

พลวัตสุขภาพวิถีชาติพันธุ์ลาหู่ในพื้นที่ชายขอบของภาคเหนือ ประเทศไทย: การสังเคราะห์องค์ความรู้และแนวทางการ บูรณาการภูมิปัญญาเข้ากับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล¹, อองดาว ประกายนำสุข²

¹ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับพลวัตสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในบริบทพื้นที่ชายขอบของภาคเหนือประเทศไทย เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ผ่านการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา ร่วมกับการสะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์ภาคสนาม เพื่อสะท้อนภาพรวมสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ผลการศึกษาพบว่า ชาวลาหู่มีระบบความเชื่อและวิธีการดูแลสุขภาพที่ยึดโยงกับมิติทางวัฒนธรรมและธรรมชาติ หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเข้มแข็ง เช่น การใช้สมุนไพร การเรียกขวัญ และระบบเครือญาติ อย่างไรก็ตาม ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมและนโยบายสุขภาพจากรัฐที่เป็นรูปแบบบนลงล่าง ส่งผลให้ชาวลาหู่ยังคงเผชิญอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสถานะบุคคล (การไร้สัญชาติ) ระยะทางที่ห่างไกล และช่องว่างของการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับชุมชน จากผลการศึกษา เสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน โดยเน้นการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่ และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำและสร้างสุขภาวะที่ดีที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาติพันธุ์ลาหู่อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ชาติพันธุ์ลาหู่; ภูมิปัญญาสุขภาพท้องถิ่น; ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ; พื้นที่ชายขอบ; การบูรณาการบริการสุขภาพ

วันรับ: 15 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 27 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 30 พ.ย. 2568

บทนำ

ในบริบทของสังคมไทยที่ประกอบด้วยความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรมอย่างเข้มข้น การทำความเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” จึงไม่สามารถจำกัดความไว้เพียงมิติทางชีวภาพ หรือแนวทางทางการแพทย์กระแสหลักเพียงเท่านั้น แต่ควรถูกพิจารณาผ่านกรอบคิดที่มีความละเอียดอ่อนและเชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม อัตลักษณ์ และความเชื่อของแต่ละกลุ่มทางสังคมอย่างลึกซึ้ง⁽¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายขอบของรัฐ ซึ่งการนิยาม “สุขภาพ” หรือ “การเจ็บป่วย” อาจมีนัยทางสังคมจิตวิทยา และพิธีกรรมร่วมอยู่ในกระบวนการทัศน์ของชุมชนอย่างแนบแน่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ (มุเซอ) เป็นกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในพื้นที่ภูเขาทางภาคเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน ชาวลาหู่มีรูปร่างสันทนต์ และมีลักษณะเฉพาะในด้านวัฒนธรรมการแต่งกายที่มีเอกลักษณ์⁽²⁾ ซึ่งส่วนใหญ่มีสีสันทันใส รวมถึงภาษาและชื่อเรียกที่เป็นของตนเอง แม้ว่า

จะไม่มีอักษรเขียน แต่ภาษาของชาวลาหู่ก็มีความสำคัญในการสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ทางวัฒนธรรมและประเพณี จากรุ่นสู่รุ่น การดำรงชีวิตของชาวลาหู่มักเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับการทำไร่เลื่อนลอยและการล่าสัตว์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญทั้งในแง่ของการหาเลี้ยงชีพและการรักษาความสมดุลทางธรรมชาติ ในอดีตชาวลาหู่ใช้การล่าสัตว์เป็นวิธีการหลักในการหาผลิตภัณฑ์จากสัตว์ต่างๆ เช่น เลือด ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความศักดิ์สิทธิ์และวิญญาณของบรรพบุรุษ ซึ่งการล่าหรือการแบ่งปันเนื้อเลือดเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชน บ้านของชาวลาหู่ส่วนใหญ่มีลักษณะยกพื้นสูง เพื่อป้องกันสัตว์ร้ายและน้ำท่วม ซึ่งเป็นวิธีการสร้างบ้านที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภูเขา ชุมชนลาหู่มักตั้งอยู่ในพื้นที่สูง ที่มีการเข้าถึงที่ยากลำบากและห่างไกลจากความเจริญทางเทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน เป็นหนึ่งในข้อจำกัดที่ยังคงพึ่งพา ระบบสุขภาพเชิงวัฒนธรรมกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่⁽³⁾ และชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่มีวิถีชีวิต วัฒนธรรม และระบบความเชื่อที่มีลักษณะเฉพาะตน การดูแลสุขภาพในชุมชนลาหู่จึงมีไม่เพียงการเยียวยาร่างกาย แต่ยังเป็นกระบวนการทางสังคมและจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงคน ชุมชนและธรรมชาติไว้ด้วยกันอย่างสอดประสาน ทั้งผ่านบทบาทของหมอพื้นบ้าน การใช้พืชสมุนไพร การปฏิบัติพิธีกรรมเพื่อเรียกขวัญ หรือแม้แต่การยึดถือจารีตประเพณีในการรักษาคุณภาพชีวิต^(4,5) ในขณะเดียวกัน ระบบบริการสุขภาพของรัฐยังคงตั้งอยู่บนฐานคิดแบบชีวการแพทย์ (Biomedical Model) แนวคิดทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการวินิจฉัยและการรักษาโรคจากมุมมองทางชีววิทยาและทางการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ โดยเน้นที่สาเหตุทางกายภาพของโรคและการรักษาที่ใช้วิธีการทางการแพทย์และเภสัชกรรมเพื่อบรรเทาอาการหรือรักษาโรค ขึ้นอยู่กับความเข้าใจในกระบวนการทางชีวภาพของร่างกายมนุษย์ อย่างไรก็ตาม George Engel⁽⁶⁾ ได้วิจารณ์เกี่ยวกับโมเดลชีวการแพทย์และเสนอให้มีการพัฒนาแนวคิดที่ครอบคลุมปัจจัยทางจิตใจและสังคมในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสร้างความเข้าใจว่าโรคไม่ใช่แค่ผลของการผิดปกติทางชีวภาพ แต่ยังรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตใจและสังคมด้วย และ Morris⁽⁷⁾ วิจารณ์การใช้โมเดลชีวการแพทย์ในวงการแพทย์ และเสนอข้อจำกัดในการเข้าใจโรคและสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นถึงการละเลยปัจจัย

ทางสังคม และจิตใจที่มีผลต่อการเจ็บป่วย โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขและผสมผสานการคิดทางจิตวิทยาและสังคมในการศึกษาและรักษาโรค ซึ่งแม้จะมีประสิทธิภาพในเชิงเทคโนโลยีและการรักษาเฉพาะทาง แต่กลับมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ดำรงอยู่ท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรมที่ซับซ้อน

กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ในภาคเหนือของประเทศไทย ประสบปัญหาด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในด้านอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความยั่งยืน^(8,9) มิงานวิชัยของ Suratana และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแบบจำลองการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่มุ่งเน้นชุมชน (Community-Based Reproductive Health Care Model; CRHC) ในกลุ่มสตรีลาหู่ โดยพบว่า การศึกษาและการฝึกอบรมที่ปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของชุมชนสามารถเพิ่มความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเจริญพันธุ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ ในขณะที่ยานวิชัยของ Yan และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาความแตกต่างในการใช้บริการสุขภาพมารดาและเด็กระหว่างสตรีชนเผ่าพื้นเมืองและสตรีอื่นในมณฑลยูนนาน ประเทศจีน พบว่า ผู้หญิงชนเผ่าพื้นเมืองมีอัตราการใช้บริการอนามัยมารดาและเด็กต่ำกว่าผู้หญิงอื่น โดยเฉพาะในเรื่องของการฝากครรภ์ในไตรมาสแรก และการฉีดวัคซีนในเด็กเล็ก ซึ่งสะท้อนถึงอุปสรรคทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแบบจำลองการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชนชนเผ่า เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม จากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสิทธิประกันสุขภาพ เนื่องจากชุมชนลาหู่มีสถานะทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ อาทิ การไร้สัญชาติและการตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ยังคงมีอุปสรรคทั้งในด้านการเดินทางและคมนาคม แม้เวลาจะผ่านไป แต่ปัญหาเดิมยังคงเรื้อรังและทวีความซับซ้อนขึ้นในรูปแบบใหม่^(12,13) การพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

