



MEDISCH HULPZOEKEND GEDRAG IN ARNAKOT

De invloed van mondialisering op de percepties van ziekte en gezondheid in Arnakot, Nepal



Sophie Kemperman & Silke van Diemen

Foto boven: het uidelen van preventieve medicijnen tegen de *elephant disease*, onderdeel van het nationale immunisatieprogramma. De pillen werden verpakt in oude gemaakte proefwerk papieren die in zakjes werden gevouwen. Foto gemaakt door de onderzoekers tijdens het veldwerk februari – april 2015

Foto onder: een *padla*, deze wordt door de jhakri (traditionele heler/sjamaan) tijdens genezingsceremonies gemaakt en dient als ‘heksen voedsel’, deze wordt vervolgens tijdens de ceremonie op straat gezet. Foto gemaakt door de onderzoekers tijdens het veldwerk februari – april 2015

MEDISCH HULPZOEKEND GEDRAG IN ARNAKOT

De invloed van mondialisering op de percepties van ziekte en gezondheid in Arnakot, Nepal

Sophie Kemperman | 3944662
s.r.kemperman@students.uu.nl

Silke van Diemen | 4030265
s.vandiemen@students.uu.nl

Docent: E.H.E Linders
e.h.e.linders@uu.nl

Juni 2015
Universiteit Utrecht
Bachelor Scriptie Culturele Antropologie



Universiteit Utrecht

DANKWOORD

Na een intensieve periode van bijna een jaar, waarin we begonnen met slechts een idee, ligt hier het uiteindelijke eindresultaat voor u. Tussen dit idee en dit uiteindelijke resultaat hebben zich veel processen, schrijfwerk, organisatie en denkwerk voltrokken. Wij hadden dit niet kunnen doen zonder de hulp van een aantal personen die we via deze weg willen bedanken.

Allereerst willen wij onze scriptiebegeleiders Marc Simon Tomas en Elke Linders bedanken. Marc heeft ons in den beginne bijgestaan en heeft ons met zijn ervaring de goede richting ingeduwd. Halverwege het jaar heeft hij het stokje overgedragen aan Elke en heeft zij ons altijd bijgestaan met vragen, tips en ideeën. Zonder haar feedback en steun was het niet gelukt.

Ook de Maya Foundation, met in het bijzonder René Voss, willen wij bedanken voor het vertrouwen in ons en om ons de vrijheid en mogelijkheden te bieden die nodig waren voor dit onderzoek.

Vervolgens willen wij onze dank uitspreken aan Prem Behadur Kunwar, een van onze sleutelinformanten tijdens onze periode in Arnakot. Ook al was hij niet ter plekke aanwezig in het onderzoeksveld, stond hij dag en nacht voor ons klaar en zijn liefde en enthousiasme voor zijn geboortedorp Arnakot heeft ons geïnspireerd en heeft daarmee ook een plekje in ons hart veroverd.

Dan willen wij nog het gastgezin waarin wij tien weken lang als zussen en dochters in zijn opgenomen bedanken, zonder jullie hadden wij ons nooit direct zo thuis en welkom gevoeld. In het bijzonder willen wij onze zus Tara en moeder Balkumarie bedanken die in moeilijke tijden altijd klaar stonden met thee en roti. Ook zonder onze zus en goede vriendin Deepa hadden wij het niet gered, haar bereidheid en geduld om ons te helpen met het onderzoek heeft veel voor ons betekend.

Daarnaast willen wij ook nog Elske van Putten, Willem van den Heuvel en Kristofoor Leeuwenberg bedanken voor de inhoudelijke inspiratie op ons onderzoek. Ook onze ouders, vrienden, familie en studiegenoten willen we bedanken voor het luisterende oor en juist ook voor de momenten waarop wij even niet aan het schrijven van deze scriptie hebben hoeven denken.

Tot slot - en niet het minst belangrijk - willen wij hier nog aan toevoegen dat onze dank uitgaat naar alle inwoners uit Arnakot, onze tolken, informanten en kinderen van het dorp die ons stuk voor stuk dagelijks met een glimlach begroeten en ons daarmee welkom hebben laten voelen. Nepal heeft door jullie een speciale plek in ons hart veroverd.

EPILOOG

Op 25 april 2015, twee dagen voor onze terugkeer naar huis, vond de meest verwoestende aardbeving in tachtig jaar plaats in Nepal met een kracht van 7.9 op de schaal van richter. Tijdens deze natuurramp hebben velen het leven verloren, hele dorpen zijn weggevaagd en culturele monumenten in Kathmandu zijn compleet verwoest. In deze epiloog willen we de lezer erop attenderen dat het onderzoek zich heeft voltrokken vóór de aardbeving. De data die wij hebben verzameld en het Nepal dat wij hebben leren kennen is door de aardbeving onvermijdelijk veranderd. De directe invloed van de aardbeving hebben we niet onderzocht maar het is belangrijk om bij het lezen van deze scriptie in het achterhoofd te houden dat de beschreven situatie zich afspeelt vóór de aardbeving.

Arnakot lag relatief ver van het epicentrum vandaan waardoor, op een aantal barsten in het schoolgebouw na, de schade lijkt mee te vallen. Echter leven vele bewoners in Arnakot nog in constante angst voor nieuwe aardbevingen, instortingen, landverschuivingen en naschokken. Waar nu sprake was van ontwikkeling in Nepal, zal ontwikkeling op veel plaatsen vervangen worden voor wederopbouw. Na alle waarschijnlijkheid zullen ontwikkelingsorganisaties, waar Arnakot grotendeels afhankelijk van is, en de overheid hun focus verplaatsen naar de meest getroffen gebieden in Nepal. Wij verwachten daarom dat bijvoorbeeld het ziekenhuis in Burtibang, dat volgend jaar af zou moeten zijn en veel verandering en verbetering voor de bewoners uit Arnakot met zich mee zou brengen, nu langer op zich zal laten wachten. Het is daarom belangrijk om bij het lezen van deze scriptie in het achterhoofd te houden dat de situatie na 25 april waarschijnlijk drastisch is veranderd, waarbij voornamelijk ontwikkelingen nu in plaatst van sneller, langzamer zullen gaan.

We willen graag alle liefde toedragen aan onze informanten, onze omarmende Nepalese familie en vrienden die we hebben achtergelaten. De veerkracht waarmee de mensen verder gaan is sprekend voor de bevolking en laat zien tot waar het toe in staat is. Zij accepteren wat er gebeurd en bouwen vanuit daar weer verder.

Onvermijdelijk heeft de aardbeving ons ook op persoonlijk niveau geraakt. Deze scriptie is geschreven direct na onze terugkomst, dit heeft voor ons therapeutisch gewerkt omdat het ons opnieuw liet inzien dat Nepal zoveel meer is dan alleen de aardbevingen waarover nu de media volstaat.

INHOUD

Dankwoord	5
Epiloog	6
Inhoud	8
Kaart	9
Inleiding	11
Hoofdstuk 1: Theoretisch Kader	15
1.1 Mondialisering en medische antropologie	15
1.2 Medische systemen	17
1.3 Medisch pluralisme	18
1.4 Medisch hulpzoekend gedrag	21
Hoofdstuk 2: Context	23
2.1 Traditionele gezondheidszorg in Nepal; Sjamanisme	23
2.2 Moderne gezondheidszorg in Nepal	25
2.3 Arnakot	28
Hoofdstuk 3: De jhakri traditie in Arnakot	30
Hoofdstuk 4: Ontwikkeling in Arnakot	38
Hoofdstuk 5: Moderne geneeswijze in Arnakot	43
Hoofdstuk 6: Medisch pluralisme en hulpzoekend gedrag in Arnakot	52
Conclusie & Discussie	58
Aanbeveling voor de Maya Foundation	64
Bibliografie	65
Bijlagen	70
Bijlage I Informanten lijst	70
Bijlage II Lijst met veel voorkomende ziektes	73
Bijlage III Hulpzoekend gedrag spel	75
Bijlage IV Summary	81

KAART



Bron : Google Maps

INLEIDING

In de volle keuken, naast het vuur op de grond zit Vishnu met haar baby op schoot, al neuriënd wiegt ze op en neer terwijl de baby blijft huilen. Vanochtend is Vishnu ter voet voor de baby naar het Uter Ganga privé ziekenhuis in Burtibang geweest, twee en een half uur lopen van Arnakot, waar ze medicijnen heeft gekocht tegen de aanhoudende diarree, overgeven en huilen van de baby. Ondanks dit bezoek aan de dokter is er vanavond ook een jhakri, de plaatselijke sjamaan, uitgenodigd. De jhakri zit in de hoek van de keuken naast Vishnu op de grond en voert een ritueel uit wat onder andere bestaat uit het ritmisch aanroepen van de goden en rijst lezen. De keuken is gevuld met geluiden, het huilen van de baby, het neuriën van Vishnu en de chant van de jhakri dat één uur door gaat, waarna vervolgens de jhakri zijn voorspelling uitspreekt dat de baby morgen weer beter zal zijn.¹

Op een afgelegen bergplateau ter hoogte van 2300 meter in het westelijke gedeelte van Nepal ligt het dorp Arnakot. Zoals uit de anekdote blijkt is er in Arnakot sprake van een pluralistisch medisch systeem waarbij traditionele en moderne gezondheidszorg naast elkaar bestaan en gebruikt worden. In deze tekenende anekdote zien we dat zowel de moderne dokter, biomedische medicijnen als de traditionele jhakri ingezet worden om de baby van Vishnu te genezen. De volgende dag ging het, zoals de jhakri had voorspeld, beter met de baby, al wist nu niemand of dit kwam door de medicijnen of door het ritueel van de jhakri.²

Deze scriptie richt zich op de invloed van ontwikkeling op het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot in het perspectief van mondialisering. Geografische isolatie zorgt ervoor dat gemeenschappen vaak aangewezen zijn op zichzelf en daardoor hun eigen sociale structuren, regels en medische systemen hebben ontwikkeld (Foster & Anderson 1978). In Arnakot zijn dit de traditionele genezers; bekend als de jhakri's. Deze traditionele geneeswijze zijn vaak gebaseerd op non-rationele en magische elementen, terwijl biomedische geneeswijze gefundeerd zijn op biologie en wetenschap (Janzen 1978). Door mondialisering en ontwikkeling heeft de biomedische wetenschap zich als een olievlek verspreid over de wereld en heeft zo ook een plek veroverd in het leven van de bewoners van afgelegen bergdorpen zoals Arnakot. De invloed hiervan op de traditionele geneeswijzen en het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot wordt in deze scriptie onderzocht. Met deze scriptie dragen we bij aan de bestaande literatuur over hulpzoekend gedrag in afgelegen gebieden. Daarnaast leveren we voor de bewoners uit Arnakot een bijdrage aan hun maatschappelijke probleem van het

¹ Participerende observatie 08-03-2015

² Informeel gesprek Bharat 26-03-2015

ontbreken van moderne biomedische hulp in hun dorp door een aanbeveling te schrijven aan de Maya Foundation.³

Om dit te onderzoeken hebben we de gedurende een periode van tien weken (februari tot april 2015) kwalitatief antropologisch veldwerk gedaan in Arnakot. Onze data is gebaseerd op tien weken volledige participerende observatie, talloze informele gesprekken, vijftientig interviews, het hulpzoekend gedrag spel (hier zal verder op worden ingegaan in hoofdstuk zes), het bezoeken van ziekenhuizen en medische hulpposten in de omgeving, het bijwonen van ceremonies en sjamanistische rituelen en daarnaast doormiddel van het maken van notities, aantekeningen, visuele data, dagboeken en het dagelijks bijhouden van een activiteitschema en logboek (De Walt en De Walt 2010). Het ordenen en analyseren van de data hebben we gedaan met het behulp van het programma Nvivo.

Het verblijf vond plaats midden in het dorp bij een Nepalees gastgezin; het gezin van Dhjam Behadur Kunwar (45), schoolhoofd en een van de belangrijkste mannen van het dorp. Zijn neef Prem Behadur Kunwar (34), geboren in Arnakot en woonachtig in Pokhara, was een van onze hoofdinformanten en contactpersoon tussen de Maya Foundation en de bewoners uit Arnakot. De Maya Foundation is een Nederlandse ontwikkelingsorganisatie die ons had gevraagd om onderzoek te doen naar het traditioneel medisch systeem alvorens ze wilde overwegen om in Arnakot een medische hulppost te bouwen, of op een andere manier op het gebied van gezondheidszorg bij te dragen. Omdat al eens eerder een onderzoeker vanuit deze organisatie naar Arnakot was gestuurd, waarna er een nieuwe kleuterschool gebouwd is, was er vanuit de bevolking een hoge verwachting dat na aanleiding van ons onderzoek voor hen een hulppost gebouwd zou worden. Deze verwachtingen hebben een belangrijke rol gespeeld in de verzamelde onderzoeksdata, omdat hierdoor antwoorden soms gekleurd waren en alle inwoners wanneer ze de kans hadden altijd aan ons duidelijk maakte dat er in Arnakot een hulppost nodig is. Ook werden we vaak persoonlijk aangesproken of wij, of de Maya foundation, konden helpen bij het betalen van een operatie, medicijnen, school of andere financiële hulp. Dit bracht ons als onderzoekers soms in een ethisch dilemma waarin we een rol opgedrongen kregen die haaks staat op de rol van objectieve onderzoeker. De aanwezigheid van ons, maar ook andere westerlingen die we daar gezien hebben, zorgde voor ophef, verwachtingen en hoop op verandering en een medische hulppost. Ook dit droeg bij aan het ethische dilemma waarin wij op de hulpverlenersstoel werden geplaatst, maar deze rol niet konden waarmaken en hiermee niet aan de verwachtingen konden voldoen. Ook realiseerden zij zich door onze aanwezigheid en informele gesprekken waarin zij naar onze levens vroegen des te meer hoe – in hun ogen – weinig ze hadden en hoeveel problemen er in Nepal zijn.⁴ Dit heeft onze onderzoekspositie binnen de gemeenschap onvermijdelijke beïnvloed, omdat het een belangrijke component was in de rolverdeling tussen ons en onze informanten.

³ De Maya Foundation is een Nederlandse ontwikkelingsorganisatie die ons had gevraagd om onderzoek te doen naar het traditioneel medisch systeem alvorens ze wilde overwegen om in Arnakot een medische hulppost te bouwen, of op een andere manier op het gebied van gezondheidszorg bij te dragen.

⁴ Informele gesprekken Tara, Baradh, Deepa, Djham, Resham, Beg, Bimla, Bulmaya

De bewoners uit Arnakot vonden het in eerste instantie moeilijk voor te stellen dat wij als 'westerse moderne' vrouwen interesse toonden in de traditionele geneeswijzen en de jhakri's. Deze status die wij in het dorp hadden heeft ons onderzoek beïnvloed doordat velen in het dorp zich ook willen identificeren met de moderne wereld (Pigg 1996). Dit kwam vaak naar voren wanneer we naar jhakri's vroegen; er werd dikwijls gelachen en gezegd dat zij er niet in geloofden maar wel iemand kenden die er nog wel naar toe ging. Daarnaast werd dit vaak in onze observaties later ook niet bevestigd. Door geloof in jhakri's te ontkennen probeerde ze vaak meer 'westers' en 'ontwikkeld' te zijn of over te komen. Echter zorgde deze status als 'westerse moderne' vrouwen er tegelijkertijd ook voor dat iedereen openstond voor een interview en tijd voor ons vrijmaakte waardoor wij veel mensen hebben kunnen spreken en ook op plaatsen konden komen waar iemand normaal gesproken niet zo snel toegelaten wordt.

Voor alle interviews hebben we gebruik gemaakt van vertalers, doordat wij de Nepalese taal niet goed genoeg beheersten. In het dorp waren zes mensen aanwezig die voldoende de Engelse taal beheersten om ons te kunnen helpen als vertalers. Deze waren Djham (45), zijn schoondochter Deepa (28), zijn dochter Tara (29), zijn zoon Bharat (26), hoofddocent Beg (37) en de Engels leraar in opleiding Resham (21). Zij waren alle echter geen getrainde vertalers, wat verschillende implicaties met zich meebracht waardoor in de vertalingen vaak details verloren zijn gegaan en in hun vertalingen een bias of bepaald perspectief naar voren kwam waardoor de antwoorden van de informanten werden gekleurd. Echter hebben wij gepoogd dit zoveel mogelijk op te lossen door gebruik te maken van verschillende vertalers zodat bewuste of onbewuste opvattingen en meningen zo goed als mogelijk door de antwoorden heen konden worden gezuiverd, waardoor de validiteit van ons onderzoek is toegenomen. Omdat we erg afhankelijk waren van onze vertalers speelde ook het ethische dilemma wat we voor hen terug konden doen een rol. We hebben daarom ook lesgegeven op school en vaak op Rocky, het kindje van Deepa, gepast om op deze manier reciprociteit te uiten.

Mede vanwege de taalbarrière hebben wij het 'hulpzoekend gedrag spel' ontwikkeld; via deze weg konden wij informatie van bewoners krijgen zonder de hulp van een vertaler. Dit spel gaf inzicht in de individuele keuzes in de zoektocht naar de juiste hulpverleners, dit zal later uitgebreid behandeld worden in hoofdstuk zes. De uitkomsten van het hulpzoekend gedrag spel hebben we aan de hand van foto's uitgewerkt in Excel, en heeft voor meer inzicht in het hulpzoekend gedrag gegeven en voornamelijk duidelijk naar voren gebracht dat, in tegenstelling tot wat mensen in eerste instantie zeggen, jhakri's toch een belangrijke rol spelen in het medisch systeem van Arnakot. Vervolgens konden wij aan de hand van deze gegevens, specifieke interview vragen stellen, om tot een diepere analyse te komen. Ondanks de struikelblokken waar wij ons tijdens het onderzoek bewust van waren, hebben wij zoveel mogelijk objectief onderzoek proberen te doen. Ook hebben we ervoor gekozen om alle informanten met hun echte naam te noemen, aangezien ze hier alle *informed consent* voor hebben gegeven.

In deze scriptie zal vanuit de theorie een fundering worden gelegd om onze op deze manier verzamelde onderzoeksgegevens te interpreteren. Foster & Anderson (1978) stellen dat het belangrijk is om medische systemen te onderzoeken binnen de context van de algehele cultuur om ze te begrijpen. Om een holistisch beeld van Arnakot te kunnen geven zullen we in deze scriptie daarom de sociale en culturele systemen in Arnakot omschrijven zodat we het hulpzoekend gedrag van de bewoners van Arnakot binnen de gehele context kunnen plaatsen. In de eerste paragraaf van het theoretisch kader zullen we de concepten; *disembedding*, *acceleration*, *standardization*, *movement* en *mixing* van Eriksen (2007) gebruiken om de ontwikkelingen in Arnakot in het perspectief van mondialisering te kunnen duiden. Door mondialisering en modernisering is er vaak geen sprake meer van één enkel medisch systeem, maar spreken we van medische pluriformiteit, waarbij er – net zoals in de beschreven anekdote – meerdere systemen naast elkaar bestaan (Stoner 1986). Dit zal in de tweede paragraaf worden besproken. Vervolgens zal in de derde paragraaf worden gekeken naar het al eerder genoemde proces ‘hulpzoekend gedrag’, wat de afwegingen van individu beschrijft bij het maken van de keuze voor de juiste zorgverlener ten tijde van ziekte (Hsu 2008). Voor de bewoners uit Arnakot betekent dit dat zij een keuze maken tussen ofwel moderne biomedische gezondheidszorg, traditionele gezondheidszorg of een combinatie van beide. Deze keuzes worden gebaseerd op contextuele variabelen zoals het nationale gezondheidszorgbeleid, de persoonlijke leefomstandigheden, (gezondheid) overtuigingen, sociaal-culturele praktijken en persoonlijke voorkeuren, maar ook de meningen van familie en dorpsbewoners ten aanzien van deze verschillende gezondheidszorg tradities (Kleimann 1978).

Daarna zal het empirische gedeelte van deze scriptie beginnen met een hoofdstuk waarin wij het traditionele medische systeem in Arnakot – bestaande uit de jhakri traditie – aan de hand van Saunders (1954) definitie over medische systemen in kaart zullen brengen. In het volgende hoofdstuk zullen we – in het licht van mondialisering – de ontwikkelingsprocessen die zich de afgelopen jaren in Arnakot hebben voltrokken beschrijven. Hierop volgend zal dieper worden ingegaan op het aanbod en de ontwikkeling van biomedische gezondheidszorg in Arnakot en omgeving waarbij we laten zien welke rol deze inneemt in het leven van de bewoners uit Arnakot. Als laatste zullen al deze elementen samenkomen in het hoofdstuk over 'hulpzoekend gedrag & medisch pluralisme'. Aan de hand van de twee leidinggevende modellen binnen de sociale wetenschap om hulpzoekend gedrag in kaart te brengen; het *pathway model*, *determinants model* (Kroeger 1983) en op het door ons gecreëerde 'hulpzoekend gedrag spel' geïnspireerd op van Van Puttens (2014) masterscriptie, zullen wij een analyse maken waarin we laten zien op welke manier het traditionele en moderne medische systeem naast- en door elkaar gebruikt worden. We concluderen met deze analysetechniek dat het hulpzoekend gedrag afhankelijk is van de volgende verklaringsvariabelen: geografische isolatie, geld, educatie, verschil conservatief en niet-conservatief, onverklaarbare gebeurtenissen en als belangrijkste de veranderende percepties op ziektes.

Hoofdstuk 1

THEORETISCH KADER

1.1 Mondialisering en medische antropologie

Sophie Kemperman

Voordat wij ons zullen richten op onze onderzoeksdata uit het veld is het belangrijk om eerst te kijken naar verschillende concepten binnen de sociale wetenschap, we beginnen met mondialisering en medische antropologie en daarna gaan we dieper in op medische systemen, medische pluraliteit en hulpzoekend gedrag. Net als Frankenberg (1980) zijn wij van mening dat wanneer je medische systemen onderzoekt dit in een breder perspectief moet worden gedaan, waarbij ontwikkeling en modernisering niet over het hoofd kunnen worden gezien.

Mondialisering

Mondialisering is het mode woord van de 21^{ste} eeuw, maar wat betekent het dat we leven in een wereld getekend door mondialisering? Hoewel de term mondialisering vele processen tegelijk beschrijft hebben volgens Eriksen (2007) gerelateerde onderwerpen zoals mondiaal kapitalisme of transnationale migratie acht kenmerkende processen die samen een gemeenschappelijke basis vormen om mondialisering te definiëren. Hieronder zullen we deze acht processen allemaal kort bespreken.

Het eerste proces is *disembedding*, dit is het proces waarbij afstand een steeds kleinere rol is gaan spelen. Het verplaatsen van ideeën, mensen en goederen gaat sneller en is steeds gemakkelijker waardoor tegelijkertijd ook een vaste locatie niet meer zo belangrijk is als voorheen. Het tweede kenmerk is *acceleration*, de toename van snelheid is een belangrijke karakter eigenschap van mondialisering, waarbij onder andere de snelheid van communicatie en verplaatsen over de wereld doormiddel van technologische ontwikkeling steeds meer is toegenomen. Deze hangt daardoor ook strek samen met *disembedding*. Het derde kenmerk is *standardization* dit begon al bij nationalisme en nationale economieën, maar door mondialisering zijn er nu ook vergelijkbare en gedeelde standaarden waar er voorheen geen waren. Voorbeelden hiervan zijn de snelle verspreiding van Engels als vreemde taal, de snelle verspreiding van gelijksoortige hotels en winkelcentra en de toename van internationale verdragen. Het vierde kenmerk beschrijft hoe internationale netwerken steeds dichter, sneller en groter worden. Wederzijdse afhankelijkheid en transnationale verbindingen zorgen ervoor dat het belang van internationale afspraken en het herzien van buitenlandse politiek steeds belangrijker wordt. Dit proces wordt door Eriksen (2007) omschreven als *interconnectedness*. *Movement* is het vijfde proces, het spreekt vrijwel voor zichzelf, en omvangt processen zoals migratie en toerisme die in de laatste eeuwen alleen maar zijn toegenomen en de implicaties die dit met zich meebrengt voor lokale

gemeenschappen, economieën en politiek. Een ander proces en resultaat van modernisering is *mixing* waarbij Eriksen (2007) stelt dat de hoeveelheid, grote en diversiteit van uitwisseling tussen mensen van informatie toeneemt en dit leidt tot meer culturele menging dan ooit tevoren. Onder andere als gevolg van deze uitwisseling worden grenzen steeds zwakker, een proces dat Eriksen (2007) als *vulnerability* omschrijft. Stromen van geld tot vluchtelingen worden steeds intenser en lokale politiek heeft steeds meer moeite van het tegenhouden van stromen die niet welkom zijn. Ook omschrijft het de risico's van modernisering zoals ziektes als AIDS, transnationaal terrorisme en klimaatverandering. Om hier actie tegen te ondernemen kan niet meer met alleen één natie staat, hiervoor zijn steeds meer internationale regels nodig, iets wat ook binnen het proces *interconnectedness* wordt beschreven. Het laatste proces dat Eriksen (2007) onderscheidt is *re-embedding*, wat een reactie is op het eerder beschreven proces van *disembedding*, processen die op alternatieve manieren gemeenschappen bij elkaar brengen om identiteit te behouden zijn hier onderdeel van. Zoals het steeds sterker aangrijpen van geloof waarmee ook transnationale banden sterker worden tussen mensen die zich ondanks dat plaats niet meer essentieel is toch met eenzelfde religie of geloof identificeren.

Eriksen (2007) stelt dat ondanks dat mondialisering een voornamelijk door technologie en economie gedreven proces is, het veelzijdig is waarbij zowel naar de invloed hiervan op cultureel, politiek en milieu niveau moeten worden gekeken. Het is echter ook belangrijk om in het achterhoofd te houden dat internationale uitwisseling en invloeden niet iets nieuws zijn. Dit is een eeuwenoud proces – denk onder andere aan het imperialisme – dat door mondialisering in een stoomversnelling is gekomen. Dit heeft ervoor gezorgd dat ook in de meer afgelegen gebieden – zoals gemeenschappen die leven op de Savannes, Inuit rond de poolcirkel, indianen in de jungle van het Amazonegebied of mensen woonachtig in de afgelegen dorpjes in de Himalaya – moderne technologie, moderne gezondheidszorg en media hun intrede in het leven hebben gedaan. Deze ontwikkelingen veroorzaken veranderingen binnen de lokale cultuur, de lokale normen en waarden en het lokale medische systeem (Appadurai 1996).

Inzoomend op het medisch systeem heeft mondialisering ervoor gezorgd dat – vooral in de Westerse landen – moderne medische gezondheidszorg zich in een versneld tempo heeft ontwikkeld en verspreid (Appadurai 1996). In afgelegen gemeenschappen hebben deze vaak nog niet veel invloed gehad en deze gemeenschappen hebben gemeen dat zij een andere perceptie hebben op ziekte en gezondheid, die hun reactie op aangeboden moderne gezondheidsvoorzieningen – door bijvoorbeeld ontwikkelingsorganisaties – beïnvloedt (Read 2013). Deze perceptie komt allereerst voort uit hun fysieke isolatie, deze zorgt ervoor dat ze met veel zaken op zichzelf aangewezen zijn. Zo regelen ze vaak hun eigen zaken op economisch, juridisch en sociaal gebied. Ook heeft deze isolatie ervoor gezorgd dat deze gemeenschappen zich zelfredzaam hebben gemaakt door zich aan te passen aan hun ecologische omgeving. Ze hebben geleerd om te overleven met periodes van droogte, overstroming, erosie en/of andere bedreigingen. Deze uitdagingen gaan samen met armoede, periodes van honger, een hoge kindersterfte (gerelateerd aan ondervoeding) en lage levensverwachtingen (Read 2013). Deze

isolatie maakt dat ze hun eigen gezondheidsvoorzieningen en medische systemen hebben ontwikkeld en de manier waarop zij zich hebben aangepast aan hun omgeving is vaak doorgegeven van generatie op generatie.

