

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 unnlate 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 utnyttes 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 vaksineringsen.

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.