

DIAGNOSE OG BEHANDLING I EN NEPALESISK LANDSBY

I de senere årtier er der sket en kraftig udbygning af den primære sundhedssektor i Nepal. Det har været regeringens erklærede mål at nå ud til den – hovedsageligt fattige – landbefolkning. En lang række mindre sundhedsklinikker med tilknyttede landsbysundhedsarbejdere er blevet etableret. Samtidig er utallige uautoriserede medicinforretninger dukket op i landsbyerne. I de senere år har landbefolkningen således stiftet bekendtskab med et nyt, fremmed medicinsk system.

Som følge af Nepals meget store sundhedsproblemer har regeringen sat sig nogle meget ambitiøse mål for fx nedbringelse af børnedødeligheden. Man har valgt at satse på en storstilet udbygning af den biomedicinske sundhedssektor for at kunne nå disse mål. Forbedringen af nepalesernes sundhedstilstand sker dog meget langsommere end forventet (Ali 1991:61). Da langt størstedelen af den nepalesiske befolkning lever i afsides beliggende landsbyer, er det af afgørende betydning at identificere, hvorledes sundhedstilstanden for netop disse mennesker kan bedres.

I Nepal – som i resten af verden – står familien for størstedelen af den pleje, de syge modtager. I forbindelse med valg af behandling spiller familien som regel en afgørende rolle. Arthur Kleinman (1978:80, 1980:182) har påpeget, at dette oftest overses i forbindelse med sundhedsplanlægning. Hvis det beslutes at søge hjælp uden for familien, vil valget som regel falde på en af lokalsamfundets traditionelle behandlere eller en uautoriseret forhandler af biomedicin. Selvom udbygningen af de autoriserede biomedicinske sundhedsinstitutioner er accelereret, var der i 1991 stadig kun én sundhedsklinik for hver 24.000 mennesker på landet (Ministry of Health 1991:2). Det er derfor oplagt, at det kun er en brøkdel af den sygdomspleje, landbefolkningen modtager, der er formidlet af sundhedssektoren. I forbindelse med udbygningen af sundhedssektoren, må planlæggere i dag især benytte sig af kvantitative undersøgelser udført inden for det autoriserede sundhedssystem. Planlæggerne mangler oplysninger om alle de sundhedsrelaterede aktiviteter, der finder sted uden for sundhedssystemet.

Nepalesisk medicin?

Under et 9 måneders feltarbejde i bjergene i det centrale Nepal, tæt på grænsen til Tibet, har jeg studeret landsbybeboeres opfattelser af sygdom og sundhed. Ønsket var at tilveje-

bringe en analyse af sundhedspleje i en landsbykontekst. Jeg valgte derfor at bosætte mig i en afsides landsby, Alamphu, der ligger 8 timers buskørsel og 10 timers gang fra hovedstaden Kathmandu – i alt to dages ukomfortabel transport.

I Kathmandu opfattes det sydasiatiske sundhedssystem *ayurveda* af de fleste som den traditionelle medicin.¹ Ifølge WHO's „Traditional Medicine and Health Care Coverage“ skulle omkring 75% af Nepals befolkning benytte sig af ayurvedisk behandling (Bannerman 1983:238). Ved påbegyndelsen af feltarbejdet i landsbyen var jeg derfor forberedt på at finde en slags simplificeret „landsby-ayurveda“. Jeg forsøgte at tale med folk om deres forståelser af kroppen og årsager til sygdom. Modsat mine forventninger måtte jeg erkende, at folk i det område, hvor jeg opholdt mig, overhovedet ikke delte ayurvedas grundlæggende antagelser, så som distinktion mellem fødeemner, der enten karakteriseres som varme eller kolde, og betydningen af en balance mellem forskellige kropssubstanser (Obeyesekere 1969:174f). Ayurveda er en fremmed medicin på landet i Nepal næsten i samme udstrækning som vestlig biomedicin. Den samtidige udbygning af biomedicinske og ayurvediske sundhedsklinikker betyder derfor i mange områder en regeringsfinansieret introduktion af to nye „fremmede“ sundhedssystemer. Som brugere interesserer folk sig sjældent for, hvilken teori eller ideologi der ligger bag disse „fremmede“ systemer. De er interesserede i medikamenterne, og det lader ikke til, at landbefolkningen bevidst vælger at benytte det ene eller det andet system (Justice 1986:96).