Onder invloed van mondialisering zijn deze medische systemen in verandering. Veranderingen en de introductie van moderne gezondheidszorg kunnen door de traditionele gemeenschappen als bedreiging ontvangen worden; over het algemeen zijn gemeenschappen namelijk etnocentrisch en beschouwt men de eigen cultuur in eerste instantie als beter (Read 2001). Het onderzoeken van de komst van biomedische medische systeem en de implicaties daarvan op het traditionele medische systeem valt binnen de wetenschappelijke stroming medische antropologie.

Medische antropologie

Medische antropologie als discipline wordt door wetenschappers die zich bezighouden met dit veld gezien als een biocultureel georiënteerde discipline – een combinatie van biologische en sociaal-culturele aspecten van menselijk gedrag – die zich met name richt op de wijze waarop deze twee aspecten door de geschiedenis van de mensheid heen met elkaar overlappen, op elkaar reageren en ziekte en gezondheid beïnvloeden (Singer & Baer 2011). Onder biologische aspecten binnen het veld vallen onder andere; menselijke groei, ontwikkeling van ziektes en bijvoorbeeld de rol van gezondheid in bepaalde bevolkingsgroepen. Het sociaal-culturele aspect omvat medische systemen, hulpzoekend gedrag en bijvoorbeeld educatie over ziektes. Het biologische en sociaal-culturele veld zijn echter niet altijd strikt gescheiden wat het tot een biocultureel georiënteerde discipline maakt (Singer & Baer 2011). Antropologisch onderzoek binnen gezondheidszorg praktijken heeft laten zien dat medische pluraliteit, of te wel het bestaan en gebruik van verschillende soorten gezondheidszorg alternatieven binnen een gemeenschap, niet de uitzondering op de regel is maar de regel zelf. Gemeenschappen met een pluralistisch medisch systeem hebben een divers aanbod van verschillende gezondheidszorg opties waaruit hulpbehoevenden zowel bewust, exclusief of spontaan kunnen kiezen (Stoner 1986). Belangrijke termen binnen de medische antropologie zijn medische systemen, medisch pluralisme en hulpzoekend gedrag (Stoner 1986). We gaan in de volgende paragraaf eerst in op medische systemen

1.2 Medische systemen

Silke van Diemen

Allereerst zullen we hier beschrijven hoe medische systemen tot stand komen, vervolgens zullen we laten zien wat er gebeurt als er meerdere systemen naast elkaar bestaan. Dit staat bekend onder de term medische pluraliteit (Stoner 1986). Deze twee concepten geven ons vervolgens theoretische inbedding om naar het individuele gedrag van mensen binnen een gemeenschap te kijken. Volgens Foster en Anderson (1978) heeft het menselijke vermogen tot compassie wereldwijd, in allerlei

samenlevingen, geleid tot het vinden van verschillende genezingswijzen tegen ziektes. Saunders (1954) beschrijft deze uitkomsten als:

“a vast complex of knowledge, beliefs, techniques, roles, norms, values, ideologies, attitudes, customs, rituals, and symbols, that interlock to form a mutually reinforcing and supporting system”

Saunders (1954:7)

Saunders geeft hiermee aan dat er over de hele wereld verschillende medische systemen te vinden zijn die ontstaan zijn door een menging van culturele, ecologische, sociale en biologische aspecten. Dit zorgt ervoor dat medische systemen altijd in de context van de hele cultuur bestudeerd moeten worden om ze volledig te begrijpen (Singer & Baer 2011). Foster & Anderson (1978) beamen dit, maar richten zich daarnaast vooral op de invloed van ecologische factoren op medische diversiteit. Zij veronderstellen dat de mens altijd leeft in een bepaalde ecologische omgeving met specifieke geografische eigenschappen en klimaatomstandigheden. Door het adaptief vermogen van de mens op biologisch en cultureel vlak heeft zij zich over de geschiedenis heen succesvol weten voort te planten en aan te passen aan deze specifieke omgevingen. Elke gemeenschap heeft zich gespecialiseerd in de karakteristieke eigenschappen van zijn of haar omgeving. Deze specialisaties komen voort uit een combinatie van natuurlijke en culturele constructen (Foster & Anderson 1978). Mede doordat geografische eigenschappen en klimaat kunnen veranderen betekent dit ook dat de mens zich continu heeft moeten aanpassen aan deze veranderingen. Deze veranderingen hebben tot gevolg dat ook het gedrag van de mens verandert, waardoor de cultuur mee verandert, cultuur is mede daardoor geconstrueerd als een fluïde begrip doordat mensen continu adaptieve strategieën ontwikkelen om te overleven in hun eigen ecologische omgeving (Foster & Anderson 1978). In deze benadering wordt gezondheid gezien als een maatstaf van ecologische adaptatie (Baer & Singer & Susser 2003).

1.3 Medisch pluralisme

Silke van Diemen & Sophie Kemperman

Net zoals culturen divers zijn, zijn medische systemen ook divers. Binnen medisch pluralistische systemen zijn gezondheid, ontwikkeling en modernisering onlosmakelijk met elkaar verbonden. Niet alleen is een gezonde populatie noodzakelijk om te kunnen ontwikkelen (Subedi 1989), ook wordt gezondheid door ontwikkeling en modernisering beïnvloed zoals beschreven in de paragraaf ‘mondialisering en medische antropologie’.

Diverse sociale wetenschappers (Bhardwaj, 1980; Djurfeldt and Lindberg, 1976; Fabrega, 1980; Foster and Anderson, 1978; Frankenberg and Larson, 1976; Jaspán, 1976; Kleinman, 1980; Leslie, 1976; Nichter, 1978; Press, 1978; Taylor, 1976; Young, 1983) hebben aangetoond dat in de

meeste plekken op de wereld, met name in ontwikkelingslanden, medische systemen pluralistisch zijn. Pluralisme is omschreven in het Oxford English Dictionary as *'A theory or system that recognizes more than one ultimate principle'* (Hsu 2008:136). In de context van medische systemen kan medisch pluralisme het beste omschreven worden als: “verschillende naast elkaar bestaande epistemologische therapeutische tradities” (Lambert 2012:1029). In deze scriptie zullen we ons enkel richten op de twee grootste pijlers binnen pluralistische medische systemen, namelijk 'westers', ook wel biomedisch en 'niet-westers', ook wel traditionele geneeswijze. De definitie van Hahn & Kleinman (1983) over medisch pluralisme in de praktijk houdt in dat er een diverse reeks van genezingsystemen bestaan en dat er meerdere combinaties mogelijk zijn waarin patiënten ze gebruiken en genezers ze uitvoeren. Westerse gezondheidszorg wordt ook wel biomedische gezondheidszorg genoemd doordat de wetenschappelijke term voorkomt uit de focus op de biologie van de mens. Janzen (1978) voegt hier aan toe dat deze termen constructen zijn voortkomend uit verschillende fundamenteen. Biomedische geneeswijze is gebaseerd op biologie, psychologie en wetenschap, terwijl traditionele geneeswijze gebaseerd is op non-rationele en magische elementen. Dat deze twee hierdoor met elkaar concurreren komt ook naar voren in het concept van Gesler (1984). Hij schrijft dat het genezen of behandelen ten tijde van ziekte twee functies heeft; dit is de controle van ziekte en het brengen van zingeving voor het feit dat iemand ziek is. Gesler beargumenteert dat moderne westerse gezondheidszorg alleen het eerste doet, terwijl niet-westerse gezondheidszorg zoals traditionele of volksgezondheidszorg dit beide doet. Traditionele gezondheidszorg kan dus genezen en een bevredigende en of culturele interpretatie aan ziekte geven (Subedi 1989).

Ondanks dat medisch pluralisme gelijkheid impliceert - waarin de een geen macht heeft over de ander en ze los van elkaar kunnen bestaan - is dit echter vaak niet het geval; in de realiteit is medisch pluralisme vaak een hiërarchisch systeem (Bode 2013).

“In this hierarchy, biomedicine is often the real or perceived state medicine. It is therefore worldwide structurally dominant and powerful, which is reflected in the link of biomedicine to the professional and cultural domain in various national as well as international politics. Biomedicine is even allopathic, meaning that it is mainstream or, the ‘invisible standard’ in healthcare.”
Bode (2011:17)

In ontwikkelingslanden waarin de traditionele geneeswijzen lange tijd de boventoon hebben gevoerd proberen overheden moderne westerse gezondheidszorg nationaal aan te bieden en overal bereikbaar te maken. Toch blijkt vaak dat voor veel van de inwoners van deze landen vaak niet de westerse, maar hun eigen oorspronkelijke bron van gezondheidszorg makkelijker te bereiken is (Subedi 1989). Stoner (1986) voegt hier aan toe dat deze twee medische systemen vaak ook overlappen en door elkaar gebruikt worden:

"Press Schwartz, Garrison, and many others have demonstrated that individuals are quite capable of "dual use" of distinct medical systems. While being fully aware of the paradigmatic and methodological differences between them. Indeed, this awareness underlies the individual's ability to selectively "shop around" among them or to obtain alternative continuing care after the prescribed hierarchy of resort with our mother of the systems has been exhausted."

Stoner (1986:44-45)

Wanneer een nieuw medisch systeem een gemeenschap binnenkomt zorgt dit volgens Janzen (1978) altijd voor veranderingen in het huidige medische systeem. Echter zorgen bijvoorbeeld taal obstakels ervoor dat een complete adaptatie van een 'nieuw' medisch systeem binnen een bestaande cultuur niet mogelijk is (Janzen 1978:37). Hierdoor is het resultaat dat er verschillende systemen naast elkaar blijven bestaan en dat er nieuwe categorieën worden geconstrueerd tussen de verschillende gezondheidspraktijken. Zoals Law (2011) ons leerde dat er meerdere realiteiten naast elkaar kunnen bestaan, is het niet meer dan logisch dat er ook meerdere medische systemen naast elkaar kunnen bestaan (Law 2011). Zoals hierboven beschreven komen medische systemen voort uit culturele constructies, ook Hahn & Kleinman (1983) beargumenteren dat biomedische gezondheidszorg een sociaal-cultureel systeem is:

"In claiming that biomedicine is a sociocultural system, we assert that this medicine consists of distinctive elements that interact in a manner which separates them from other systems within society. In that biomedical practitioners believe that their domain is distinct from morality and aesthetics, and from religion, politics, and social organization, this form of medicine may be a more discrete system than others. Social scientists discern interconnections between these domains, however, which practitioners usually deny or ignore."

Hahn & Kleinman (1983:306)

In lijn met deze claim is het daarom noodzakelijk om ook het biomedische medische systeem in de context van de hele cultuur te onderzoeken om het volledig te begrijpen.

Doordat medisch pluralisme vaak bestaat in ontwikkelingslanden met sociaal gestratificeerde en culturele diverse gemeenschappen, is het logisch dat het hulpzoekend gedrag van mensen ook pluralistisch is en afhankelijk van de situatie.

"Medical pluralism moreover appears to be a solution in accessing healthcare for people living in poverty, when in the absence of good accessible, available or satisfying healthcare, people approach and combine different healthcare traditions with each other"

Van Putten (2014:26)

1.4 Medisch hulpzoekend gedrag

Silke van Diemen

Wanneer er zoals hierboven beschreven in een gemeenschap meerdere medische systemen bestaan en daardoor verschillende gezondheidsoplossingen voor ziektes aangeboden worden, is het vervolgens aan het individu om te beslissen waar hij/zij naar toe gaat voor hulp. Deze beslissing hangt af van verschillende factoren. Dit proces heet *medisch hulpzoekend gedrag* en het laat de agency van de patiënt zien binnen het veld van gezondheidszorg (Hsu 2008). Hulpzoekend gedrag komt voor in de familie, gemeenschap of diverse gezondheidsstructuren en kan gezien worden in fysieke, sociaal-economische, culturele en politieke context (Shaikh & Hatcher 2008:49). Het is belangrijk om het hulpzoekend gedrag in de sociaal-culture context te onderzoeken (Andersen 1995; Kleinman 1980), gedrag wordt namelijk grotendeels bepaald door de sociale en culturele achtergrond van de patiënt. Hsu (2008) voegt hieraan toe dat de keuzes die mensen maken deels bepaald worden door *habitus* (Bourdieu et al 1989:13). Ten grondslag aan deze theorie ligt het idee dat habitus begrepen kan worden als een complete set van variabelen zoals persoonlijke en sociale karaktereigenschappen, geloven, percepties en waarden die voortkomen uit iemands sociale omgeving. Deze habitus zit sterk in het individu gegrond en vormt grotendeels de manier waarop iemand de wereld ziet, ontvangt en naar handelt (Bourdieu et al 1989:13).

"In other words, the theory of habitus shows that it is the circumstantial social, economic and political dynamics that influence an individual's choice in treatment seeking."

Hsu (2008:318-319)

Percepties op gezondheid en ziekte zijn bepalend voor het hulpzoekend gedrag. Volgens Feerman (1981) zijn er vijf categorieën die de oorsprong van bepaalde ziektes verklaren: 1) *'an illness brought by God'* 2) *'an illness people bring upon themselves'* 3) *'sorcery'* 4) *'spirits'* en 5) *'acts of the individual moral will'*. Echter willen wij hier zelf nog een zesde categorie aan toe voegen; 6) *'sickness of biological cause'*. Door te kijken naar de percepties van mensen op ziektes, met in ons achterhoofd deze categorieën - zullen we meer inzicht krijgen in het hulpzoekend gedrag. In ons onderzoek kwam namelijk naar voren dat hulpzoekend gedrag van individuen sterk samen hangt met hun perceptie op de oorsprong van hun ziekte, in het hoofdstuk zes zullen wij hier dieper op in gaan.

Ook zijn er door diverse sociale wetenschappers zoals Andersen (1995), Kleinman (1978) en Green et al (1980) verschillende modellen gemaakt die proberen te verklaren hoe het hulpzoekend gedrag tot stand komt. De twee grootste categorieën binnen deze modellen zijn: 1) *pathway models* beschrijven de verschillende stappen in besluitvorming tijdens het proces van ziek zijn. 2) *Determinants models* focussen zich op diverse 'verklarings- variabelen' of 'determinanten' die gelinkt zijn aan de

plaatselijke keuzemogelijkheden die mensen hebben op het gebied van gezondheidsaanbieders (Kroeger 1983:148). Echter gaan deze modellen uit van rationeel, voorspelbaar en logisch gedrag, terwijl menselijk gedrag vaak irrationeel, spontaan en onbewust is (Van Putten 2014). Daarom zullen wij deze modellen gebruiken als analysemethode op de verkregen data doormiddel van participerende observatie, *'being there'*, gesprekken en interviews.

In deze scriptie zullen wij ons richten op de twee grootste pijlers binnen de medische systemen: 'biomedisch' en 'traditioneel'. Om te onderzoeken hoe het hulpzoekend gedrag tussen deze twee pijlers tot stand komt, zullen wij in deze scriptie aan de hand van data verzameld door antropologisch veldwerk en analyses doormiddel van de bovengenoemde modellen laten zien welke factoren ten grondslag liggen aan het hulpzoekend gedrag van de bewoners van Arnakot. Hiervoor zullen wij eerst de contextuele setting van het dorp Arnakot schetsen, alvorens we overgaan tot onze empirie.

Hoofdstuk 2

CONTEXT

2.1 Traditionele gezondheidszorg in Nepal; Sjamanisme

Silke van Diemen

Nepal is – in tegenstelling tot omringende landen zoals India – nooit gekolonialiseerd geweest. Hierdoor is er tot 1950 weinig contact geweest met de ‘buitenwereld’. Omdat de moderne gezondheidszorg in Nepal pas laat op gang is gekomen - hier zullen we in het volgende hoofdstuk verder op in gaan - speelt het ‘traditioneel’ medische systeem in Nepal nog een belangrijke rol binnen de gezondheidszorg. Dit systeem in Nepal wordt gekenmerkt door een traditie van sjamanisme.

Een sjamaan is meer dan alleen een 'dokter', het is een specifiek type religieus specialist. Vanuit verschillende percepties wordt sjamanisme anders gedefinieerd, maar de algemene overeenstemming is dat een sjamaan de transcendente wereld betreedt ten behoeve van de gemeenschap (Peters 8:1981). Sjamanen in het westen van Nepal, bekend als *jhakri*, geloven dat ziektes veroorzaakt worden door goden, *spirits* en heksen.

"The dhami-jhankri is a healer whose techniques are rooted in a spiritual rather than a microbiological concept of disease. While Western medicine tests for germs and microbes, dhamis and jhankris search for the spirits, ghosts, and gods whom they see behind disease."

Shrestha & Lediard (1980:9)

De kennis en de kunde zijn door sjamanen van generatie op generatie doorgegeven en worden via orale teksten doorgegeven. Vaak is het “sjamaan-zijn” een familietraditie en het leren is een levenslang proces, waarin de sjamanen aangeven te leren in hun dromen of van hun vader of andere sjamaan. Het nauwkeurig onthouden van deze orale teksten staat aan de basis van de training om sjamaan te worden (Peters 1981), ook is het *shaken* (een lichamelijke staat waarin het lichaam trilt en contact maakt met het 'bovennatuurlijke') een essentiële kwaliteit die een sjamaan moet hebben. Interventies, uitgevoerd door de sjamaan, bestaan uit het uitspreken van genezingen en vloeken. Zowel Peters (1981) en Mascarinec (1992) benadrukken dat sjamanistische kennis openbare kennis is, waarbij de gemeenschap waartoe deze sjamaan behoort ook kennis over de orale teksten bezit. Doordat deze kennis gedeeld wordt met de gemeenschap bevestigt dit volgens Mascarinec de ‘kennis’ en acceptatie van sjamanistische interventies tijdens tegenspoed (Mascarinec 1992). Zij zullen ook altijd, wanneer ze de kans hebben, toelichten waarvoor welke handeling dient en waarom ze het doen. Sjamanen in het Westen van Nepal richten zich vooral op het bestrijden van de oorzaken van ziekte, in

plaats van dat ze de gevolgen (symptomen) ervan behandelen. Naast de *jhrakri* sjamanen heeft Peters (1981) ook onderzoek gedaan naar *Tamang* sjamanen (1979). In zijn onderzoek benadrukt hij de belangrijke sociale rol die de *Tamang* sjamanen vervullen. Deze sjamanen zijn namelijk degenen die de diagnoses van ziekte en behandeling stellen. In deze omgeving - westelijk in Nepal - gaat men er van uit dat ziektes veroorzaakt worden door *spirits*⁵, maar gelijktijdig gaat men er ook vanuit dat ziektes veroorzaakt worden door natuurlijke, biologische oorzaken. Wanneer dit het geval is stuurt een sjamaan de patiënt door naar een moderne dokter; volgens Peters erkent de sjamaan daarmee ook de superioriteit van de moderne dokters (Peters 1979). Ook in ons onderzoek hebben wij dit terug gezien. Mensen die ziek zijn gaan altijd eerst naar een sjamaan, die vervolgens een diagnose stelt en aan de hand daarvan besluit een patiënt om zich door een dokter of door de sjamaan te laten behandelen. Peters (1979) benadrukt dat moderne gezondheidszorg en *Tamang* sjamanisme goed naast elkaar kunnen bestaan en de sjamaan juist moderne gezondheidszorg promoot doordat hij erkent dat hij organische, natuurlijke ziektes niet kan genezen. In Nepal is vitaliteit gelinkt aan de *saato*, dit is het Nepalese woord voor *spirit of soul*. Als er sprake is van afnemende kracht van de *saato*, dit kan gebeuren wanneer iemand een enge situatie heeft meegemaakt, is deze persoon vatbaarder voor aanvallen van een heks, geesten of psychische klachten. Een sjamaan is in dit geval de enige die de *saato* weer terug kan halen (Harper & Kohrt 2008:472). Sjamanen in Nepal gebruiken dus verschillende methodes,³ hierdoor is het belangrijk om specifiek in Arnakot het soort sjamanisme te beschrijven. Zo kunnen we achterhalen op wat voor manier dit onderdeel is van het medische systeem en in welke situaties mensen ervoor kiezen om naar een sjamaan te gaan. Dit zullen we daarom in hoofdstuk drie 'de jhakri traditie in Arnakot' doen.

Modernisering en geloof

Vanwege modernisatie en daarmee de komst van moderne geneeswijze beginnen er verschuivingen plaats te vinden in het wel of niet geloven in de krachten van sjamanen. Pigg (1996) heeft onderzoek gedaan naar deze '*beliefs*' van mensen over jhakri's in Nepal en schrijft over de dichotomie tussen traditioneel en modern:

⁵ In het geval van *spirit-sickness* maakt Peters onderscheid in 'kleine' en 'grote' *healingrituals*. Wanneer een patiënt bij een sjamaan komt wordt er meestal eerst een 'klein' ritueel uitgevoerd waarin de sjamaan *pukne*, een soort van magisch poeder over de zieke of pijnlijke lichaamsdelen blaast en daarbij een mantra uitspreekt. Als dit niet helpt kan de sjamaan besluiten een 'groot' ritueel te houden. In deze rituelen worden de 'goden' aangeropen en ze kunnen soms wel de hele nacht doorgaan. Tijdens dit ritueel is het de bedoeling dat de sjamaan en ook de patiënt in een trance raken en bezeten worden door de goden, dit zijn hele dramatische gebeurtenissen (Peters 1979).

³ Desjarlais (1989) onderzocht in Nepal verschillende sjamanen die *magical flight* als genezingsmethode gebruiken. Sjamanen die deze methode gebruiken geloven dat ziekten gelinkt zijn aan bepaalde *spirits*. Deze *spirits* vallen hun slachtoffer aan in een bepaald geografisch gebied. Tijdens een trance voert de sjamaan een *magical flight* uit waarin hij naar verschillende werelden, gebieden en dimensies (dit is verschillend per sjamaan) reist om erachter te komen welke *spirit* het slachtoffer heeft aangevallen en hoe het genezen moet worden, vaak is dit door middel van een offer. Vervolgens probeert de sjamaan door middel van het presenteren van zijn reis in levendige, concrete visuele beelden de patiënt te genezen door zijn perceptie op de werkelijkheid te transformeren. Desjarlais beschrijft dit als volgt: "*I would liken this process to that of mimesis, as derived from classical literary theory: an author presents a reality by vividly (and selectively) describing its features. As for the shaman, he magically transforms the old reality (of illness) and creates a new one (of health) through the presentation of concrete, sensory images.*" (Desjarlais 299:1989).

"The traditional-modern dichotomy replicates within communities, within families, perhaps even in the ways individuals think about themselves. It generates ambiguities and displacement. The apparently smooth surface of a village where people rely on shamans turns out to be bumpy and uneven." Pigg (1996:193)

Binnen de verschillende dorpen in Nepal waar Pigg onderzoek heeft gedaan komt deze dichotomie telkens terug, er is een conflict tussen identificatie met lokale traditionele cultuur en de wens om modern te zijn. Pigg (1996) schrijft dat het 'ogenshijnlijke blinde vertrouwen' in sjamanen niet zo vanzelfsprekend meer is. Het zijn van 'modern' is een sociale status geworden en sjamanen en mensen die er in geloven vallen onder de categorie 'traditioneel' en zijn daarmee lager in aanzien.

"For the people who stay put, the skepticism that signals a modern rejection of traditional beliefs leaves them with two alternatives. You can recognize that you need dhamis (jhakri's), because your world is the village, and simply understand that modern outsiders will criticize you for this. Or you can construct yourself as someone who knows dhamis are unnecessary, because you identify with the mobile universality of modern science, but understand that you live among people who continue to find solace in dhamis. No one in a village in Nepal can entertain the erasure of dhamis all together. One way or another, everyone who remains connected to a village must find a way to be a "modern believer." Pigg (1996:188)

Geloof in jhakri's wordt volgens Pigg (1996) dus sterk beïnvloed door ideeën over moderniteit. Iedereen die nog verbonden is met het dorp, door er te wonen of door er familie te hebben wonen, noemt zij 'modern believers'. De frictie tussen traditioneel en modern komt samen in dit concept en is ook toepasbaar op de inwoners van Arnakot. Voordat we daar mee verder gaan zullen we eerst mondialisering en ontwikkeling in Nepal verder beschrijven zodat de dichotomie tussen traditioneel en modern duidelijk wordt.

2.2 Moderne gezondheidszorg in Nepal

Sophie Kemperman

Ontwikkeling in Nepal

Nepal behoort tot een van de armste landen ter wereld. Door groeiende migratiestromen van rurale naar stedelijke gebieden neemt de armoede in de urbane gebieden toe (Carney 2003). Een van de oorzaken hiervoor is het ontbreken van genoeg werkgelegenheid in de rurale gebieden voor de jeugd (UNPD 2014). In de afgelopen decennia is Nepal aan vele politieke veranderingen onderhevig

geweest.⁶ Deze politieke onrust en de gevolgen hiervan voor de politieke organisatie, heeft succesvolle nationale ontwikkelingsplanning belemmerd. In het *Nepal Human Development Report 2014* wordt gesteld dat de tijd is aangebroken dat Nepal zich losmaakt van de periode van lange politieke transitie en zich klaar maakt om zich als land verder te ontwikkelen. Hierbij wordt het belangrijk gevonden dat dit proces zich concentreert op inclusieve groei en ontwikkeling, om de vrede verkregen na de lange conflict periode in stand te houden (UNPD 2014). Belangrijke punten voor inclusieve ontwikkeling bevinden zich volgens de UNPD (2014) voornamelijk op het gebied van: gezondheidszorg, educatie, gendergelijkheid, verkleinen van kaste- en etnische ongelijkheid, en het vergroten van de werkgelegenheid. Omdat ons onderzoek zich voornamelijk op de gezondheidszorg in Nepal toespitst zal hieronder de geschiedenis van de moderne gezondheidszorg in Nepal en de implicaties die hierbij komen kijken worden besproken.

