

Årsaksbegreper og helseatferd i indisk folkemedisin

Sammendrag

Bakgrunn. Norge blir et stadig mer flerkulturelt samfunn. Kulturelle ulikheter kan vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom lege og pasient.

Materiale og metode. En kvalitativ og kvantitativ studie ble gjennomført blant innbyggerne i en landsby i India sommeren 2003 for å kartlegge helseatferd og årsaksforklaringer ved sykdom. Det ble foretatt dybdeintervjuer av 13 landsbyboere og fem lokale behandlere og en spørreundersøkelse, der det kom svar fra 56 av 118 husstander.

Resultater. Vi fant tre hovedkategorier av sykdomsårsaker: balanse mellom egenskapene hete og kulde i kroppen, «disthi» (forhekselse) og onde ånder. Helseatferden var i stor grad bestemt ut fra hvordan man forstår årsaken til sykdom og ut fra personlig og meddelt erfaring med behandler og/eller behandlingsform.

Fortolkning. Leger og annet helsepersonell i Norge kan ha nytte av disse årsaksforklaringene for å oppnå god kommunikasjon med pasienter fra aktuelle kulturkretser.

Artikkelen er basert på en studentoppgave ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (14)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ingeborg Larsen
larseningeborg@hotmail.com
Nordlys Legesenter
Thomasbakken 12
9513 Alta

Hedda Goverud Andersson
Medisinsk avdeling
Sykehuset i Vestfold
Tønsberg

Norge blir stadig mer flerkulturelt preget, noe som innebærer utfordringer når det gjelder lege-pasient-forholdet. Ulik institusjonell, kulturell og språklig bakgrunn kan skape misforståelser som kan være årsak til alvorlige hindringer for adekvat behandling (1). Flere undersøkelser utført blant innvandrere i den vestlige verden bekrefter dette. I en britisk undersøkelse med sørasiatiske og kaukasiske diabetikere i Storbritannia ble det vist at man ikke nådde like godt frem med helseinformasjon til de asiatiske pasientene som til de andre (2). En studie i Canada viste at helsearbeidere oppnådde bedre resultater hvis de tok hensyn til den kulturelle konteksten når de drev forebyggende arbeid blant immigrantkvinner fra India (3).

I denne artikkelen vil vi belyse hvordan oppfatninger om sykdomsårsaker er avgjørende for hvordan en person forholder seg til sykdom og helse. Slike årsaksforklaringer er kulturelt betinget. Som leger i et flerkulturelt samfunn er vi nødt til å forholde oss til et mangfold av forklaringsmodeller, og det er nødvendig med noe kulturell forståelse for å nå frem med helseinformasjon. Med eksempler fra India vil vi gi en bakgrunnsforståelse for tre vanlige årsaksforklaringer for sykdom som er utbredt i flere deler av verden og blant fremmedkulturelle i Norge. Vi ønsker å belyse hvordan vi som leger kan forholde oss til pasienter influert av disse årsaksforklaringene for å unngå misforståelser og bidra til tilfredsstillende etterlevelse (compliance) og helsefremmende atferd.

Materiale og metode

Artikkelen bygger på en studie fra en landsby i India, Thungavaripalle, som ligger på Deccan-plataet sør i landet. Der oppholdt vi oss seks uker sommeren 2003. Landsbyen består av 119 husstander (households), til sammen omkring 400 innbyggere. Hovednæringsveiene var husdyrhold og jordbruk. Samtlige vi var i kontakt med var hinduer. Barna gikk på landsby-

skolen fra 1. til 5. klasse, noen fortsatte utdanningen på en større skole i nærheten. Et fåtall av den voksne befolkningen kunne lese, skrive og regne. Ingen hadde latrine, så de benyttet seg av jordene.

