงอาหารเองและไม่ได้ปรุง<sup>3</sup> ผู้ที่มีความสำคัญในการป้องกันเห็ดพิษก็คือผู้ที่ทำหน้าที่ปรุงอาหารให้กับสมาชิกในครัวเรือน และเนื่องจากเห็ดที่เกิดขึ้นในพื้นที่มีทั้งเห็ดที่ไม่เป็นพิษและเห็ดพิษมีลักษณะคล้ายกับเห็ดที่รับประทานได้ การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษ อาจเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยปัญหาข้างต้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้แนวคิดสื่อสารความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตามการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษอาจยังไม่นำมาใช้อย่างชัดเจน ดังนั้นถ้าสามารถสร้างความรู้ด้านสุขภาพ<sup>3</sup> โดยนำทฤษฎีสื่อสารความเสี่ยงเริ่มสื่อสารตั้งแต่

เริ่มต้นเหตุการณ์ ข้อมูลที่จะสื่อสารต้องถูกต้อง โปร่งใส สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับข่าวสารได้ และเลือกกระบวนการในการสื่อสารได้เหมาะสม สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพื่อให้สารที่ถูกสื่อสารออกไปทำให้ผู้รับสารเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อสังเกตลักษณะของเห็ดที่มีพิษ เพื่อคัดแยกออกเห็ด การปรุงอาหารจากเห็ดที่ถูกวิธี จะทำให้สมาชิกในครัวเรือนปลอดภัยจากการรับประทานเห็ดพิษ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านเห็ดพิษในแม่บ้านพื้นที่อำเภอขุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อความรอบรู้ด้านเห็ดพิษในแม่บ้านพื้นที่อำเภอขุนทรริก จังหวัดอุบลราชธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย



กระบวนการพัฒนา LEAD- Risk โดยบูรณาการจากแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง การเสริมพลังอำนาจ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หมายถึง การสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยการเสริมพลังอำนาจให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบของการสื่อสารความเสี่ยง

1) L : Learning หมายถึง การนำผลการศึกษาบริบทชุมชนมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อมูลของแหล่งที่เก็บเห็ด ชนิดของเห็ดที่มีในชุมชนทั้งชนิดที่รับประทานได้และรับประทานไม่ได้ เขียนเห็ดและภูมิปัญญาชาวบ้านในประเด็นที่เกี่ยวกับเห็ด

2) E : Empowerment หมายถึง การให้สมาชิกชุมชนที่ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนที่มีอาชีพเก็บเห็ดขาย เขียนเห็ด และประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการสื่อสาร

ความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดพิษ วิธีการปรุงเห็ดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษ

3) A : Assessment หมายถึง การประเมินความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนโดยประเมินจากการเข้าร่วมประชุมและการร่วมแสดงความคิดเห็น

4) D : Design หมายถึง การออกแบบและสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดพิษ วิธีการปรุงเห็ดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษ

5) Risk : Risk Communication หมายถึง การสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดพิษ วิธีการปรุงเห็ดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษให้กับประชาชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ได้มีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจงเนื่องจากปี 2562 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเห็ดพิษจำนวน 4 ราย โดยใช้พื้นที่บ้านหัวเข้ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะให้ข้อมูลในระยาศึกษาบริบทชุมชน และร่วมออกแบบรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับเห็ดพิษ ประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน เซียนเห็ด จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 คน แม่บ้านหรือผู้ที่ทำหน้าที่ปรุงอาหาร จำนวน 5 คน และผู้เก็บเห็ดขายจำนวน 7 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยตอบแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนการพัฒนาในระยาศที่ 2 และหลังกระบวนการพัฒนาในระยาศที่ 3 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel<sup>13</sup> จำนวน 72 คน

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยเรื่องนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง SSJ.UB2563-049 ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการสอบถาม/หรือสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ โดยขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถาม หรือออกจาก การวิจัยในระยาศใดก็ได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จำแนกเครื่องมือการวิจัยออกตามระยาศของการวิจัย 3 ระยาศ ดังนี้