Sundhedsplanlæggere i den tredje verden har tidligere ikke været tilstrækkeligt opmærksomme på betydningen af folks kultur og forestillinger i forbindelse med sundhed. I forbindelse med udbygningen af sundhedssektoren har man fejlagtigt taget det for givet, at befolkningen følte et behov for „vores“ medicin. Faktisk følger de fleste, at de har en god viden om, hvad de skal gøre for at holde sig sunde og raske. Det har man i sundhedssektoren overset ud fra en antagelse om, at landbefolkningen var uvidende og tilbagestående (Stone 1986:296). Selom man inden for sundhedssektoren nu hovedsageligt er opmærksom på, at kulturen kan indebære barrierer for udbredelsen af sundhedsbudskaber (Stone 1986:293), er der en stigende bevidsthed om, at det er nødvendigt at tage højde for befolkningens traditionelle opfattelser.

Blandt samtlige etniske grupper er *jhankrier* og andre typer shamanistiske helbredere det første valg, når der i forbindelse med sygdom søges hjælp uden for hjemmet (Achard 1983; Dhakal et al. 1986; Srestha et al. 1980; Stone 1976, 1986). Der er stor forskel på, hvad der forstås som traditionel medicin i Kathmandu, og den traditionelle medicinske praksis man finder i landsbyerne. En del af de urter, der benyttes i landsbyerne, benyttes også inden for ayurveda. I betragtning af at 75% af befolkningen ifølge WHO skulle praktisere ayurveda (Bannerman 1983:238), var det forventeligt at finde i det mindste en afskygning af dette system. Men den medicinske praksis, jeg fandt i landsbyen, havde ingen fælles træk med de detaljerede holistiske teorier, som ayurveda bygger på. Når landbefolkningen benytter sig af medikamenter, der også kendes fra ayurveda, er det ikke ensbetydende med, at de praktiserer ayurveda.

Folkemedicin

Hvis man vil forstå en landbefolknings ideer og praksis i forbindelse med sygdom, må man beskæftige sig med folkemedicinen. George Foster (1976:775) har foreslået en skel-

nen mellem naturalistiske og personalistiske medicinske systemer. De naturalistiske systemer er upersonlige, systemiske ligevægtsmodeller. De personalistiske systemer ser sygdom som resultat af menneskers eller ånders aktive indvirkning på den syge. De traditionelle medicinske systemer som ayurveda tilhører den første kategori, og folke-medicinen hører til den anden.

I den landsby, jeg boede i, var der to etniske grupper. Et lille mindretal var *sherpaer*, der sprogligt og kulturelt er tæt knyttet til Tibet. Flertallet tilhørte den etniske gruppe *thami*, som taler et tibeto-burmesisk sprog. Kulturelt minder de meget om de mere kendte *rai* og *limbu*. Til forskel fra andre etniske grupper og kaster fungerer *thami*-, *rai*- og *limbu*-jhangkier ikke kun som shamanistiske helbredere, men også som præster. Bryllupper og begravelsesritualer bliver foretaget af jhangkier.

Det var en stor fordel at foretage feltarbejdet hos en etnisk gruppe, der åbent praktiserer shamanisme. Blandt hinduer og buddhister, og især i Kathmandu, oplevede jeg, at folk var flove over at indrømme, at de benytter sig af jhangkier. Det lader dog til, at samtlige befolkningsgrupper i Nepal flittigt benytter sig af shamanistiske ritualer i forbindelse med sygdom. Både hinduer og buddhister foretager shamanistiske ritualer i hjemmet. Den shamanistiske praksis er så udbredt, at den er blevet kaldt den „tredje religion“ i Nepal (Hitchcock 1976:XIII).