På bakgrunn av tidligere kunnskap og erfaring forventet vi dårlig hygiene, lite kunnskap om vestlige forklaringsmodeller for sykdom og begrenset behandlingstilbud for landsbyboerne. Vi forventet også lite forebygging i vestlig forstand. Likevel trodde vi at de ville ha tanker om dette. Vi ønsket da vi reiste å være minst mulig forutinntatt med tanke på behandlingsatferd og sykdomsforklaringer i landsbyen. Vi forbedret oss ved å lese noe litteratur om ayurvediske behandlingsformer, og regnet med at de benyttet dette i kombinasjon med vestlig medisin. Indisk folkemedisin og overnaturlige årsaksforklaringer leste vi ikke om i forkant.

Med dette utgangspunktet ønsket vi å studere hvordan kulturelle forhold innvirket på helseatferden, med hovedvekt på årsaksforhold, forebygging og behandling av diaré. Vi kombinerte kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode ved først å dybdeintervjue representanter for 13 familier i landsbyen, tre tradisjonelle behandlere og to representanter fra den statlige primærhelsetjenesten. Kommunikasjonen foregikk i hovedsak på engelsk via tolk, som oversatte til det lokale språket telugu. Intervjuene ble lagret som digitale lydbåndopptak. Personer med gode kunnskaper i engelsk og telugu oversatte og skrev ned de lagrede intervjuene på telugu og så på engelsk i etterkant. Vi kategoriserte dataene i hovedtemaer og undergrupper. Deretter bearbeidet og strukturerte vi dataene og sammenholdt dem med litteratur om emnet.

Av praktiske årsaker bodde vi hos bekjente utenfor Thungavaripalle og dro hver dag til landsbyen. Vi tilbrakte lange dager der, ble godt kjent og skrev feltnotater om observasjonene på stedet. De innsamlede dataene dannet grunnlaget for et spørreskjema som 56 av totalt 119 fremmøtte (94 % møtte) besvarte mot slutten av oppholdet vårt. Spørsmålene ble stilt muntlig, siden flertallet av innbyggerne var analfabeter.

Resultater

Innbyggerne i Thungavaripalle hadde ulike årsaksforklaringer for diaré, influert både av tradisjonell indisk medisin og vestlig medisinsk tankegang. Disse årsaksforkla-

ringene eksisterte side ved side, slik en av de unge kvinnene i landsbyen uttrykte seg ved spørsmål om årsaken til diaré:

«Det kan forårsakes av hete i kroppen, mantra eller disthi. Ikke en type årsak.»

På grunnlag av innsamlede data og i lys av litteratur om emnet delte vi årsaksforklaringene inn i hovedgrupper. Forebyggende og behandlingssøkende atferd hang nøye sammen med årsaksforklaringene. Dette bidro til et mangfoldig behandlingstilbud, bestående av blant annet «disthi», «mantra», sykehus og såkalte «rural medical persons», en mye brukt fellesbetegnelse på behandlere med variert utdanningsbakgrunn, men uten beskyttet tittel. Valg av behandler var også påvirket av tilgjengelighet, pris og personlig og meddelt erfaring.

En vanlig holdning var at det finnes behandling for enhver sykdom. Dersom en person ikke ble frisk, skyldtes det at sykdomsårsaken var en annen enn først antatt, dermed trengtes annen behandling. Det var fire årsaksforklaringer som var særlig vanlige og som dermed hadde innvirkning på helseatferd: balanse mellom hete og kulde, forhekselse (det onde øye), påvirkning fra universet og onde ånder.

Hete og kulde

Disse begrepene har ikke nødvendigvis noe med temperatur å gjøre, de beskriver egenskaper ved mat og ved forhold i omgivelsene. Riktig balanse mellom dem er nødvendig for helse og velvære, ubalanse kan føre til sykdom. En av mennene forklarte det slik: «Kroppen er ikke tilpasset heten hvis det blir mye av den.» Det var derfor nødvendig å balansere kroppens kontakt med hete og kulde for å holde seg frisk. For mye hete kunne blant annet gi diaré.