ระยาศ	เครื่องมือที่ใช้	ประชากร / ผู้เข้าร่วมวิจัย
ระยาศที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน	การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบริบทชุมชนบ้านหัวเข้ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพภูมิศาสตร์ ลักษณะประชากร สภาพแวดล้อมสถานการณ์เห็ดพิษ ความเชื่อและวิถีชีวิตที่เกี่ยวกับเห็ดในพื้นที่ แหล่งเห็ดตามธรรมชาติที่ประชาชนในพื้นที่เก็บมาปรุงอาหาร	ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน
ระยาศที่ 2 กระบวนการพัฒนา รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง	รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษผ่านการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยในกระบวนการ LEAD	ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน

ระยะ	เครื่องมือที่ใช้	ประชากร / ผู้เข้าร่วมวิจัย
เสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ ด้านหัดพิช	<p>L : Learning หมายถึง การนำผลการศึกษาริบทชุมชนมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อมูลของแหล่งที่เก็บหัด ชนิดของหัดที่มีในชุมชนทั้งชนิดที่รับประทานได้และรับประทานได้เขียนหัดและภูมิปัญญาชาวบ้านในประเด็นที่เกี่ยวกับหัด</p> <p>E : Empowerment หมายถึง การให้สมาชิกชุมชนที่ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนที่มีอาชีพเก็บหัดขาย เขียนหัด และประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของหัดพิช วิธีการปรุงหัดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานหัดพิช</p> <p>A : Assessment หมายถึง การประเมินความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนโดยประเมินจากการเข้าร่วมประชุมและการร่วมแสดงความคิดเห็น</p> <p>D : Design หมายถึง การออกแบบและสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับลักษณะของหัดพิช วิธีการปรุงหัดที่ปลอดภัย อาการและการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานหัดพิช</p> <p>โดยใช้ช่องทางการสื่อสารผ่าน</p> <p>เวทีประชาคมและสนทนากลุ่มโดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัยในกระบวนการพัฒนา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <p>- การเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>เข้าร่วมกิจกรรม 2 คะแนน</p> <p>ไม่เข้าร่วมกิจกรรม 0 คะแนน</p>	
ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา	<p>แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับหัดพิช ประกอบด้วย</p> <p>ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป</p> <p>ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Access skill)</p> <p>ตอนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ตอนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะการสื่อสาร (Communication skill)</p> <p>ตอนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill)</p> <p>ตอนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)</p> <p>เพื่อประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง</p>	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารความเสี่ยง จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) IOC (Index of item objective congruence) ของเครื่องมือเท่ากับแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบริบทชุมชนเท่ากับ 1 รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง เท่ากับ 1 และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษ เท่ากับ 0.67 -1

2. นำแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ไปใช้สอบถาม/สัมภาษณ์แม่บ้านในพื้นที่บ้านศรีสมุทรซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา (Try Out) จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นที่บ้านหัวแซ่ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุณฑริก เพื่อขอความร่วมมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. ประสานงานกับผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายบ้านหัวแซ่ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. รวบรวมแบบสอบถาม/หรือแบบสัมภาษณ์ ฯลฯ ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนเดินทางออกจากพื้นที่
5. นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์บริบทชุมชนโดยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ความรู้ด้านเห็ดพิษโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการการใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษที่ผ่านกระบวนการพัฒนาด้วยสถิติ  $t - test$

### ผลการวิจัย

#### 1. บริบทของชุมชนเกี่ยวกับวิธีการรับประทานเห็ดในพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

สภาพภูมิศาสตร์ และสภาพแวดล้อม

ชุมชนบ้านหัวแซ่ หมู่ 4 ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ห่างจากอำเภอบุณฑริกไปตามเส้นทางบุณฑริก - นาจะหลวย เป็นระยะทาง 6 กิโลเมตร โดยมีพื้นที่เชื่อมต่อกับบ้านศรีสมุทร หมู่ 9 ตำบลบัวงาม มีประชาชนที่อาศัยในพื้นที่จำนวน 423 หลังคาเรือน มีประชากร 1,164 คน มีวัด 2 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง ประชาชนในพื้นที่ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม

คือ ทำนา สวนยางพารา มันสำปะหลัง รายได้เฉลี่ยของประชากร 2,000 - 5,000 บาทต่อครัวเรือน และมีอาชีพเสริมตามฤดูกาลคือ เก็บเห็ดที่ขึ้นตามธรรมชาติมาขาย

#### คุณลักษณะทางประชากร

ประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน เป็นเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 เพศหญิง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.72 รองลงมาอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 25 อายุเฉลี่ย 52.02 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 84.72 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.72 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 9.72 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 4.16 และมีธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 1.38 อาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร ร้อยละ 91.66 รองลงมาคือ รับจ้างและค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 4.1 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 59.72 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.11

#### แหล่งเห็ดตามธรรมชาติ

พื้นที่รอบหมู่บ้านมีแหล่งเก็บเห็ดอยู่ 3 แห่ง นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ใกล้กับทิวเขาพนมดงรักซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีเห็ดป่าอุดมสมบูรณ์ออกมากในช่วงปลายเดือนเมษายนจนถึงปลายเดือนพฤษภาคม ซึ่งบ้านหัวเข้ โดยห่างจากภูบ้านบกเป็นระยะทาง 6 กิโลเมตร ห่างจากภูหนองเม็กเป็นระยะทาง 15 กิโลเมตร และประชาชนที่มีอาชีพเสริมในการเก็บเห็ดป่ามาขายทำรายได้เฉลี่ยวันละ 300 - 500 บาท สำหรับประชาชนที่มีอาชีพเก็บเห็ดขายจะทราบแหล่งที่เก็บเห็ดแต่ละชนิดในพื้นที่เป็นอย่างดี โดยมีผู้ที่ชำนาญในการหาเห็ดมาขายในพื้นที่ทิวเขาพนมดงรักบริเวณภูบ้านบกและภูหนองเม็กมากกว่า 20 คน

#### ข้อมูลเกี่ยวสถานการณ์เห็ดในพื้นที่บ้านหัวเข้ ตำบลบัวงาม อำเภอบุณฑริก

จากกลุ่มตัวอย่าง 72 ราย พบว่า เก็บเห็ดป่ามาบริโภคเอง ร้อยละ 91.66 รองลงมา คือ ซื้อรับประทาน ร้อยละ 20.83 สถานที่ที่เคยไปเก็บเห็ดป่า ส่วนใหญ่ คือ ป่ารอบหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ ภูเขาบริเวณภูบ้านบกและภูหนองเม็ก ร้อยละ 54.16 ทุ่งนา ร้อยละ 34.72 บริเวณในหมู่บ้าน ร้อยละ 31.94 สวนยางพารา ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ

เห็ดป่าในพื้นที่ ได้แก่ เห็ดระโงก ร้อยละ 95.83 เห็ดบด ร้อยละ 94.44 เห็ดปลวก ร้อยละ 91.66 เห็ดผึ้ง ร้อยละ 91.66 เห็ดไค ร้อยละ 88.88 เห็ดเผาะ ร้อยละ 86.11 เห็ดก่อแดง ร้อยละ 83.33 และเห็ดตีนแฮด ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ

เห็ดพิษในพื้นที่ ได้แก่ เห็ดระงาก ร้อยละ 52.77 เห็ดระโงกหิน ร้อยละ 40.27 เห็ดขี้ควาย ร้อยละ 36.11 เห็ดยาง ร้อยละ 16.66 เห็ดหน้าวัว ร้อยละ 4.16 เห็ดครก ร้อยละ 4.16 เห็ดแสง ร้อยละ 2.77 เห็ดตาแห ร้อยละ 2.77 และเห็ดเลือด ร้อยละ 1.38 ตามลำดับ

## 2. ประเมินผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษในแม่บ้านพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