Moderne gezondheidszorg

Nepal heeft een relatief korte geschiedenis met het toepassen van moderne gezondheidszorg. Pas in 1956 werd het Ministerie van Gezondheid opgericht, met als voornaamste doelstelling om (overdraagbare) ziektes zoals lepra, tuberculose en pokken onder controle te krijgen (Acharya & Cleland 223:2000). In 1987 vond er een reorganisatie plaats waardoor deze projecten geïntegreerd werden in de *Public Health Division*. Vervolgens werden er vijf regionale gezondheidsdirectoraten samen met 75 *public health offices* opgericht. Tegenwoordig is de gezondheidszorg in Nepal onderverdeeld in centrales, regio's, zones en districten. Vanuit VDC's (*village development committee*) wordt gezondheidszorg gecoördineerd. Hierbij valt Arnakot onder de VDC Devasthan, samen met acht andere dorpen (Leeuwenberg en van den Heuvel 2015). Gezondheidsinstelling die bij de overheid horen verstrekken gratis medicatie en zorg. De verschillende gezondheidsinstelling zijn: *healthpost*, *primary health center* (PHC), *district hospital* en *central hospital*. Hierbij is overheids-betaalde zorg in Nepal vrijwel overal gericht op preventie. Zorg richt zich in dit geval vooral op vaccinaties, het geven van educatie, zwangerschapszorg, infectieuze (besmettelijke) ziekten en massaal behandelen van tropische ziektes. Voor curatieve (genezende) wordt daarom vaak doorverwezen naar *private hospitals* of *central hospitals* (Leeuwenberg en van den Heuvel 2015; Karkee et al. 2010). Hulpdiensten dienen voor Nepalezen als het eerste aanspreekpunt waar zij terecht kunnen voor hun primaire gezondheidszorg (Acharya & Cleland 223:2000). Bij de hulpdiensten behoren

⁴ Nepal kent een lange periode van politieke onrust en conflict, waarbij de transitie naar democratie moeizaam verliep. Nepal heeft in de afgelopen decennia vele intense politieke veranderingen doorgemaakt. Van 1962 tot 1990 was het land een constitutionele monarchie, waarbij de Koning de absolute macht bezat. Vanaf het einde van de jaren '80 werd Nepal getekend door een periode van intense politieke protest dat zich culmineerde in de 'People's Movement' van 1990 en het herstel van de meerpartijendemocratie in 1991. Sinds de mid-1990 kent Nepal vele 'Maoïstische' opstanden. Dit zorgde ervoor dat in 2002 de meer partijen democratie opnieuw (tijdelijk) werd afgeschaft, om in 2003 weer te herstellen te worden (Carney 2003). De onrust was echter niet voorbij en in 2005 trok Koning Gyanendra alle macht naar zich toe. Deze werd hem in 2006 onder nationale en internationale druk ontnomen en sinds 2008 is Nepal een Republiek. Ram Baran Yadav (voormalig minister van Gezondheidszorg) werd gekozen tot eerste president van de Republiek Nepal, waarmee hij zijn Maoïstische tegenstander versloeg.

vijf gediplomeerde personeelsleden werkzaam te zijn, maar door een gebrek aan mankracht zijn er vaak maar drie personeelsleden werkzaam per hulppost. Als gevolg hiervan zijn er ‘subhulpposten’ opgericht als nieuwe aanvulling, waar een *female community health volunteer*, *help-fieldworker* en een *village health worker* werkzaam zijn.⁷

Naast dat de Nepalese overheid bezig is met het verbeteren van de gezondheidszorg zijn er ook internationale ontwikkelingsorganisaties bezig met het verbeteren van de gezondheidszorg in Nepal. Justice (1986) laat in haar onderzoek naar gezondheidsontwikkeling in Nepal, zien hoe complex en vaak inefficiënt de relatie tussen internationale hulporganisaties – zoals de *World Health Organization* en de *United States of America for International Development* – en de daadwerkelijke uitvoering en planning van medische voorzieningen kan zijn. Dit komt vaak doordat de internationale hulporganisaties –die met de overheid samenwerken – andere prioriteiten hebben dan de lokale gemeenschappen. Doordat het model voor ontwikkelingssamenwerking vaak wordt overgenomen uit andere ontwikkelingslanden zonder naar de specifieke lokale omstandigheden te kijken, worden de prioriteiten en wensen van de lokale gemeenschap vaak over het hoofd gezien. Zo is in Nepal cement moeilijk te verkrijgen en te vervoeren. Toch werden in Nepal de gezondheidsposten, gebouwd van modder en steen die in de ogen van de lokale gemeenschappen prima functioneerden, door cementen gebouwen vervangen om aan de eisen van de WHO te voldoen (Justice 35:1986)

De hervormingen en ontwikkelingen die in Nepal plaatsvinden blijken dus niet altijd het beoogde succes te behalen. Acharya en Cleland (2000) hebben onderzoek gedaan naar medische hulpposten in Nepal. Uit hun onderzoek bleek dat er beter geïnvesteerd kon worden in de kwaliteit van medische hulpposten dan dat er geïnvesteerd moest worden in de kwantiteit (dat wil zeggen meer hulpposten, zodat de bevolking minder grote afstanden hoeft af te leggen). De kwaliteit van de hulpposten was vaak te laag: ongeveer 18% van alle hulpposten in Nepal hadden te weinig personeel, de helft van de aanbevolen medicijnen ontbraken en er was geen kraanwater of elektriciteit. Hierdoor was het gebruik van deze medische voorzieningen laag en verloren mensen het vertrouwen in deze hulpposten wanneer ze lange afstanden hadden afgelegd om er achter te komen dat ze niet geholpen konden worden. Dit is relevant voor ons onderzoek omdat er voor het dorp Arnakot de plannen bestaan voor een nieuwe medische hulppost en daarbij de kwaliteit dus een belangrijk punt van aandacht moet zijn.

Als gevolg van deze uitkomsten is er een nieuwe wet ingevoerd, waarin in de grondwet gezondheidszorg als recht voor iedereen is opgenomen. Hieruit volgde een nieuw beleid, waarbij

⁵ *Village health workers* zijn belangrijke actoren binnen de gezondheidszorg. Zij doen huisbezoeken, voeren basis behandelingen uit, verstrekken medicijnen, zorgen voor vrouwen en kinderen onder de 5 jaar en zorgen voor educatie met betrekking tot gezondheid. Deze *village health workers* zijn in dienst van de overheid, onder hun werken de *female community health volunteers*. Zij zijn voornamelijk verantwoordelijk voor het motiveren van gezondheid door middel van educatie, het leveren van eerste-hulp diensten en verstrekken condooms en anticonceptie binnen hun regio. Beiden zijn ze belangrijk in het verspreiden en aannemen van preventieve medische maatregelen binnen de gemeenschap (Justice 1986).

gezondheidszorg voor iedereen gratis werd. Uit onderzoek (Witter & Khadka & Nath & Tiwari 2011) is gebleken dat sindsdien het gebruik van deze diensten blijft groeien, de fondsen voor gratis gezondheidszorg in balans zijn en het geld dat overblijft geïnvesteerd wordt in extra personeel. Toch blijft de aanwezigheid van de benodigde werknemers en de aanwezigheid van medicijnen in hulpposten een struikelblok.

Eenzijds is er dus een signaal dat het bouwen van een nieuwe medische hulppost niet de eerste prioriteit moet zijn, maar dat er juist moet worden ingezet op het verbeteren van de huidige medische hulpposten. Anderzijds is er uit recent onderzoek (Witter & Khadka & Nath & Tiwari 2011) gebleken dat deze positieve ontwikkelingen hebben plaatsgevonden waardoor dit argument wellicht wegvalt. In ons onderzoek hebben we gekeken naar de gezondheidssituatie in Arnakot, waarbij zowel de moderne gezondheidszorg als de traditionele gezondheidszorg hebben onderzocht. In de volgende paragraaf zullen we specifiek ingaan op het dorp Arnakot.

2.3 Arnakot

Sophie Kemperman

Het dorp Arnakot ligt in de westelijke regio van Nepal, in een ruraal en afgelegen berggebied. Arnakot omvangt ongeveer 1500 inwoners en 175 huishoudens (Lemstra 2014). Arnakot is onderverdeeld in negen gebieden; Sinderi (Uppalo- en Tallo Sinderi) Dewaldhara, Ghampu, Thuma, Chhenda, Gotame, Deurali, Surkhal en Bannekhor en bestaat voornamelijk uit grasland en jungle. Het centrale gedeelte is Deurali, wat het middelste plateau is en op een hoogte van ongeveer 2000 meter ligt.

Ondanks dat het kastensysteem in 1963 in Nepal is afgeschaft, is het kaste- onderscheidt binnen de bevolking nog steeds voelbaar. In Arnakot behoort ongeveer de helft van de gemeenschap tot de laagste kaste (Dalit), de andere helft behoort tot de hogere kaste (niet-Dalit) en een klein percentage van de bevolking is Mongools. Lemstra (2014) en Paudyal (2012) laten beiden in hun onderzoeken zien dat sociale ongelijkheid gerelateerd aan kaste en gender in Arnakot nog steeds een belangrijke rol speelt. Mannen hebben in Arnakot meer toegang en controle over goederen in het dorp dan vrouwen, en leden van de Dalit kaste zijn niet toegestaan om het huis van niet-Dalit families binnen te gaan (Lemstra 2014) (Paudyal 2012). Echter stelt Lemstra (2014) ook dat er bij de jongere generatie in Arnakot verandering aan het plaatsvinden is, waarbij deze verschillen tussen gender en kaste een steeds minder grote rol beginnen te spelen.

Sinds een aantal jaar is Arnakot onderhevig aan toenemende veranderingen en ontwikkelingen. De twee internationale ontwikkelingsorganisatie – de Unica Foundation en de Maya Foundation – spelen hierin een belangrijke rol. Beide organisaties richten zich vooral op gezondheidszorg en onderwijs. Ook de lokale organisatie ‘*A mountain of Opportunity*’ opgericht door

Prem Bahadur Kunwar is al sinds 1990 bezig om ontwikkeling en modernisering naar Arnakot te brengen.

Ondanks deze processen speelt het traditionele medische systeem nog steeds een grote rol in het leven van de bewoners uit Arnakot. We hebben ervoor gekozen om een deelonderscheid te maken tussen traditionele en moderne geneeswijze omdat dit volgens de literatuur twee verschillende medische systemen zijn en in onze ogen daarom ook als twee verschillende onderwerpen moeten worden onderzocht. Zoals in paragraaf 2.1 beschreven bestaan er verschillende vormen van sjamanisme en is het daarom belangrijk om specifiek te onderzoeken op welke manier dit tot uiting komt in Arnakot, hoe dit zich verhoudt tot de moderne geneeswijze en hoe mondialiseringsprocessen uiteindelijk invloed hebben op het hulpzoekend gedrag in Arnakot. Daarom zullen we nu aan de hand van onze onderzoeksdata eerst een beschrijving maken van het traditionele medische systeem in Arnakot, vervolgens zullen we ontwikkelingen en mondialiseringsprocessen in Arnakot beschrijven omdat deze ervoor gezorgd hebben dat het moderne medische systeem in Arnakot nu ook aanwezig is. Dit moderne medische systeem zal vervolgens ook beschreven worden en als laatst zal dit allemaal samenkomen in hoofdstuk zes over 'hulpzoekend gedrag en medisch pluralisme'. Hierin wordt duidelijk welke verklaringsvariabelen een rol spelen in het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot.

Hoofdstuk 3

DE JHAKRI TRADITIE IN ARNKAOT

Silke van Diemen



Jhakri Hiralal (78) tijdens een drumceremonie

Foto: Silke van Diemen, Arnakot 2015

Zoals beschreven in de context ligt Arnakot in een afgelegen gebied en is de gemeenschap daardoor voor veel zaken op zichzelf aangewezen. Read (2013) geeft aan, dat isolatie ervoor zorgt dat gemeenschappen hun eigen gezondheidsvoorzieningen organiseren, wat ook in Arnakot het geval is. Voor hun medisch systeem betekent dit dat ze de middelen om hun heen zoals planten, bomen en kruiden gebruiken om medicijnen te maken. Ook het geloof in het 'bovennatuurlijke' gekoppeld aan het hindoeïsme speelt hierin een belangrijke rol, waarbij de goden gekoppeld zijn aan de lokale omgeving.⁸ De medische experts op dit gebied zijn jhakri's. Mede vanwege de isolatie van Arnakot is het traditionele medische systeem voor lange tijd voor de bewoners het enige aanwezige medische systeem geweest, maar tegenwoordig zijn de percepties op de jhakri traditie aan het veranderen. Dit is onder andere toe te schrijven aan ontwikkeling en modernisering, en daarmee de komst van moderne

⁸ In Arnakot is Bharara de grootste God en de tempel behoort tot hem. Daarnaast hebben alle bergen, rivieren, valleien etc. hun eigen naam.

geneeswijzen. Hier zullen we na dit hoofdstuk verder op in gaan. Eerst zullen we beschrijven wat dit medische systeem, bestaande uit de jhakri traditie, in Arnakot precies inhoudt aan de hand van een aantal relevante aspecten uit Saunders (1954) definitie:

“A medical system is a vast complex of knowledge, beliefs, techniques, roles, norms, values, ideologies, attitudes, customs, rituals, and symbols, that interlock to form a mutually reinforcing and supporting system.”

Saunders (1954:7)

Voor het beschrijven van de jhakri traditie in Arnakot zullen wij *techniques & methods, knowledge, customs & rituals & symbols, beliefs, roles, norms & values* en *attitudes* gebruiken. Deze zijn namelijk het meest relevant en duidend voor het traditioneel medische systeem in Arnakot.

Technieken en methoden

Er zijn verschillende soorten jhakri's met verschillende methodes. In Arnakot zijn er tenminste twee verschillende soorten jhakri's actief: *boide* en *lahma*. De methodes die ze gebruiken zijn verschillend maar ook overlappend.

Een *boide* jhakri gebruikt voornamelijk spraak, as van vuur en natuurlijke (ayurvedische) medicijnen om te genezen. Het blazen van as, bekend als *krani*, wordt vooral bij kleine kinderen en baby's gedaan om ze te beschermen tegen ziektes, maar ook om ze gerust te stellen en te laten stoppen met huilen.⁹ Daarnaast is het lezen van rijst, om in de toekomst te kijken, een methode die *boide's* vaak gebruiken om te kijken wat er met de patiënt mankeert en om levens- en toekomstvragen te voorspellen. In Arnakot worden *boide* jhakri's als 'kleine' jhakri's omschreven omdat ze alleen simpele genezingen kunnen uitvoeren. De 'grote' jhakri's in Arnakot zijn de *lahma's*, deze genezen voornamelijk in rituele setting met drums, het aanroepen van de goden en dansen zodat het lichaam in de *shakende* staat komt.¹⁰ Het *shaken* is een lichamelijke staat waarin het lichaam heel hard trilt en is heel belangrijk binnen de traditie; dit is namelijk het moment waarin de jhakri contact heeft met de goden en zijn voorouders. Een 'grote' jhakri kan daarom alleen een jhakri zijn als hij kan *shaken*, *boide* jhakri's kunnen niet *shaken*. In een aantal interviews geven de jhakri's ook aan dat wanneer zij voor het eerst aan het *shaken* waren ze wisten dat ze jhakri wilden en konden worden. De kleinzoon van jhakri Hiralal, die bekend staat als een 'big' jhakri in Arnakot, is nu aan het leren om jhakri te worden nadat hij voor de eerste keer in *shakende* toestand raakte. Hij zei hierover:

9 Informele gesprekken Tara, Baradh, Deepa en observatie ritueel jhakri Hira met de baby van Visnoe & Bharat; jhakri Rem kwam 's avonds rijstlezen en voorspelde dat de baby de volgende dag weer beter zou zijn

10 Jhakri Hiralal, interview 28-02-2015, vertaler Djham

"My father and grandfather where also jhakri, it's a family tradition. When I felt my body is shaking or can be shaking, then I learnt that I wanted to be a jhakri. You can only be a jhakri if your body can become compound (shaking, in trance). After this my grandfather started teaching me."

Kleinzoon jhakri Hiralal (19)¹¹

Kennis

In Arnakot hebben de meeste jhakri's de eeuwenoude kennis van hun vader als familietraditie, hun dromen en of van een boek geleerd.

"When I was 20, I was shaking for the first time. This was very hard; I was shaking for 9 days long to learn. My father learned me, but I also learn in my dreams. Now it is easy, also learning is easy in my dreams and from my father."

Jhakri Tul Behadur (44)¹²

Uit deze quote blijkt ook dat het leerproces van de jhakri's een continu proces is; hij begon op zijn 20e met leren en geeft aan nu op zijn veertigste nog steeds te leren in zijn dromen en van zijn vader.¹³ Het proces om een gerespecteerde en goede jhakri te worden is vaak levenslang. Pas als de jhakri 'perfect' is en over alle kennis beheerst zal hij door veel mensen gevraagd worden voor hulp.¹⁴ Sommige aspecten van hun kennis is openbaar en wanneer er naar gevraagd wordt zal de jhakri ook uitleggen waarvoor een handeling dient, maar tegelijkertijd wordt er ook geheimzinnig over gedaan en zijn bepaalde zaken alleen overdraagbaar van jhakri tot jhakri. Zo liet een van mijn hoofdinformatanten tijdens een interview eens zijn 'jhakri' boek zien, maar grapte er bij dat ik het niet mocht lezen: *"This is a secret book, the law of jhakri."*¹⁵ De meeste jhakri's in Arnakot kunnen niet lezen en schrijven en daarom wordt de kennis enkel bewaard in het hoofd.¹⁶ Ook hebben twee jhakri's in Arnakot aangegeven dat zij naar India zijn geweest om te leren over plantenmedicijnen en deze kennis nu gebruiken in Arnakot en omgeving.¹⁷

Gebruiken, rituelen en symbolen

Een gewoonte binnen een bepaalde gemeenschap of traditie is als buitenstaander vaak snel te herkennen (Kottak 2011). Binnen de jhakri traditie zijn er een aantal vaste gewoontes die alle jhakri's hanteren. Al onze hoofdinformatanten hebben een grote zwarte mand waarin hun attributen bewaard

¹¹ Semigestructureerd interview 28 februari

¹² Semigestructureerd interview Lala 07-04-2015

¹³ Tijdens dit interview ontmoeten we ook zijn vader Nim BHD (90), hij was echter doodziek en stierf twee dagen na ons bezoek.

¹⁴ In een interview met een van mijn informatanten die de hulp van een jhakri had ingeschakeld omdat ze aangevallen was door een heks vroeg ik waarom haar man tijdens de ceremonie aan het *shaken* was: *"He is also learning to be jhakri. But he isn't perfect yet, so we asked Udiman for help because he is a perfect jhakri."* (Sunnita 03-04-2015)

¹⁵ Semigestructureerd interview Hira 10-03-2015, vertaler Resham

¹⁶ Echter kan de jonge generatie tegenwoordig wel lezen en schrijven waardoor dit veranderd. De kleinzoon van jhakri Hiralal is nu bij hem in de leer en schrijft de 'geheime' kennis over geneeskrachtige planten op in een boek

¹⁷ Tul Lala BHD jhakri in Varanasi en Joisie

worden en hebben ze een voorkeur voor zwarte dingen.¹⁸ In deze zwarte mand zit een *denjo* - drum, een verentooi met *sara* - stekels van een stekelvarken, de vacht van verschillende dieren en bellen die om de nek gedragen worden. Volgens de jhakri's zijn deze attributen nodig om contact met de goden maken.¹⁹ Ook is het zingen van mantra's en het drummen van de *denjo* gebruikelijk om de goden aan te roepen. Daarnaast is het gebruikelijk om op de dertiende dag nadat iemand overleden is een jhakri naar het huis te laten komen om het huis te zuiveren, om te voorkomen dat de ziel van de overledenen zal verdwalen.²⁰

Het beschreven onderscheid van Peters (1979) tussen 'kleine' en 'grote' *healingrituals* is ook in Arnakot terug te vinden. Wanneer een patiënt bij een sjamaan komt wordt er meestal eerst een 'klein' ritueel uitgevoerd waarin de jhakri *pukne* – een soort van magisch poeder – over de zieke of pijnlijke lichaamsdelen blaast en daarbij een mantra uitspreekt. Als dit niet helpt kan de sjamaan besluiten een 'groot' ritueel te houden. Deze rituelen zijn vaak hele dramatische gebeurtenissen waarbij de hele familie aanwezig is en kunnen soms wel de hele nacht duren en de goden vertellen tijdens deze ceremonies hoe de jhakri de patiënt kan genezen.²¹ Soms is dit met as, het maken van een offer en/of doormiddel van plantenmedicijnen.

Binnen de jhakri traditie wordt er ook gebruik gemaakt van symbolen, een symbool is een teken dat gebruikt wordt om iets anders aan te duiden (Kottak 2011). Aan aantal belangrijke symbolen zijn een bloempot met een cactus bovenop het dak; deze beschermt tegen *bad eyes*.²² De *daja*; dit zijn hindoe lintjes die jhakri's tijdens rituelen gebruiken voor geluk en moeten door de patiënt ergens opgehangen worden. De *padla*; dit is een altaar dat tijdens rituelen gemaakt wordt als voedseloffer voor de heks of geesten.



Jhakri Udiman (73) en zijn zwarte mand
Foto's: Silke van Diemen, Arnakot 2015



Daja lintjes in een boom
Foto's: Silke van Diemen, Arnakot 2015

¹⁸ Tijdens rituelen maakten de jhakri's vaak hun gezicht zwart en voor offers was de voorkeur vaak een zwarte kip of geit. Echter konden de jhakri's mij geen antwoord geven op de vraag waarom zwart belangrijk voor hen was.

¹⁹ Semigestructureerd interview Hiralal jhakri 28-02-2015

²⁰ Informeel interview Prem 13-02-2015

²¹ Een veel voorkomend ritueel is dat de Jhakri bij de mensen thuis langskomt en met woorden de goden aanroept (wat er precies gezegd wordt is niet bekend, de jhakri's hebben hun eigen taal wat een mix is van de 130 verschillende talen in Nepal) en vervolgens met as een tikka op het voorhoofd van de baby veegt. Dit is om de baby te beschermen tegen ziektes

²² Het concept van *bad eyes* houdt in dat iemand je kwade dingen toewenst, vaak voortkomend uit jaloezie

Geloof

De jhakri traditie komt voort uit het hindoeïsme en is daarom sterk verbonden met hindoeïstische goden. De priester van Arnakot vertelde in een interview dat net zoals de hindoe de jhakri's geloven dat het goddelijke in alles zit; het water, de stenen, de bomen en de lucht.²³ Elke jhakri is verbonden met zijn eigen God en wanneer de jhakri *shaked*, maakt hij contact met deze God. De relatie die de jhakri's met hun God hebben is heel intiem en persoonlijk.²⁴ De jhakri's hebben hun eigen kaste en elke kaste heeft zijn eigen *lineage* die is terug te leiden naar de goden, deze lijn bepaald dus met welke God de jhakri verbonden is:

"We call it Kull, it is your own lines from family, fathers fathers father are all connected in one soul. When we die, that time we all connect. Kunwar (important caste name in Arnakot) is one bigger soul. So all spirits go live there after they die. If you don't remember them and don't clean your house, they don't want to come. Jhakri's are connected with the Kul, they are connected with the long time soul and they connect and talk to them about what is happening."

Prem Behadur Kunwar (34)²⁵

Hieruit blijkt dat voorouders erg belangrijk zijn in het medische systeem en deze tevreden gehouden moeten worden, willen ze de patiënt helpen. Ook blijkt hieruit dat de traditionele geneeswijze zijn gefundeerd in het idee dat ziekte en gezondheid voortkomen uit non-rationele en magische elementen (Janzen 1978). Ziektes hebben een 'bovennatuurlijke' oorsprong en mensen in Arnakot schrijven deze 'bovennatuurlijke' ziektes toe aan verschillende soorten oorzaken: *sato djikni*²⁶, *nulpa*²⁷, *boksi*²⁸ of ze kunnen aangevallen worden door verschillende soorten *ghosts*²⁹ uit de omgeving. Zo is *masan* in de hindoe cultuur een geest die is overleden na een ongeluk, *Okal* is een geest die zelfmoord en *Kal* is een geest die overleden is door ziekte. Mensen kunnen ziek worden wanneer ze door deze geesten worden aangevallen en kunnen vervolgens alleen door een jhakri worden genezen.³⁰ Een jhakri wordt daarom soms ook aangeduid als *witchdoctor*, omdat hij degene is die mensen kan genezen wanneer zij ziek zijn gemaakt door een heks. Alhoewel dit een duidelijke rol van de jhakri is zijn de meningen over het

²³ Semigestructureerd interview priester Till Behadur Kunwar 16-04-2015

²⁴ Tijdens een interview met jhakri Lala ging het over zijn God Martula en toen begon hij ineens te *shaken* en te huilen omdat hij hem herinnerde. De God van jhakri Hiralal is Poepal Bahara; voor de geboorte van Hiralal was er een andere zoon, deze stierf toen hij vier jaar oud was. De rouwende vader bidde naar Poepal Bahara voor nog een zoon, en Poepal Bahara gaf hem Hiralal. Toen Hiralal ouder werd herinnerde hij zich Poepal Bahara en begon hij ook te *shaken* (interview Hiralal 14-04-2015).

²⁵ Gesprek Prem, 16-04-2015

²⁶ *Sato* staat voor de ziel van een mens en deze kan door o.a. een traumatische ervaring 'zoek raken' of 'angst' hebben, in dit geval heeft iemand last van *sato djikni*. Mensen die last hebben van *sato djikni* hebben minder weerstand en daardoor meer kans om aangevallen te worden door geesten. De jhakri is de enige die de *sato* terug kan vinden en de persoon te genezen.

²⁷ *Nulpa* - de regenboog - een andere oorzaak om ziek te worden, wanneer dit gebeurt raken mensen verlamd²⁷.

²⁸ Hekserij

²⁹ In Arnakot is *Birmasan* een gevaarlijke geest die veel mensen ziek maakt: "*Birmasan is a big and dangerous masan, he kills many people. He has a lot of power. He has a lot of power in the road, when any man walk in the road and Birmasan touch the men they will die. When I am jumping I can see the masan.*"

³⁰ Semigestructureerd interview Lala 07-04-2015

bestaan van *boksi* binnen de gemeenschap in Arnakot sterk verdeelt, waarbij het bestaan van *boksi* wordt toegeschreven aan de *old culture*. Vroeger werden vrouwen die beschuldigt werden van *boksi* naar de gevangenis gestuurd, maar tegenwoordig is dit door de overheid verbannen en geven veel mensen aan dat *boksi* slecht is en/of niet meer bestaat. Ook veel jhakri's gaven tijdens de interviews aan dat *boksi* slecht is en nu niet meer bestaat.³¹

Rollen

De jhakri's vervullen binnen de gemeenschap in Arnakot een belangrijke maatschappelijke rol omdat zij vaak het eerste en dichtstbijzijnde aanspreekpunt zijn voor mensen die ziek zijn. Dit komt mede door de lange afstand die moet worden afgelegd voor een ziekenhuis of medische hulppost, hier zal in hoofdstuk drie uitgebreider op worden ingegaan. Daarnaast zijn de jhakri's belangrijk voor het voorspellen van de toekomst en schakelt menig dorpsbewoner de hulp van een jhakri in wanneer zij raad en advies nodig hebben. In zekere zin zijn jhakri's daardoor ook psychologische dokters die met hun eigen methodes spanning en stress verhelpen:

"In difficult situations, like tension or mental problems a jhakri can help to take the tension away. So they are important for mental problems. People get desperate when their baby's get sick and that's why they also try jhakri. Jhakri is a psychological doctor in that way."

Bharat Behadur Kunwar (25)³²

Hieruit blijkt dat jhakri's vooral belangrijk zijn voor mentale problemen. Echter is de functie van de jhakri onder invloed van onder andere ontwikkeling en mondialisering aan verandering onderhevig. Hier zal in hoofdstuk zes over het hulpzoekend gedrag van de bewoners in Arnakot verder worden ingegaan.