Når en person bliver syg, regner *thamierne* som regel med, at det er fordi personen er blevet ramt af en *lagu*, der har haget sig fast til denne. *Lagu* er den fælles betegnelse for en kategori af usynlige skabninger, der kan forvolde skade på mennesker. *Lagu* er afledt af verbet *lagnu* – at slå/angribe (Stone 1976:57). Nogle *laguer* kan ligeledes skade husdyr, afgrøder eller forvolde jordskred. Befolkningen forsøger at holde sig på god fod med disse ved at foretage en række rituelle handlinger. Hvis folk alligevel bliver syge, tilkaldes en af landsbyens jhangkier. Som regel mener *thamierne*, at en *lagu* egentlig er en afdøds ånd. Alle bliver efter døden *masan* – en ånd, der driver omkring ved kremationspladsen. Hvis man efter sin død forsøger at tage del i de levendes verden, bliver man *lagu*. Derfor appellerer jhangkier i forbindelse med begravelser til den afdøde om at acceptere, at han eller hun nu er død, og om fremover at holde sig fra de levendes verden. *Laguer*, der stammer fra andre etniske grupper, anses for at være specielt farlige; dette afspjler *thamiernes* mistillid til deres fremmede naboer.

En *lagu* angriber ikke som straf – den følger blot sin natur. Der er således ikke tale om en moralsk dom (Stone 1976:57). Faktisk mente nogle af landsbyens beboere på et tidspunkt, at jeg var i risiko for at blive hjemsøgt af en afdød piges *masan*, fordi jeg havde forsøgt at hjælpe hende, da hun lå på dødslejet. Det, der afgør, om man bliver angrebet, er enten, at man er uheldig, eller at man er svag. Den vigtigste faktor og „ultimate årsag“ der afgør, om man bliver syg, menes at være *dashaa graha*. *Dashaa graha* er en skæbnebestemt disposition for uheld som følge af ufavorable astrologiske aspekter. På et mere jordnært plan kan svækkelse af kroppen forklares som en følge af længere tids sygdom eller for ringe fødeindtagelse.

De fleste sygdomme tilskrives *lagu*, dog menes ulykker så som fald, brækkede lemmer eller forstuvninger som regel ikke at have andre årsager end *dashaa graha*. Selvom den umiddelbare årsag er kendt, udelukker det ikke en samtidig forklaring, der inkluderer *lagu*. En kvinde var faldet og havde brækket hånden. Da det medførte stærke smerter, mente hun, at slangeguden *Nag* var blevet vred på hende og derfor havde påført hende smerter. Hun ofrede derfor til *Nag*, inden hun tog afsted til den lokale sundhedsklinik.

Da kroppens konstitution er afgørende for, om man undgår at blive syg, lægges der vægt på indtagelse af styrkende føde, især efter længere tids sygdom eller barnefødsler. Så længe en person har feber (samt de efterfølgende fem dage, hvor feberen menes at have taget bolig i hjertet), er der en række ting, så som æg, olie, kød og alkohol, man ikke må indtage. Hvis man ikke udelukker disse ting fra diæten, risikerer man at få lungebetændelse. Når man derimod er blevet rask igen, regnes den samme slags føde for at være den mest styrkende.

Årsags- og symptombehandling

Langt de fleste sygdomstilstande menes at være forårsaget af laguers indvirkning. Det er derfor forståeligt, at befolkningen især retter opmærksomheden mod disse. Behandlingen af de fysiske symptomer tillægges i de fleste tilfælde mindre betydning.