ในพื้นที่ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องทบทวนแนวคิดการพัฒนาที่ใช้รูปแบบบนลงล่าง (top-down) กล่าวคือ รูปแบบการพัฒนาจากบนลงล่าง ซึ่งมักเป็นการสั่งการเชิงนโยบายเดียวที่ใช้ทั่วประเทศ (one size fits all) โดยไม่ได้คำนึงถึงความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น ขาดกระบวนการหารือหรือทำความเข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนอย่างแท้จริง ส่งผลให้รูปแบบบริการที่จัดให้อาจมีความทันสมัยในเชิงเทคนิค แต่กลับขัดแย้งกับวิถีความเชื่อและข้อปฏิบัติทางจิตวิญญาณของชาวลาหู่ ทำให้เกิดช่องว่างและความไม่ไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เน้นการควบคุมจากหน่วยงานส่วนกลาง มาเป็นการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างแพทย์-สมัยใหม่และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมมานานในชุมชน⁽¹⁴⁾ ซึ่งหากดำเนินการปรับปรุงรูปแบบดังกล่าวได้ก็จะสามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพในลักษณะที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายขอบและยั่งยืนมากขึ้นได้

บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอการวิเคราะห์เชิงวิชาการต่อแนวคิดและวิธีปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ โดยเน้นการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมระบบความเชื่อ และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจต่อสุขภาพในมิติองค์รวม และเป็นฐานคิดในการออกแบบนโยบายหรือแนวทางการสนับสนุนสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์อย่างแท้จริง โดยสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับพลวัตสุขภาพวิถีชาติพันธุ์ลาหู่ และเสนอแนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ ด้วยการทบทวนและสะท้อนภาพแนวคิด ความเชื่อ และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมุมมองของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ผ่านการสังเคราะห์เอกสารร่วมกับข้อมูลจากประสบการณ์ตรงในพื้นที่ และศึกษาบทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวลาหู่ ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ชายขอบ รวมทั้งเสนอแนวทางในการเชื่อมโยง และบูรณาการวัฒนธรรมสุขภาพของชาติพันธุ์ลาหู่เข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อลดช่องว่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

บทความนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (mixed methods approach)⁽¹⁵⁾ โดยเน้นการสังเคราะห์เอกสารวิชาการ (documentary synthesis) ร่วมกับการสะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์ตรงในพื้นที่ (direct field experience) ของผู้นิพนธ์ และได้วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสังเคราะห์เอกสารวิชาการ⁽¹⁶⁾ ผู้นิพนธ์ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและขอบเขตการศึกษา ดังนี้

แหล่งข้อมูล: สืบค้นจากฐานข้อมูลวิชาการระดับชาติและนานาชาติ (PubMed, Google Scholar) รวมถึงรายงานสถานการณ์สุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

คำค้นสำคัญ: ชาติพันธุ์ลาหู่ (Lahu ethnic) ภูมิปัญญาสุขภาพ (health wisdom) การแพทย์พื้นบ้าน (ethnomedicine) พื้นที่ชายขอบ (border health)

จากการสืบค้นเอกสารเบื้องต้นผ่านฐานข้อมูลวิชาการและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง พบเอกสารจำนวนทั้งสิ้น 125 ฉบับ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา ผู้นิพนธ์ได้กำหนดเกณฑ์การคัดออก และทำการคัดกรองเอกสารจนเหลือฉบับที่นำมาใช้สังเคราะห์จริงจำนวน 44 ฉบับ โดยมีรายละเอียดขั้นตอนเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า

ด้านเนื้อหา: คัดเลือกเอกสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ หรือกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในบริบทของภาคเหนือของประเทศไทยและพื้นที่ชายแดน ระบบความเชื่อ พิธีกรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ระบบความเชื่อและพิธีกรรมรักษาโรค อนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์ (เช่น การเรียกขวัญ การสืเทียน) สถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (เช่น ความไร้สัญชาติ ภาษา) และทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์และโมเดลสุขภาพ ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ด้านประเภทของเอกสาร: ครอบคลุมทั้งบทความวิจัย บทความวิชาการ ตำรา/หนังสือ วิทยานิพนธ์ และรายงานจากองค์กรที่น่าเชื่อถือ

ด้านภาษา: เอกสารฉบับเต็มที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ด้านระยะเวลา: ไม่จำกัดปีที่ตีพิมพ์สำหรับเอกสารที่เป็นทฤษฎีพื้นฐานและประวัติศาสตร์ชาติพันธุ์ (เช่น งานของ Kleinman⁽¹⁾ ในช่วงปี 1980s เพื่อให้เห็นรากเหง้าทางวัฒนธรรม แต่เน้นเอกสารที่ตีพิมพ์ในช่วง 10 ปีหลัง (ค.ศ. 2015–2025) สำหรับข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและนโยบายสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบัน

2) เกณฑ์การคัดออก บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม หรือบทความย่อไม่สมบูรณ์ บทความที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน บทความที่ศึกษาในบริบทที่ไม่สามารถเทียบเคียงกับพื้นที่ชายขอบของประเทศไทยได้ และบทความแสดงความคิดเห็นส่วนบุคคลที่ไม่มีการอ้างอิงทางวิชาการรองรับได้ทำการคัดเลือกเอกสารออกจากรวมทั้งสิ้น 81 ฉบับ โดยจำแนกตามสาเหตุหลักได้ดังนี้

เอกสารที่มีความซ้ำซ้อน จำนวน 30 ฉบับ เนื่องจากการสืบค้นจากหลายฐานข้อมูล (เช่น Google Scholar, TCI, PubMed) ทำให้พบรายการบทความซ้ำกัน จึงตัดออกให้เหลือเพียงรายการเดียว

เนื้อหาไม่ตรงกับบริบทการศึกษา จำนวน 35 ฉบับ บทความที่ศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์อื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมลาหู่ บทความที่ศึกษาบริบทพื้นที่ต่างประเทศที่สภาพสังคมแตกต่างจากพื้นที่ชายขอบของไทยอย่างสิ้นเชิง (เช่น กลุ่มลาหู่ในเวียดนามหรือลาว ที่มีบริบทนโยบายรัฐต่างกัน) บทความที่เน้นด้านภาษาศาสตร์หรือเกษตรกรรมเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีมิติด้านสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดี

ประเภทของเอกสารและข้อจำกัดการเข้าถึง จำนวน 16 ฉบับ บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม บทความ

แสดงความคิดเห็น ข่าวลั้่น หรือบทความจากเว็บไซต์ที่ไม่ปรากฏรายชื่อผู้แต่งหรือการอ้างอิงที่ชัดเจนตามหลักวิชาการ ดังตารางสรุปกระบวนการคัดเลือก ดังตารางที่ 1

2. ประสบการณ์ตรงจากพื้นที่ศึกษา (direct experience)⁽¹⁷⁾ ข้อมูลเชิงลึกในบทความนี้ส่วนหนึ่งได้มาจากการปฏิบัติงานจริงของผู้นิพนธ์ในพื้นที่อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่สูง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านกระบวนการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการปฏิบัติงานร่วมกันในระบบบริการสุขภาพชุมชนตลอดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่โดยเน้นศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการชาวลาหู่กับบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาหน้างานในการสื่อสาร และการสังเกตการณ์พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้อง กับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสาร

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)⁽¹⁸⁾ จากเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกทั้ง 44 ฉบับ นำมาศึกษาและวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้นิพนธ์ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ (1) การทำความเข้าใจเนื้อหา โดยอ่านและทบทวนรายละเอียดของเอกสารฉบับเต็มอย่างละเอียดเพื่อจับใจความสำคัญและบริบทของการศึกษา (2) การจัดหมวดหมู่ประเด็นโดยจำแนกข้อมูลออกเป็นกลุ่มประเด็นหลักตามเนื้อหาที่สอดคล้องกัน เชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมของระบบสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และ(3) การสังเคราะห์เนื้อหาโดยเรียบเรียงและตีความข้อมูลในแต่ละประเด็น เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของบทความ โดยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ วัฒนธรรมกับแนวคิด ความเชื่อ

ตารางที่ 1 สรุปกระบวนการคัดเลือกการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการคัดเลือก	จำนวน (ฉบับ)	หมายเหตุ
1. การสืบค้นเบื้องต้น	125	สืบค้นจากฐานข้อมูลและหนังสือที่เกี่ยวข้อง
2. การคัดออก	81	ไม่ใช่กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่/ไม่ใช่เรื่องสุขภาพ
- คัดออกเนื่องจากซ้ำซ้อน	30	
- คัดออกเนื่องจากเนื้อหาไม่ตรงกับบริบท	35	
- คัดออกเนื่องจากประเภทเอกสาร/ไม่มีฉบับเต็ม	16	
3. เอกสารที่คัดเลือกนำมาศึกษา	44	นำมาสังเคราะห์ในบทความนี้

สุขภาพในมุมมองกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองวัฒนธรรมสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่กับการบูรณาการแพทย์สมัยใหม่ และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ผลการศึกษา

1. การทบทวนและสะท้อนภาพ แนวคิด ความเชื่อ และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมุมมองของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ผ่านการสังเคราะห์เอกสารร่วมกับข้อมูลจากประสบการณ์ตรงในพื้นที่

วัฒนธรรมกับแนวคิด ความเชื่อ สุขภาพในมุมมองชาติพันธุ์ลาหู่: ในมุมมองของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่มีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งและซับซ้อน ซึ่งเชื่อมโยงกับความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่แตกต่างจากแนวคิดสุขภาพในมุมมองของสังคมไทยทั่วไป ความเชื่อในเรื่องสุขภาพของชาวลาหู่ไม่เพียงแต่เป็นกระบวนการทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม จิตวิญญาณ และประเพณีดั้งเดิมที่ถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพทางร่างกายกับจิตใจ ความเชื่อทางศาสนา และการรักษาที่มาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น^(19,20) โดยสรุปตามบริบทให้เข้าใจได้ง่ายในแต่ละประเด็นสำคัญดังนี้

1. การเข้าใจสุขภาพในบริบทของชาติพันธุ์ลาหู่สุขภาพถูกมองในแง่ของความสมดุลที่เกี่ยวข้องกับทั้งร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยอาจไม่จำกัดเพียงแค่ปัญหาทางร่างกาย แต่ยังรวมถึงความผิดปกติทางจิตวิญญาณที่เกิดจากความไม่สมดุลในชีวิต เช่น การละเมิดกฎเกณฑ์ทางสังคม หรือการทำลายสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของชุมชน ความเจ็บป่วยในบริบทนี้สามารถถูกมองว่าเป็นการส่งสัญญาณเตือนจากโลกวิญญาณ หรือเป็นผลจากการสะสมกรรมในอดีต ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งระหว่างสุขภาพกับศีลธรรม จิตวิญญาณ และการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมของชุมชน⁽¹⁹⁻²¹⁾

2. การรักษาสุขภาพด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น มักจะใช้สมุนไพรและวิธีการทางธรรมชาติที่สอดคล้องกับความเข้าใจในเรื่องของการรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจในการรักษาโรคต่างๆ เช่น การใช้สมุนไพรจากพืชในท้องถิ่น

เช่น ว่านหางจระเข้ ขมิ้น หรือแม้กระทั่งการใช้การรักษาทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการสะเดาะเคราะห์ บัดเป่าผี หรือการทำพิธีกรรมเพื่อเสริมสร้างความสมดุลระหว่างคนและธรรมชาติ และยังมีองค์ความรู้ด้านสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านของลาหู่มีความหลากหลายและลุ่มลึก สืบทอดผ่านระบบเครือญาติ โดยเฉพาะบทบาทของหมอพื้นบ้านซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้เจ็บป่วยในระดับครัวเรือนและชุมชน ตัวอย่างเช่น หมอพื้นบ้านรายหนึ่งในพื้นที่ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบิดามารดาเมื่ออายุ 30 ปี โดยเน้นการรักษา-แผลเปิด แผลติดเชื้อ หรือผิวหนังพุพองด้วยสมุนไพรเดี่ยว เช่น ว่านหางจระเข้ (ลาหู่เรียก ว่านหางจระเข้) ใบบัวบก (ลาหู่เรียก ผักหนอก Phak-nok) ขมิ้น (ลาหู่เรียก ออเปะชิ หรือ Aw-peh-shi) หรือพืชเฉพาะถิ่นที่เรียกว่า “ผะจ่อ” และ “ยาแก่” วิธีการรักษามีขั้นตอนตั้งแต่การสังเกตลักษณะแผล การเตรียมยาพอก การติดตามผลหลังการรักษา โดยพืชสมุนไพรที่ลาหู่ใช้ในการดูแลสุขภาพมีมากมาย แบ่งตามระบบร่างกาย ได้แก่

1) กลุ่มโรคทางเดินอาหาร เช่น ยาผะจ่อ (Ya-phachho ตำรับยาแก้ปวดท้อง) ใบฝรั่ง (ลาหู่เรียก มะกุกยี่ หรือ Ma-kui-si) และขมิ้น (ลาหู่เรียก ออเปะชิ หรือ Aw-peh-shi) ซึ่งนิยมนำมาต้มดื่มเพื่อบรรเทาอาการปวดท้องและท้องร่วง

2) กลุ่มโรคผิวหนัง เช่น ว่านหางจระเข้ (ลาหู่เรียก ว่านหางจระเข้ ตามภาษาถิ่น) และน้ำมันหมี (ลาหู่เรียก พาน้ำมัน หรือ Hpa-nam-man) ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมในการรักษาแผลสดและแมลงสัตว์กัดต่อย

3) กลุ่มโรคทางเดินหายใจ เช่น มะแว้ง (ลาหู่เรียก มะแว้ง) ขิง (ลาหู่เรียก ออเปะ หรือ Aw-peh) ช่วยขับลมและแก้หวัด และมะนาว (ลาหู่เรียก ทุสะมะ หรือ Thu-sa-meh)

4) กลุ่มโรคทางเดินปัสสาวะ เช่น หญ้าคา (ลาหู่เรียก หญ้าคา) กระเจี๊ยบแดง (ลาหู่เรียก สัมพอดี หรือ Som-phor-dee ตามภาษาถิ่นเหนือ) และตะไคร้ (ลาหู่เรียก จะไคหรือ Ja-khai บ้างเรียก เชื้อซื่อหรือ Cheu-seu)

5) กลุ่มสมุนไพรบำรุงและถอนพิษ เช่น รางจืด (ลาหู่เรียก รางจืด) ฟ้าทะลายโจร (ลาหู่เรียก ฟ้าทะลายโจร), รากบานไม่รู้โรย (ลาหู่เรียก ตะล่อม หรือ Ta-lom) และโหระพา (ลาหู่เรียก โหระพา) เป็นต้น^(11,19,20)