Normen & waarden

Waarden komen voort uit normen en zijn zaken die waardevol en belangrijk gevonden worden door een groep mensen. De normen zijn vervolgens de gedragsregels die voor dezelfde groep mensen als 'normaal' of vanzelfsprekend worden gezien (Kottak 2011). In Arnakot zijn respect, familie en behulpzaamheid belangrijke waarden binnen het dorp en deze zijn ook terug te zien binnen de jhakri traditie. Ook al is, zoals hierboven kort aangegeven, de jhakri traditie aan het veranderen door modernisering zijn er een aantal normen en waarden nog goed te herkennen. Pigg (1996), die lange tijd onderzoek deed naar de jhakri traditie in Nepal, haalt het concept '*modern believer*' aan, dit houdt kort gezegd in dat mensen modern willen zijn maar met de realiteit van het dorps leven en de

³¹ Ondanks dat jhakri's *witchdoctors* zijn geven ze allemaal - op jhakri Udiman na - aan dat hekserij niet meer bestaat: *"This old culture is boksi, no boksi woman here. Only in old culture. Many years ago many man sick because of boksi, now here not anymore."* (Hiralal 14-04-2015)

³² Informeel gesprek Baradh 26-03-2015

aanwezigheid van jhakri's als medische hulpverleners moeten leven.³³ In Arnakot betekent dit dat de inwoners van Arnakot ongeacht of ze nog geloven in de krachten van jhakri's wel respect tonen en de gedragsregels omtrent rituelen in acht houden. Dit houdt bijvoorbeeld in dat op essentiële momenten tijdens de rituelen het stil is en er naar de jhakri geluisterd wordt en ook dat er actief gebruik gemaakt wordt van zijn diensten.

Naast respect is familie een andere belangrijke waarde binnen Arnakot; het is dan ook de norm dat wanneer een jhakri een groot genezingsritueel uitvoert de hele familie van de patiënt aanwezig is van het begin tot het einde. Familie is het allerbelangrijkste voor de bewoners en door het samenbrengen van de familie werkt dit voor de patiënt vaak therapeutisch.³⁴ Daarnaast zijn ook de voorouders heel belangrijk binnen de jhakri traditie, het is belangrijk om de voorouders te eren en tevreden te houden.³⁵

Binnen deze kleine gemeenschap is het vanzelfsprekend dat je elkaar helpt, van jhakri's wordt dus verwacht dat ze de mensen helpen. Voor de jhakri's is het vervolgens de norm dat hij voor deze hulp eigenlijk niet om geld hoort te vragen, en voor de bewoners is het vervolgens de norm dat ze vervolgens tóch met geld of giften komen. Want wanneer de jhakri je geholpen heeft is het normaal om je dankbaarheid in de vorm van goederen of geld uit te drukken.³⁶

Attitude

Een attitude is een persoonlijke houding of instelling tegenover en bepaald 'iets', in dit geval is dit 'iets' de jhakri in Arnakot (Kottak 2011). Binnen Arnakot zijn er in grote lijnen twee verschillende *attitudes* tegenover jhakri's: mensen die er niet in geloven en mensen die twijfelen. Een algemene reactie wanneer er tijdens gesprekken of interviews naar jhakri's gevraagd werd, was vaak dat ze begonnen te lachen en vervolgens werd er meestal gezegd dat ze niet in jhakri's geloofden. Toch waren de mensen opvallend geïnteresseerd in jhakri's en de foto's en video's die wij tijdens rituelen maakten. Deze twijfel en wrang tussen traditioneel en modern zijn, die bij de *attitudes* van de bewoners uit Arnakot jegens jhakri's duidelijk naar voren komt, sluiten aan bij het concept '*modern believers*' van Pigg (1996). Men leeft in de realiteit van het dorp wat betekent dat de jhakri's voor veel mensen nog steeds belangrijk zijn en ook een eerste bron van gezondheidszorg zijn. Een groot deel van de bewoners wil echter modern zijn en gelooft in de wetenschap, maar tegelijkertijd kan de oude cultuur waarin het

³³ Zie pagina 21-22 voor meer uitleg

³⁴ Informeel gesprek Prem 13-02-2015

³⁵ Wanneer iemand bijvoorbeeld de waterbronnen vervuild maakt hij de voorouders boos; dit heet *laago paago*. In dit geval zal hij naar de jhakri moeten gaan om een offer te maken.

³⁶ Veel jhakri's gaven aan dat ze nooit om geld vroegen, maar dat ze wel verwachten een beloning te krijgen wanneer ze de patiënt geholpen hebben. De dorpsbewoners gaven echter vaak aan dat de jhakri's wél geld vragen en vonden dit altijd te veel. Wanneer een jhakri voor drie uur bij iemand thuis komt rijstlezen verwacht hij tussen de 200 en 1000 roepies (staat gelijk aan 2 tot 10 euro) De beloning van de jhakri hangt ook af van zijn status: een kleine jhakri krijgt geen geld maar vaak kleine giften, een grote jhakri met hoge status krijgt grotere bedragen of goederen. Deze giften bestaan meestal uit rijst, een kip of geit en horloges. Het bedrag dat betaald moet worden gaat vervolgens vaak in overleg, wanneer de klant geen geld heeft betaalt ze minder.

'bovennatuurlijke' voor lange tijd de boventoon heeft gevoerd niet zomaar losgelaten worden. Wanneer er onverklaarbare dingen gebeuren brengt dit frictie binnen de 'traditionele' en 'moderne' dichotomie:

"In my view; I do not believe in jhakri and I do not believe in boksi. But when I am shaking I know there is something right in jhakri and boksi. When I am normal I don't believe in it anymore because I am educated. But still, this is interesting!"

Beg Behadur Kunwar (37)³⁷

Al deze aspecten vormen volgens de definitie van Saunders (1954) samen tot een elkaar versterkend en ondersteunend medisch systeem en moeten ook in combinatie met elkaar en de cultuur bekeken worden om ze te begrijpen. Het geloof in goden en andere 'bovennatuurlijke' elementen heeft ervoor gezorgd dat ziektes toegeschreven worden aan buiten het lichaam bestaande oorzaken zoals geesten en hekserij. Vervolgens worden door de jhakri's de aanwezige lokale middelen zoals planten, kruiden en kennis gebruikt om te genezen en worden de voorouders en goden aangeropen voor hulp. Lange tijd hoefde de jhakri traditie niet te concurreren met andere systemen omdat ze het enige aanwezige medische systeem was. Echter, zoals hierboven al aangehaald is zijn de perspectieven op- en de geloofwaardigheid van- de jhakri traditie aan het afnemen door onder andere de komst van moderne gezondheidszorg en modernisering. Hoe deze systemen door elkaar gebruikt worden zal in hoofdstuk zes aan bod komen, eerst zullen we beschrijven hoe deze veranderingen tot stand zijn gekomen in Arnakot.

³⁷ Semigestructureerd interview 08-04-2015

Hoofdstuk 4

Ontwikkelingen in Arnakot

Sophie Kemperman

“Being cosmopolitan in Nepal means being able to draw on and manoeuvre with these notions. Being modern advantageously distinguishes a person in Nepal from others in the same village or the same country. At the same time, it signals distant alliances. The lingua franca of modernity allows one to move, to speak with more people, to establish far-reaching connections. To claim a modern consciousness in Nepal is to claim membership in a transnational community of modern people.”

Pigg (1996:193)

Zoals Pigg (1996) hierboven beschrijft is voor de afgezonderde berggemeenschap uit Arnakot ‘ontwikkeling’ en ‘ontwikkeld zijn’ een belofte op een ‘beter’ leven, om connecties te kunnen maken met de ‘*transnational community of modern people*’. Het dorp Arnakot ligt zeer afgelegen en is hierdoor altijd geïsoleerd geweest, toch heeft het zich in de afgelopen jaren snel ontwikkelt, waardoor het in steeds grotere mate in aanraking komt met de wereld om zich heen. Dit proces zal zich waarschijnlijk voortzetten omdat Burtibang – de dichtstbijzijnde stad vanuit Arnakot – door de Nepalese overheid is aangewezen als “modelstad”.³⁸ Read (2001) stelt dat veranderingen en de introductie van moderne gezondheidszorg door traditionele gemeenschappen als bedreiging ontvangen kunnen worden; over het algemeen zijn gemeenschappen volgens Read (2001) namelijk etnocentrisch en beschouwt men de eigen cultuur in eerste instantie als beter. In dit hoofdstuk zullen we aan de hand van een aantal belangrijke ontwikkelingen op de gebieden van infrastructuur, sanitair, telefonie, educatie en gezondheid die zich hebben voltrokken, beschrijven in hoeverre dit het geval is in Arnakot. Om deze ontwikkelingen te kunnen begrijpen in een bredere context van mondialisering zullen we aan de hand van een aantal kernbegrippen gegeven door Eriksen (2007) naar deze ontwikkelingen kijken. Eriksen (2007) beschrijft acht verschillende kenmerkende processen die mondialisering karakteriseren, echter zijn deze niet allemaal even relevant in Arnakot, we zullen daarom: *disembedding*, *acceleration*, *standardization*, *movement* en *mixing* gebruiken. Maar alvorens we het over de ontwikkelingen gaan hebben is het belangrijk om te begrijpen op welke manier deze binnen Arnakot worden georganiseerd en geïmplementeerd.

Om als dorp te kunnen ontwikkelen zijn er vormen van organisatie en middelen nodig. In Arnakot zijn hiervoor verschillende comités opgericht, waar belangrijke beslissingen over ontwikkelingsprojecten worden genomen, over de toekomst van Arnakot wordt gediscussieerd en over de uitvoering hiervan wordt nagedacht. De verschillende comités zijn: *school committee*, *mothers*

³⁸ Informeel gesprek Rene Voss 15-04. Deze informatie is verzameld voor de aardbeving van 25-04-2015, waarnaar de situatie in Nepal dusdanig is veranderd dat ontwikkeling nu veelal is vervangen door wederopbouw van het land. Wij verwachten dat grote ontwikkelingsplannen voor Burtibang hierdoor dus in de koelkast zullen worden gezet.

group, forest management committee, water users committee, road construction committee en sinds twee jaar ook een *safe Arnakot committee*.³⁹ De financiële middelen in Arnakot zijn echter zeer beperkt en volgens de *chairman* van vele comités Lal Kunwar (49) is ook de hulp vanuit de overheid beperkt:

“Now the government is not good, in the main party only fighting fighting, they are not helping and not developing. When foreign country help Nepal then Nepal is developing but when they don’t help there is too much problem because not enough money in Nepal.”

Lal Kunwar (49)⁴⁰

Hulp van buitenaf is volgens Lal dus nodig en er zijn ook verschillende nationale en internationale organisaties in Arnakot aanwezig die zich bezighouden met ontwikkeling. De Nederlandse Maya Foundation en Unica Foundation zijn hier voorbeelden van. Voor beide organisaties is Prem Kunwar, woonachtig in Pokhara, de belangrijkste informant en contactpersoon.⁴¹ Prem komt oorspronkelijk uit Arnakot en heeft daarom de intrinsieke behoefte om zijn dorp zoveel mogelijk te ontwikkelen.⁴² Alle communicatie over ontwikkelingsprojecten gaan vanuit de ontwikkelingsorganisatie via Prem naar de vier belangrijkste mannen binnen de organisatie en sociale structuur van Arnakot; Lal, Beg, Dhjam en Om.⁴³

Ontwikkelingen op het gebied van infrastructuur, sanitair, telefonie, educatie en gezondheid

Sinds drie jaar loopt er een autoweg van Burtibang naar Arnakot.⁴⁴ Tijdens de aanleg hiervan stuitte dit op weerstand van sommige bewoners omdat zij hiervoor stukken van hun land moesten afstaan. Echter zijn de bewoners nu erg blij met de weg, omdat het hun leven gemakkelijker heeft gemaakt en ook de waarde van het land dat aan de wegen grenst is gestegen.⁴⁵ Echter is de autoweg tijdens het regenseizoen niet toegankelijk waardoor deze maar vijf maanden per jaar gebruikt kan worden. Ook is de jeep voor de meeste bewoners niet betaalbaar waardoor velen regelmatig toch ter voet naar Burtibang gaan.⁴⁶ De komst van deze autoweg heeft ervoor gezorgd dat de bewoners nu sneller en meer in contact zijn met buitenwereld, niet alleen voor de bewoners zelf is het gemakkelijker zich te verplaatsen ook voor toeristen is Arnakot zo aantrekkelijker geworden. Daarnaast heeft het ervoor gezorgd dat de aanvoer voor de drie kleine winkels in Arnakot gemakkelijker is geworden en handel gemakkelijk is geworden. Deze processen passen bij wat Eriksen (2007) omschrijft als *disembedding, interconnectedness* en *movement*, waarbij migratie en toerisme toenemen doordat afstand een steeds

³⁹ Semigestructureerd interview Beg 09-04-2015

⁴⁰ Semigestructureerd interview Lal 14-04-2015

⁴¹ Informeel gesprek Rene Voss en Prem Kunwar

⁴² Informeel gesprek Prem 15-04-2015

⁴³ Semigestructureerd interview Beg 09-04, informeel gesprek Deepa en Tara 10-03-2015

⁴⁴ Semigestructureerd interview Deepa 16-02-2015

⁴⁵ Semigestructureerd interview Lal 09-04-2015, Informeel gesprek Deepa 05-04-2015

⁴⁶ Participerende observatie, semigestructureerd interview Beg 15-04-2015, informeel gesprek Deepa 14-03-2015

kleinere rol speelt waardoor het verplaatsen van ideeën, mensen en goederen sneller gaat. Zo komen er nieuwe informatie, tradities en gewoontes het dorp binnen door de toegenomen arbeidsmigratie, veel mannen uit Arnakot gaan in het buitenland werken door de schaarse werkgelegenheid en lage lonen in Nepal, waarbij ze door de nieuwe autoweg zicht steeds gemakkelijker kunnen verplaatsen.

In dezelfde periode als de aanleg van de autoweg is er in samenwerking met de Unica Foundation en *Red Cross Nepal* het *water sanitation project* uitgevoerd, waarbij er een systeem is gebouwd om water vanuit de rivier bij Devasthan naar Arnakot te pompen en zijn er toiletten aangelegd.⁴⁷ Hierbij zijn de drie bestaande waterpunten vervangen door tweeënveertig nieuwe waterpunten, die door heel Arnakot zijn verspreid. Dit heeft voor de bewoners voor twee belangrijke veranderingen gezorgd. Ten eerste is het, door de aanwezigheid van meerder waterputten in het dorp nu gemakkelijker om water te halen, waardoor er meer tijd voor andere dingen overblijft. Als gevolg hiervan hebben ouders meer tijd om onder andere op het land te werken of de buffels te verzorgen, waardoor de noodzaak voor kinderen om in het huishouden mee te werken afgenomen is en het aantal kinderen dat naar school gaat is gestegen.⁴⁸ Ten tweede heeft de verbeterde toegang tot water gezorgd voor betere hygiëne. Persoonlijke hygiëne en het wassen van de kleding is gemakkelijker geworden en door de bouw van toiletten wordt er niet meer in het land naar de toilet gegaan, waardoor ziekte bacteriën zich minder snel verspreiden.⁴⁹

In de afgelopen paar jaar is het telefoonnetwerk van Nepal aan vele ontwikkelingen onderhevig geweest. In Arnakot ontwikkelde dit zich snel; van één enkele vaste telefoon – aanwezig in het huis van Dhjam – naar een gemeenschap waarin vrijwel elk gezin een mobiele telefoon bezit.⁵⁰ Vijf jaar geleden is in Arnakot de oude netwerktoren vervangen door een Ncell netwerktoren waardoor er nu ook internet ontvangen kan worden op je telefoon. Echter wordt dit niet door veel bewoners gebruikt omdat dit relatief duur is; het kopen van een kip (wat een luxe product is) kost net zoveel als 40 MB internet.⁵¹ Volgens de bewoners heeft de komst van telefonie het leven in Arnakot positief veranderd, waarbij het onderhouden en in contact komen met de buitenwereld veel makkelijker is geworden.⁵² Veel mannen verlaten Arnakot om te werken in Katar, Saoedi-Arabië of India omdat hier meer werkgelegenheid is en de lonen hoger liggen.⁵³ Door de ontwikkeling van de telefonie en internet is het voor families in Arnakot nu gemakkelijker contact te onderhouden, wat wijst op *acceleration*, waarbij de snelheid van communicatie is toegenomen en steeds meer technologische ontwikkelingen plaatsvinden (Eriksen 2007).

Op het gebied van educatie heeft er in de afgelopen tien jaar veel verbetering plaats gevonden. Hierbij heeft onder andere de Maya Foundation bijgedragen door de bouw van een nieuwe

⁴⁷ Informeel gesprek Dhjam 07-04-2015, Informeel gesprek Prem 13-02-2015

⁴⁸ Semigestructureerd interview Beg 08-04-2015, Informeel gesprek Deepa 20-03-2015, Informeel gesprek Tara 16-03-2015

⁴⁹ Semigestructureerd interview Beg 08-04-2015

⁵⁰ Semigestructureerd interview Tara 01-03-2015

⁵¹ Informeel gesprek Tara 18-03-2015, Informeel gesprek Bharat 20-03-2015 en participerende observaties

⁵² Semigestructureerd interview Tara 01-03-2015, Deepa 03-02-2015, Dhjam 05-03-2015, Tik & Goma 06-03-2015

⁵³ Semigestructureerd interview Inra 08-04-2015

kleuterschool in Sidiri,⁵⁴ waardoor nu ook de kinderen van onder de vijf jaar in Sidiri naar school kunnen gaan.⁵⁵ Behalve de kleuterschool in Sidiri wordt er momenteel ook gebouwd aan een nieuw computerlokaal, hiervoor zijn ook al nieuwe computers naar Arnakot gebracht die nu een tijdelijke plek hebben in de schoolbibliotheek. Boeken in deze bibliotheek zijn onder andere gefinancierd door de ontwikkelingsorganisatie *Education For Life*, een NGO uit Noorwegen.⁵⁶ Daarnaast is de hoeveelheid klaslokalen en leraren toegenomen, waardoor kinderen nu tot achttien jaar in Arnakot naar school kunnen gaan en is doormiddel van het geven van *teacherstrainings* het lesgeven verbeterd en worden kinderen nu niet meer fysiek gestraft.⁵⁷ Door de toegenomen kwaliteit van educatie en de komst van meer buitenlanders in Arnakot is ook het leren van Engels steeds gebruikelijker, wat duidt op *standardization*, het proces dat onder andere de snelle verspreiding van Engels als vreemde taal beschrijft (Eriksen 2007). Ook doordat veel mannen in het buitenland werken en het toerisme in Nepal toeneemt is het leren van Engels steeds belangrijker.

In een poging om de longproblemen van vele bewoners in Arnakot, die hand in hand gaan met het koken op open vuur, op te lossen is er in 2012 door de organisatie *Arnakot Deurali.org*⁵⁸ het *Arnakot Deurali Metallic Stove Promotion Project* opgezet. Hierbij zijn er voor 121 gezinnen ijzeren fornuizen gefinancierd en geïnstalleerd. Echter is dit project niet aangeslagen zoals werd gehoopt.⁵⁹ In veel huizen wordt het nieuwe fornuis niet gebruikt, wat komt door de kind onvriendelijkheid – het ijzer wordt zo heet dat vele kinderen zich hier aan branden – en ook is er voor deze fornuizen meer hout nodig.⁶⁰ Een andere reden dat de bewoners er niet graag op willen koken is dat het vuur in het midden van de kamer voor hen ook een belangrijke bron van warmte is.⁶¹

Ondanks dat behalve het *stove project* vele ontwikkelingsprojecten succesvol waren wordt er bij de uitvoering vaak tegen verschillende obstakels aangelopen.⁶² Hierbij spelen verschillende factoren een rol, die de goede en soepele voortgang van projecten op dit moment bemoeilijken. Dit zijn onder andere organisatie, communicatie, geld, afstand en kennis. Zo moest voor het *water sanitation project* een ingenieur uit Nederland worden ingevlogen, zijn materialen door de grote afstanden en slechte wegen moeilijk te vervoeren en is er binnen het dorp geen financiële buffer waardoor er altijd geld van buitenaf moet komen. Daarnaast verloopt de communicatie, ondanks het

⁵⁴ Sidiri is een van de verschillende districten van Arnakot, dat op een half uur tot drie kwartier lopen is van Deurali, waar de andere school staat.

⁵⁵ Informeel gesprek Dhjam 14-04-2015

⁵⁶ Informeel gesprek Mina 03-04-2015

⁵⁷ Informeel gesprek Prem 15-04-2015, informeel gesprek Tara 14-04-2015. Echter hebben we in onze eigen participerende observatie dit nog wel zien gebeuren.

⁵⁸ Dit is een organisatie opgericht door Prem Kunwar en zijn broer Logan Kunwar. Logan Kunwar woont in Australië en heeft dit voor de financiën van dit project gezorgd in samenwerking met de *St. Paul's Anglican Church* in Canterbury, Australië.

⁵⁹ Informeel gesprek Prem 16-04-2015

⁶⁰ Informeel gesprek Deepa 10-03-2015, Tara 24-03-2015, Goma en Tik 06-03-2015, Beg 13-04-2015 en verschillende participerende observaties

⁶¹ Semigestructureerd interview Goma en Tik 06-03-2015

⁶² Informeel gesprek Prem 16-04-2015

bestaan van verschillend comités, erg traag. Hierover zegt Beg, die in alle comités een belangrijke figuur is en wanneer Dhjam met pension zal gaan binnen twee jaar schoolhoofd wordt:

'I am already worried, how can we manage the school, the road and the forest?

I have called Prem for help, how to manage?!'

Beg Behadur Kunwar (37) ⁶³

Hieruit blijkt dat Prem voor de bestuurders van Arnakot de belangrijkste persoon is waaraan ze hulp vragen. Prem is hierdoor, ondanks dat hij zelf niet in Arnakot woont een heel belangrijk figuur binnen de organisatie van de gemeenschap en ontwikkelingen. Echter zorgt dit ook voor veel vertraging en onduidelijkheid omdat hij zelf niet vaak aanwezig is in het dorp. Dit bleek ook uit het bezoek van Prem aan Arnakot in april 2015. Het dak van de school dat al een half jaar op een paar stenen na niet af was, werd nu onder aansturen van Prem in één dag gemaakt en overall werden stenen vandaan getoverd.⁶⁴

"To claim a modern consciousness in Nepal is to claim membership in a transnational community of modern people" schrijft Pigg (1996). Voor de bewoners in Arnakot is het in de afgelopen jaren steeds gemakkelijker geworden om deel uit te maken van de transnationale gemeenschap. Door onder andere de inzet van Prem, zijn internationale ontwikkelingsorganisaties steeds actiever geworden om ontwikkeling in Arnakot te ondersteunen, waardoor ook het aantal bezoekers aan Arnakot is gestegen. Door de aanwezigheid van hen vind er in steeds grotere mate *mixing* plaats, waarbij er steeds meer culturele uitwisseling plaats vind (Eriksen, 2007). Deze *mixing* is ook te zien in de wijze waarop de twee gezondheidszorg systemen; het traditionele en het moderne biomedische systeem, zich met elkaar verhouden. Voordat we deze *mixing* kunnen belichten zullen we eerst in het volgende hoofdstuk naar het moderne medische systeem kijken.

⁶³ Semigestructureerd interview Beg 08-04-2015

⁶⁴ Informeel gesprek Prem 15-030-2015

Hoofdstuk 5

Moderne geneeswijze in Arnakot

Sophie Kemperman

Over de weg komen drie jongens aangelopen, ze komen uit de richting van Ghampu. Om de hand van een van de jongens is een doek gebonden, die doordrenkt is met bloed. Wij zitten voor het huis van Deepa thee te drinken terwijl de grootste van het stel haastig aan Deepa vraagt waar Dhjam is. “op school” antwoordt ze. Een van de omstaande kinderen wordt naar school gestuurd om Dhjam te halen. Op straat aangekomen wikkelt Dhjam de doek van de hand van de jongen af en wordt een diepe wond zichtbaar. Tijdens het werken op het land is de jongen in een mes gevallen en nu kan hij zijn vinger niet meer bewegen. Er is sprake van een “serieus case” en het is duidelijk dat Dhjam aangeeft dat hij deze jongen niet kan helpen en hij zo snel mogelijk naar Burtibang moet, wat vanaf hier nog ongeveer twee tot drie uur lopen naar beneden is.⁶⁵

Zoals uit het bovenstaande fragment kan worden opgemaakt kunnen de bewoners uit Arnakot voor een ‘*serieus case*’ niet in hun eigen dorp terecht. In hoofdstuk drie hebben we gekeken naar de traditionele geneeswijze, dit is echter niet het enige aanwezige medisch systeem. In het komende hoofdstuk zal daarom worden beschreven welke opties er voor de bewoners in Arnakot bestaan om van biomedische moderne gezondheidszorg gebruik te maken en welke problemen hierbij komen kijken.

Door mondialisering is in Nepal het aanbod en de vraag naar biomedische moderne geneeswijze in de laatste jaren sterk toegenomen. Hier heeft de Nepalese overheid in 2009 op gereageerd door vanuit de overheid gratis gezondheidszorg aan te bieden (Witter, Khadka, Nath, Tiwari, 2011; Karkee, 2010). Echter is in de praktijk duidelijk geworden dat de door de overheid gefinancierde gezondheidsvoorzieningen niet altijd in de vraag naar gezondheidszorg kunnen voorzien. Zoals onder andere beschreven in het onderzoek van Acharya en Cleland (2000) is een belangrijke reden hiervoor het tekort aan middelen, medicijnen en artsen.⁶⁶ Veel van de bewoners uit Arnakot gaan daarom liever – wanneer ze het kunnen betalen – met hun problemen naar privé gezondheidsinstellingen.⁶⁷ Dit zorgt ervoor dat hun keuze afhankelijk is van hun inkomen:

“Many man go to private pharmacy, they have more medicine then the health post and are quick. When people have no money, they go to the health post. Sometimes I go to Burtibang health post for simple medicine but when I have money I go to the private pharmacy.

⁶⁵ Participerende observatie, gesprek Dhjam en Deepa 10-03-2015

⁶⁶ Semigestructureerd interview Resham 02-04-2015, bezoek *private pharmacy Burtibang* 20-01-2015, interview Kasindre Shahie *local doctor health post Devasthan* 04-03-2015

⁶⁷ Semigestructureerd interview Resham 02-04-2015, Tara Kotri 28-03-2015, observatie binnen ons gezin Tara (zus), Bharat (broer) Visnoe (zus) 07-03-2015, informeel gesprek Deepa 20-01-2015, hulpzoekend gedragspel Bulmaya 05-04-2015, Focusgroep interview 07-03-2015

The doctor in the health post also says that the private pharmacy is a good solution if they don't have the right or enough medicine in the health post"

Gonga B.K (50)⁶⁸

In Arnakot zijn er behalve een vroedvrouw,⁶⁹ geen biomedische moderne gezondheidszorg voorzieningen aanwezig. Wanneer iemand in Arnakot een ongeluk heeft of ernstig ziek is, maar ook als er medicijnen nodig zijn, moeten de bewoners eerst een stuk reizen om uit verschillende biomedische gezondheidszorg mogelijkheden te bereiken. De grote afstanden die moeten worden afgelegd worden door vrijwel alle dorpsbewoners als een groot probleem aangegeven.⁷⁰ Opties voor biomedische moderne gezondheidszorg zijn: Devisthan, Burtibang, Palpa, Pokhara en Kathmandu. In de grote steden Palpa (ong. 8 uur reizen), Pokhara (ong. 8 tot 12 uur reizen) en Kathmandu (ong. 24 uur reizen) bevinden zich grote ziekenhuizen en een breder scala aan moderne biomedische gezondheidsvoorzieningen. Echter moet hiervoor minstens 8 tot 24 uur gereisd worden vanaf Burtibang. Hieronder zullen daarom Burtibang, Devisthan en de situatie in Arnakot zelf worden beschreven. In het komende hoofdstuk zullen de verschillende mogelijkheden voor biomedische gezondheidszorg worden beschreven, waarnaast ook aandacht zal worden besteed aan de invloed en rol van educatie binnen de gezondheidszorg.