### 2.1 ก่อนการพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษของประชาชนในพื้นที่ (ก่อนกระบวนการพัฒนา)

ความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ง่าย คิดเป็น ร้อยละ 56.94 โดยพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทำได้ง่ายที่สุด คือ การสอบถามผู้เฒ่าผู้แก่ ในหมู่บ้าน ส่วนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ยาก คือ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ทันที

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษของกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเฉลี่ย 14.41 จากทั้งหมด 18 ข้อ คะแนนต่ำสุด คือ 8 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 18 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจสูง ร้อยละ 41.66 ระดับความรู้ความเข้าใจปานกลางร้อยละ 30.55 ระดับความรู้ความเข้าใจต่ำ ร้อยละ 27.77

ความรู้รอบรู้ในการสื่อสารด้านเห็ดพิษของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ยากคิดเป็นร้อยละ 44.44 โดยประเด็นที่ทำได้ยาก ได้แก่ การสื่อสารผ่านเอกสารแผ่นพับเพื่อนำมาตรวจสอบเห็ดพิษได้ทันที การนำตัวอย่างเห็ดมาสอนผู้อื่น และการปฐมพยาบาลผู้ที่รับประทานเห็ดพิษ ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ทำได้ง่าย ได้แก่ การสอบถามผู้เฒ่าผู้แก่เกี่ยวกับเรื่องเห็ดพิษ สามารถเข้าใจเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษ และการอธิบายถึงวิธีการปรุงอาหารที่ปลอดภัยได้ ตามลำดับ

ความรู้รอบรู้การจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษทำได้ง่ายมาก คิดเป็นร้อยละ 47.22 โดยประเด็นที่ทำได้ง่ายมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานเห็ดที่ปรุงสุกทุกครั้ง ถ้าไปเก็บเห็ดเองจะไม่เก็บเห็ดที่ไม่รู้จัก และจะตรวจสอบจนแน่ใจทุกครั้งก่อนนำเห็ดมาปรุงอาหาร ตามลำดับ

ความรู้รอบรู้ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษส่วนใหญ่ทำได้ง่ายคิดเป็นร้อยละ 58.33 โดยประเด็นที่ทำได้ง่าย ได้แก่ สามารถตัดสินใจได้ว่าถ้าท่านหรือสมาชิกใน ครอบครัวมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง เป็นตะคริว หลังรับประทานเห็ดคืออาการของเห็ดพิษ สามารถตัดสินใจได้ว่าการปฐมพยาบาลผู้ที่ รับประทานเห็ดพิษคือทำให้อาเจียนและรีบนำส่งโรงพยาบาล และสามารถบอกได้ว่าเห็ดระงิงกิน รับประทานไม่ได้ ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ทำได้ยาก ได้แก่ สามารถตัดสินใจได้ว่าการนั่งต้ม ทอด อย่าง ไม่สามารถทำลายพิษในเห็ดพิษได้ เนื่องจากความร้อนไม่สามารถทำลายสารพิษได้ สามารถตัดสินใจได้ว่าการปรุงอาหารให้สุกแล้วทิ้งน้ำต้มเห็ดสามารถลดอันตรายจากการกินเห็ดได้แต่ไม่สามารถทำลายพิษเห็ดได้ และสามารถตัดสินใจได้ว่าการต้มเห็ดที่เป็นพิษไม่สามารถทำลายพิษของเห็ดได้ ตามลำดับ

## 2.2 หลังการพัฒนา

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.22	0.39	2.24	0.02
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.35	0.28		

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้รอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.03	0.59	2.19	0.03
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.22	0.46		

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	14.14	2.12	4.86	0.00
หลังกระบวนการพัฒนา	72	15.87	1.42		

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสื่อสารด้านเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพการสื่อสาร	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.08	0.57	1.5	1.27
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.22	0.47		

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสื่อสารด้านเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.65	0.43	0.73	0.46
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.70	0.37		

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเห็ดพิษ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนกระบวนการพัฒนา	72	3.14	0.51	1.72	0.08
หลังกระบวนการพัฒนา	72	3.28	0.43		