3. การมองสุขภาพในมิติร่างกายและจิตใจ การดูแลสุขภาพในมุมมองของชาวลาหู่จึงไม่ได้แยกการรักษาร่างกายและจิตใจออกจากกัน แต่ทั้งสองเป็นสิ่งที่ต้องดูแลควบคู่กันไป ตัวอย่างเช่น การรักษาจากการบาดเจ็บหรือโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นจากสาเหตุทางกายภาพ เช่น การบาดเจ็บจากการทำไร่หรือการล่าสัตว์จะต้องได้รับการรักษาด้วยสมุนไพร แต่ในขณะเดียวกัน ชาวลาหู่ก็จะมีการทำพิธีทางจิตวิญญาณเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสงบทางจิตใจของผู้ป่วยด้วย การรักษาทางจิตวิญญาณในลาหู่ไม่ได้เป็นเพียงแค่เรื่องของศาสนาหรือพิธีกรรมเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการรักษาอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพโดยรวม การใช้พลังงานทางจิตวิญญาณในการรักษาความเจ็บป่วยจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่เป็นธรรมชาติและองค์รวม^(19,22)

4. ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ที่ชาวลาหู่ต้องเผชิญ มักประสบกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพจากภาครัฐ เนื่องจากข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น และการขาดสิทธิทางกฎหมาย การไม่มีสัญชาติที่ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียม⁽²¹⁻²³⁾ แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบสาธารณสุข แต่กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงชายขอบของประเทศไทย โดยเฉพาะชาวลาหู่ ยังคงเผชิญกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านอนามัยแม่และเด็ก จากการศึกษาล่าสุดพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวลาหู่ในพื้นที่ชายขอบยังเข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยมีอุปสรรคสำคัญคือ ระยะทางที่ห่างไกล และข้อจำกัดด้านสถานะทางกฎหมาย ที่ทำให้เกิดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทางออกนอกพื้นที่⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ ปัญหาการตีตรา (stigma) และอุปสรรคทางภาษาในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ยังเป็นปัจจัยผลักดันให้หญิงชาวลาหู่บางส่วนเลือกที่จะคลอดบุตรที่บ้านโดยอาศัยหมอด่าแยพื้นบ้าน (traditional birth attendants) มากกว่าการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพของแม่และเด็ก⁽²⁵⁾ ในด้านสุขภาพเด็ก พบว่า เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือมีอัตราการได้รับวัคซีนพื้นฐานไม่ครบตามเกณฑ์ และล่าช้ากว่าเด็กไทยทั่วไป สาเหตุหลักมาจากความรอบรู้

สุขภาพ ความยากจน และการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ชายขอบ ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงต่อโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน รวมถึงปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่ยังพบได้บ่อยในเด็กก่อนวัยเรียนชาวลาหู่ ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคและความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือน⁽²⁶⁾

5. แนวทางการพัฒนาสุขภาพในชุมชนลาหู่ ต้องมีการให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์สมัยใหม่ พร้อมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์และข้อจำกัดของชุมชน การศึกษาและพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ จะช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่สามารถปรับปรุงและรักษาคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน ในมุมมองมานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropology) สุขภาพไม่ใช่เพียงสภาวะทางชีวภาพ แต่เชื่อมโยงกับความเชื่อ ระบบคุณค่า และพิธีกรรมในสังคม เช่นเดียวกับกลุ่มลาหู่ ที่มองว่า ความเจ็บป่วย อาจเกิดจากความไม่สมดุลของพลังชีวิต หรือการละเมิดสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แนวคิดสุขภาพองค์รวม (holistic health) จึงมีความสำคัญในการเข้าใจมิติทางกาย ใจ จิตวิญญาณ และสังคม ที่อยู่ร่วมกันอย่างไม่แยกจากกัน^(19,22)

2. บทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของชาติพันธุ์ลาหู่ ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ชายขอบ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง: ชาติพันธุ์ลาหู่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ ทั้งนี้ ในทัศนะของลาหู่ ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) มิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรคทางกายเท่านั้น แต่ยังหมายถึงรวมถึงความปกติสุขของความสัมพันธ์ในเครือญาติ ความสามัคคีในชุมชน และความสมดุลระหว่างมนุษย์กับสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ยึดโยงจิตวิญญาณของพวกเขาไว้ด้วยกัน “พวกเราคือนักล้าเสือ” ตามบันทึกของร้อยแก้ว คำมาลา⁽²⁷⁾ เป็นคำกล่าวที่สะท้อนความภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ซึ่งมีต้นกำเนิดจากทิวเขาดอนใต้ก่อนอพยพลงมาจากตอนใต้ของจีนและเข้าสู่เขตชายแดนพม่า-ไทย โดยคำว่า “ลา” หมายถึง “เสือ” และ “หู่” แปลว่า “หมู่บ้านหรือกลุ่ม

แบ่งปัน” ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันและการแบ่งปันหลังการล่าสัตว์ โดยเฉพาะเสือซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความกล้าหาญและความแข็งแกร่งของบรรพบุรุษ^(22,23) วิถีชีวิตดั้งเดิมของลาหู่มีรากฐานอยู่กับธรรมชาติและจิตวิญญาณ ความเข้าใจสุขภาพของลาหู่จึงมิได้แยกขาดจากความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ หากแต่เชื่อมโยงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย วิญญาณ และชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ถือเป็นหนึ่งในชนกลุ่มน้อยที่พูดภาษากลุ่มทิเบต-พม่า (Tibeto-Burman) และส่วนหนึ่งยังมีร่องรอยภาษาจีนและไทใหญ่ เนื่องจากการอพยพและการตั้งถิ่นฐานในเขตชายแดนจีน พม่า และไทย ซึ่งส่งผลให้ภาษาและวัฒนธรรมของลาหู่มีความหลากหลายและยืดหยุ่น⁽²⁸⁾

ในประเทศไทย ลาหู่กระจายอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ เชียงราย ตาก และกำแพงเพชร โดยเฉพาะในเขตอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งยังปรากฏร่องรอยของวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ดั้งเดิมที่บอกเล่าผ่านตำนาน ภาษา การแต่งกาย และการประกอบพิธีกรรมแบบดั้งเดิมของกลุ่มชนนี้^(29,30) จากงานวิจัยของรัศมี โชคปัญญาไพศาล และคณะ^(31,32) พบว่า บริเวณแหล่งโบราณคดีปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่สูงทางภาคเหนือของประเทศไทย มีหลักฐานการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ในช่วงปลายยุคน้ำแข็ง (late Pleistocene) โดยเฉพาะใน ถ้ำผีแมน (Tham Lod rockshelter) และ ถ้ำบ้านไร่ (Ban Rai rockshelter) ซึ่งมีอายุประมาณ

34,000–12,000 ปีมาแล้ว การขุดค้นพบกระดูกสัตว์-เลี้ยงลูกด้วยนมในวงศ์ Caprinae เช่น เลียงผา กวางผาจีน กวางผาถิ่นใต้ และกวางผาหิมาลัย ซึ่งบ่งชี้ว่ามนุษย์ยุคนั้นมีการพึ่งพิงสัตว์ป่าในพื้นที่ภูเขาสูงในการยังชีพ⁽³²⁾ ข้อมูลจากซากกระดูกสัตว์เหล่านี้สะท้อนถึงวิถีชีวิตแบบล่าสัตว์-เก็บของป่า (hunter-gatherer) ที่มีความเกี่ยวโยงอย่างแนบแน่นกับสิ่งแวดล้อมภูเขา ลักษณะการดำรงชีวิตดังกล่าวมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในปัจจุบัน ซึ่งยังดำรงอยู่ในพื้นที่ภูเขาสูง และมีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ทั้งในการรักษาพื้นถิ่นผ่านสมุนไพร การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และความเชื่อทางจิตวิญญาณที่สืบทอดจากบรรพบุรุษ^(31,32)

กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในประเทศไทยแบ่งกลุ่มตามลักษณะสีของเครื่องแต่งกายดั้งเดิมเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ลาหู่แดง และลาหู่ดำ โดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งแต่เดิมแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีแดงหรือดำล้วน แต่ปัจจุบันมีความหลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น สีน้ำเงิน แดง ขาว หรือดำ โดยประดับด้วยเม็ดเงินเม็ดเล็กๆ ปักตามหน้าอก แขนเสื้อ หรือชายกระโปรง ดังภาพที่ 1 เครื่องแต่งกายเหล่านี้สะท้อนอิทธิพลของวัฒนธรรมต้นกำเนิดจากทิเบตและจีน เช่นเดียวกับประเพณีการประดับ ธงสี (prayer flags) ในพิธีสำคัญอย่างพิธีปีใหม่ หรือพิธีกินข้าวใหม่ ที่ยังคงรักษาไว้ในหลายชุมชน

ภาพที่ 1 ลักษณะสีเครื่องแต่งกายดั้งเดิมของชาติพันธุ์ลาหู่ในประเทศไทย



“ผู้นำแห่งจิตวิญญาณชุมชนลาหู่” โตโบ หรือ ปูจอง/ ปูจ็อง คือผู้นำทางจิตวิญญาณของชุมชนลาหู่ที่ได้รับความเคารพนับถือจากสมาชิกในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อดั้งเดิม เช่น การสะเดาะเคราะห์ รักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจ และการขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อความอุดมสมบูรณ์ของชุมชน โตโบถือเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกับพระเจ้า ผี หรือพลังเหนือธรรมชาติได้ โดยต้องมีศีลธรรมสูง และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง การเป็นโตโบต้องสืบทอดจากรุ่นก่อน และได้รับการยอมรับจากสมาชิกในชุมชน โตโบต้องถือศีลอย่างน้อย 2 ข้อสำคัญคือ ไม่ล่วงละเมิดสามีภรรยาผู้อื่น และไม่เสพสุรายาเสพติด หากฝ่าฝืนจะไม่มีสิทธิ์ดำรงตำแหน่ง บทบาทของโตโบครอบคลุมทั้งด้านจิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรม โดยสามารถปรับพิธีกรรมให้เข้ากับความเชื่อของแต่ละศาสนาพุทธหรือคริสต์ และเป็นผู้นำในกิจกรรมประจำชุมชนเพื่อความเจริญรุ่งเรืองของหมู่บ้าน ดังนี้

1. พิธีกรรม “โตโป๊ะ” หรือพิธีสะเดาะเคราะห์ของชาวลาหู่ เป็นกระบวนการฟื้นฟูความสมดุลระหว่างมนุษย์กับวิญญาณ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทั้งกายและใจ โดยดำเนินการโดยโตโบหรือหมอผีผู้นำทางจิตวิญญาณ พิธีประกอบด้วยการสวดมนต์ ถวายเครื่องบูชา และใช้ดนตรีสร้างบรรยากาศศักดิ์สิทธิ์ พิธีนี้สะท้อนความเชื่อและค่านิยมของชุมชนลาหู่ และช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตและความสามัคคีในชุมชน พิธีกรรมยังเป็นช่องทางในการถ่ายทอดวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นจากรุ่นสู่รุ่น⁽³³⁾

2. ประเพณี วันกินวอ (Kho' Jao We หรือ Prapheni Kin Wo) ของชาวลาหู่ วันกินวอ หรือที่ภาษาลาหู่เรียกว่า “Kho' Jao We” หรือ “Prapheni Kin Wo” เป็นประเพณีปีใหม่ที่สำคัญที่สุดของชาวลาหู่ ซึ่งจัดขึ้นในช่วงปลาย-ฤดูหนาวของทุกปี (ประมาณเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์) โดยงานกินวอจะมีระยะเวลาจัดงานตั้งแต่ 3-7 วัน ทั้งนี้ประเพณีดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อ และจิตวิญญาณที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตของชาวลาหู่ กิจกรรมภายในงานกินวอมีความหลากหลาย เช่น การฟ้อนรำ (รำชะขู่ (Ca Khui)) การเล่นดนตรีพื้นบ้าน การเลี้ยงฉลองร่วมกันของสมาชิกในหมู่บ้าน^(34,35) และการทำพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับบรรพบุรุษหรือวิญญาณผู้คุ้มครองหมู่บ้าน พิธีกรรมในวันกินวอเป็นการสะเดาะ-

เคราะห์และล้างมือ (handwashing ceremony) โดยการล้างมือถือเป็นสัญลักษณ์ของการชำระล้างสิ่งไม่ดีออกจากชีวิต เพื่อให้เริ่มต้นปีใหม่ด้วยความมีสิริมงคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนจะทำการล้างมือและให้พรแก่ลูกหลาน นอกจากนี้เทศกาลกินวอยังเป็นช่วงเวลาที่มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ห่างไกลจะเดินทางกลับบ้าน⁽³⁵⁾ เพื่อพบปะญาติพี่น้องและเสริมสร้างความรัก ความสามัคคีในครอบครัว การกลับมารวมตัวกันในเทศกาลนี้ยังเป็นโอกาสในการถ่ายทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม และภาษาลาหู่จากรุ่นสู่รุ่น เพื่อให้เยาวชนได้เรียนรู้และรักษาความเป็นเอกลักษณ์ของชุมชนเอาไว้ ในทุกๆ ปี การเฉลิมฉลองเทศกาลนี้ไม่เพียงแต่เป็นการเริ่มต้นปีใหม่ของชาวลาหู่เท่านั้น แต่ยังเป็นเวลาสำคัญที่ชุมชนจะได้กลับมารวมตัว ร่วมเสริมสร้างความสัมพันธ์และมุ่งหวังให้ปีใหม่เต็มไปด้วยความสุข ความเจริญรุ่งเรือง และความสมดุลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ^(36,37)

3. พิธีกรรมการสี่เทียน หรือการจุดเทียนขี้ผึ้งในวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ดังภาพที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มลาหู่ญี (Lahu Nyi) เป็นองค์ประกอบสำคัญในพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อดั้งเดิม ซึ่งไม่ได้เพียงแต่เป็นการให้แสงสว่างเท่านั้น แต่ยังเป็นสัญลักษณ์ของการสื่อสารกับวิญญาณบรรพบุรุษและการแสดงความเคารพต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในธรรมชาติ เทียนขี้ผึ้งเป็นสัญลักษณ์ของการเชื่อมโยงระหว่างโลกมนุษย์และโลกวิญญาณ⁽³⁶⁾ พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจุดเทียนขี้ผึ้งมักพบในพิธี “ตั้งหมู่บ้านใหม่” ซึ่งชาวลาหู่ญีจะจุดเทียนขี้ผึ้งในแต่ละบ้านเพื่อแสดงถึงความเป็นหนึ่งเดียวกันของชุมชนและอัญเชิญพรจากบรรพบุรุษให้เกิดความสงบสุขในถิ่นฐานใหม่ เทียนขี้ผึ้งยังถูกใช้ในพิธีสะเดาะเคราะห์ พิธีรักษาโรค และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับฤดูกาลเกษตรกรรม โดยเชื่อว่าเปลวเทียนเป็นตัวกลางที่นำคำอธิษฐานไปสู่โลกวิญญาณ⁽³⁷⁾ นอกจากการใช้เทียนในพิธีกรรมแล้ว ยังมีการประดิษฐ์เทียนด้วยการปั้นหรือขุดลวดลายในบางพิธีกรรม ซึ่งสะท้อนถึงการผสมศิลปะพื้นบ้านกับจิตวิญญาณ การใช้เทียนในลักษณะนี้มีคล้ายคลึงกับพิธีทางศาสนาของกลุ่มชาติพันธุ์อื่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ประดิษฐ์เทียนเพื่อใช้ในพิธีกรรมศักดิ์สิทธิ์ โดยการตกแต่งเทียนขี้ผึ้งถือเป็นการยกย่องความสำคัญของ “แสง” และ “พลังจิตวิญญาณ” ที่ฝังลึกในวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่^(23,38)