Medische voorzieningen in Burtibang

Burtibang ligt op twee tot drie uur lopen vanuit Arnakot, maar is met de jeep binnen één uur te bereiken. Veel bewoners uit Arnakot gaan naar Burtibang wanneer ze een probleem hebben.⁷¹ In Burtibang zijn verschillende opties voor biomedische moderne gezondheidszorg. Een van de opties is het *government hospital*. Deze is sinds één jaar geopend maar mist nog veel meubels, apparatuur en heeft een tekort aan dokters.⁷² De bedoeling is echter dat dit volgend jaar zal veranderen en dit het *district hospital* van Baglung zal worden.⁷³ Aan het ziekenhuis verbonden bevindt zich een *primary health center* (PHC), al wordt deze door de bewoners in Arnakot aangeduid als hulppost.⁷⁴ In deze PHC zijn zestien zusters en twee doktoren werkzaam (per dag acht zusters en één dokter) en is behalve zaterdag elke dag geopend van 09:00 tot 13:00 uur.⁷⁵ In de PHC worden, net als in Devisthan, alleen *simple diseases* behandeld en kunnen bezoekers gratis *simple medicine* krijgen. Echter is deze voorraad vaak niet toereikend en voor de bewoners van Arnakot is bezoeken van de *health post* niet

⁶⁸ Focusgroep 07-03-2015

⁶⁹ De man van de vroedvrouw, Dhjam (een van onze hoofdinformanten) heeft echter wel een diploma om medicijnen te mogen verkopen en kan kleine/simpele medische handelingen uitvoeren. Echter heeft hij geen tijd om als volwaardig dokter of genezer in het dorp te werken, omdat hij als schoolhoofd lange dagen maakt. Toch heeft hij binnen het dorp wel de rol van raadgever en ook deelt hij de medicijnen die in de eerste hulp kast liggen (deze staat in de schoolbibliotheek) en de medicijnen die door de verpleegkundige worden achtergelaten. (Dhjam 05-03-2015)

⁷⁰ Informeel gesprek Deepa 16-02-2015

⁷¹ Semigestructureerd interview Djanga Hardur en zijn vrouw 06-03-2015

⁷² Pretaram Kamni Bogani 20-02-2015, onderzoek door Leeuwenberg en van den Heuvel (2015)

⁷³ Semigestructureerd interview Pretaram Kamni Bogani 20-02-2015

⁷⁴ Hulpzoekend gedrag spel

⁷⁵ Semigestructureerd interview Pretaram Kamni Bogani 20-02-2015

altijd haalbaar vanwege de reistijd van Arnakot naar Burtibang en de openingstijden van de *health post*. Hierdoor gaan ze vaak naar de *private pharmacy* wanneer ze hulp nodig hebben.⁷⁶ Deze *private pharmacy* is een medicijn winkel waar een *simple doctor* werkt. Om *simple doctor* te worden moet je een oriëntatie cursus medicijnen volgen gedurende twee jaar, na deze opleiding kunnen *simple doctors* onder andere simpele diagnoses stellen en hechtingen uitvoeren.⁷⁷

Sinds één jaar bevindt zich in Burtibang ook een *private hospital*, bekend als het Uter Ganga ziekenhuis. Hier werken twee dokters en twee verpleegkundige, waarbij het ziekenhuis vierentwintig uur per dag open is. Een bezoek hier kost 150 rupee (1,50 euro) en 300 rupee (3,00 euro) voor overnachting.⁷⁸ Bewoners uit Arnakot die het kunnen betalen gaan hier naartoe voor hun medische hulp.⁷⁹

Sommige bewoners uit Arnakot hebben moeite met het betalen van behandelingen en medicijnen in het Uter Ganga ziekenhuis en/of de *private pharmacy* in Burtibang of het betalen van een bezoek aan grotere ziekenhuizen in grotere steden als Palpa, Pokhara en Kathmandu. Een van de methodes die de bewoners hiervoor toepassen is het lenen van kapitaal bij andere meer welvarende dorpsbewoners. Een van hen is jhakri Hira (67), hij heeft veel geld dat hij uitleent en wat mensen vervolgens dan terugbetalen met rente of in de vorm van arbeid.⁸⁰ Volgens de bewoners werkt dit systeem goed, maar houdt het wel de welvaartsverschillen in takt. Gezinnen waarvan een van de gezinsleden in het buitenland werkt of heeft gewerkt hebben vaak meer welvaart dan gezinnen waarvan alle gezinsleden op het land werken. Maar over het algemeen heeft dit gezorgd voor welvaartsgroei:

“Before ten years ago, all villagers where very poor. All members where not going to school, now man work abroad and there is success. C (poor) comes to B (middle class) and D (very poor) comes to C (poor), so it is improving. Lifestyle is changing, enough to eat now and better life.”

Beg Kunwar (37)⁸¹

Hieruit blijkt dus dat in Arnakot de economie zich aan het ontwikkelen is, wat onder andere komt door inkomsten die terug komen in Arnakot door mannen die in het buitenland gaan werken, waardoor de levenskwaliteit van de bewoners is gestegen. Hiernaast kan ook er geld worden geleend bij de bank, zoals de DCADC bank. Deze schrijft alleen leningen uit aan vrouwen. Door de *mothersgroup*⁸² wordt er – doormiddel van dansperformances – geld ingezameld dat vervolgens weer word gebruikt om

⁷⁶ Informeel gesprek Deepa 20-01-2015, Tara Kotri 28-03-2015, observatie binnen ons gezin Tara (zus), Bharat (broer) Visnoe (zus) 07-03-2015, ihulpzoekend gedragspel Bulmaya 05-04-2015, Focusgroep interview 07-03-2015

⁷⁷ Semigestructureerd interview Dhjam, 05-03-2015, Lali 21-03-2015

⁷⁸ Interview Susila 10-04-2015

⁷⁹ Participerende observatie Tara, Visnoe, Deepa en Bharat, uitkomsten hulpzoekend gedrag spel

⁸⁰ Informeel gesprek Tara 10-03-2015

⁸¹ Semigestructureerd interview Beg Behadur Kunwar 08-04-2015

⁸² De *mothersgroup* bestaat uit ongeveer vijfentwintig vrouwen die naast geld in te zamelen doormiddel van dansen, eens per maand samen komen om problemen te bespreken, geld te verdelen en soms ook mee vergaderen met o.a. het *schoolcomité* (informeel gesprek Deepa 16-02-2015)

leningen aan hulpbehoevende vrouwen te kunnen geven in Arnakot. Op deze manier heeft onder andere Deepa, onze hoofdinformant, haar huis kunnen bouwen.⁸³

Medische voorzieningen in Devisthan

Beneden aan de rivier, op een afstand van ongeveer twee tot drie uur lopen van Arnakot ligt Devisthan. Hier bevindt zich een door de overheid gefinancierde hulppost, waarbij zes medewerkers werkzaam zijn; vier verpleegkundigen en twee *senior health workers*. De vier verpleegkundigen hebben een opleiding gehad in Baglung variërend tussen twee en vier jaar. De *senior health workers*, waaronder ook het hoofd van de hulppost Kassindre, hebben een tweejarige opleiding genoten. In de hulppost zijn *simple medicines* aanwezig en worden alleen *simple diseases* behandeld waarvoor de patiënten niet hoeven te betalen. Onder *simple diseases* worden klachten als koorts, diaree, overgeven en hoofdpijn verstaan, waarbij je bij *simple medicine* moet je denken aan onder andere paracetamol, antibiotica en ORS.⁸⁴ Het kleine gebouw bestaat uit vier ruimtes; een opslagruimte, een bevallingskamer, een vergaderkamer en een spreekkamer.⁸⁵ De hulppost in Devisthan is de uitvalsbasis voor acht verschillende dorpen en speelt vooral ook een grote rol in vaccinatie en voorlichting programma's, wat zich onder preventieve geneeswijze schaaft. Zoals ook duidelijk is geworden uit onder andere het onderzoek van Leeuwenberg & van den Heuvel (2015) en Karkee (2010) is de overheid gefinancierde gezondheidszorg meestal gericht is op preventieve geneeskunde, in tegenstelling tot *private hospitals* en *private pharmacy's* die zich richten op meer curatieve (genezende) geneeskunde.⁸⁶

Medische voorzieningen in Arnakot

In Arnakot is een zeer beperkte medische voorzieningen aanwezig; een kleine medicijnkast in de schoolbibliotheek (hierin bevindt zich een beperkt aantal *simple medicine*, waarvan vele over de datum zijn en geen toezicht of aanvoer voor is),⁸⁷ een opgeleide maar niet werkzame apotheker, Dhjam Kunwar⁸⁸ en zijn vrouw die werkzaam is als vroedvrouw, Balkumarie Kunwar. Balkumarie assisteert bij bevallingen en voert samen met Dhjam nationale immunisatieprogramma's uit. Samen met de jhakri's vormen Dhjam en Balkumarie voor vele bewoners het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsklachten.⁸⁹ Balkumarie heeft kosteloos voor vroedvrouw heeft kunnen leren was omdat dit onderdeel was van een programma van het INF, een internationale hulporganisatie, iets wat anders niet

⁸³ Semigestructureerd interview Deepa, 30-03-2015, Tara 15-04-2015

⁸⁴ Semigestructureerd interview Lali 21-03-2015

⁸⁵ Semigestructureerd interview Kasindre Shahie, 04-03-2015, Leeuwenberg en van den Heuvel, 2015

⁸⁶ Bezoek hulppost 04-03-2015, interview Kasindre Shahie *local doctor health post* 04-03-2015, Dhjam 07-03-2015, Deepa 05-03-2015

⁸⁷ Semigestructureerd interview Prem 13-02-2015, Marieke en Ebru 15-04-2105

⁸⁸ Semigestructureerd interview Dhjam 05-03-2015

⁸⁹ Observatie, uitkomsten van het hulpzoekend gedrag spel

had gekund.⁹⁰ Samen met de andere vroedvrouwen uit de omliggende dorpen krijgt Bulkumarie training in Devisthan, waar voorlichtingsprogramma's worden georganiseerd. Tijdens een van deze bijeenkomsten voor vroedvrouwen in Devisthan gingen wij met Bulkumarie mee. Op het gras buiten de hulppost hadden alle vroedvrouwen uit de omgeving zich verzameld om een korte training te volgen en uitleg te krijgen van de *senior health worker* over de *elephant disease*. De Nepalese overheid heeft in veertig districten hiervoor een massaprogramma opgezet en verstrekt elk jaar medicijnen om deze ziekte te voorkomen. De medicijnen zijn gratis en worden door alle vroedvrouwen gedistribueerd in de dorpen.⁹¹ In Arnakot wordt Bulkumarie zelf geholpen door haar man, hoofd van de school en vader van ons gezin Dhjam Kunwar. Dhjam deelde met behulp van twee leerlingen uit klas zeven, die alle namen van de dorpingen noteerde, vanaf het schoolplein de medicijnen voor *elephant disease* uit.⁹² Het laatste onderdeel van het preventieve gezondheidsprogramma in Devisthan is het vaccinatieprogramma voor jonge kinderen, deze worden door de bewoners uit Arnakot en andere omringende dorpen in Devisthan opgehaald, waarvoor elke maand een specifieke dag is ingericht. De bewoners willen echter graag dat de verpleegsters ook de vaccinaties meenemen naar Arnakot op hun maandelijks bezoek.⁹³

“For vaccinations we go to health post, they have special days in Devisthan en Burtibang. Every baby gets eight government injections, this is finished after thirteen months and then you have to buy three injections at the private pharmacy, I think vaccination program is good but when nurse also bring vaccines would be better for people, because now we have to travel very far.”

Deepa (29)⁹⁴

Vanuit de Devisthan hulppost komen namelijk één keer per maand twee verpleegkundige naar Arnakot, maar zij brengen echter geen vaccinaties met zich mee. Deze bezoeken zijn onderdeel van hun taak omdat zij op *community level* werken, waarbij ze per maand meerdere dorpen in de omgeving van Devisthan bezoeken.⁹⁵ De bezoeken vinden echter alleen plaats wanneer het seizoen het betreden

⁹⁰ Semigestructureerd interview Bulkumarie 31-03-2015. Samen met Bulkumarie hebben we in Arnakot een bevalling meegemaakt. Dit was 's middags rond 3 uur. De elektriciteit was uit (dit is elke dag van 2 tot 4 uur het geval) en op een rietenmatje in de kleine donkere kamer zat de vrouw met aan weerszijde een vriendin. Nadat haar dochtje was geboren pakte Bulkumarie een klein kartonnen doosje waaruit ze handschoenen haalde en ook plastic om op de grond te leggen zodat deze niet al te vies zou worden. Met een scheermesje snijd ze de navelstreng door nadat ze deze eerst met drie touwtjes had afgebonden. De baby werd in een sjaal gewikkeld en bij de vriendin in de armen gelegd. Hierna hielp Bulkumarie door aan de navelstreng te trekken om de moederkoek eruit te halen. Hierna werd de moeder op bed gelegd en het vuur in de hoek weer opgestookt om water warm te maken om later de baby mee schoon te maken. Voor de bevalling stond ook een jeep op stand-by, voor het geval de bevalling niet goed zou gaan. In dit geval zou de moeder naar Burtibang worden vervoerd (participerende observatie, 12-03-2015).

⁹¹ Participerende observatie, interview Bulkumarie en Kasindre 04-03-2015

⁹² Informeel interview Dhjam 07-03-2015

⁹³ Informeel gesprek Deepa 05-03-2015, observaties bezoek verpleegkundige in Arnakot 19-02-2015, interview verpleegkundige Rosanna en Sjam 19-02-2015, Informeel gesprek Deepa 26-03-2015

⁹⁴ Informeel gesprek Deepa 05-03-2015

⁹⁵ Interview Rosanna en Sjam 19-02-2015

van de bergpaden toelaat, wat betekent dat zij in het regenseizoen Arnakot niet bezoeken.⁹⁶ Tijdens deze bezoeken wordt het schoolplein omgetoverd tot spreekkamer waarbij er een tafel en bank wordt neergezet waar de verpleegkundigen hun patiënten kunnen ontvangen. Dit zijn vooral zwangere vrouwen, moeders en kinderen. Mannen komen bijna nooit naar deze verpleegkundige bezoeken.

“Many woman go, because more women’s problem, boys not so much only fever. Here only simple check up, more for women’s problems like pregnant, sick baby, anti conception and menstruation. If man need fever medicine than woman bring for them.”

Bharat (25)⁹⁷

De verpleegkundigen brengen een tas met *simple medicine* mee, waarvan helaas de voorraad niet onuitputtelijk is, waardoor ook veel bewoners zonder medicijnen worden weggestuurd. Vaak gaan zij dan vaak de volgende dag naar Burtibang om hier alsnog medicijnen te kopen.⁹⁸ Terwijl de bezoekers zich gezamenlijk om de tafel heen hebben verzameld neemt steeds een patiënt plaats op de bank naast beide verpleegkundigen. Een van hen luistert naar de verhalen van de patiënt, meet de bloeddruk en luistert met een telescoop naar het hart, terwijl de andere verpleegkundige de gegevens noteert en de medicijnen verstrekt. Deze liggen los in de tas waardoor ze vaak moeilijk te vinden zijn. Met een stift wordt op de medicijn strips geschreven hoe vaak ze moeten worden ingenomen of soms wordt dit alleen mondeling verteld. Wanneer mensen echt heel ziek zijn worden ze doorgestuurd naar Burtibang.⁹⁹

Ondanks dat de bewoners blij zijn dat de verpleegkundigen Arnakot komen bezoeken zouden ze graag meer medicijnen willen en ook speciale medicatie voor kinderen en baby’s krijgen, deze krijgen nu namelijk dezelfde medicijnen als voor volwassenen mee naar huis. Echter is dit voor de verpleegkundigen een probleem omdat ook zij zelf in de hulppost niet genoeg medicijnen hebben, door de slechte toevoer vanuit de overheid.¹⁰⁰ Een ander probleem dat de bewoners ervaren is het gebrek aan privacy. Op het schoolplein staat iedereen om elkaar heen en luister mee naar elkaars problemen, dit kan vervelende situaties opleveren:

“One time, a woman wanted to take medicine to not get baby because she already had three baby but then her husband found out and they had big fight because she took medicine without telling him. This big problem when no privacy.” Tara (29)¹⁰¹

⁹⁶ Semigestructureerd interview Rosanna en Sjam 19-02-2015, Informeel gesprek Dhjam 19-02-2015, Tara 19-02-2015

⁹⁷ Informeel gesprek Baradh16-04-2015

⁹⁸ Semigestructureerd interview Goma 06-03-2015

⁹⁹ Participerende observatie, informeel gesprek Deepa 19-02-2015

¹⁰⁰ Levering en distributie van medicijnen is ook een probleem, al negen maanden heeft de overheid geen medicijnen meer bezorgd aan de hulppost in Devasthan waardoor Kassindre, het hoofd van de post, soms op zijn motor naar Baglung moet gaan om medicijnen op te halen. Hierdoor is echter vaak een tekort aan medicijnen. De toevoer naar Baglung gaat ook niet altijd soepel vanuit andere steden waardoor het tekort instant blijft (Leeuwenberg en van den Heuvel, 2015)

¹⁰¹ Informeel gesprek Tara 06-04-2015

Educatie

Net zoals Stone (1986) concludeert uit haar onderzoek naar het perspectief van dorpsbewoners over primaire gezondheidszorg in Nepal, blijkt dat de hulppost in Devasthan voornamelijk is ingericht om dorpsbewoners van educatie te voorzien (Leeuwenberg & van den Heuvel, 2015), terwijl dorpsbewoners, volgens het onderzoek van Stone (1986), zelf meer waarde hechten aan curatieve service en niet aan educatie over gezondheid. In Arnakot kwam dit in interviews ook naar voren, het bleek dat er vanuit de bewoners voornamelijk behoefte is aan medicijnen en de aanwezigheid van een goede dokter of verpleegkundige in Arnakot.¹⁰²

“In Arnakot we need a health post with simple medicine and a doctor to do health check. Necessary help is need for things like fractured leg and arm, mental problems, baby born time, diarrhoea, vomiting and fever.”

Rupi (30)¹⁰³

Echter betekent dit niet dat de bewoners uit Arnakot educatie over gezondheidszorg niet belangrijk vinden. Al gaat hun eerste behoefte uit naar geholpen worden bij ziekte, bleken sommige, waaronder voornamelijk de hoger opgeleide bewoners uit het dorp zoals Dhjam – het schoolhoofd – en Deepa – onze sleutelinformant – toch ook veel waarde te hechten aan educatie over gezondheid en hygiëne:

“More education about health is necessary, training about health is also necessary. Right now there is also health education at school, but teachers need more training. But most important is that we need people to help sick people here.”

Dhjam (44)¹⁰⁴

Niet alleen de bewoners zelf maar ook door de in Arnakot werkzame internationale ontwikkelingsorganisaties wordt educatie ook erg belangrijk gevonden.¹⁰⁵ Tijdens onze onderzoeksperiode kwamen er vanuit de Maya Foundation twee vrijwilligers naar Arnakot. Beide zijn verpleegkunde studenten in Nederland en waren gevraagd door de Maya Foundation om de bewoners van Arnakot voorlichting te geven. Hieruit volgde een bijeenkomst voor de vrouwen uit het dorp waarbij ze voorlichting gaven over zwangerschap en menstruatie. Ook voor de twee aanwezige vrijwilligers werd hier opnieuw duidelijk dat de behoefte van de vrouwen meer lag bij het genezen van hun probleem dan het voorlichten hierover:

¹⁰² Semigestructureerd interview Dhjam 05-04-2015, Deepa 03-02-2015, Resham 06-03-2015, Goma en Tik 06-03-2015, Focusgroep interview met o.a. Rupi en Gongga 07-03-2015

¹⁰³ Semigestructureerd interview Rupi, vertaler Tara 07-03-2015

¹⁰⁴ Informeel gesprek Dhjam 05-04-2015

¹⁰⁵ Informeel gesprek Rene Voss 12-02-2015

“De vrouwen hier hebben een hele hoge verwachting die ik niet kan waarmaken, ze willen graag dat ik ze help en medicijnen geef maar daar heb ik de middelen niet voor, wij zijn hier alleen om voorlichting te geven.”

Marieke (20)¹⁰⁶

Naast dat educatie over gezondheid en hygiëne belangrijk wordt gevonden, is gebleken dat educatie ook op een andere manier invloed heeft op de bevolking. Het toenemen van educatie in het dorp en andere moderniseringsprocessen zoals beschreven in paragraaf twee van het theoretisch kader over mondialisering in Arnakot heeft traditionele geneeswijze in een kritisch daglicht gezet. Net als Stone (1986) aangaf in haar onderzoek, waarbij ze beschreef hoe de overheid probeerde moderne en traditionele gezondheidszorg aan elkaar te verbinden, blijkt in Arnakot dat de bewoners hier zelf een grote rol in spelen, waarbij ze onderling hun kennis doorgeven:

“Now they don't believe. In our village many people like Dhjam don't like jhakri, doctor is good he has knowledge and jhakri not. My older sister is nurse and don't like jhakri, Educated man don't believe in jhakri. When people come to me with problem I tell them go to doctor not jhakri”

Tara (29)¹⁰⁷

Uit deze quote blijkt hoe bewoners elkander van advies voorzien, hierbij komt naar voren dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen; opgeleide en niet-opgeleide, wat hand in hand gaat met de mate waarin ze in jhakri's geloven. Dit verschil is niet altijd even zwart op wit maar staat wel in lijn met wat Pigg (1996) omschrijft als 'modern believer' waarbij er een balans wordt gezocht in het of jezelf verbonden voelen met de moderne gemeenschap die niet meer in jhakri's gelooft maar toch erkennen dat je in een gemeenschap leeft waarbij jhakri's belangrijk zijn, of wel in jhakri's geloven en accepteren dat een moderne buitenstaander of dorpsgenoot je hierop beoordeelt. Doordat binnen de gemeenschap traditionele en moderne denkwijzen onder invloed van mondialisering bij elkaar komen ontstaat er een grijs gebied waarbinnen de bewoners zelf moeten kiezen en afwegen waar ze in geloven. Dit wordt naast voorlichting en onderlinge informatie uitwisseling beïnvloed door een andere bron van educatie voor de bewoners in Arnakot; de radio. Door het uitzenden van regelmatige radioprogramma's over gezondheid, zorgt de radio voor verandering in de denkwijze van de bewoners en is het een middel waar ze advies kunnen krijgen over hun problemen. Tijdens dit radioprogramma wordt er door een dokter algemeen advies gegeven over verschillende thema's zoals hygiëne, diarree, borstvoeding en kun je ook zelf bellen, mailen of sms'en met je problemen waar ze je dan op de radio advies geven. Hierbij wordt tijdens dit programma wordt ook vaak benoemd dat het beter is om naar

¹⁰⁶ Semigestructureerd interview Marieke 15-04-2015

¹⁰⁷ Informeel gesprek Tara 01-02-2015

moderne doktoren te gaan met je problemen in plaats van naar jhakri's.¹⁰⁸ Dit sluit aan op de theorie van Bode (2011) dat ondanks dat er in Arnakot sprake is van een pluralistisch medische systeem, biomedische moderne gezondheidszorg de *'invisible standard'* voor gezondheidszorg is (Bode, 2011). In Arnakot lijkt het zo te zijn dat er door de bewoners een hogere waardering toegekend wordt aan biomedische moderne gezondheidszorg waarbij deze vorm van genezing de *'invisible standard'* heeft gevormd voor goede gezondheidszorg.¹⁰⁹ Hoe dit medisch hulpzoekend gedrag echter precies tot stand komt zullen we in het volgende hoofdstuk laten zien.

Voor de bewoners uit Arnakot zijn er dus verschillende factoren die hun de keuze voor biomedisch moderne gezondheidszorg beïnvloeden. Hierbij spelen voornamelijk aanbod en bereikbaarheid een belangrijke rol, doordat er in Arnakot zelf geen moderne biomedische voorzieningen aanwezig zijn. Zo is het aanbod van de medicijnen die de verpleegkundigen meebrengen uit Devasthan tijdens hun maandelijks bezoek aan Arnakot niet toereikend en is de hulp in Devasthan vaak niet voldoende om ernstige problemen te genezen en voornamelijk gericht op educatie. In Burtibang zijn er wel meerdere opties, waarvan er voor de meeste betaald moet worden, hiervoor hebben echter niet alle bewoners uit Arnakot de middelen. Subedi (1989) stelde dat in ontwikkelingslanden waarin de traditionele geneeswijzen lange tijd de boventoon hebben gevoerd, ondanks de inzet van overheden om moderne westerse gezondheidszorg nationaal aan te bieden en overal bereikbaar te maken, dit voor veel bewoners niet zo is waardoor hun eigen oorspronkelijke bron van gezondheidszorg makkelijker te bereiken blijft. Dit zien we ook terug in Arnakot waar traditionele geneeswijze; jhakri's makkelijk te bereiken zijn terwijl voor moderne biomedische gezondheidszorg lange afstanden moeten worden afgelegd. In het volgende hoofdstuk zal worden beschreven welke verschillende verklaringsvariabelen het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot beïnvloeden in hun keuze tussen traditionele en moderne gezondheidszorg.

¹⁰⁸ Informeel gesprek Deepa 05-04-2015, interview Resham 01-04-2015, Participerende observatie Tara & Visnu 12-03-2015

¹⁰⁹ Semigestructureerd interview Goma en Tik 06-03-2015, Bharat 26-03-2015, Tara 13-04-2015, Dhjam 05-04-2015

Hoofdstuk 6

MEDISCH PLURALISME EN HULPZOEKEND GEDRAG IN ARNAKOT

Silke van Diemen

"Sisters, in Arnakot we have many, many problems. Jhakri is not good, you solution to Maya foundation¹¹⁰ that we need health post."

Bidur B.K. (30) en Sob B.K. (40)¹¹¹

Vlak na het avondeten met onze Nepalese gastfamilie kwamen deze twee mannen naar ons huis, ze hadden gedronken en waren in een 'beschonken' jolige bui. Toen ze ons zagen zitten grepen ze hun kans om te laten weten dat Arnakot moderne medische voorzieningen nodig heeft. Ondanks deze opmerking, waren het dezelfde mannen die eerder die middag in het 'hulpzoekend gedrag spel' aangaven voor de meeste gezondheidsproblemen *juist* naar een jhakri te gaan. Verderop in dit hoofdstuk zullen wij deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheid verklaren door te laten zien dat in Arnakot, mede door ontwikkeling en modernisering, de percepties op ziekte en gezondheid zijn veranderd.