Når en person bliver syg, vil det som regel i første omgang være op til medlemmer af familien at behandle sygdommen. Husholdets overhoved vil forsøge at uddrive det sygdomsforvoldende væsen ved at imitere de egentlige jhankriers rituelle optræden. En sådan mand kalder sig ofte jhankri, men går man ham nærmere på klingen, vil han som regel erkende, at han blot er en *jalne* – en der efter bedste evne forsøger at behandle familiemedlemmer. De egentlige jhankrier, som er professionelle behandlere, der tager sig betalt for deres service, og som nyder anerkendelse og høj prestige i landsbyen, har ikke megen respekt for disse amatører. En gammel jhankri bemærkede: „En *jalne* prøver sig frem, men han kan ikke se laguen, og han har ikke kraften til at drive den bort“.

Hvis en person vedbliver at være syg på trods af andre familiemedlemmers anstrengelser, tilkaldes en jhankri. Dennes opgave er i første omgang at identificere, hvad der har ført til, at patienten er blevet syg. Alene at få stillet denne diagnose kan være af afgørende betydning for den syge. Efter at have identificeret årsagen til patientens lidelser vil jhankrien forestå et passende helbredelsesritual. Under ritualet kommer han i trance og konfronterer laguen, som han truer eller manipulerer til at slippe sit greb om patienten. Man kan således sige, at årsagsbehandling er det centrale for jhankrien. Ved at uddrive det fremmede, uvelkomne væsen helbreder han den syge. Det afgørende for helbredelsen er at identificere årsagen og behandle denne. Diagnosen er ikke afhængig af de konkrete fysiske symptomer. Derfor kan to personer, der udviser de samme symptomer, have brug for to forskellige behandlinger. Jhankrien helbreder den syge ved at manipulere laguerne. Jhankrien behandler ikke direkte den syges krop, men helbreder ved at fjerne de for kroppen eksterne sygdomsforvoldende faktorer.

Det er af afgørende betydning, at patienten tror på jhankriens evne til at helbrede. Der kan ikke stilles objektive kriterier for, hvordan et givent ritual virker – det er jhankriens personlige styrke, der afgører udfaldet. De shamanistiske teknikker, som jhankrierne benytter sig af, kan i et vist omfang tillæres. Thamierne tillægger dog jhankriens medfødte evner den største betydning. Lévi-Strauss (1963:180) har sagt, at shamanen helbreder, fordi han er en stor shaman, og ikke omvendt. Det, der afgører udfaldet af et helbredelsesritual, er ifølge Lévi-Strauss (1963:179): For det første shamanens tro på effektiviteten af hans teknikker, for det andet den syges tro på shamanens magt, og til sidst gruppens forventninger, som konstant fungerer som en slags tyngdefelt, hvori forholdet mellem shamanen og den syge befinder sig og er defineret. Dette tresidede forhold har

Lévi-Strauss kaldt „det shamanistiske kompleks“.

Blandt thamierne anses de jhankrier, der har fået evnen eller skæbnen at være jhankri som vuggegave, for at være de bedste helbredere. De, der blot har lært teknikken, regnes som „andenrangs“-behandlere. Når man er blevet behandlet af en stor jhankri, er man, næsten per definition, helbredt. Som regel vil den syge da også give udtryk for at opleve en bedring. I landsbyen var der en kvinde, der gentagne gange forgæves var blevet behandlet af den øverste jhankri i landsbyen. Da hun vedblev at udvise en mentalt forstyrret adfærd, konkluderede jhankrien, at hun ikke havde en lagu, men at hun simpelthen var skør, og det kunne han ikke gøre noget ved. Jhankrien kan også være magtesløs, hvis der er tale om udspekuleret heksekunst, eller hvis skæbnen eller dashaa graha vil, at en person skal være syg eller dø.

Jeg har ofte hørt folk, der arbejder i sundhedssektoren, beklage sig over landbefolkningens passivitet og fatalisme i forbindelse med sygdom. Men faktisk er folk uhyre aktive. Det uddannede personale anerkender blot ikke, hvad de forstår som magisk, overnaturlig behandling. Hele den del af sygdomsbehandlingen, befolkningen tillægger den største betydning, beskrives som passivitet og udtryk for ignorance. Der er derfor meget stor forskel mellem folks meget brede „lidelsesopfattelse“, der inkluderer både laguer og planeter i sin forklaringsmodel, og sundhedssektorens snævre forklaringsramme. Hele den del af folks „lidelsesopfattelse“, der ikke er i overensstemmelse med den snævre „sygdomskategori“, ses som uønsket og udtryk for en tilbagestående tankegang.