Det var en klar forståelse av hva som var kaldt og hva som var varmt. Krydder og chili ble for eksempel ansett som «varm» mat. Flere fortalte at mango kunne forårsake diaré hvis man spiste for mye, eller en mor kunne påføre barna diaré via morsmelken hvis hun spiste denne frukten. I behandlingen viste denne tankegangen seg ved at de brukte «kald» mat, f.eks. kjerne-melk («buttermilk»), en slags yoghurt tynnet ut med vann), mot diaré for å kjøle ned kroppen. For mye soleksponering, f.eks. under arbeid på markene, ga også overskudd av hete.

Følgende behandlingsmetoder fikk vi ingen nærmere forklaring på i landsbyen, men de kan forstås i lys av litteratur om emnet: En tradisjonell behandler anbefalte pasienter med diaré avholdenhet fra seksuell aktivitet i fem dager. Det var en utbredt oppfatning at rehydreringsløsning stoppet diareen. Antibiotika, gitt som tabletter eller injeksjoner, ble også oppfattet som god behandling og kunne lett skaffes i lokale apoteker og fra behandlere. De var ikke opptatt av hvilket middel som



Riskoking på et typisk landsbykjøkken. Foto Ingeborg Larsen

ble injisert eller om midlet ble gitt i terapeutisk dose.

Disthi – det onde øye

Om lag 10% av innbyggerne nevnte spontant «disthi» som årsaksforklaring ved diaré. Uttrykket ble brukt både som årsaksforklaring og behandlingsmetode. Det betegnet en forhekselse som påførte folk sykdom hvis en person med «disthi», som kan oversettes med «forheksede øyne», så på en med misunnelse. Det var flest barn som hadde «disthi» og som ble rammet av dette. For å beskytte omgivelsene ble spedbarna sminket med kullstift rundt øynene.

Tilleggsymptomer ved diaré, slik som kroppssmerter, feber og oppkast, syntes å peke i retning av «disthi». Behandling ved sykdom forårsaket av «disthi» var basert på overføring av forhekselsen fra den syke til en gjenstand man kvittet seg med, for eksempel en brennende sopelime som ble ført opp og ned foran den syke. Særlig eldre

kvinner sto for behandlingen. En landsbykvinne uttrykte det slik:

«Når noen har diaré, sier de at det er på grunn av disthi og tar disthibehandling. Blir de ikke friske, drar de på sykehuset for å få behandling.»

Påvirkning fra universet – balagrahalu

«Balagrahalu» rammet oftest barn (bala = barn, grahalu = universet). Ulike «graha», forklart for oss som de 16 konene til en hindugud materialisert som planeter, kom en gang i måneden til alle barn. De kunne komme når som helst og gi barnet sykdom. Avhengig av påvirkningskraften ville barnet bli syk med feber, diaré, oppkast eller mareritt.

Onde ånder

Onde ånder kunne ramme uten forvarsel og gi sykdom. Man var særlig utsatt ved fullmåne eller når man var ute på jordene. Både ved «balagrahalu» og onde ånder ble



Sauvegjeting og handel med sauer er vanlig i landsbyen Thungavaripalle. Foto Ingeborg Larsen



Jordbruk er den viktigste næringsveien i Thungavaripalle. De fleste innbyggerne eier, leier eller arbeider på dyrket mark. Foto Hedda Goverud Andersson

«mantra», det vil si ord og vers med iboende kraft, gitt som behandling, som regel via en mantramann. Han sa ikke mantraet høyt, og ingen andre i landsbyen kjente til ordene. På barn bandt han ofte i tillegg et «antra», dvs. en stein og en papirbit med mantra påskrevet, med en lærtråd rundt armen, halsen eller midjen. Dette skulle både forebygge og behandle sykdom.

Diskusjon

Man kan ikke sette likhetstegn mellom helseatferden til befolkningen i en landsby i India og indiske immigranter i Norge. Ved å studere helseatferden i hjemlandet til en stor innvandrerguppe i Norge blir imidlertid de kulturelle ulikhetene tydeligere, slik var det i alle fall for oss. Det er når mennesker med ulike kunnskapstradisjoner møtes at faren for kommunikasjonssvikt er størst, noe som gjør at studien vil ha rele-

vans også for norske forhold. At elementer av de årsaksforklaringene for sykdom vi har beskrevet også er utbredt i flere andre kulturer, styrker studiens relevans, mener vi. Vi mener studien også understreker behovet for flere undersøkelser rettet direkte mot innvandrergupper i Norge, selv om det allerede er utført noen slike (4–6).