In hoofdstuk drie over 'traditionele geneeswijze' en hoofdstuk vijf over 'moderne geneeswijze' hebben wij een beschrijving gemaakt van de twee dominante medische systemen in Arnakot. Deze systemen zijn in de kern fundamenteel verschillend; moderne geneeswijze is gebaseerd op biologie, wetenschap en psychologie. Terwijl traditionele geneeswijze in Arnakot gebaseerd zijn op non-rationele en magische elementen (Janzen 1978) zoals *masan*¹¹² en *boksi*.¹¹³ Net zoals Subedi (1989) aangeeft dat in ontwikkelingslanden de oorspronkelijke bron van geneeswijzen vaak toegankelijker zijn dan de nieuwe 'moderne geneeswijzen', is ook in Arnakot de van oudsher aanwezige traditionele geneeswijzen makkelijker bereikbaar en alom vertegenwoordigt in het dorp. Echter is voor veel mensen moderne geneeswijze ook aantrekkelijk, waardoor deze systemen met elkaar concurreren. Volgens de theorie van Janzen (1978) zou er door de komst van een nieuw medisch systeem, veranderingen moeten optreden binnen het huidige medische systeem. Complete adaptatie van het nieuwe medische systeem is volgens Janzen (1978) niet mogelijk, wel zouden er volgens zijn theorie nieuwe categorieën tussen de twee systemen moeten worden geconstrueerd. Met de verzamelde data uit Arnakot wordt de theorie van Janzen (1978) weerlegt doordat er, ondanks dat wel het medisch systeem is veranderd naar een pluralistisch systeem, er geen nieuwe categorieën tussen de twee systemen zijn gevormd. De twee systemen worden – ogenschijnlijk onveranderd door elkaars

¹¹⁰ De Maya foundation is een Nederlandse ontwikkelingsorganisatie waarvoor wij mede het onderzoek hebben uitgevoerd.

¹¹¹ Participerende observatie 29-03-2015

¹¹² Geesten

¹¹³ Hekserij

aanwezigheid – vaak door en naast elkaar gebruikt. Dokters en jhakri's zijn fundamenteel zo verschillend dat ze volgens de bewoners en henzelf nooit zullen kunnen samenwerken en daarmee nieuwe categorieën kunnen construeren.¹¹⁴ Echter zijn de opvattingen over de rol en het gebruik van de jhakri door de komst van moderne geneeswijzen wel veranderd. We willen hierbij aantonen dat wanneer er een verandering plaatsvindt binnen het medisch systeem, er niet zoals Janzen stelt noodzakelijkerwijs nieuwe categorieën gevormd worden, maar dat hiermee wel het hulpzoekend gedrag van de gemeenschap wordt beïnvloed.¹¹⁵ Voorheen was de jhakri de medische expert voor alle ziektes, tegenwoordig concurreert deze met een moderne dokter en is hiermee het enkel traditionele medische systeem vervangen door een pluralistisch medisch systeem. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke variabelen ten grondslag liggen aan het medisch hulpzoekend gedrag van de bewoners van Arnakot na deze verandering.

Tijdens ons onderzoek kwam in eerste instantie in alle interviews en gesprekken naar voren dat bijna iedereen een dokter boven een jhakri verkiest en dat de jhakri traditie in de toekomst daarmee zou verdwijnen. Dit stond echter in contrast met onze observaties¹¹⁶ en interviews met jhakri's; alle gesproken jhakri's gaven namelijk aan dat er nog steeds heel veel mensen voor hulp kwamen. Om deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheden te verklaren hebben wij geïnspireerd op het *pathway model* en het *determinants model* en aan de hand van het 'hulpzoekend gedrag spel' een analyse van onze data gemaakt.

Wanneer men het *pathway model* gebruikt om te analyseren komen de volgende algemene stappen in het hulpzoekend gedrag in Arnakot naar voren:¹¹⁷ als eerste gaat de patiënt naar familie voor hulp en advies. Daarna, als het dan niet opgelost is gaat de patiënt naar een jhakri voor een consult. Wanneer de patiënt ook niet beter wordt na de hulp van de jhakri gaat de patiënt naar een dokter in Burtibang of Devasthan. Als de patiënt hier niet geholpen kan worden, dan gaat de patiënt naar een ziekenhuis in Pokhara, Palpa of Kathmandu. Wanneer dit allemaal niet helpt gaat de patiënt weer terug naar een jhakri.

Deze vijf stappen laten kort zien welke hulpverlener wanneer in het proces ingeschakeld wordt, echter laat dit model inhoudelijk niet zien *waarom* mensen bepaalde keuzes maken. Het model verklaart niet waarom mensen zeggen moderne dokters boven jhakri's te verkiezen, maar alsnog als eerst naar een jhakri gaan. Deze beperking zullen we oplossen om nu aan de hand van een *determinants model* een diepere analyse te maken om te achterhalen welke 'verklaringsvariabelen' hieraan ten grondslag liggen. Zodoende hebben we zes grote verklaringsvariabelen gevonden die het hulpzoekend

¹¹⁴ Semigestructureerde interviews jhakri Hiralal, jhakri Lala, Tik & Goma, focusgroep school comité

¹¹⁵ In het discussie deel zullen wij enige nuance in deze uitspraak aanbrengen

¹¹⁶ Bij veel huizen staat op het midden van het dak een bloempot met een cactus, dit is van een jhakri (deze beschermt tegen *bad eyes*). Ook zijn er bij veel bomen of andere plekken katoenen lintjes te vinden, deze worden door jhakri's bij sommige rituelen gegeven en moet voor de patiënt ergens opgehangen worden. Bij vrijwel elke wandeltocht kwamen we op de weg een *padla* tegen die gebruikt wordt in ceremonies als een offer voor de heks of goden

¹¹⁷ Deze stappen zijn een inschatting van het gemiddelde hulpzoekend gedrag spel, voor een groot deel geldt namelijk ook dat ze nooit naar een jhakri gaan en rechtstreeks naar een dokter. Voor anderen geldt dat ze vaker naar een jhakri gaan voordat ze een dokter bezoeken.

gedrag in Arnakot verklaren: geografische isolatie, geld, educatie, verschil tussen conservatief en niet-conservatief, onverklaarbare gebeurtenissen en als belangrijkste de veranderende percepties op ziektes. Hieronder zullen we de eerste vijf verklaringsvariabelen stuk voor stuk kort toelichten, de percepties op ziektes zullen we uitgebreider behandelen.

Verklaringsvariabelen voor het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot

Vanwege de geografische isolatie van Arnakot is de jhakri de dichtstbijzijnde, en ook enige, hulpverlener in het dorp. Wanneer mensen ziek zijn gaan ze dus eerst naar de dichtstbijzijnde medische expert: de jhakri. Als dit niet helpt gaan ze vervolgens naar een dokter in Burtibang of Devisthan.

"Some of jhakri things are important for village and some things are important for medicine. Jhakri is important for future telling and some other things are more important that you have to go in hospital.

This is that place of Nepal where there is no hospital, so here jhakri do every thing for mind and body." Goma Kunwar (45) & Tik Behadur Kunwar (55)¹¹⁸

Uit deze quote blijkt dus, met ongenoegen, dat de jhakri alles voor de geest en lichaam doet omdat er geen dokter in de buurt is. Naast bereikbaarheid is een andere verklaringsvariabele geld; mensen geven namelijk aan te weinig geld te hebben voor andere hulpverleners (dokter, ziekenhuis, apotheek) en kiezen daarom bij *simple diseases* zoals hoofdpijn en flauwvallen voor een jhakri. Voor kleine rituelen zoals *krani* (as blazen) hoeven de mensen namelijk niet te betalen, terwijl de bewoners voor paracetamol in Burtibang bij de apotheek wel moeten betalen. Het hebben van weinig geld hangt vaak ook samen met het educatieniveau, een andere belangrijke factor in het verklaringmodel.

Het algemene educatieniveau is een belangrijke determinant in relatie tot wanneer men kiest voor een jhakri of een dokter ten tijde van ziekte. In de uitgevoerde interviews blijkt dat de mensen die nooit kiezen voor een jhakri meer educatie hebben gehad dan de mensen die nog wel voor jhakri's kiezen. Educatie op school leert kinderen dat ze naar dokters moeten gaan als ze ziek zijn en vervolgens zeggen de kinderen ook tegen hun ouders dat ze niet naar jhakri's moeten gaan. Ook geven sommige jhakri's zelf aan dat ze de moderne geneeswijzen verkiezen boven hun eigen methodes:

"When there is a health post people will go there, they won't come to jhakri anymore. Because nowadays people are educated and this is good. Educated people go to the doctor. I am not educated, but I think it is good that people are getting more educated. In the modern age the traditional Nepali culture is disappearing. The new generation doesn't go to jhakri's."

Jhakri Bike Hira Behadur (67)¹¹⁹

¹¹⁸ Semigestructureerd interview 06-03-2015, vertaler Deepa

¹¹⁹ Semigestructureerd interview 10-03-2015, vertaler Resham

Hieruit blijkt dus dat door educatie de jhakri traditie, onderdeel van de *old culture*, zal afnemen en dat dit volgens deze jhakri goed is.¹²⁰ Ook worden er via de radio programma's over gezondheid uitgezonden waarin negatief advies over jhakri's wordt gegeven:

"They (on the radio) say if you go to jhakri you will have a short life, if you want to live a long life you have to go to doctor and use medicines."

Deepa Swesta (28)¹²¹

Deze radioprogramma's worden aangestuurd vanuit de overheid, die als belangrijk orgaan dus openlijk advies geven ten behoeve van moderne gezondheidszorg. Daarnaast komt het ook voor dat dorpsbewoners elkaar hierop aanspreken en advies geven. Zo gebeurde het dat onze informant Hira voor zijn dochters gezondheidsprobleem lange tijd naar een jhakri ging, zonder resultaat, totdat andere bewoners hem vertelden dat hij het ziekenhuis moest bezoeken. Sindsdien gaat hij voor medicijnen eens in het half jaar naar Kathmandu en gaat het met zijn dochter veel beter.¹²²

Een andere factor waarom veel mensen het bezoeken van een dokter verkiezen boven de genezingsrituelen van de jhakri wordt onder andere door Dhjam (45) en Beg (37) omschreven als het verschil tussen conservatieve en niet-conservatieve mensen. Hierbij is in hun ogen niet-conservatief beter. De conservatieven in Arnakot zouden zich volgens hen tegen verandering en modernisering verzetten en daarom vasthouden aan de *old culture* en traditionele geneeswijzen.

Echter betekent dit niet dat hoogopgeleiden en niet-conservatieven nooit meer jhakri rituelen bijwonen, deze worden namelijk ook door bewoners bijgewoond uit nieuwsgierigheid en de intrinsieke behoefte van mensen om ten tijden van ziekte beter te worden en daarvoor alle middelen in te zetten om dit te realiseren. Want tegelijkertijd geven juist ook de hoogopgeleiden aan dat er soms dingen gebeuren die niet verklaard kunnen worden zoals het *shaken*, onverklaarbare ziektes en miraculeuze genezingen door jhakri's en toekomstvoorspellingen. Lal (47), een vooruitstrevende niet-conservatieve is die liever niet naar een jhakri gaat, verteld hierover:

"One day I had some problem; I was lying on the bed and could not stand up. At night I was dreaming, I could not do anything and was dreaming all the time. The next day I called for jhakri Udiman, he came and did something. He took Daja ribbons (hindoe lintjes), he spoke and blew ash and put the Daja at different places in the room and after that I was better."

Lal Kunwar (47)¹²³

¹²⁰ Hira is een belangrijk man in het dorp, lid van het schoolcomité en verantwoordelijk voor het geven van leningen aan mensen die bijvoorbeeld geld voor medicatie nodig hebben. Hierdoor had hij binnen Arnakot veel aanzien.

¹²¹ Informeel gesprek bij Deepa thuis 05-04- 2015

¹²² Semigestructureerd interview jhakri Bike Hira Kunwar (67) 10-03-2015, vertaler Resham

¹²³ Semigestructureerd interview 08-04-2015, vertaler Beg Kunwar

Alsnog gaat Lal liever naar een dokter, maar hij erkent dat soms ook een jhakri op wonderbaarlijke wijze kan genezen en hij daarom vaak ook zijn hulp inschakelt.

Ondanks deze verklaringen werd het gat tussen wat mensen zeiden en dat wat ze werkelijk deden nog niet opgevuld met deze antwoorden. Om dit verder te verklaren hebben we het door Van Putten (2014) geïnspireerde 'hulpzoekend gedrag spel' gecreëerd. Dit spel is gebaseerd op de categorieën van Feerman (1981) die laten zien dat er verschillende perspectieven op ziektes bestaan. Echter is er in zijn onderzoek uitsluitend aandacht voor de verschillende bovennatuurlijke en non-rationele oorzaken van ziektes en daarmee negeert hij de biologische oorzaak die mensen ook toeschrijven aan ziektes. Uiteindelijk vallen alle categorieën van ziektes in Arnakot die Feerman (1981) van elkaar onderscheidt onder één genezer; de jhakri. Hierdoor blijkt dat er in Arnakot uiteindelijk maar één belangrijk onderscheid wordt gemaakt ten tijde van ziekte; bovennatuurlijk en natuurlijk. Doormiddel van dit spel hebben we achterhaalt dat de percepties op de oorsprong van ziekte een belangrijke factor speelt bij het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot.

In het spel gaven we de deelnemers individueel een stapel van veertig briefjes met een selectie van lichamelijke- en mentale problemen. Deze selectie hebben we gebaseerd op informele gesprekken en interviews in de eerste maand van het onderzoek en participerende observatie in de Devisthan hulppost. Daarnaast hadden wij een rij met de lokale aangeboden gezondheidsaanbieders (Djham, verpleegsters uit Devisthan, jhakri, de hulppost in Devisthan, Burtibang, religieuze heiler/priester, familie, Kathmandu, Pokhara, Palpa) neergelegd waarna we vervolgens de deelnemers vroegen om de kaartjes te leggen bij de hulpverlener waar ze met dat probleem naar toe zouden gaan.¹²⁴ De antwoorden liepen erg uiteen, maar het gaf duidelijk weer dat – ondanks dat in voorgaande interviews werd aangegeven dat vrijwel niemand meer in de jhakri's geloofde – de jhakri voor een aantal ziektes en problemen nog wel ingeschakeld worden. Dit was meestal het geval bij de volgende ziektes: *mental problems, suddenly scared, being crazy, paralyzed, bad dreams, bad eyes, sadness/depressed, buffalo sick, bohooed pret masan*¹²⁵, *boksi, baby crying, baby vomiting, sato djikni*, en *gano*.¹²⁶ Vervolgens hebben wij na aanleiding van deze uitkomsten in interviews en gesprekken doorgevraagd, om erachter te komen waarom men voor deze ziektes bij de jhakri hulp zoekt. Hieruit kwam naar voren dat deze ziektes volgens hen geen biologische of psychologische oorzaak hebben, maar worden veroorzaakt door *boksi*, het boos maken van de voorouders, een aanval van een geest of andere bovennatuurlijke oorzaken. Het is dus de perceptie op de oorzaak van de ziekte die een belangrijke rol speelt in het hulpzoekend gedrag. Andere oorzaken die de bewoners aangaven voor ziekte waren: kou, hard werken op het land, slecht eten, slechte hygiëne, altijd buiten en slechte educatie. Niemand gaf hier in eerste instantie aan dat ziektes ook bovennatuurlijke oorzaken kunnen hebben, totdat wij – na aanleiding van

¹²⁴ Voor de gehele uitwerking van het spel zie bijlage 3

¹²⁵ Verzamelnaam voor kwade geesten

¹²⁶ Voedselvergiftiging

het hulpzoekend gedrag spel – hiernaar doorvroegen. Dat deze percepties op de oorsprong van ziekte en gezondheid veranderd zijn komt voor en groot gedeelte door educatie, waardoor mensen nu een onderscheid maken tussen biologische en bovennatuurlijke ziektes. Ook jhakri's zelf maken dit onderscheid en geven aan niet alle ziektes te kunnen behandelen en verwijzen dan ook door naar moderne hulpgevers.¹²⁷

"Some men are sick and there are different sickness. Paralyzed, stomach pain, hips pain, mind not good; I go drumming. When men not good after, then I can not help and I sent them to the hospital."

Jhakri Hiralal (79)¹²⁸

Dit spel heeft daarmee laten zien dat er naast een biologisch perspectief op ziektes, ook nog steeds het non-rationele en magische perspectief vanuit de *old culture* bestaat dat bepaalde ziektes ontstaan door *boksi, masan, cursing ancestors* en ook *nulpa*.¹²⁹ Zolang dit perspectief blijft bestaan, zullen jhakri's in Arnakot ook nog steeds belangrijk blijven.

Ondanks dat de *pathway model*, de *determinants model* en het 'hulpzoekend gedrag spel' hier zijn ingezet om een analyse te maken van het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot, willen wij hier echter een kritische noot bij plaatsen dat alle hierboven beschreven determinanten uiteindelijk persoonlijke voortvloeisels zijn uit de habitus (Bourdieu et al 1989); een complete set van variabelen zoals persoonlijke karaktereigenschappen, geloof, percepties en waarden die voortkomen uit iemands persoonlijke sociale omgeving. Dit in combinatie met de grote hoeveelheid verschillende aanwezige zorgverleners, zorgt ervoor dat het altijd sterk samenhangt met de context om het daadwerkelijke hulpzoekend gedrag te verklaren. In ieder individu in Arnakot schuilt een 'unieke' combinatie van determinanten die uiteindelijk doorslaggevend is en het werkelijke hulpzoekend gedrag verklaard.

¹²⁷ Semigestructureerd interview jhakri Lala, 06-04-2015, vertaler Djham Behadur Kunwar

¹²⁸ Semigestructureerd interview 14-04-2015, vertaler Djham Behadur Kunwar

¹²⁹ Is een regenboog, wanneer deze je aanraakt raak je verlamt.

CONCLUSIE & DISCUSSIE

Terwijl we samen met Beg in de kleine kamer boven het kippenhok zitten vertelt hij over de jhakri ceremonie die hij gisteren bijgewoond heeft. De ceremonie werd gehouden voor Sapana, een jonge moeder, die problemen heeft met borstvoeding geven en hierdoor veel pijn heeft aan haar tepels. Ondanks dat ze hiervoor eerder al in Burtibang bij de dokter was geweest die haar medicijnen had voorgeschreven, was de situatie niet verbeterd en daarom vroeg ze nu de jhakri om hulp. Tijdens de vier uur durende ceremonie werd onder andere een padla gemaakt, deze werd naar buiten gebracht als voer voor boksi, waarna de jhakri stelde dat Sapana over twee dagen beter zou zijn. Beg verteld: “Tijdens de ceremonie, terwijl de jhakri aan het drummen was begon ik net als hem te shaken. Ik vroeg me af “wat is dit? Ik ben opgeleid, hoe kan dit? Ik ben aan het shaken! Is het wetenschappelijk, is het emotioneel, ik weet het niet? Ik geloof niet in jhakri of boksi maar tijdens deze ervaring besef ik me dat er toch iets van waarheid schuilt in jhakri en boksi. Maar wanneer ik weer normaal ben dan geloof ik er niet in, omdat ik opgeleid ben.”¹³⁰

Uit deze anekdote blijkt dat er in Arnakot sprake is van een pluralistisch medisch systeem waarbij het traditionele en moderne medische systeem naast elkaar bestaan en gebruikt worden. Sapana koos er eerst voor om naar de dokter te gaan, maar toen dit niet hielp zocht ze hulp bij de jhakri. De jhakri geeft aan dat haar klachten worden veroorzaakt door *boksi*. Ondanks dat Beg aangeeft niet in jhakri of boksi te geloven omdat hij opgeleid is, kan hij het *shaken* niet verklaren en besefte daardoor ook dat er iets van waarheid in de jhakri schuilt. Educatie en perceptie op ziekte - of deze biologisch of 'bovennatuurlijk' van aard is - zijn dan ook belangrijke contextuele variabelen die het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot beïnvloeden.

In de zoektocht naar gezondheidszorg maken de bewoners uit Arnakot een keuze tussen biomedische moderne gezondheidszorg en traditionele gezondheidszorg of, zoals in het hiervoor beschreven geval, kiezen ze ervoor beide gezondheidszorg opties naast elkaar te gebruiken. Kleinmann (1978) benadrukt dat medische systemen sociaal-culturele systemen zijn die worden weerspiegeld in het feit dat de keuzes die mensen maken in hun zoektocht naar een geschikte zorgverlener het resultaat zijn van een aantal contextuele variabelen zoals de toegankelijkheid van de middelen, het nationale gezondheidszorg beleid, persoonlijke leefomstandigheden, (gezondheid)-overtuigingen en percepties, sociaal-culturele praktijken en persoonlijke voorkeuren, maar ook door de invloed van meningen uit de gemeenschap over deze verschillende gezondheidszorg tradities. In hoofdstuk zes laten we aan de hand van het *determinants model* zien, welke verschillende ‘verklaringsvariabelen’ in Arnakot een rol spelen en beïnvloed worden door mondialisering. Om zodoende antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag: “*Wat is de invloed van ontwikkeling op het*

¹³⁰ Semigestructureerd interview Beg Kunwar (37 jaar), 08-04-2015

hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot in het perspectief van mondialisering?” Aan de hand van onze bevindingen hebben we het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot in kaart gebracht, waarbij de nadruk ligt op de rol van de jhakri traditie binnen de gemeenschap en de wijze waarop mondialisering deze heeft veranderd.

Mondialisering is een proces dat zich niet specifiek op één plek voltrekt maar juist gaat over de *interconnectendness* tussen landen, economieën, gemeenschappen en personen, waarbij tijd en ruimte een steeds kleinere rol speelt en het verplaatsen van mensen, goederen en ideeën steeds gemakkelijker en sneller gaat (Eriksen 2007; Appadurai 1996). Voor de bewoners uit Arnakot betekent dit onder andere dat het voor hen steeds gemakkelijker is geworden om deel uit te maken van de transnationale gemeenschap (Pigg 1996). Ontwikkelingen op het gebied van educatie, telefonie en bereikbaarheid hebben in Arnakot veel invloed op het huidige hulpzoekend gedrag van haar bewoners. Deze ontwikkelingen worden zowel vanuit internationale ontwikkelingsorganisaties, die in toenemende mate aanwezig zijn in Arnakot, als door de bewoners zelf geïnitieerd. Op het gebied van educatie hebben internationale ontwikkelingsorganisaties bijgedragen aan de verbetering van het onderwijs, toegenomen aantal klaslokalen, extra opleidingen voor leraren en schoolmateriaal waardoor steeds meer kinderen naar school kunnen gaan en het educatieniveau van de gemeenschap toeneemt. Daarnaast is met de komst van de telefoon, radio, autoweg en zelfs voor sommige mensen internet op hun telefoon de toegang tot de buitenwereld en kennis gemakkelijker en sneller geworden. Dit heeft de ideeën over moderniteit binnen de gemeenschap in verandering gebracht, dat volgens Pigg (1996) direct invloed uitoefent in de mate waarin de bewoners geloven in de traditionele jhakri traditie. Zo wordt er vanuit de radio, op school en ook door de overheid benadrukt dat je ten tijde van ziekte het beste een dokter kunt bezoeken en niet naar een jhakri moet gaan.¹³¹ Het is hierdoor voor voornamelijk de hoger opgeleide bewoners niet meer vanzelfsprekend om onvoorwaardelijk in de traditionele jhakri traditie te geloven en door bijna alle bewoners wordt in eerste instantie aangegeven dat zij moderne biomedische gezondheidszorg verkiezen boven traditionele geneeswijzen.¹³²

Bij de bewoners uit Arnakot is er door de samenkomst van traditionele en moderne gezondheidszorg frictie ontstaan. Pigg (1996) beschrijft deze frictie als een zoektocht van elke bewoner om een *‘modern believer’* te zijn. Zij beschrijft dit als een keuze tussen of jezelf wél verbonden voelen met de moderne gemeenschap die niet meer in jhakri’s gelooft maar tegelijkertijd toch erkennen dat je in een gemeenschap leeft waarbij jhakri’s belangrijk zijn, of wel in jhakri’s te geloven en te accepteren dat een moderne buitenstaander je hierop beoordeeld (Pigg 1996). Doordat binnen de gemeenschap traditionele en moderne denkwijzen onder invloed van mondialisering bij elkaar komen ontstaat er een grijs gebied waarbinnen de bewoners zelf moeten kiezen en afwegen waar ze in geloven. Hierbij spelen de percepties op gezondheid en de gangbare ideeën over

¹³¹ Informeel gesprek Deepa 05-04-2015, interview Resham 01-04-2015, Participerende observatie Tara & Vishnu 12-03-2015

¹³² Semigestructureerd interview Marieke 15-04-2015, Deepa 02-03-2015, informeel gesprek Tara & Bharat 15-03-2015

gezondheidszorg een belangrijke rol spelen. De verschillende ontwikkelingen die zich hebben voltrokken in Arnakot hebben de percepties op ziekte en gezondheid, op jhakri's en de rol die jhakri's vervullen en de manier waarop de bewoners in hen geloven, veranderd. Waarbij ze in hun hulpzoekend gedrag de verschillende contextuele variabelen zowel bewust als onbewust tegen elkaar afwegen.

"Yes jhakri's are important; it's a part of the culture. It also belongs to the Hindu culture, where a lot of people believe in gods. But doctors are also needed for medical help. They are both important. In some simple cases a jhakri can be good but for serious cases a doctor is needed."

Till Behadur Kunwar (75), priester van Arnakot ¹³³

Till Behadur Kunwar, de priester van Arnakot, geeft hiermee aan dat, naast de medische rol die ze binnen Arnakot vervullen, ook een essentieel onderdeel van de cultuur zijn. Zoals Foster & Anderson (1954) stellen kun je alleen het medisch systeem onderzoeken in de context van de gehele cultuur. Binnen de gemeenschap in Arnakot vormen de jhakri's door middel van hun rituelen de schakel tussen de bewoners, hun voorouders en de hindoe goden en maakt hun daarmee een belangrijk onderdeel in het sociaal-culturele systeem in Arnakot. Voor lange tijd waren zij, als onderdeel van de traditionele geneeswijze, het enige medische systeem in Arnakot, maar door mondialisering en de komst van moderne biomedische geneeswijze is het huidige medische systeem in Arnakot pluralistisch. Hierbij is het traditionele medische systeem gebaseerd op meer non-rationele en magische elementen, terwijl de biomedische geneeswijze gebaseerd is op wetenschap, biologische en psychologische elementen (Janzen, 1978).

Volgens de priester, maar ook volgens menig dorpsbewoner, is er daarom ook een fundamenteel verschil tussen de rol van de dokter en de jhakri binnen het huidige medisch pluralistische systeem. Dokters zijn nodig voor medische hulp en jhakri's zijn nodig voor culturele zingeving en toegang tot het 'bovennatuurlijke'. Omdat sommige ziektes worden toegeschreven aan 'bovennatuurlijke' oorzaken geeft dit voor de inwoners van Arnakot zingeving en een verklaring aan het feit waarom iemand ziek wordt en kunnen jhakri's deze ziektes ook genezen of voorkomen dat iemand ziek wordt. Dit ondersteunt de bevindingen van Gesler (1984) en Subedi (1989) die beargumenteren dat westerse gezondheidszorg ziekte alleen geneest, maar traditionele gezondheidszorg daarnaast ook zingeving- en een culturele interpretatie aan ziekte geeft. Dit is een van de verklaringen waarom vele bewoners uit Arnakot zowel de dokter als de jhakri tegelijkertijd gebruiken; samen vormen ze namelijk het beste pad voor volledige genezing.