Thamierne benytter sig også af symptombehandling, selvom denne tillægges mindre betydning. En række urter bruges mod konkrete symptomer som feber eller betændelse. Denne folkemedicin er kendt af jhankrier, såvel som af lægmand. Direkte behandling af den syge krop anses nok for at kunne have en vis betydning for sygdommens forløb. Men såfremt årsagen ikke også behandles, vil den ikke nytte meget i det lange løb.

I forbindelse med den rituelle behandling identificeres årsagen til sygdommen, og således stilles den relevante diagnose. Dette udelukker dog ikke, at jhankrien samtidig stiller diagnosen *dokh*, den traditionelle betegnelse for lungebetændelse. Man kan sige, at denne diagnose beskriver sygdommens fysiske udtryk. Den kropslige del af sygdommen er symptom på, at noget er galt på det overnaturlige plan. Sygdommens konkrete fysiske symptomer behandles med medikamenter. Fordi folk ønsker at lindre eller fjerne et konkret symptom, søger de efter den medicin, der bedst undertrykker symptomet. Der er derfor ingen konflikt forbundet med samtidigt at give rituel behandling og at ordinere urtemedicin eller biomedicin – eller sågar at råde den syge til at opsøge en sundhedsklinik.

I jhankriens personalistiske medicinske system, er der en almindelig åbenhed over for at forsøge sig frem med nye behandlingsmetoder. På grund af disse systemers ad hoc-karakter rokker ny praksis ikke ved de hidtil godtagne antagelser. Dette modsat de naturalistiske systemer, der som regel har en tendens til at udelukke andre systemer (Fock 1986:99). For de naturalistiske systemer udgør et fremmed system en „paradigmatisk trussel“. I Nepal, såvel som i andre ulande, er der en tendens til, at brugerne tillægger de biomedicinske medikamenter større betydning end det „nye“ systems behandlere (Nichter & Nordstrom 1989:367; Whyte & van der Geest 1988:5). Thamierne har optaget biomedicin i deres behandlingsstrategi på linie med og som supplement til den hidtil kendte urtemedicin. Når folk forsøger sig med symptombehandling, observerer de nøje, hvordan kroppen reagerer. En hurtig og radikal virkning forventes allerede efter indtagelse af første dosis. Udebliver denne, regnes medicinen som uden effekt.

I landsbyen oplevede jeg, at når en syg havde fået ordineret flere forskellige slags medicin samtidig, hvilket de som regel får på sundhedsklinikkerne, så prøvede de sig frem: Først en dosis af den ene medicin – så én af den anden, for at finde den, der virkede bedst. En 18 måneder gammel pige med lungebetændelse var blevet bragt til sundhedsklinikken, to timers gang fra landsbyen. Her fik hun penicillin og paracetamol, nok til ni dages behandling. På hjemvejen købte forældrene også noget ayurvedisk hostesaft. Hjemme prøvede de først at give penicillin. Men penicillin var bitter, og pigen spyttede pillen ud. Forældrene regnede derfor med, at det ikke var den rigtige medicin. De prøvede på samme måde med paracetamol. Men da pigen bedst kunne lide den søde hostesaft, og den tillige standsede hosten, blev det den medicin, man satsede på. Det var altså den 18 måneder gamle piges umiddelbare reaktion, der afgjorde valget. Valget byggede på den antagelse, at det man ikke kan lide, skal man ikke have. Pigen døde efter godt en uges sygdom.