จากตารางที่ 6 พบว่าหลังกระบวนการพัฒนาประชากรกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**อภิปรายผล**

จากลักษณะภูมิศาสตร์ในพื้นที่ที่พบว่ามีพื้นที่ที่เป็นแหล่งเห็ดธรรมชาติจำนวนมาก และมีช่วงที่พบเห็ดเกือบตลอดทั้งปี ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเห็ดจำนวนมากทั้ง เก็บเห็ดขาย เก็บเห็ดมารับประทานเอง แต่เนื่องจากในพื้นที่พบเห็ดพิษหลายชนิดและบางชนิดมีลักษณะใกล้เคียงกับเห็ดที่รับประทานได้ซึ่งสอดคล้องผลงานวิจัยของพรพรรณ กุลมา และคณะ<sup>10</sup> ซึ่งได้ทำการศึกษการเปรียบเทียบ

ลักษณะสัญญาณวิทยาของเห็ดระโงกชนิดที่รับประทานได้กับรับประทานไม่ได้ พบว่าเห็ดระโงกชนิดรับประทานได้ในระยะไข่อ่อน มีผิวเปลือกเรียบ กลางหมวกสีขาวนวล ผิวมัน ขอบหมวกเป็นซี่ร้วก้านกลางตลอดครบถี่ไม่มาก ส่วนชนิดรับประทานไม่ได้ลักษณะผิวเปลือกแตกเป็นตา เมื่อผ่าดูลักษณะหมวกด้านในหมวกมีสีขาว ผิวด้าน ขอบหมวกเรียบไม่เป็นซี่ครบถี่มาก ก้านตัน ทำให้ประชาชนในพื้นที่จึงยังมีความเสี่ยงจากการรับประทานเห็ดพิษ ดังนั้น การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะของเห็ดที่รับประทานได้ การปรุงอาหารที่ถูกต้อง และการปฐมพยาบาลที่เหมาะสมก็จะทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างความรอบรู้ด้านเห็ดพิษในหมู่บ้านพื้นที่อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จากการใช้กระบวนการสร้างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยการเสริมพลังอำนาจ (LEAD- Risk) เป็นการบูรณาการจากแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยง การเสริมพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการสร้างความเชื่อมั่นเพื่อการสื่อสารความเสี่ยงของพาทูร์ตัน คงเมือง ทัยสุวรรณ<sup>9</sup> โดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริง ถูกต้อง โปร่งใส ยอมรับและให้ความเคารพผู้ที่เราสื่อสารความเสี่ยงด้วย สนับสนุนความต้องการ และการตอบสนองความจำเป็น โดยได้รูปแบบการสื่อสารมา 3 รูปแบบ ได้แก่ การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งต้องผ่านกระบวนการในการเสริมสร้างศักยภาพ ซึ่งระดับความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน ดังนั้นสำหรับรูปแบบนี้ต้องอาศัยสื่อสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการสื่อสารความเสี่ยงที่ชัดเจน ส่วนรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโดยผู้นำชุมชนผ่านเสียงตามสายก็อาจจะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความพร้อมของเครื่องกระจายเสียง ส่วนรูปแบบของสื่อสุขภาพในรูปแบบของโปสเตอร์นั้นต้องเลือกพื้นที่ในการติดตั้งเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยในการวิจัยครั้งนี้เลือกติดบริเวณเส้นทางที่เป็นเส้นทางไป - กลับพื้นที่เก็บเห็ด ซึ่งจะทำให้ประชาชนที่จะเดินทางไปเก็บเห็ดสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเห็ดพิษได้มากขึ้น

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังกระบวนการพัฒนา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นก่อนกระบวนการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยมีองค์ประกอบที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเห็ดพิษ ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีของ Don Nutbeam<sup>14</sup> โดยเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจได้ด้วยตัวเอง