De kulturelle ulikhetene medfører mulige feilkilder ved innsamling av data. Vi kommuniserte via tolk og kan dermed ha gått glipp av verdifull informasjon. Samtalene ble lagret og siden transkribert direkte fra telegu, noe som eliminerer en del av dette problemet. Data kan ha blitt påvirket av at vi er vestlige medisinere, ved at informantere tilpasset samtalen til oss. Studien kunne med fordel ha pågått lenger, og vi hadde sannsynligvis fått mer informasjon om vi kunne bodd i landsbyen døgnet rundt. Lokale kontakter gjorde imidlertid den kon-

taktskapende prosessen effektiv, og vi fikk samlet mye data innenfor tidsrammen. Vi kjente ikke kulturen inngående. Det kan ha vært en styrke, siden de relevante ulikhetene da ble mer iøynefallende og vi ble lite styrt av forutinntatte forestillinger.

Både forebyggende og behandlingssøkende helseatferd styres i stor grad av forestillinger om årsak til sykdom. Mangfoldet i årsaksforklaringer for sykdom i vår studiepopulasjon strukturerte vi i følgende hovedgrupper: hete og kulde, forhekselse, påvirkning fra universet og onde ånder. Hver av disse sykdomsårsakene impliserte en gitt form for forebygging og behandling. Ut ifra vestlige begreper viste informantere liten interesse for forebygging, de uttrykte nærmest et fatalistisk syn på muligheten for å forebygge sykdom. Med utgangspunkt i egne årsaksforklaringer hadde de imidlertid mange forebyggende tiltak: De sørget for balanse i kroppens kontakt med hete og kulde, beskyttet omgivelsene mot forheksede øyne ved å tegne med kullstift rundt småbarns øyne og bandt «antra» på kroppen til barn for å beskytte mot onde ånder og påvirkning fra universet. De samme prinsippene ble også brukt ved behandling av sykdom. Type behandling var blant annet avhengig av symptombilde og tidligere erfaringer.

Medisinsk pluralisme

Et slikt mangfold av modeller for helseforståelse kan betegnes medisinsk pluralisme og tillater kulturelt tilpassede behandlings- og forebyggingsmetoder. Mennesker som er vant til motsetninger og ikke forventer å få ett sammenhengende totalbilde av universet, føler seg bekvemme med et sammensmeltet, tilsynelatende selvmotsigende medisinsk system (7). De legger ny kunnskap til gammel, uten å endre den de har fra før. Dette kan gjøre det lettere for dem å ta imot ny helseinformasjon og kan dermed bidra til å bygge bro mellom pasient og lege med ulik kulturbakgrunn.

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at de også i gitte tilfeller vil handle ut fra sin tidligere sykdomsforståelse. Sykdomsforståelsen er en del av folks virkelighetsbilde, overlevert gjennom generasjoner. Å endre dette er derfor ingen enkel oppgave. Hvorfor skulle de stole mer på en utenforstående helsearbeider? Dette understreker nødvendigheten av å respektere pasientens forståelse for å oppnå godt samarbeid og god etterlevelse av legens råd og tiltak.

Ayurvedisk medisin

Ayurvedisk medisin ble, i motsetning til hva vi hadde ventet, ikke nevnt direkte av våre informanter. I ettertid har vi imidlertid sett at årsaksforklaringene vi fant, særlig hete-kulde-prinsippet, har sin plass i det ayurvediske medisinske systemet. Dette er et klassisk sanskritbasert medisinsk system som oppstod i perioden 0–1000 e.Kr. og som nå



Mye av matlagingen foregår på gulvet, som her i en forskning i gulvet som fungerer som både fjøl og morter. Foto Hedda Goverud Andersson

er offentlig godkjent på lik linje med vestlig, naturvitenskapelig forankret medisin i India (8). I noen indiske stater er noen av de tradisjonelle ayurvediske skriftene tatt med i pensum ved moderne legestudier (9).