Thamierne har en forståelig skepsis over for den nye medicin. De har ikke tillid til, at vestlig medicin har noget at tilbyde til behandling af enhver slags sygdom. De prøver sig frem og bygger på de erfaringer, de gør sig. De lader sig ikke overbevise om den vestlige medicins fortræffelighed på baggrund af nogle enkelte succeshistorier. De medikamenter, der havde opnået den største popularitet i landsbyen, var dem, der virker hurtigt, og hvor effekten er kontant. Den biomedicinske ormemedicin piperacine har vundet stor popularitet og har erstattet de traditionelle kure. Dog fører den nye medicin ikke til en ny forståelse af kuren. Når man behandler indvoldsorm, er formålet ikke at udrydde dem, men at begrænse deres antal. Orme opfattes som noget, der naturligt skal forekomme i tarmene, og thamierne mener, at hvis den sidste orm forlader kroppen, så vil man dø.

Arbejdsdeling

Jhankrierne tager sig af behandlingen af laguer, og sundhedssystemet benyttes til behandling af fysiske symptomer. Der er altså tale om en arbejdsdeling.

Thamierne ser ingen konflikt i at benytte sig af jhankriernes behandling, samtidig med at de benytter sig af biomedicin. Dog mener de, at medicinen ikke vil være virksom, såfremt den sygdomsforvoldende skabning ikke enten er blevet drevet bort eller tilfredsstillet gennem offergaver. Mødet med et nyt medicinsk system har ikke fået thamierne til at revidere deres grundliggende opfattelser. De har blot indplaceret den nye medicin sideordnet med deres hidtidige symptombehandlingspraksis.

Jhankrier oplever arbejdsdelingen som fornuftig. De erkender, at biomedicin kan være meget gavnlig i forbindelse med symptombehandling. En jhankri udtrykte sig meget pragmatisk: „Jeg tror, vores arbejde er lige vigtigt. Vi kan uddrive en lagu. På sundhedsklinikken kan de behandle med medicin, men hvis den syge stadig har en lagu, virker deres medicin ikke“. Selvom de kun tillægger deres egen symptombehandling sekundær betydning, mener de dog, at enkelte af deres urter er mere effektive end biomedicinske medikamenter til behandling af konkrete symptomer så som høj feber. Da symptombehandling kun har ringe betydning for jhankrierne, udgør det autoriserede sundhedssystem ingen trussel for dem.

Det biomedicinsk skolede sundhedspersonale, især de mere veluddannede, ser jhankrier som inferiorer modstandere. Nogle siger, at de ser positivt på muligheden for et samarbejde. Men dette ville givet blive i et ulige forhold, hvor de ville benytte sig af

jhankrier for at nå ud til flere med „deres“ medicin. Andre ser dem helst forsvinde hurtigtst muligt. En undersøgelse (See 1993:13) har vist, at sundhedspersonalet i Nepal, modsat planlæggerne, var meget negativt indstillet overfor jhankrierne. En læge refereres for at bemærke: „Jo hurtigere de bliver udryddet, jo bedre“. Det sundhedspersonale, der sendes ud på landet, har ofte en åbenlys arrogant holdning over for de „uvidende bønder“, de er sat til at betjene. Dette medfører, at interviews foretaget på en sundhedsinstitution let kan komme til at vise, at landbefolkningens brug af folkemedicin er ringere, end den faktisk er. Da to danske farmaceutstuderende umiddelbart efter afslutningen af mit feltarbejde foretog et institutionsbaseret feltarbejde i det samme område, oplevede de, at mange i første omgang benægtede brugen af jhankrier.

På sundhedsstationerne oplevede jeg ofte sundhedspersonalet håne og nedgøre befolkningens „tilbagestående“ forestillinger. Men denne holdning fører ikke til, at de forsøger at dele deres viden med befolkningen. Som regel gives medicin udelukkende med en kort instruks om, hvornår og i hvilken mængde den skal tages. I samspillet med landbefolkningen udviste størstedelen af personalet en arrogant holdning. Dette gælder dog sjældent de laveste, uuddannede klinikmedhjælpere. Efter at have besøgt et utal af sundhedsstationer har Judith Justice konkluderet, at det er disse uuddannede, som regel lokale, der bedst forstår at kommunikere med patienterne (Justice 1986:102, 1983:968). Landbefolkningen har mere tillid til dem og mener ofte, at de er bedre helbredere end de uuddannede. I et hierarkisk samfund som det nepalesiske er opretholdelse af status og autoritet af stor betydning for individerne. Personalet underbygger deres status gennem en understregning af deres overlegenhed i forhold til befolkningen. Det fører til, at de dele af „Primary Health Care“-strategien, der drejer sig om oplysning og „community participation“, aktivt modvirkes af sundhedspersonalet.²