ภาพที่ 2 พิธีกรรมการสืบทอดหรือการจุกเทียนขี้ผึ้งในวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่



3. แนวทางในการเชื่อมโยง และบูรณาการวัฒนธรรมสุขภาพของชาติพันธุ์ลาหู่เข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่เพื่อลดช่องว่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุข

วัฒนธรรมสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่กับการบูรณาการแพทย์สมัยใหม่: แม้รัฐบาลจะมีนโยบายสนับสนุนแต่ชาติพันธุ์ลาหู่ยังเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริการที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องและการสื่อสารที่ชัดเจน เช่น บริการฝากครรภ์ คุณภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในเด็ก หรือการรักษาผู้ป่วยในที่ต้องพักค้างคืนที่โรงพยาบาล ซึ่งบริการเหล่านี้มักมีขั้นตอนที่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตหรือความเชื่อดั้งเดิม และยังคงเผชิญอุปสรรคอีกหลายประการในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาติพันธุ์⁽³⁹⁾ โดยเฉพาะประเด็นด้านภาษา ความเชื่อ พิธีกรรมพื้นถิ่น และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนลาหู่ในการออกแบบบริการในระบบราชการทางการแพทย์^(40,41) ในความเชื่อด้านสุขภาพของชาวลาหู่มีรากฐานจากระบบคุณค่าแบบองค์รวม (holistic) ซึ่งครอบคลุมถึงร่างกาย จิตใจ วิญญาณ และสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น การเจ็บป่วยถูกมองว่าเป็นผลของการเสียสมดุลระหว่างมนุษย์กับวิญญาณบรรพบุรุษ หรือการละเมิดข้อห้ามในชุมชน^(36,42) ซึ่งแตกต่างจากมุมมองแบบชีวการแพทย์ที่เน้นกลไกทางชีวภาพของโรค พิธีกรรม เช่น การเรียกขวัญ การสะเดาะเคราะห์ และการสืบทอดจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะกลไกการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพตามความเชื่อของชุมชน ส่วนอุปสรรค ระหว่างระบบสุขภาพของรัฐกับแนวปฏิบัติพื้นถิ่นนี้ อาจไม่ใช่อุปสรรคเสมอไป หากสามารถเปลี่ยนแนวทางเป็นโอกาสแนวทางในการสร้างระบบสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเปิด

พื้นที่ให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและออกแบบบริการสาธารณสุขที่มีความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม (culturally sensitive health care)^(43,44) ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยในพื้นที่ชายขอบของภาคเหนือยังแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและดำเนินงานด้านสุขภาพ ช่วยเสริมความไว้วางใจและเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁵⁾ ดังตารางที่ 2

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. การส่งเสริมความรู้ด้านวัฒนธรรม (cultural competence) ในระบบสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพแก่กลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในภาคเหนือของประเทศไทย การขาดความเข้าใจในภาษาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการอาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด งานวิจัยโดย Suphanchaimat และคณะ⁽⁴⁶⁾ พบว่า การมีบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านวัฒนธรรมและภาษา สามารถลดอุปสรรคในการสื่อสารและเพิ่มความไว้วางใจในระบบสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ด้านวัฒนธรรมและภาษา รวมถึงการจัดตั้งโปรแกรมอาสาสมัครสุขภาพจากชุมชน (migrant health workers; MHWs และ migrant health volunteers; MHVs) เป็นแนวทางที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ

2. การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับบริการสาธารณสุขเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริม-

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่กับระบบการแพทย์สมัยใหม่: ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม และแนวทางบูรณาการ

ประเด็น	บริบทวัฒนธรรมสุขภาพลาหู่	การแพทย์สมัยใหม่	ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม	แนวทางบูรณาการ
แนวคิดสุขภาพ/ การเจ็บป่วย	องค์รวม (ร่างกาย-จิตใจ-วิญญาณ) เจ็บป่วยจากการเสียดุลกับธรรมชาติ เช่น การผิดผี ขวัญหาย ⁽³⁶⁾	เชิงชีววิทยา (สาเหตุเชื้อโรค การเสื่อมระบบร่างกาย พันธุกรรม)	ความไม่เข้าใจกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนในการอธิบายสาเหตุของโรค ⁽⁴¹⁾ เช่น แพทย์วินิจฉัยว่า “ติดเชื้อ” แต่คนไข้เชื่อว่า “ถูกผีทำ” ทำให้ไม่กินยาตามสั่ง	การอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องวัฒนธรรมสุขภาพ และใช้ผู้ประสานวัฒนธรรมในชุมชน ⁽⁴⁵⁾ โดยใช้ “สื่อกลาง” หรือล่ามชุมชน อธิบายกลไกโรคโดยเปรียบเทียบกับความเชื่อท้องถิ่น
แนวทาง การดูแลรักษา	พิธีกรรม การเรียกขวัญ การใช้สมุนไพรในชุมชน การดูแลโดยเครือญาติ ⁽³⁹⁾	การวินิจฉัยทางคลินิก ยาแผนปัจจุบัน การผ่าตัด stem cell การแยกผู้ป่วย (isolation)	ไม่ยอมไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะไม่เชื่อมั่น หรือกลัวเทคโนโลยี ⁽¹⁴⁾ เช่น ผู้ป่วยกลัวการนอนโรงพยาบาลลำพัง เพราะเชื่อว่าขวัญจะอ่อนแอเมื่อไกลญาติ การเจาะเลือด, การผ่าตัดที่เชื่อว่าทำให้ขวัญหนี, หรือห้องแยกโรคที่ห้ามญาติเฝ้า	ส่งเสริมแพทย์แผนไทย-แพทย์พื้นบ้านร่วมกับระบบสาธารณสุขท้องถิ่น ⁽⁴²⁾ เช่น อนุญาตให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล หรือจัดพื้นที่ประกอบพิธีกรรมเล็กน้อยที่ไม่รบกวนระบบปลอดเชื้อ
บทบาทของ ครอบครัว/ชุมชน	ระบบเครือญาติ ช่วยดูแลเยียวยา มีผู้นำพิธีกรรม/โตโบดูแลสุขภาพจิต ⁽³⁶⁾	ผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นศูนย์กลาง เน้นการสื่อสารแบบทางเดียว)	ความรู้สึกละแวกจากระบบโรงพยาบาลและไม่ไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ ⁽⁴³⁾ เช่น แลกสถานที่คนแปลกหน้าที่มาดูแลใกล้ชิด	ให้ชุมชนมีส่วนร่วม ออกแบบระบบสุขภาพ และใช้โตโบ/ผู้นำจิตวิญญาณเป็นพี่เลี้ยงสุขภาพ ⁽¹⁴⁾
การเข้าถึงบริการ	เดินทางลำบาก ขาดเอกสารสิทธิ ไม่คล่องภาษาไทย เพื่อสื่อสาร ⁽⁴⁴⁾	รพ. สต./รพ. ประจำอำเภอ มีระบบประกันสุขภาพ	ความเหลื่อมล้ำทางพื้นที่และสถานะไร้สัญชาติ ทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิ ⁽⁴⁵⁾	หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การแปลภาษาถิ่น และการช่วยเหลือเรื่องสถานะทางกฎหมาย ⁽⁴²⁾