Årsakene til sykdom deles i dette systemet inn i to kategorier: naturlige årsaker og overnaturlige årsaker. De naturlige årsakene omfatter ubalanse mellom ulike egenskaper i kroppen. Ayurvedisk medisin er basert på konseptet av tre ulike energier – «dosha» – og deres balanse i kroppen. Sykdom oppstår ved ubalanse av «dosha», som kan påvirkes av ulike egenskaper – «gunas». Disse kan anvendes på alle typer gjenstander, organiske eller uorganiske, også tanker og ideer. Det er 20 «gunas», som består av ti par med motsatte egenskaper, for eksempel hard-myk, kald-varm, fast stoff-væske. Alle «gunas» har grunnegenskapen kald eller varm (10). Det er også sammenheng mellom kulde og renhet og mellom hete og forurensning. Seksuell aktivitet og fysisk arbeid blir sett på som urent og heteproducerende.

Som et resultat av denne tankegangen vil alt vi gjør og omgir oss med, slik som mat, klima og vær, avgjøre om kroppstilstanden vår er balansert eller ikke – og dermed påvirke helsen vår. Kunnskap om ayurveda letter forståelsen av de forestillingene vi ble presentert for i landsbyen, til tross for at ingen vi snakket med syntes å være seg bevisst denne sammenheng. Rådet om seksuell avholdenhet ved diaré kan forstås på bakgrunn av at dette gir rituell renhet og dermed reduserer heten i kroppen (11). Forestillingen om at peroral rehydreringsterapi sammen med antibiotika stopper diaré, har sannsynligvis sammenheng med at disse anses å ha egenskapen «kald».

Både disthi, bahlagrahalu og onde ånder kategoriseres under «overnaturlige årsaker» i det ayurvediske system. Mantraer, både som behandling og forebygging, er en utbredt tradisjon i India. Sammenliknende studier i ulike kulturer har vist at onde ånder som årsak til sykdom er en tilnærmet universell forestilling (12). I førindustrielle samfunn skiller de ofte ikke direkte mellom sykdom per se og andre typer uhell. De benytter ofte, men ikke utelukkende, overnaturlige forklaringer på uheldige hendelser (12). Teori og praksis er vevd sammen i en helhetsforståelse som både forklarer og forebygger eller mildner sykdom på denne bakgrunn. Også i andre førindustrielle samfunn har man funnet at rituell og symbolsk helbredelse spiller en viktig terapeutisk rolle (12).

Relevans for norske forhold

Forestillinger om hete og kulde står også sentralt i Latin-Amerika, Asia og Afrika (12). Innen alternativ medisin, f.eks. akupunktur og urtemedisin, skiller man mellom varme og kalde sykdommer. Med tanke på fremmedkulturelle pasienter og pasienter som har erfaring med alternativ medisin

(så mange som en tredel av den norske befolkning har det) (13) er det en fordel for norske leger å ha noe bakgrunnskunnskap om disse forståelsesmodellene – for å motvirke misforståelser og konflikter.

For eksempel kan norske leger oppleve en forkjølet pasients spørsmål om mat som irrelevant og unnlåte å besvare det. Slik kan pasienten miste tillit til legen. Pasienten vil også kunne stå fast ved ønsket om antibiotikabehandling på tross av forklaring om at sykdommen skyldes virus, ganske enkelt fordi han ønsker antibiotika siden dette vil tilføre kroppen mer kulde og gjenopprette hete-kulde-balansen. En enkel forklaring omkring mikroorganismer og av virkningsmekanismen ved antibiotikabruk kan være oppklarende. Kanskje kan også elementer av pasientens forståelse utnytted i behandlingen, f.eks. inntak av risavkok ved diaré, uavhengig om det er for å motvirke hete eller for å erstatte væsketap. Vi mener at man ved å ta hensyn til pasientens kulturelle sykdomsforståelse vil ha bedre forutsetninger for å oppnå god etterlevelse i behandlingen.