Konklusion

De fremskridt, der ifølge statistikkerne er sket i den nepalesiske befolknings sundhedstilstand, tilskriver det autoriserede sundhedssystem villigt sin egen indsats. Det er dog ikke utænkeligt, at folks selvbehandling med biomedicinske medikamenter kan have haft en stor betydning. Selv om folk villigt integrerer biomedicinske medikamenter i deres egen sygdomsrelaterede praksis, behøver det ikke at føre til et opgør med deres hidtidige forestillinger og praksis i forbindelse med sygdom og helbredelse. Tværtimod bruges den „nye“ medicin i høj grad i overensstemmelse med de allerede eksisterende opfattelser.

Inden for den nepalesiske sundhedssektor kan man ofte møde beklagelser over landbefolkningens passivitet og fatalisme i forbindelse med sygdom. Men faktisk er disse uhyre aktive, og de opsøger ofte en række behandlere i forbindelse med et sygdomstilfælde. For landbefolkningen i Nepal har de fleste sygdomme årsager, der ligger uden for det felt, der normalt accepteres for en vestlig naturvidenskabelig diskurs. De lokale shamanistiske helbredere er eksperter i at fjerne de laguer, der menes at forårsage sygdommene. Når folk benytter sig af medikamenter, er det til behandling af konkrete symptomer. Den vestlige biomedicin har selvsagt ikke noget at tilbyde i forbindelse med behandlingen af laguer.

Sundhedsplanlæggere, der er tilhængere af at inddrage de shamanistiske helbredere i udbredelsen af biomedicinen i landdistrikterne, burde erkende, at disse i landsbyerne højt

respekterede behandlere ikke har meget at vinde ved at skulle fungere som „stik i rendrenge“ for sundhedssystemet. Sundhedspersonalet bør indtrængende opfordres til at indgå i en åben og positiv dialog med de shamanistiske helbredere. Mange af disse vil givet være åbne over for at henvise syge til sundhedsklinikkerne, da de ikke oplever dem som en trussel. Både landbefolkningen og de lokale helbredere oplever, at der er en fornuftig arbejdsdeling mellem årsags- og symptombehandlere. I betragtning af, at sundhedspersonalet og de shamanistiske helbredere ikke bare arbejder inden for to vidt forskellige systemer, men at deres helbredelsesstrategier yderligere næppe kan siges at være forenelige, ligger det største potentiale i at skabe en gensidig respekt.

Noter

1. Ayurveda er et komplekst medicinsk system, som har været praktiseret i Sydasiens i årtusinder (Heyn 1992:24f). Ayurveda er en sundhedsteori (Heyn 1992:33), som kan ses som en integreret del af den rige hinduistiske tradition (Nichter 1980:225). Ayurveda, som bogstaveligt betyder videnskaben om langt liv (Obeyesekere 1977:155; Kakar 1982:221), er en humoral teori, hvor sundhed opnås gennem en opretholdelse af en balance mellem de tre grundlæggende legemssubstanter: vind, galde og slim (Obeyesekere 1969:174f).
2. I forbindelse med en international konference i Alma-Ata i 1978 introducerede WHO og UNICEF „Primary Health Care“-strategien. Denne strategi var udtryk for en nytænkning og et ønske om at nå ud til de fattige masser, og den var meget inspireret af Kinas succes med brugen af „barfodslæger“ i bestræbelserne på at udbrede biomedicinen. Vægten blev lagt på præventiv service og uddannelse af befolkningen (Mull 1990:28f). Nepal har som de fleste andre ulande forpligtet sig til implementering af strategien.