Naast 'bovennatuurlijke' percepties op gezondheid en voor de gebruikers de daarbij horende zingeving die het kan bieden spelen ook andere contextuele variabelen een belangrijke rol in de keuze

133 Semigestructureerd interview jhakri Lala 07-04-2015

voor de juiste hulpgever, zoals geografische isolatie, financiën, onverklaarbare genezingen, nieuwsgierigheid en de mate van aanwezigheid en bereikbaarheid van moderne gezondheidszorg. Ondanks de aanleg van de autoweg naar Burtibang in 2012 kunnen niet alle bewoners een jeep betalen en is lopen soms te ver. Daarnaast zijn medicijnen – behalve die verkrijgbaar zijn in de door de overheid gefinancierde hulppost in Burtibang en Devisthan – voor sommige bewoners te duur. De aanwezige medicijnen in de hulpposten zijn vaak niet toereikend door slechte nationale toevoer en het assortiment is gelimiteerd.¹³⁴ Voor noodgevallen, advies en bevallingen zijn de bewoners in Arnakot daarom aangewezen op Dhjam (opgeleid apotheker maar niet werkzaam als apotheker), de kleine collectie aan medicijnen opgeslagen in de EHBO-kast in de schoolbibliotheek, de vroedvrouw in Arnakot die soms ook biomedische medicijnen verstrekt en de jhakri's. Waarbij de eerste drie opties geschaard kunnen worden onder moderne biomedische gezondheidszorg en de laatste valt onder het traditioneel medisch systeem.

Naast deze contextuele variabelen die de beslissingen van de bewoners uit Arnakot beïnvloeden spelen ook nieuwsgierigheid en onverklaarbare gebeurtenissen een rol. Niet alle bewoners zijn even bekend met jhakri rituelen en sommige hebben nog nooit een drumceremonie gezien en bezoeken vanuit deze nieuwsgierigheid een jhakri.¹³⁵ Daarnaast vervullen jhakri's een belangrijke rol als toekomstvoorspeller en door onverklaarbare ziektes en miraculeuze genezingen wordt de behoefte aan jhakri's ook aangewakkerd.¹³⁶ Zij vervullen daarmee een belangrijke maatschappelijke rol omdat zij het gat dat de biomedische wetenschap op dit gebied niet altijd kan opvullen, wel weten op te vullen.

Foster & Anderson (1978) gaven aan dat gemeenschappen continu onderhevig zijn aan (ecologische) veranderingen die ervoor zorgen dat de cultuur ook mee verandert omdat mensen zich hier constant aan aanpassen. Vanuit dit kader kan modernisering en ontwikkeling voor Arnakot gezien worden als een adaptieve strategie van de bewoners om te overleven binnen hun ecologische omgeving. Baer & Singer & Susser (2003) zien gezondheid als een maatstaf voor ecologische adaptatie, in het geval van Arnakot verhogen zij hun maatstaf door te moderniseren en het biomedische systeem tegelijk met het traditionele systeem te gebruiken. Net zoals Van Putten (2014) beargumenteerd in haar masterthesis, zijn wij eveneens van mening dat de bewoners van Arnakot deze twee verschillende medische systemen naast elkaar gebruiken om zo elkaars gebreken op te vullen.

“Medical pluralism moreover appears to be a solution in accessing healthcare for people living in poverty, when in the absence of good accessible, available or satisfying healthcare, people approach and combine different healthcare traditions with each other”

Van Putten (2014)

¹³⁴ Interview met Pretaram Kamni Bogani 20-02-2015 vertaald door Deepa, onderzoek door Leeuwenberg en van den Heuvel, 2015

¹³⁵ Participerende observatie jhakri ritueel Udiman 03-04-2015

¹³⁶ Semigestructureerd interview Lal 08-04-2015 vertaald door Beg

De specifieke samenstellingen van verschillende contextuele variabelen bepalen en verklaren samen het hulpzoekend gedrag van de bewoners uit Arnakot. Daarbij moet worden benadrukt dat de uiteindelijke keuzes altijd worden beïnvloed door de persoonlijke habitus (Bourdieu et al 1989); een complete set van variabelen zoals persoonlijke karaktereigenschappen, geloof, percepties en waarden die voortkomen uit iemands persoonlijke sociale omgeving. Door mondialisering is het aanbod en de kennis van moderne biomedische gezondheidszorg toegenomen, waardoor het voor velen een aantrekkelijke optie is geworden bij ziekte. Hierdoor is in Arnakot de rol van de jhakri veranderd, van het enige medische systeem naar een pluralistisch medisch systeem waarbij enerzijds tussen moderne biomedische of anderzijds traditionele geneeswijze gekozen wordt, dan wel in combinatie of naast elkaar wordt gebruikt. Echter blijft door het ontbreken van volwaardige moderne biomedische gezondheidszorg in Arnakot de jhakri voor de bewoners een belangrijk aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen en gebruiken de bewoners, zoals van Putten (2014) hierboven ook stelt, beide medische systemen in combinatie en naast elkaar om zo een volwaardig medisch systeem te vormen. Een andere rol die belangrijk blijft voor de jhakri's is het genezen en verklaren van 'bovennatuurlijke' ziektes en hun rol als toekomstvoorspellers, raadgevers en spreekbuis tussen de goden en voorouders. Zolang de bewoners uit Arnakot blijven geloven dat ziektes ook door 'bovennatuurlijke' oorzaken kunnen ontstaan, zal de jhakri een belangrijke rol blijven spelen. Arnakot zal daarom een medische pluralistisch systeem houden waarbinnen de bewoners afhankelijk van de verschillende persoonlijke en contextuele variabelen de juiste hulpgever zullen zoeken.

Discussie

Als westerling kun je er niet omheen dat je anders bejegend wordt, wonend in een dorp dat relatief onbekend is met toerisme of andere bezoeken van buitenstaanders. Ondanks dat we als zussen en dochters werden opgenomen in ons gezin bleven we tegelijkertijd ook altijd een gast, die als eerst haar eten krijgt. Zoals benoemd in de inleiding kwamen we via een ontwikkelingsorganisatie de Maya Foundation, waarvan alle dorpsbewoners een hoge pet op hebben en waarvan ze afhankelijk zijn voor geld om te kunnen ontwikkelen. Hierdoor was het soms moeilijk om objectief onderzoek te doen, door de verwachtingen en vooroordelen die de bewoners van ons als westerlingen hadden. Zo werd het gek gevonden dat we nieuwsgierig waren naar de jhakri traditie terwijl we in hun ogen modern zijn. De meeste informanten waren in het begin bang om toe te geven dat ze nog naar jhakri's gaan met hun problemen en in hen geloven, omdat wij als moderne westerling dit niet zouden begrijpen of hen hiervoor zouden beoordelen. Daarnaast was het maar minimaal beheersen van de taal een belemmering om de gehele populatie te leren kennen, omdat je hierdoor altijd afhankelijk bent van je vertalers, de persoonlijke band die zij hebben met de informanten en hun interpretaties en vertalingen. Deze belemmeringen hebben ervoor gezorgd dat we niet alle informatie ongekleurd hebben kunnen verzamelen. We denken dan ook dat wanneer een Nepalese onderzoeker eenzelfde onderzoek zou doen deze veel nieuwe informatie zou kunnen verzamelen door het ontbreken van de taalbarrière

waardoor het gemakkelijker is de gehele populatie te bereiken en ook dieper op onderwerpen in kan worden gegaan. Door de taalbarrière was dit vaak namelijk erg lastig en waren zelfs simpele gesprekken in het Engels soms onmogelijk om te voeren.

In het theoretisch kader hebben wij beschreven hoe wetenschappers zoals Singer & Baer, (2011) in dit veld medische antropologie als een bio-culturele discipline beschouwen. Echter hebben wij enkel het sociaal-culturele aspect onderzocht omdat wij geen kennis hebben van het biologische aspect van de mens. Hierdoor kan het zijn dat er hiaten in ons onderzoek zitten doordat wij onbewust dingen gemist hebben. Omdat een deel van de traditionele geneeswijzen geheime kennis is, is het lastig te achterhalen of de biomedische wetenschap invloed heeft gehad op deze traditie. Onze aanname, dat alle jhakri kennis gebaseerd is op non-rationele en magische elementen zoals Janzen (1987) stelt is dus niet met volledige zekerheid te kunnen vaststellen, ook al wijst al het bewijs daar wel op. Ook is het lastig vast te stellen in hoeverre de jhakri traditie onveranderd is gebleven, aangezien wij hier vroeger niet aanwezig zijn geweest. De claim dat de komst van het biomedische medische systeem niet gezorgd heeft voor veranderingen in het traditionele medische systeem is daardoor niet volledig te bewijzen. Daarnaast stelt Janzen (1987) dat traditionele geneeswijze in tegenstelling tot biomedische geneeswijze ook zingeving aan ziekte geeft; dit laat ruimte over voor discussie en we moedigen aanvullend onderzoek hierin aan omdat traditionele geneeswijze alleen zingeving geeft wanneer men er daadwerkelijk in gelooft. Wanneer men in de wetenschap en biologie gelooft, stellen wij dat biomedische wetenschap ook zingeving kan bieden doordat men de wetenschap achter ziekte begrijpt. Echter heeft ons onderzoek zich hier niet genoeg op gericht om hierover uitspraken te doen.

AANBEVELING VOOR DE MAYA FOUNDATION

Alhoewel de meeste bewoners aangaven dat ze graag een hulppost in het dorp zouden hebben, weten we ook dat het realiseren hiervan en het financieren hiervan heel moeizaam zal gaan, dit omdat vele bewoners graag gratis hun medicijnen willen ontvangen. Al eerder deden Witter, Khadka, Nath, Tiwari (2011) onderzoek naar hulpposten en de gezondheidssituatie in Nepal, hier werd het al snel duidelijk dat veel hulpposten moeite hadden om de kwaliteit te waarborgen en dat de eerste prioriteit moet zijn om de kwaliteit van bestaande hulpposten te verbeteren, voordat er nieuwe hulpposten gebouwd worden. Verder bordurend op deze bevindingen moeten wij, drie jaar later, ook concluderen dat de kwaliteit in de Devisthan hulppost beter kan en willen we hierbij doorverwijzen naar het onderzoek van Van den Heuvel en Leeuwenborg (2015) over de Devisthan hulppost. Onze aanbeveling voor de Maya Foundation luid daarom als volgt.

Uit het hulpzoekend gedrag blijkt dat mensen voor goede medicijnen het niet erg vinden om te betalen en als ze dit niet kunnen betalen kunnen ze terecht kunnen bij de hulppost in Burtibang of Devisthan. Wat volgens de bewoners echter als een groot probleem wordt aangegeven is de reistijd en de bereikbaarheid van biomedische gezondheidszorg en ook de aanwezigheid van een opgeleide arts in noodgevallen. Op dit moment is schoolhoofd Djham de enige bewoner in Arnakot met een apothekerscertificaat, echter heeft hij op dit moment geen tijd om deze functie op zich te nemen. Het zou daarom naar ons idee het beste zijn om een 'nieuwe' opgeleide apotheker met ook een simpele eerste hulpopleiding een apotheek te laten beginnen. Hierdoor blijft het geld binnen het systeem van Arnakot en gaat het niet naar de apothekers in Burtibang en hoeven de bewoners niet meer zo ver te reizen voor paracetamol, antibiotica, hoestdrank en andere belangrijke medicijnen zoals bijvoorbeeld medicijnen tegen de bof.¹³⁷

Om dit te bewerkstelligen is het belangrijk om een opleiding te bieden aan een van de dorpsbewoners om apotheker te worden, omdat hiervoor een certificaat vanuit de overheid noodzakelijk is om vervolgens een begin kapitaal te verlenen om een apotheek op te zetten. Eventueel moet hier dan ook een nieuw gebouw voor worden neergezet, met een extra kamer voor bevallingen en simpele operaties. Bij de bouw van een nieuw gebouw moet er dan op gelet worden dat deze zich dicht bij een watertap bevindt, omdat hygiëne erg belangrijk zijn. Evenals een wachtkamer, zodat ook de wens om privacy gewaarborgd kan worden. Concluderend willen we de Maya foundation aanraden om te investeren in een lange termijn plan, waarin de bewoners uit Arnakot zoveel mogelijk zelf bijdragen en verantwoordelijk zijn, zodat er naast het traditioneel medische systeem een structureel, kwalitatief en bevredigend biomedische faciliteit kan komen.

¹³⁷ Tijdens ons verblijf was er een uitbraak van de bof waar vele kinderen last van hadden.

BIBLIOGRAFIE

- Acharya, L. B. & Cleland, J.
2000 Maternal and child health services in rural Nepal: does access or quality matter more?.
Health Policy and Planning, 15(2), 223-229.
- Appadurai, A.
1996 Modernity at large: cultural dimensions of globalization (Vol. 1) U of Minnesota Press.
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I.
2003 Medical anthropology and the world system. Greenwood Publishing Group.
- Bode, M.
2011 The transformations of disease in expert and lay medical cultures. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine* 2(1):14-20
- Carney, S.
2003 Globalisation, neo-liberalism and the limitations of school effectiveness research in developing countries: The case of Nepal. *Globalisation, Societies and Education*, 1(1), 87-101.
- Desjarlais, R. R.
1989 Healing through images: The magical flight and healing geography of Nepali shamans. *Ethos*, 17(3), 289-307.
- Edelman, M. & Haugerud, A.
2005 The Anthropology of Development and Globalization: From Classical Political Economy to Contemporary Neoliberalism Oxford: Blackwell, pp. 169-72
- Eriksen, T. H.
2007 *Globalization: the key of concepts* Oxford International Publishers Ltd.
- Feierman, Elizabeth
1981 Alternative Medical Services in Rural Tanzania: A Physician's View. *Social Science Medicine* 15B:399-404
- Foster, G. M., & Anderson, B. G.
1978 *Medical anthropology*. John Wiley & Sons, Inc. 605 3rd Avenue, New York, NY 10016, USA
- Frankenberg R.
1980 Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 197-207.
- Gesler, W. M.
1984 *Health care in developing countries*. Assn of Amer Geographers.

- Hahn, R. A., & Kleinman, A.
1983 Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual review of anthropology*, 305-333.
- Hsu, Elisabeth
2008 Medical Pluralism. In *International Encyclopedia of Public Health*. K. Heggenhougen & Stella Quah, eds. 1(4):316-321. San Diego: Academic Press
- Janzen, John M.
1978 *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press
- Justice, J.
1989 Policies, plans, and people: Foreign aid and health development (Vol. 17). University of California Press.
- Kohrt, B. A., & Harper, I.
2008 Navigating diagnoses: Understanding mind–body relations, mental health, and stigma in Nepal. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32(4), 462-491.
- Kottak, C. P.
2008 *Cultural Anthropology*, McGraw-Hill Companies: New York
- Kottak, C. P.
2011 *Cultural anthropology: Appreciating cultural diversity*. McGraw-Hill.
- Kroeger, A.
1983 Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social science & medicine*, 17(3), 147-161.
- Law, J.
2011 *What's Wrong with a One-World World*, ESRC Centre for Research on Socio-Cultural Change, Department of Sociology, The Open University: Walton Hall, UK
- Lemstra, H.
2014 Exploring Rural Nepal; Future possibilities for the Maya Foundation in Arnakot-Deurali. Thesis Report University of Applied Sciences: Wageningen
- Maya
2012 Over stichting Maya [Online] <http://stichting-maya.nl/>
- Maskarinec, G. G.
1995 *The rulings of the night: an ethnography of Nepalese shaman oral texts*. Univ of Wisconsin Press. CA: Pine Forge Press.
- Paudyal, R.
2012 Gender and Caste issues in the western hills of Nepal: A Case of Arnakot Deurali Village in Baglung district. *Thesis Report University of Applied Sciences: Wageningen*

- Peters, L. G.
1981 *Ecstasy and healing in Nepal: An ethnopsychiatric study of Tamang shamanism*. Malibu, CA: Undena Publications.
- Peters, L. G.
1979 Shamanism and medicine in developing Nepal. *Contributions to Nepalese Studies*, 6(2).
- Van Putten, E.
2014 On Searching and Finding health: Setting the scene for health-seeking behavior in Sungu Ward, Tanzania. Universiteit van Amsterdam
- Read, M. (Ed.)
2013 *Culture, health and disease: social and cultural influences on health programmes in developing countries*. Routledge.
- Saunders, L.
1954 Cultural difference and medical care: the case of the Spanish speaking people of the Southwest.
- Shaikh, B. T., Haran, D., & Hatcher, J.
2008 Women's social position and health-seeking behaviors: is the health care system accessible and responsive in Pakistan?. *Health Care for Women International*, 29(8-9), 945-959.
- Shrestha, R. M., & Lediard, M.
1980 Faith healers: a force for change: preliminary report of an action-research project.
- Singer, M. & Baer, H.
2011 *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. Rowman: Altamira.
- Stoner, B. P.
1986 Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, And Syncretic Health Care Alternatives *Medically Pluralistic Societies. Medical Anthropology Quarterly*, 17: 44-48.
- Subedi, J.
1989 Modern health services and health care behavior: a survey in Kathmandu, Nepal. *Journal of Health and Social Behavior*, 412-420.
- Straus, R.
1957 The nature and status of medical sociology. *American sociological review*, 200-204.
- Singer, M. & Baer, H.
2011 *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. Rowman: Altamira.
- Sillitoe, P.
1998 *The Development of Indigenous Knowledge: A New Applied Anthropology* 1.

Current Anthropology, 39(2), 223-252.

1990 *Concept and Measurement of human development*. New York & Oxford: Oxford University Press.

UNDP

2014 Nepal Human Development Report 2014: Beyond Geography, Unlocking Human Potential. Government of Nepal National Planning Commission: Kathmandu

Waard, M. De

2013 *'Participatory development' in Tanzania: context and constraints, A case study of two villages in the Western Usambara Mountains'* Master Scriptie Social and Cultural Anthropology, VU University Amsterdam DeWalt, K. M. & DeWalt, B. R.

DeWalt, K. M., & DeWalt, B. R.

2010 *Participant observation: A guide for fieldworkers*. Rowman Altamira.

Witter, S., Khadka, S., Nath, H., & Tiwari, S.

2011 The national free delivery policy in Nepal: early evidence of its effects on health facilities. *Health policy and planning*, 26(2), ii84-ii91.

Bijlage I

INFORMANTEN LIJST

Week/datum	Naam informant	Leeftijd	Functie informant	Soort gesprek/interview
Week 1 13 – 02 – 2015	Rene Voss		Eigenaar van de Maya Foundation	Informeel interview
Week 1 14 – 02 – 2015	Prem Kunwar	34	Belangrijkste contact persoon in Nepal voor Maya Foundation, Nepali teacher	Semigestructureerd interview
Week 1 15 – 02 – 2015	Dhjam Kunwar	53	Hoofd van de school, vader van onze gastgezin	Gesprek, informeel interview
Week 1 15 – 02 – 2015	Tara Kunwar	29	Dochter Dhjam, geeft les in Nepali, Health, Population en Profecion op school	Gesprek, informeel interview
Week 1 15 – 02 – 2015	Bharat Kunwar	25	Broer van Tara, zoon Dhjam. Computerleraar en heeft kleine winkel	Gesprek, HGS
Week 2 16 – 02 – 2015	Deepa	28	Heeft een klein winkeltje in Arnakot	Gesprek, informeel interview, HGS, hoofdinformant
Week 2 17 – 02 – 2015	Bimala Tumati Kunwar	31	Helpt in de bouw van Deepa haar nieuwe huis, moeder	Gesprek
Week 2 19 – 02 - 2015	Bulmaya	27	Buurvrouw van Deepa, geeft les op school	Gesprek / Semigestructureerd interview / HGS
Week 2 19 – 02 – 2015	Rosanna	22	Nurse, komt eens per maand naar Arnakot	Semigestructureerd interview
Week 2 19 – 02 – 2015	Sjam Kunwar	23	Nurse, komt eens per maand naar Arnakot	Semigestructureerd interview
Week 2 20 – 02 – 2015	Pretaram Kamni Bogani	52	Beveiliging van het ziekenhuis in Burtibang	Informeel interview
Week 3 22 – 02 – 2015	Udiman		Jhakri	Interview, observatie
Week 3 23 – 02 – 2015	Goma Kunwar	60	Moeder van Prem	Gesprek
Week 3 23 – 02 – 2015	Tik Behadur Kunwar	65	Vader van Prem	Gesprek
Week 3 24 – 02 - 2015	Beg Brd. Kunwar	37	Engels leraar op school	Semigestructureerd interview
Week 3 24 – 02 – 2015	Sam		Man van Bulmaya	Gesprek
Week 3 25 – 02 – 2015	Gokul Gautam	21	Vriend van leraar, student in Burtibang	Gesprek
Week 3 26 – 02 – 2015	Gita	17	Leerling 7 ^e klas	Gesprek
Week 3 27 – 02 - 2015	Hiralal	76	Jhakri	Semigestructureerd interview
Week 3 27 – 02 – 2015	Taman B.K.		Woont in Gompur, nodigt ons uit om te komen logeren	Gesprek
Week 4	Dahlmatie	23	Moeder, woont in Sidiri	Semigestructureerd interview

02 – 03 – 2015				
Week 4 04 – 03 – 2015	Kasiendre Shahie		Dokter Health Post Devistan	Interview
Week 4 05 – 03 – 2015	Djanga Hardur		Lid van schoolcomitee, heeft 2 vrouwen, kippen farm, Carpenter	Kort semigestructureerd interview
Week 4 06 – 03 – 2015	Dal Kumarie B.K.	46	Vrouw van Djanga	Kort semigestructureerd interview
Week 4 06 – 03 – 2015	Resham Bika	20	Engels leraar en student	Semigestructureerd interview
Week 4 07 – 03 – 2015	Rupi B.K.	30	Moeder	Focusgroep interview
Week 4 07 – 03 – 2015	Gonga B.K.	50	Oom van Rupi en huizenbouwer	Focusgroep interview
Week 4 07 – 03 – 2015	Jambador Kaki	40	Huizenbouwer	Focusgroep interview
Week 4 07 – 03 – 2015	Chat Behadur Kunwar	51	Huizenbouwer	Focusgroep interview
Week 4 07 – 03 – 2015	Hima B.K.	29	Moeder, vriendin Rupi	Focusgroep interview
Week 4 08 – 03 – 2015	Kim Behadur Kalki	50	Farmer	Semigestructureerd interview
Week 4 08 – 03 – 2015	Djuna Kunwar	40	Gehandicapt, zus Kim Behadur	Semigestructureerd interview
Week 4 08 – 03 – 2015	Pobi Kalki		Vrouw van Kim Behadur	Gesprek
Week 4 08 – 03 – 2015	Rem Behadur Kunwar		Jhakri, vader Maya	Kort interview, observatie
Week 5 09 – 03 – 2015	Durga Oli	36	Farmer	Semigestructureerd interview
Week 5 10 – 03 – 2015	Hira Behadur B.K.	67	Jhakri, farmer	Semigestructureerd interview
Week 5 11 – 03 – 2015	Normatie B.K.	45	Moeder van Reham, tweede vrouw van Djanga Hardur	Semigestructureerd interview
Week 5 12 – 03 – 2015	Sapana	24	Moeder van pasgeboren kindje	Bijwonen bevalling
Week 6 21 – 03 – 2015	Lali (Lalmaya)	21	Studeert PCL nursing, Proficiency certificate level in nursing.	Semigestructureerd interview
Week 7 28 – 03 – 2015	Tara Kotri	35	Werkt op 't land, stenen schouwen etc. 4 kinderen	Interview
Week 7 28 – 03 – 2015	Goni Bikasi	59	Mahoni dancer, werkt op het land	Interview
Week 7 29 – 03 – 2015	Bidur Kunwar	16	Huizenbouwer	Hulpzoekend gedrag spel
Week 7 29 – 03 – 2015	Sop B.K.	40	Huizenbouwer	Hulpzoekend gedrag spel
Week 7 29 – 03 – 2015	Ram B.K.	30	Huizenbouwer in Arnakot, werkt in Saoudi Arabie	Hulpzoekend gedrag spel
Week 7 29 – 03 – 2015	Goga B.K.	50	Huizenbouwer	Hulpzoekend gedrag spel

Week 8 30 – 03 – 2015	Unikala Kunwar	39	Moeder	Informeel gesprek
Week 8 31 – 03 – 2015	Balkumarie Kunwar	53	Onze moeder, vrouw Dhjam, Midwife	We wonen samen, interview en hulpzoekend gedrag spel
Week 8 01 – 04 – 2015	Soba Kunwar	14	Leerling 7 ^e klas, meisje	HGS (hulpzoekend gedrag spel)
Week 8 01 – 04 – 2015	Diloe	13	Leerling 7 ^e klas, meisje	HGS (hulpzoekend gedrag spel)
Week 8 03 – 04 – 2015	Mina Karki		Student in Pokhara, komt uit Devistan betrokken met Prem en Education for all	Informeel gesprek
Week 8 03 – 04 – 2015	Willem	21	Vrijwilliger Maya Foundation, helpt in healthpost Devistan	Informeel gesprek
Week 8 03 – 04 – 2015	Kris	21	Vrijwilliger Maya Foundation, helpt in healthpost Devistan	Informeel gesprek
Week 8 05 – 04 – 2015	Sunnita B.K.		Vrouw die ziek was en door Udiman werd genezen.	Interview, participerende observatie
Week 9 06 – 04 – 2015	Bir Bhd. B.K.		Jhakri	Semigestructueerd interview, participerende observatie
Week 9 07 – 04 – 2015	Lala (Tul Bdr.)	44	Jhakri	Semigestructueerd interview, participerende observatie
Week 9 07 – 04 – 2015	Naran Desi	41	Jhakri en Joisie	Semigestructueerd interview, participerende observatie
Week 9 07 – 04 – 2015	Inra Bdr.	62	Jhakri en Joisie	Semigestructueerd interview, participerende observatie
Week 9 08 – 04 – 2015	Lashmi	19	Student in Pokhara	Verjaardag feestje
Week 9 08 – 04 – 2015	Tanko Paudyl	24	Leraar Nepali en social	HGS
Week 9 08 – 04 – 2015	Inra	22	Werkt in Katar, jongen, getrouwd, 2 kinderen	HGS, interview
Week 9 09 – 04 – 2015	Lal Kunwar	49	Chairman in vele comités en shopkeeper	Semigestructueerd interview
Week 9 10 – 04 – 2015	Susila	21	Nurse in Uter Ganga private hospital	Gesprek / informeel interview
Week 9 10 – 04 – 2015	Ishwary	21	Accountant in Uter Ganga private hospital	Gesprek / informeel interview
Week 10 13 – 04 – 2015	Ebru		Vrijwilliger Maya Foundation, verpleegkunde HBO student	Gesprek
Week 10 13 – 04 – 2015	Marieke		Vrijwilliger Maya Foundation, verpleegkunde HBO student	Gesprek
Week 10 14 – 04 – 2015	Nurmaya Pun	50	School comité lid	HGS en interview
Week 10 16 – 04 – 2015	Till Bhd. Kunwar	75	Priester	Semigestructueerd interview en HGS

Bijlage II

LIJST MET VEEL VOORKOMENDE ZIEKTES

Deze lijst is overgenomen uit het onderzoek van Willem van den Heuvel en Kristofoor Leeuwenberg voor de Maya Foundation uitgevoerd in Devisthan April 2015. Omdat vele patiënten uit Arnakot naar Devisathan gaan voor medische hulp is deze lijst ook relevant voor een beeld van de veel voorkomende ziektes in Arnakot.