Vi takker Bernadette Kumar og Benedicte Ingstad for verdifulle faglige kommentarer. Ingstad var veileder for prosjektet. I tillegg takker vi Redd Barna, Birgit Wiigs stiftelse – kvinner og utvikling, og Universitetet i Oslo, som har bidratt med økonomisk støtte til prosjektet.

Litteratur

1. Dyregrov K. Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2444–6.
2. Pardhan S, Mahomed I. Knowledge, self-help and socioeconomic factors in South Asian and Caucasian diabetic patients. Eye 2004; 18: 509–13.
3. Choudhry UK. Health promotion among immigrant women from India living in Canada. Image J Nurs Sch 1998; 30: 269–74.
4. Brunvatne R. Flyktninger og asylsøkere i helse-tjenesten. Oslo: Gyldendal, 2006.
5. Fagerli RA, Lien ME, Wandel M. Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo. Appetite 2005; 45: 259–304.
6. Agdal R. Diverse and changing perceptions of the body: communicating illness, health and risk in an age of medical pluralism. J Altern Complement Med 2005; 11 [suppl 1]: 67–75.
7. Egnor MT. Death and nurturance in Indian systems of healing. Sos Sci Med 1983; 17: 935–45.
8. The Indian Medicine Central Council Act, 1970. www.ccimindia.org (13.10.2006).
9. Ayurveda. http://en.wikipedia.org/wiki/Ayurveda (4.9.2006).
10. Godagma S. The handbook of ayurveda – India's medical wisdom explained. London: Kyle Cathie, 1997.
11. Pool R. Hot and cold as an explanatory model: the example of Bharuch district in Gujarat, India. Soc Sci Med 1987; 25: 389–99.
12. Baer HA, Singer M, Susser I. Medical anthropology and the world system – a critical perspective. Westport, CT: Bergin & Garvey, 1997.
13. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al. Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal, 2003.
14. Larsen I, Andersson HG. Helseatferd i relasjon til diaré. En kvalitativ og kvantitativ studie av en landsby i Sør-India. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2005.

Manuskriptet ble mottatt 24.11.2006 og godkjent 18.6.2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Verdens helse

Nærmere en malariavaksine

■ En vaksine mot malaria har vist lovende resultater i en dobbeltblind studie fra Mosambik, nylig publisert i *The Lancet* (1).

214 spedbarn ble randomisert til tre injeksjoner med enten malariavaksinen RTS,S/AS02D eller hepatitt B-vaksine ved ti, 14 og 18 ukers alder, i tillegg til rutinevaksinering. Malariavaksinen ga høye antistofftitre mot *Plasmodium falciparum*. 22 barn i malariavaksinegruppen utviklet en *P. falciparum*-infeksjon innen tre måneder etter siste vaksinasjon, mot 46 barn i kontrollgruppen. Vaksinsens effekt var dermed 66 % [95 % KI 42,6–79,8]. Hos 17 pasienter i hver gruppe inntraff det alvorlige hendelser innen seks måneder, men ingen av disse ble bedømt til å være relatert til vaksineringen.

Denne sikkerhetsstudien baner veien for fase 3-studier for å få bekreftet effekten av malariavaksinen i høyendemiske områder, blant annet i Afrika. Vi er nærmere enn noensinne en malariavaksine som kan redusere sykkelighet og dødelighet, fastslås det i en ledsagende kommentarartikkel (2), et sitat som fremheves på hele førstesiden av det aktuelle nummeret.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Aponte JJ, Aide P, Renom M et al. Safety of the RTS,S/AS02D candidate malaria vaccine in infants living in a highly endemic area of Mozambique: a double blind randomised controlled phase I/IIb trial. Lancet 2007; 370: 1543–51.
2. Epstein JE. What will a partly protective malaria vaccine mean to mothers in Africa? Lancet 2007; 370: 1523–4.