ส่วนองค์ประกอบที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสื่อสารด้านเห็ดพิษ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตัวเองในการป้องกันเห็ดพิษ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันเห็ดพิษ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีของ Don Nutbeam<sup>14</sup> โดยเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์<sup>11</sup> (Interactive/communicative health literacy) ทักษะพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญา และทักษะทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ<sup>11</sup> (Critical health literacy) ทักษะทางปัญญาและสังคม การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ และการผลักดันสังคม ซึ่งเป็น Interpersonal และ Integrated out come ต้องใช้ระยะเวลาสำหรับกระบวนการเรียนรู้เพื่อทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว ดังนั้น การที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต้องมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการสำหรับการวิจัยนี้สามารถนำรูปแบบในการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับเห็ดพิษเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษไปใช้กับประชาชนในทุกพื้นที่ได้ทั้ง 3 รูปแบบ ซึ่งถ้าจะให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต้องใช้ควบคู่กันไปทั้ง 3 รูปแบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายที่สุด และเมื่อมีการดำเนินการสม่ำเสมอ ก็จะส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น รวมทั้งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะเพิ่มตามขึ้นไปด้วย
2. ด้านการศึกษา สื่อสุขภาพ “ทำอะไร ให้ปลอดภัยจากเห็ดพิษ” สามารถนำไปปรับใช้สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกระบวนการดูแลรักษาได้เพื่อเป็นสื่อในการสื่อสารถึงชนิดของเห็ดที่ผู้ป่วยรับประทานมา โดยทีมรักษาสามารถทราบถึงชนิดของเห็ดที่ผู้ป่วยรับประทานมาทำให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ด้านการวิจัย ควรประเมินผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเห็ดพิษ และควรศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจรับประทานเห็ด

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 มิ.ย.2562]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/doe/journal\\_detail.php?publish=6891](https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=6891)
2. กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารประกอบการบรรยาย สถานการณ์เห็ดพิษ. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
3. กลุ่มบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลนุชนทริก. รายงานการสอบสวนโรคเห็ดพิษ.อุบลราชธานี: โรงพยาบาลนุชนทริก; 2562.
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. และลดเสี่ยง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. ชินตา เตชะวิจิตรจำรู. ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ: ภัยแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค.2562];19:1-11. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/130366/97803>
6. นิตยา พันธุเวทย์, นุชรี อาบสุวรรณ, ชัยศักดิ์ สุรสิทธิ์. การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรกรมควบคุมโรค. วารสารควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค.2562];39:225-32 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/download/154917/112654/>
7. พรสุดา ไสวรรณ, สิรินาถ เทียนคำ, ณัฐพล ปัญญา. ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหารและปฏิบัติเมื่อกินเห็ดพิษของชาวบ้าน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2563;6:995-1005.
8. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 พ.ย.2562];27:91-106. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/111192/86931/>

9. พาหุรัตน์ คงเมืองทัยสุวรรณ. แนวคิดในการสร้างความน่าเชื่อถือในการสื่อสารความเสี่ยง. คู่มือการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในภาวะวิกฤติ. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2560.
10. พรพรรณ กุลมา, มณูศิลป์ ศิริมาตย์, สายสมร ล้ายอง. การเปรียบเทียบลักษณะสัญญาณวิทยาของเห็ดระโงกชนิดที่รับประทานได้กับรับประทานไม่ได้. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 49: สาขาวิทยาศาสตร์;1-4 กุมภาพันธ์ 2554; มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ; 2554.
11. เมธาวิ ดวงจินดา, นงพิมล นิมิตอนันท์, ศศิธร รุจนเวช. ผลลัพธ์ของโปรแกรมความเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค.2562];17:62-7 เข้าถึงได้จาก:  
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/66803/54584>
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคเห็ดพิษ ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:  
<http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/research/form/60>.
13. Daniel WW. Biostatistic: A foundation for analysis in the health sciences. 8<sup>th</sup> ed. n.p.: 1995.
14. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. Health Promotion International [Internet]. 2000 [cited 2019 Jun 24]. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>