Litteratur

- Achard, Thomas
1983 Primary Health Care in The Hills of Nepal. Kathmandu.
- Ali, Almas
1991 Status of Health in Nepal. Kathmandu.
- Bannerman, Robert H. et al.
1983 Traditional Medicine and Health Care Coverage. Geneva: WHO.
- Coreil, Jeannine
1990 The Evolution of Anthropology in International Health. I: Jeannine Coreil & J. Dennis Mull (eds.): Anthropology and Primary Health Care. Boulder: Westview. 3-27.
- Dhakal, Ramji et al.
1986 Traditional Healers and Primary Health Care in Nepal. Kathmandu.
- Durkin-Longley, Maureen
1984 Multiple Therapeutic Use in Urban Nepal. Social Science and Medicine 19(8):867-72.
- Fock, Niels
1986 Sygdom, sundhed, liv og død. I: Peter Elsass & Kirsten Hastrup (eds.): Sygdomsbilleder. København: Gyldendal. 95-118.
- Foster, George
1976 Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. American Anthropologist 78.
- Heyn, Birgit
1992 Ayurvedic Medicine. New Delhi: Indus.

- Hitchcock, John T.
1976 *Spirit Possession in the Nepal Himalayas*. Warminster, Wiltshire: Aris & Phillips.
- Justice, Judith
1983 *The Invisible Worker: The Role of the Peon in Nepal's Health Service*. *Social Science and Medicine* 17(14):967-70.
- Justice, Judith
1986 *Policies, Plans, and People: Foreign Aid and Health Development*. Berkeley: University of California Press.
- Kakar, Sudhir
1982 *Shamans, Mystics and Doctors. A Psychological Inquiry into India and Its Healing Traditions*. London.
- Kleinman, Arthur
1978 *International Health Care: Planning from an Ethnomedical Perspective*. *Medical Anthropology*. Spring Issue.
- Kleinman, Arthur
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley.
- Lévi-Strauss, Claude
1963 *Structural Anthropology*. New York.
- Ministry of Health
1991 *National Health Policy of His Majesty's Government of Nepal*. Kathmandu.
- Mull, J. Dennis
1990 *The Primary Health Care Dialectic: History, Rhetoric, and Reality*. I: Jeannine Coreil & J. Dennis Mull (eds.): *Anthropology and Primary Health Care*. Boulder: Westview. 3-27.
- Nichter, Mark
1980 *The Layperson's Perception of Medicine as Perspective into Utilization of Multiple Therapy Systems in the Indian Context*. *Social Science and Medicine* 14B:225-33.
1989 *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies*. Dordrecht: Kluwer.
- Nichter, Mark & C. Nordstrom
1989 *A Question of Medicine Answering*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 13:367-90.
- Obeyesekere, Gananath
1969 *The Ritual Drama of the „Sanni“ Demons: Collective Representations of Disease in Ceylon*. *Comparative Studies in Society and History* 2:174-216.
- Obeyesekere, Gananath
1977 *The Theory and Practice of Psychological Medicine in the Ayurvedic Tradition*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:155-81.
- See, Donna K.
1993 *Faith Healers and Primary Health Care in Nepal*. Stanford.
- Srestha, R. M. & M. Lediard
1980 *Faith Healers: A Force for Change*. Kathmandu.
- Stone, Linda
1976 *Concepts of Illness and Curing in a Central Nepal Village*. I: Sharma et al. (eds.): *Contributions to Nepalese Studies*. Kirtipur. 55-80.
- Stone, Linda
1986 *Primary Health Care for Whom? Village Perspectives from Nepal*. *Social Science and Medicine* 22(3):293-302.
- Whyte, S. R. & S. van der Geest
1988 *Medicines in Context: An Introduction*. I: van der Geest, Sjaak & Susan Reynolds Whyte (eds.): *The Context of Medicines in Developing Countries*. Dordrecht.