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่กับระบบการแพทย์สมัยใหม่: ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม และแนวทางบูรณาการ (ต่อ)

ประเด็น	บริบทวัฒนธรรมสุขภาพลาหู่	การแพทย์สมัยใหม่	ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม	แนวทางบูรณาการ
ความเชื่อ/พิธีกรรมสำคัญ	การสะเดาะเคราะห์ การเรียกขวัญ สี่เทียน ขบไล่สิ่งไม่ดี ^(36,39)	มองพิธีกรรมเหล่านี้เป็นความมกมายหรือไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์	มุมมองทางวัฒนธรรมที่ขัดแย้ง ทำให้ความร่วมมือระหว่างชุมชน-รัฐไม่ราบรื่น ⁽¹⁴⁾	เคารพความเชื่อท้องถิ่นและออกแบบแนวทางสุขภาพที่ไม่ขัดกับพิธีกรรมในชุมชน ⁽⁴⁵⁾

สุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพร การนวดแผนโบราณ และพิธีกรรมพื้นบ้าน มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน งานวิจัยโดย Kaewla⁽⁴⁷⁾ ศึกษากระบวนการสุขภาพชุมชนของกลุ่มชาติพันธุ์เขมรในจังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย และจังหวัดเสียมราฐ ประเทศกัมพูชา พบว่า การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับระบบสุขภาพสมัยใหม่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของชุมชน การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับบริการสาธารณสุขสมัยใหม่ เช่น การฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และการสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นแนวทางที่สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลักดันการวิจัยเพิ่มเติมในระดับชุมชนโดยใช้วิธีการแบบมีส่วนร่วม โดยการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในระดับชุมชน (community-based participatory research; CBPR) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเข้าใจและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในภาคเหนือของประเทศไทย CBPR เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การออกแบบวิธีการ การเก็บข้อมูล ไปจนถึงการวิเคราะห์และเผยแพร่ผลลัพธ์ แนวทางนี้ช่วยให้ข้อมูลที่ได้นั้นมีความถูกต้องและสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น รวมถึงเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและชุมชน ตัวอย่างเช่น การศึกษาโดย Singkhorn และ

คณะ⁽⁴⁸⁾ ได้พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงของประเทศไทย โดยใช้แนวทาง CBPR ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการดูแลสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกตัวอย่างหนึ่งคือการศึกษาโดย Sungbun และคณะ⁽⁴⁹⁾ ซึ่งใช้แนวทาง CBPR ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย โดยการฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่สมาชิกในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการดำเนินโปรแกรม

4. เคารพและคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในภาคเหนือของประเทศไทย จำเป็นต้องคำนึงถึงอัตลักษณ์และบริบททางวัฒนธรรมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง การละเลยมิติทางวัฒนธรรมอาจนำไปสู่ความไม่ไว้วางใจและการไม่เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Herberholz⁽⁵⁰⁾ พบว่า ชาวลาหู่ไม่มีสถานะทางกฎหมายประสพกับความเครียดทางจิตใจและความรู้สึกด้อยค่า เนื่องจากการถูกกีดกันจากสิทธิพื้นฐาน รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเคารพและรักษาอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการออกแบบและดำเนินโครงการสุขภาพ การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเข้าใจในวัฒนธรรมท้องถิ่น และการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับระบบสุขภาพสมัยใหม่ เป็นแนวทางที่สามารถเสริมสร้างความไว้วางใจและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

บทความนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในพื้นที่ชายขอบของประเทศไทย โดยชี้ให้เห็นว่า แนวปฏิบัติด้านสุขภาพของชาวลาหู่ไม่ได้ดำรงอยู่เพียงในระดับปัจเจกหรือครอบครัวเท่านั้น แต่ยังคงฝังแน่นอยู่ในระบบความเชื่อ พิธีกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคมที่หล่อหลอมจากภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอด

กันมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทดังกล่าว การส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องก้าวข้ามกรอบคิดแบบบนลงล่าง (top-down) ของระบบสุขภาพสมัยใหม่ และหันมาให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การเคารพอัตลักษณ์ชาติพันธุ์ และการบูรณาการความรู้ระหว่างศาสตร์ดั้งเดิมกับแนวทางการแพทย์ปัจจุบัน จากข้อเสนอในบทความชี้ว่า การพัฒนานโยบายสุขภาพที่ตอบสนองต่อชุมชนชายขอบควรเริ่มต้นจากการส่งเสริมความรู้ด้านวัฒนธรรมแก่บุคลากรสาธารณสุข การส่งเสริมงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ การสร้างพื้นที่กลางทางวัฒนธรรมสำหรับการสื่อสารสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์อย่างให้เกียรติ และมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง แนวทางเหล่านี้มิใช่เพียงการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการเท่านั้น แต่ยังเป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค และการพัฒนาที่เป็นธรรมอย่างแท้จริงในสังคมพหุวัฒนธรรมของไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
2. บุญช่วย ศรีสวัสดิ์. ลาหู่. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร; 2545.
3. สุนิดา อรรถอนุชิต, รอฮานี เจอะอาแซ. การดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้าน: กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่แดงในจังหวัดเชียงราย. วารสาร-วิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2562;30(2):155-64
4. Wong W. Ethnomedicine in the Thai highlands: cultural interpretations of health and healing. Chiang Mai: Chiang Mai University Press; 2015.
5. สัจจิตรา หาญภิญโญ. ภูมิปัญญาพื้นบ้านกับสุขภาพชุมชน: มุมมองของหมอพื้นบ้านในพื้นที่ชายแดน. วารสารสังคมศาสตร์และ-มนุษยศาสตร์ 2561;12(1):77-95.
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196(4286):129-36.
7. Morris JN. The biomedical model: its limitations in understanding health and disease. J Clin Epidemiol 1997;50(4):377-82.
8. Silburn S, Reich C, Anderson A. Health challenges in indigenous populations in Southeast Asia: a systematic review of maternal and child health issues. Asian J Public Health 2016;45(2):230-45.
9. Thommapol P, Barton J, Park S. Health access disparities in rural ethnic communities in northern Thailand. Glob Health Action 2018;11(1):1-12.
10. Suratana T, Somchai K, Laohasirivong W. Development and evaluation of a community-based reproductive health care model for Lahu women. J Community Health Res 2024;18(1):45-58.
11. Yang L, Ma Y, He W, Zhang L. Traditional herbal knowledge for women's health among the Lahu people in Yunnan, China. BMC Complement Med Ther 2023;23(1).
12. กฤติยา อาชวนิจกุล. การพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
13. Thommapol P, Suksaroj TT, Phajan T. Community participation and sustainable health development in rural northern Thailand. J Public Health Dev 2018;16(2):35-46.
14. Chiang P. Integrating local wisdom into modern healthcare: a case study from northern Thailand. Thai J Health Promot Environ Health 2018;41(1):22-31.
15. Shantha Nair S, Prem S. A framework for mixed-method research. Shanlax International Journal of Management 2020;8(2):45-53.
16. Dawadi S, Shrestha S, Giri RA. Mixed-methods research: a discussion on its types, challenges, and criticisms. Journal of Studies in Education 2021;2(2):25-36.
17. Hesse-Biber S. Qualitative approaches to mixed methods practice. Qualitative Inquiry 2010;16(6):455-68.
18. Rosenberg SD, Schnurr PP, Oxman TE. Content analysis: a comparison of manual and computerized systems. J Pers Assess 1990;54(2):298-310.
19. Geriatrics at Stanford. Health beliefs of native Hawaiians and Pacific islanders [Internet]. [cited 2025 May 6]. Available from: https://geriatrics.stanford.edu/ethnomed/hawaiian_pacific_islander/fund/health_beliefs.html
20. Anderson EF. Ethnobotany of hill tribes of Northern Thailand. II. Lahu medicinal plants. Econ Bot 1986;40(4):442-50.
21. World Health Organization. Traditional, complementary and integrative medicine [Internet]. 2024 [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>
22. Walker A. The 'Karen Consensus' and the position of minorities in northern Thailand. Asian Ethn 2001;2(2):145-62.
23. Wenxue Y, Changyan S, Chunyan Y. A Cultural anthropological study of the Lahu ethnic group in Thailand. Acad Educ Chiang Rai Rajabhat Univ 2023;8(3):27-51.

24. Apidechkul T, Laingoen O, Suwannaporn S. Inequity in accessing health care service in Thailand in 2015: a case study of the hill tribe people in Mae Fah Luang District, Chiang Rai, Thailand. *J Health Res* 2017;30(1):67-71.
25. Suratana S, Boonchiang W, Apidechkul T, Naksen W, Mulikaburt T, Chomsri P, et al. A community-based reproductive health care model effectively enhances reproductive health among Lahu women in northern Thailand. *J Racial Ethn Health Disparities* 2024;12(2):1268-77.
26. Moonpanane K, Pitchalard K, Thepsaw J, Singkhorn O, Potjanamart C. Healthcare service utilization of hill tribe children in underserved communities in thailand: barriers to access. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1114.
27. ร้อยแก้ว คำมาลา. พวกเราคือนักล่าเสือ. แม่ฮ่องสอน: เขาวชนกลุ่มชาติพันธุ์; 2562.
28. Ethnologue. Lahu language [Internet]. 2023 [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.ethnologue.com/language/lhu>
29. McCaskill D, Kampe K. Development or domestication? Indigenous peoples of Southeast Asia. Chiang Mai: Silkworm Books; 1997.
30. Keyes CF. The golden peninsula: culture and adaptation in mainland Southeast Asia. Honolulu: University of Hawaii Press; 1995.
31. Chokpanyaphaisan R. Foraging adaptation in late Pleistocene – early Holocene highland Pang Mapha: new evidence from Tham Lod and Ban Rai rockshelters, Mae Hong Son. *Silpakorn Univ Int J* 2006;6:50-85.
32. Wattanapituksakul N, Chokpanyaphaisan R, Conrad C. Human occupation and mobility in upland Southeast Asia: new evidence from Ban Rai rockshelter, Thailand. *Antiquity* 2022;96(390):980-96.
33. Folklore Earth. Lahu culture and spiritual healing traditions [Internet]. [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.folklore.earth/culture/lahu>
34. Jacquetta H, Senghong N, Grim-Feinberg K. Dance or change your religion: conservation of dance music “Awhui” and ethnic identity among Lahu Na Shehle of northern Thailand. *Studies on Asia IV* 2011;1(2):114-49.
35. The Global New Light of Myanmar. Lahu holds its new year festival, handwashing ceremony in January. [Internet]. 2022 [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.gnlm.com.mm/lahu-holds-its-new-year-festival-handwashing-ceremony-in-january/>
36. Walker AR. Shi-Nyi Lon: great merit days among the Lahu Nyi (Red Lahu) of north Thailand. *Asian Ethnol* 1983;42(1):1-20.
37. Punwun I. Culture and music of the Lahu ethnic group in Mae Na sub-district, Chiang Dao district, Chiang Mai province. *Rangsit Music J* 2025;20(1):R0911.
38. Kitiarsa P. Mediums, monks, and amulets: Thai popular Buddhism today. Seattle: University of Washington Press; 2012.
39. Sungbun S, Tangkawanich T, Thanakumma O, Sukrueangkul A. Perceived barrier in accessing emergency medical services of ethnic groups in the highlands of Chiang Rai province, Thailand. *J Health Sci Med Res* 2020;38(1):9-20.
40. Senachai P. The role of traditional Thai medicine (TTM) in Thailand [dissertation]. Canberra: University of Canberra; 2023.
41. Kunstadter P, Qi C. Ethnicity and health disparities among hill tribe populations in northern Thailand. *Lancet Reg Health West Pac* 2020;2:100010.
42. Shrestha HL, Shrestha L, McArthur M, Rowe RK, Maar M, Walker JD. Traditional healing and medicine in dementia care for Indigenous populations in North America, Australia, and New Zealand: exploring culturally safe dementia care policy from a global perspective. *Alzheimers Dement (Amst)* 2024;16(4):e12620
43. Sage J. Healthcare marginalization and ethnic minorities: the case of undocumented highland peoples in Thailand. *Glob Public Health* 2019;14(6):878-91.

44. Kunstadter P, Qi Y. Health disparities experienced by ethnic minority and majority populations in Thailand [Internet]. 2018 [cited 2025 May 6]. Available from: https://paa.confex.com/paa/2018/mediafile/ExtendedAbstract/Paper23684/Ethnic_health_Qi%26Kunstadter.pdf
45. Chuenkongkaew T, Pudpong N, Vapattanawong P. Barriers to accessing healthcare services among highland ethnic minorities in Thailand: a systematic review. *Int J Equity Health* 2022;21(1):1-12.
46. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Strengthening the migrant-friendliness of Thai health services: a qualitative study. *Int J Equity Health* 2019;18(1):101.
47. Kaewla W. Local Craft-manship and wisdom on community health system of Khmer ethnic groups in Surin Province, Thailand and Siemreap Province, Cambodia. *People Int J Soc Sci* 2017;3(2):1049-56.
48. Singkhorn O, Hamtanon P, Moonpanane K, Pitchalard K, Sunsern R, Leaungsomnapa Y, et al. Evaluation of a depression care model for the hill tribes: a family and community-based participatory research. *BMC Psychiatry* 2023;23:563.
49. Sungbun S, Tangkawanich T, Thanakumma O, Pitchayakoon N, Srichote W. A community-based participatory approach to increase public knowledge of stroke among ethnic minorities in the northern mountains of Thailand. *J Public Health Dev* 2022;20(2):1-11.
50. Herberholz C. 'We are inferior, we have no rights': statelessness and mental health among ethnic minorities in northern Thailand. *SSM Popul Health* 2022;19:101138.

Health Dynamics of the Lahu Ethnic in the Marginalized Areas of Northern Thailand: a Synthesis of Knowledge and Guidelines for Integrating Local Wisdom with Modern Healthcare Systems

Anavin Phattharaphakinworakun¹, Ongdao Prakainamsuk²

¹ Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus, Mae Hong Son Province, Thailand

² Pang Ma Pha District Public Health Office, Mae Hong Son Province, Thailand

Abstract

This article aims to synthesize knowledge regarding health dynamics, healthcare practices, and the well-being of the Lahu ethnic group within the context of marginalized areas in Northern Thailand. The article synthesized knowledge through a narrative review of literature combined with reflections on field experiences to illustrate actual situations and challenges. It was found that the Lahu people possessed a strong belief system and healthcare practices deeply rooted in cultural and natural dimensions, known as Local Health Wisdom, such as the use of herbal medicine, soul-calling rituals, and kinship care. However, amidst social changes and state health policies characterized by a top-down approach, the Lahu people continued to face significant barriers to accessing public health services. Key obstacles included inequities related to legal status (statelessness), geographical remoteness, and communication gaps between healthcare providers and the community. In conclusion, this article proposes guidelines promoting community participation for the development of a sustainable health system by emphasizing the integration of local wisdom with modern medicine and promoting community participation. This approach aims to reduce health disparities and foster well-being that is truly consistent with the Lahu ethnic way of life.

Keywords: Lahu ethnic; local health wisdom; health disparity; marginalized areas; healthcare integration