Koorts

Anamnese: duur van de koorts, verandering in eetlust, wisselingen van temperatuur, ontlasting en evt. pijn bij het plassen.

Tests: temperatuur, respiratie, bloeddruk en hartslag

Patiëntengroep: vooral kleine kinderen, 20-jarigen en ouderen. Het valt op dat er meer patienten zijn uit lagere kasten, wellicht door slechtere hygiëne.

Oorzaken en behandeling: Volgens de verpleegkundigen is dit de meest voorkomende klacht op de post. Een veelvoorkomende oorzaak is typhoid. Bijkomende symptomen zijn hoofdpijn, diarree, braken en algehele lichaamsspijn. Typhoid komt voor bij met name vrouwen tussen 20-50 jaar in het moessonseizoen, vooral uit wards 4+5. In erge gevallen worden patiënten doorgestuurd naar Burtibang. Andere oorzaken van koorts zijn vaak moeilijk te achter halen. In deze gevallen wordt vaak behandeld met een paracetamol in combinatie met antibiotica (amoxicilline of ciprofloxacine). Als na 2-3 dagen geen verbetering te bemerken is wordt de patiënt doorgestuurd naar Burtibang.

Hoest

Anamnese: bijkomende symptomen (zoals nachtzweeten, koorts), droog of productieve hoest, ophoesten van bloed (hemoptoe), benauwdheid, uitlokkende situaties zoals eten, drinken of slaap.

Tests: er is een gratis sputumtest, er wordt geausculteerd met de stethoscoop en er kan bij verdenking een tuberculose-test worden gedaan. Het sputum wordt afgenomen in Devisthan en getest in het lab van de PHC in Burtibang.

Patiëntengroep: een patiëntengroep die opviel was vrouwen van 50+. Dit kan te maken hebben met het koken op open vuur volgens de zuster. Vooral tijdens de winter komen deze vrouwen bij de post.

Oorzaken en behandeling: tuberculose komt veel voor in Nepal en er wordt in de health post daarom vaak op getest. Bij een positieve uitslag wordt dit behandeld met een combinatietherapie van alleen rifampicine en isoniazide gedurende de eerste 2 maanden gevolgd door 4 maanden toevoeging van ethambutol en pyrazinamide. Bij een negatieve test zijn mogelijke andere oorzaken allergie, longontsteking, bronchitis en dergelijke. In dit geval krijgen patienten weer antibiotica of salbutamol voorgeschreven, en bij geen verbetering worden ze doorgestuurd naar Burtibang.

De post geeft ook educatie over tuberculose. Zo is het belangrijk om vooral in de thuissituatie erg op te passen (denk aan niet samen eten) om verspreiding te voorkomen.

Diarree

Anamnese: hoe vaak, hoe veel, bloed bij ontlasting, pijn, consistentie

Tests: hydratatie test van de huid, fontaneltest bij baby's.

Patiëntengroep: vooral kinderen, soms volwassenen of ouderen. Voornamelijk vrouwen (dit heeft wellicht ermee te maken dat mannen vaak buiten het dorp zijn om te werken). Het komt meer voor in moessonseizoen omdat het water dan veel minder schoon is.

Oorzaken en behandeling: typhoid, dysenterie en infecties zijn veelvoorkomend. Het zal veel te maken hebben met hygiëneregels als handen wassen, toilet, het niet koken van water, groenten uit de tuin en een algemeen tekort aan sanitatie. Preventie is mogelijk, maar raad wordt vaak niet opgevolgd. De healthpost is van plan trainingen te gaan geven in afgelegen gebieden, aldus de zuster. Behandelingen zijn metronidazol (tegen protozoen als giardiasis), ciprofloxacin (antibiotica), ORS en in erge gevallen een infuus ter rehydratie.

Huidaandoeningen

Anamnese/LO: jeuk, uitslag, rode vlekjes, infectie, vesiculair, elevatie, rode kleur.

Tests: LO volstaat.

Patiëntengroep: vooral kinderen tussen de 10-13 jaar. Soms volwassenen maar niet zo vaak.

Oorzaken en behandeling: Slechte hygiëne speelt ook hier een grote rol. Andere oorzaken zijn allergie, reactie op cosmetische producten, insectenbeten, schimmelinfecties, ringworm en onrein water. Soms kan er een ontsteking van de huid ontstaan. Bij allergie wordt een Zinc-Calamine lotion (zinkzalf) gegeven. Andere zalfjes die de zuster liet zien zijn benzinehexachlorine en chloorthermainemalate. Deze middelen worden niet gebruikt in Nederland en zijn bij ons niet bekend.

Hoge bloeddruk

Anamnese: hoofdpijn, duizeligheid, zwakte, blurred vision (voor Westerse begrippen zijn dit allen symptomen die alleen bij extreem hoge bloeddrukken voorkomen).

Tests: het regelmatig meten van de bloeddruk. Veel mensen komen om de 1/2/3 weken voor controle (wanneer het uitkomt).

Patiëntengroep: vooral oudere (35+) mannen die bekend zijn veel alcohol e nuttigen.

Oorzaken en behandeling: veel zout, alcohol, weinig beweging, stress. Volgens de verpleegkundigen zou pittig eten en het veel lopen in de hete zon hier ook aan bijdragen. Dit zijn echter geen gebruikelijke oorzaken van een hoge bloeddruk (hoewel de hete zon evt. wel kan bijdragen aan symptomen als hoofdpijn). Behandeling van hoge bloeddruk met furosemide. Andere bloeddrukverlagende middelen zoals betablokkers zijn niet op de healthpost aanwezig.

Bijlage III

HULPZOEKEND GEDRAG SPEL

Bij het spelen van het hulpzoekend gedrag spel kregen de deelnemers los van elkaar veertig kaartjes met lokale problemen en ziektes die wij aan de hand van informele gesprekken, interviews en participerende observatie in de Devasthan *Health post* hebben samengesteld. Op deze kaartjes stonden deze ziektes in het Engels en het Nepalees (vertaald door Deepa, eveneens de speluitleg heeft zij voor ons in het Nepalees vertaald zodat we deze aan de deelnemers konden laten lezen). Vervolgens moesten zij deze kaartjes met problemen en ziektes bij een rij van hulpverleners leggen waar zij met dat kaartje naar toe zouden gaan. Deze rij met hulpverleners hebben wij samengesteld uit alle meest voorkomende medische hulpopties voor de bewoners van Arnakot. Deze hebben wij gecategoriseerd op basis van modern, traditioneel en overig.

Informanten lijst van het Hulpzoekend Gedrag Spel:

Naam	Leeftijd	Educatie
Nurmaya Pun	50	no education
Inra	22	10th class
Beg	37	12th government teacher
Till Behadur Kunwar	75	no education
Tanko	24	12th student teacher
Resham	20	12th student teacher
Soba	14	6th-
Bulkumarie	53	no education
Bharat	25	12th government teacher
Bhulmaya	27	12th
Deepa	28	11th
Ram/Sob/Bidur/Goga	30/40/16/50	no education

Illnesses	Nurmaya Pun	Inra
Alcohol problem	Don't know	Midwife
Allergy / Skin disease	Dhjam	Devistan healthpost
Baby born time	Burtibang	Midwife
Baby crying	Jhakri	Family
Baby diarrhoea	Dhjam	Devistan healthpost
Baby vomiting	Dhjam	Midwife
Bad dreams	Don't know	Jhakri
Bad Eyes	Other	Family
Being mad / Crazy	Dhjam	Palpa
Bohoed Pret Masan	Jhakri	Jhakri
Boksi	Jhakri	Jhakri
Broken bone	Palpa	Pokhara
Buffalo sick	Jhakri	Jhakri
Cancer	Palpa	Pokhara
Cold	Dhjam	Family
Coughing	Dhjam	Natural medicine
Cuts	Dhjam	Midwife
Diarrhoea	Dhjam	Djham
Difficult life decisions	Family	Family
Epilepsy	Burtibang	Burtibang
Fainting	Jhakri	Don't know
Feeling down / Depressed	Jhakri	Jhakri
Fever	Dhjam	Djham
Fighting	Other	Djham
Gano	Dhjam	Natural medicine
Hallucinations	Don't know	Don't know
Headache	Medicine library	Djham
Insomnia	Palpa	Pokhara
Kidney stones	Palpa	Pokhara
Long problem	Dhjam	Nurses in Arnakot
Mental confusion	Jhakri	Palpa
Mosquito bites	Burtibang	Midwife
Sadness	Jhakri	Family
Sata Djikni	Jhakri	Jhakri
Sexual diseases	Burtibang	Devistan healthpost
Stomach pain	Medicine library	Djham
Suddelny scared	Jhakri	Jhakri
Suddenly pain	Dhjam	Djham
Suddenly vomiting	Dhjam	Midwife
Suicide	Burtibang	Don't know
Tooth pain	Burtibang	Natural medicine
Typhus	Burtibang	Midwife
Vomiting	Medicine library	Nurses in Arnakot
Worms	Midwife	Djham

Categories

Overig	Don't know, other, combination, family
Modern healthcare	Dhjam, midwife, medicine library school, nurses Arnakot, Kathmandu, Palpa, Pokhara, Devisthan, Burtibang
Traditional healthcare	Jhakri, natural medicine, religious healer

Illnesses	Till Behadur Kunwar	Beg
Alcohol problem	Don't know	Natural Medicine
Allergy / Skin disease	Nurses in Arnakot	Natural Medicine
Baby born time	Burtibang	Midwife
Baby crying	Palpa	Jhakri
Baby diarrhoea	Burtibang	Dhjam
Baby vomiting	Burtibang	Jhakri
Bad dreams	Jhakri	Jhakri
Bad Eyes	Don't know	Jhakri
Being mad / Crazy	Palpa	Jhakri
Bohooed Pret Masan	Religious healer	Jhakri
Boksi	Jhakri	Jhakri
Broken bone	Burtibang	Palpa
Buffalo sick	Jhakri	Natural Medicine
Cancer	Pokhara	Other
Cold	Palpa	Dhjam
Coughing	Nurses in Arnakot	Dhjam
Cuts	Devistan	Dhjam
Diarrhoea	Burtibang	Dhjam
Difficult life decisions	family	Family
Epilepsy	Pokhara	Palpa
Fainting	Pokhara	Jhakri
Feeling down / Depressed	Religious healer	Other
Fever	Medicine library	Dhjam
Fighting	family	Family
Gano	family	Jhakri
Hallucinations	Medicine library	Religious healer
Headache	Pokhara	Dhjam
Insomnia	Burtibang	Jhakri
Kidney stones	Palpa	Palpa
Long problem	Burtibang	Dhjam
Mental confusion	Religious healer	Family
Mosquito bites	Don't know	Devistan
Sadness	family	Natural Medicine
Sata Djikni	Jhakri	Jhakri
Sexual diseases	Don't know	Palpa
Stomach pain	Pokhara	Jhakri
Suddelny scared	Jhakri	Jhakri
Suddenly pain	Pokhara	Jhakri
Suddenly vomiting	Palpa	Jhakri
Suicide	family	Don't know
Tooth pain	Burtibang	Dhjam
Typhus	Nurses in Arnakot	Dhjam
Vomiting	Burtibang	Jhakri
Worms	Burtibang	Dhjam

Categories

Overig	Don't know, other, combination, family
Modern healthcare	Dhjam, midwife, medicine library school, nurses Arnakot, Kathmandu, Palpa, Pokhara, Devisthan, Burtibang
Traditional healthcare	Jhakri, natural medicine, religious healer

Illnesses	Tanko	Resham
Alcohol problem	Pokhara	Burtibang
Allergy / Skin disease	Burtibang	Burtibang
Baby born time	midwife	Midwife
Baby crying	midwife	Devistan Health Post
Baby diarrhoea	Medicine library	Burtibang
Baby vomiting	Devistan healthpost	Burtibang
Bad dreams	Palpa	Family
Bad Eyes	Jhakri	Combination
Being mad / Crazy	Palpa	Palpa
Bohooed Pret Masan	Jhakri	Don't know
Boksi	Jhakri	Don't know
Broken bone	Palpa	Burtibang
Buffalo sick	Natural medicine	Other ****
Cancer	Pokhara	Kathmandu
Cold	family	Other *
Coughing	Natural medicine	Burtibang
Cuts	Medicine library	Medicine School Library
Diarrhoea	Medicine library	Burtibang
Difficult life decisions	family	Other **
Epilepsy	Palpa	Combination
Fainting	Jhakri	Dhjam
Feeling down / Depressed	Pokhara	Palpa
Fever	Pokhara	Burtibang
Fighting	Religious healer	Other ***
Gano	Jhakri	Don't know
Hallucinations	Pokhara	Other **
Headache	Djham	Medicine School Library
Insomnia	Pokhara	Burtibang
Kidney stones	-	Burtibang
Long problem	Jhakri	Don't know
Mental confusion	Palpa	Other **
Mosquito bites	Burtibang	Burtibang
Sadness	family	Family
Sata Djikni	Jhakri	Don't know
Sexual diseases	Palpa	Don't know
Stomach pain	Medicine library	Dhjam
Suddelny scared	Jhakri	Other **
Suddenly pain	Jhakri	Other **
Suddenly vomiting	Burtibang	Dhjam
Suicide	Don't know	Palpa
Tooth pain	Burtibang	Burtibang
Typhus	Burtibang	Burtibang
Vomiting	midwife	Burtibang
Worms	Devistan healthpost	Medicine School Library

* household medicine like hot water

** advice in radio

*** police

**** veteran (dieren dokter)

Illnesses	Soba	Amaa / Bulkumarie
Alcohol problem	Family	Dhjam
Allergy / Skin disease	Devistan Health Post	Nurse in Arnakot
Baby born time	Midwife	Midwife
Baby crying	Midwife	Nurse in Arnakot
Baby diarrhoea	Midwife	Midwife
Baby vomiting	Midwife	Burtibang
Bad dreams	Don't know	Don't know
Bad Eyes	Don't know	Jhakri
Being mad / Crazy	Don't know	Jhakri
Bohoed Pret Masan	Jhakri	Jhakri
Boksi	Jhakri	Jhakri
Broken bone	Kathmandu	Palpa
Buffalo sick	Burtibang	Burtibang
Cancer	Kathmandu	Pokhara
Cold	Medicine School Library	Natural Medicine
Coughing	Midwife	Family
Cuts	Devistan Health Post	Natural Medicine
Diarrhoea	Midwife	Midwife
Difficult life decisions	Family	Dhjam
Epilepsy	Kathmandu	Kathmandu
Fainting	Don't know	Palpa
Feeling down / Depressed	Don't know	Pokhara
Fever	Midwife	Midwife
Fighting	Dhjam	Dhjam
Gano	Burtibang	Family
Hallucinations	Dhjam	Jhakri
Headache	Midwife	Midwife
Insomnia	Kathmandu	Pokhara
Kidney stones	Kathmandu	Pokhara
Long problem	Burtibang	Family
Mental confusion	Kathmandu	Combination
Mosquito bites	Burtibang	Devistan Healthpost
Sadness	Family	Family
Sata Djikni	Jhakri	Jhakri
Sexual diseases	Don't know	Burtibang
Stomach pain	Burtibang	Nurse in Arnakot
Suddelny scared	Jhakri	Jhakri
Suddenly pain	Devistan Health Post	Natural Medicine
Suddenly vomiting	Burtibang	Family
Suicide	Don't know	Combination
Tooth pain	Burtibang	Nurse in Arnakot
Typhus	Burtibang	Burtibang
Vomiting	Devistan Health Post	Midwife
Worms	Devistan Health Post	Nurse in Arnakot

Categories

Overig	Don't know, other, combination, family
Modern healthcare	Dhjam, midwife, medicine library school, nurses Arnakot, Kathmandu, Palpa, Pokhara, Devisthan, Burtibang
Traditional healthcare	Jhakri, natural medicine, religious healer

Illnesses	Bharat	Bulmaya
Alcohol problem	Family	Don't know
Allergy / Skin disease	Burtibang	Devistan Health Post
Baby born time	Midwife	Midwife
Baby crying	Family / Dhjam	Other
Baby diarrhoea	Burtibang	Burtibang
Baby vomiting	Famliy	Devistan Health Post
Bad dreams	Other	Don't know
Bad Eyes	Don't know	Don't know
Being mad / Crazy	Palpa	Pokhara / Palpa
Bohooed Pret Masan	Don't know	Jhakri
Boksi	Don't know	Jhakri
Broken bone	Burtibang	Pokhara / Palpa
Buffalo sick	Other	Jhakri
Cancer	Palpa	Pokhara / Palpa
Cold	Natural Medicine	Burtibang
Coughing	Burtibang	Burtibang
Cuts	Other	Burtibang
Diarrhoea	Other	Burtibang
Difficult life decisions	Family	Don't know
Epilepsy	Kathmandu	Don't know
Fainting	Burtibang	Don't know
Feeling down / Depressed	Family	Don't know
Fever	Burtibang	Burtibang
Fighting	Family	Don't know
Gano	Natural Medicine	Jhakri
Hallucinations	Don't know	Don't know
Headache	Other	Burtibang
Insomnia	Burtibang	Pokhara / Palpa
Kidney stones	Pokhara	Pokhara / Palpa
Long problem	Burtibang	Pokhara / Palpa
Mental confusion	Family	Don't know
Mosquito bites	Burtibang	Don't know
Sadness	Family	Don't know
Sata Djikni	Don't know	Jhakri
Sexual diseases	Burtibang	Natural Medicine
Stomach pain	Burtibang	Midwife
Suddelny scared	Don't know	Jhakri
Suddenly pain	Burtibang	Burtibang
Suddenly vomiting	Combination	Devistan Health Post
Suicide	Family	Don't know
Tooth pain	Combination	Burtibang
Typhus	Burtibang	Devistan Health Post
Vomiting	Burtibang	Burtibang
Worms	Burtibang	Devistan Health Post

Categories

Overig	Don't know, other, combination, family
Modern healthcare	Dhjam, midwife, medicine library school, nurses Arnakot, Kathmandu, Palpa, Pokhara, Devisthan, Burtibang
Traditional healthcare	Jhakri, natural medicine, religious healer

Illnesses	Deepa	Ram, Sop, Bidur, Goga
Alcohol problem	Burtibang	Burtibang
Allergy / Skin disease	Burtibang	Burtibang
Baby born time	Midwife	Midwife
Baby crying	Family	Nurses in Arnakot
Baby diarrhoea	Midwife	Midwife
Baby vomiting	Burtibang	Burtibang
Bad dreams	Jhakri	Jhakri
Bad Eyes	Jhakri	Dhjam
Being mad / Crazy	Pokhara	Jhakri
Bohoed Pret Masan	Pokhara	Jhakri
Boksi	Jhakri	Jhakri
Broken bone	Jhakri	Burtibang
Buffalo sick	Palpa	Burtibang
Cancer	Burtibang	Pokhara
Cold	Pokhara	Family
Coughing	Natural Medicine	Devistan Health Post
Cuts	Burtibang	Burtibang
Diarrhoea	Burtibang	Devistan Health Post
Difficult life decisions	Midwife	Dhjam
Epilepsy	Family	Burtibang
Fainting	Pokhara	Burtibang
Feeling down / Depressed	Pokhara	Jhakri
Fever	Palpa	Midwife
Fighting	Midwife	Dhjam
Gano	Dhjam	Jhakri
Hallucinations	Devistan Health Post	Jhakri
Headache	Jhakri	Devistan Health Post
Insomnia	Nurses in Arnakot	Burtibang
Kidney stones	Palpa	Burtibang
Long problem	Burtibang	Devistan Health Post
Mental confusion	Dhjam	Jhakri
Mosquito bites	Burtibang	Burtibang
Sadness	Combination	Kathmandu
Sata Djikni	Jhakri	Jhakri
Sexual diseases	Burtibang	Kathmandu
Stomach pain	Burtibang	Midwife
Suddelny scared	Jhakri	Jhakri
Suddenly pain	Midwife	Jhakri
Suddenly vomiting	Devistan Health Post	Jhakri
Suicide	Family	Family
Tooth pain	Burtibang	Burtibang
Typhus	Burtibang	Burtibang
Vomiting	Natural Medicine	Jhakri
Worms	Devistan Health Post	Devistan Health Post

Categories

Overig	Don't know, other, combination, family
Modern healthcare	Dhjam, midwife, medicine library school, nurses Arnakot, Kathmandu, Palpa, Pokhara, Devisthan, Burtibang
Traditional healthcare	Jhakri, natural medicine, religious healer

Bijlage IV

SUMMARY

Where do you go for help if you are living in an isolated mountain area in Nepal? In this research we have looked at the impact of development on the health seeking behaviour of the villagers of Arnakot in the perspective of globalisation. Arnakot is a remote mountain village, situated on a height of 2300 meters in the mid-west of Nepal. Because of geographical isolation, communities living in these kinds of places often have to rely on themselves and thereby create their own social structures, rules and medical systems (Foster & Anderson 1978). For a long time this system in Arnakot contained the traditional medical system, known as the traditional healers: the jhakri's. Traditional medical systems are, according to Janzen (1978), based on non-rational and magical elements while modern biomedical systems are founded on biology and science. Due to globalization and development, modern biomedical systems have spread around the whole world and therefore have also reached the people of Arnakot. Within this thesis we have examined the influence of this development by looking at the health seeking behaviour of the people of Arnakot. Within this thesis, we have contributed to the existing literature on help-seeking behaviour in remote areas, as well contribute on a social scale by writing a recommendation to the Maya Foundation,¹³⁸ to recommend a solution to the social problem of the community of Arnakot, as there is no adequate modern biomedical healthcare available in their village.

Globalisation has influenced the health seeking behaviour of the villagers of Arnakot in multiple ways. In the first place, because of the presence of modern biomedical healthcare, the medical system of Arnakot has changed for a single system; the traditional medical system to a system of medical pluralism; which consist of both traditional and modern biomedical healthcare. Therefore villagers now have to choose between either going to a jhakri or doctor, or combine the two different medical systems. As van Putten (2014) stresses in her thesis, medical pluralism moreover appears to be a solution in accessing healthcare for people living in poverty, when in the absence of good accessible, available or satisfying healthcare, people approach and combine different healthcare traditions with each other. In Arnakot there is a very limited amount of biomedical healthcare available; besides traditional healthcare there is a educated pharmacist but he isn't at work in this profession, the village mid-wife and a small collection of medicines are kept in a closet in the school library. This means that for modern biomedical healthcare they have to travel to either Burtibang – a three hour walk or one hour by jeep – from there they can take busses to bigger city's like Pokhara, Palpa or Kathmandu which all take over eight hours, or Devisthan, also a three hour walk. Although

¹³⁸ The Maya Foundation is a Dutch development NGO (non governmental organisation) that since 2010 has been active in Nepal to help with development projects that have to do with either education or healthcare. We have done our research in the name of the Maya Foundation, because they wanted to know about the exciting traditional health care systems, before they would consider building a health post or something similar to help the people of Arnakot.

the new motor-road build two years ago has made travelling to Burtibang easier, it's still a far way to go.

The motor-road is one of the examples of development and globalization in Arnakot. Globalization is a process that describes the *interconnectedness* between countries, economies, communities and individuals, as time and space play an increasingly smaller role whereas people, goods and ideas move around the world faster and easier as ever (Eriksen 2007; Appadurai 1996). For the villagers of Arnakot this means, among other things, that becoming a part of the transnational community has become increasingly easier (Pigg 1996). In the last couple years, the villagers themselves as well as international development organizations have contributed to improve Arnakot. Because of the development in education – by increasing the number of classrooms, training for teachers and school material – the education level of the children has grown. In addition, with the introduction of the telephone, radio, and building of the motor-road and for some people even Internet on their phones, the access to information and to be in contact with the outside world has become increasingly easier and faster. Through different means as the radio, at school and also through the government information stresses that in times of illness it is best to visit a doctor instead of a jhakri.

All these developments have contributed to a change in the ideas about modernity within the community. In line with what Pigg (1996) concluded we found that this has a direct influence the extent in which people believe in the traditional jhakri tradition. Which means that nowadays not all villagers, and mostly higher-educated people, no longer unconditionally believe in the traditional jhakri tradition and are finding themselves in a friction between being modern or traditional and on the other hand finding healthcare. Pigg (1996) describes this friction as a quest of each resident to become a "*modern believer*". To become a *modern believer* according to Pigg (1996) you have a choice between either no longer believe in jhakri's yourself and feel connected with the modern community but at the same time recognize that you are living in a community where the jhakri tradition is important, or believe in jhakri's and accept that a modern outsider will judge you for this. Because of globalisation modern healthcare and traditional healthcare have come together for the inhabitants of Arnakot, which has constructed a grey area wherein villagers have to decide for themselves where to believe in.

In the literature written about health seeking behaviour in remote places, Kleinmann (1978) emphasizes that medical systems are socio-cultural systems that are reflected in the choices that people make in their search for a suitable healthcare provider, that are a result of a number of contextual variables such as access to resources, the national healthcare policy's, personal circumstances, (health) beliefs and perceptions, socio-cultural practices and preferences, but also by the influence of the opinions regarding these different healthcare traditions. In this research we have found a number of contextual variables that together constitute the health seeking behaviour of the villagers of Arnakot. We used the most used tool within the social science to analyse help seeking behaviour; the *pathway model* and the *determents model*, to analyse the data that we conducted during ten weeks of

anthropological fieldwork. By using the *pathway model* we constructed five general steps that people take in their search for healthcare: first the patient goes to family for help and advice. Then, if the problem is not resolved, the patient goes to a jhakri for a consultation. If the patient does not improve even after the consultation with the jhakri, the patient goes to a doctor in either Burtibang or Devasthan. When they cannot help the patient here, the patient goes to a hospital in Pokhara, Palpa or Kathmandu. If all this does not help the patient he returns to a jhakri. This model does not pay attention to why people make those choices, therefore we used the *determents model* which led to six different determent-variables that influence the decision making process. These are: geographic isolation, money, education, the difference between being either conservative or non-conservative, inexplicable events and most importantly the changed perceptions on diseases and health. Because of globalisation and development the average education level in Arnakot has increased and this led to a changing perception on causation of illnesses in a way that people more often ascribe causation of sickness to biological causes, and therefore choose for a doctor instead of a jhakri. Depending on their perception which causation led to their sickness - biological or 'supernatural' - they make their choice between modern- and traditional healthcare.

According to our findings there is a fundamental difference between the role of the doctor and the jhakri within the current medical pluralism system. Doctors are required for medical assistance whereas jhakri's are needed because of their cultural meaning and access to the 'supernatural'. Because some diseases are attributed to have 'supernatural' causes this gives the inhabitants of Arnakot meaning and an explanation to the fact why a person is sick and can also cure jhakri's these diseases or prevent someone gets sick. This supports the findings of Gesler (1984) and Subedi (1989) who argue that modern healthcare only cures disease, whereas traditional healthcare also provides meaning and a cultural interpretation of an illness. This is one of the reasons why many villagers in Arnakot use both the doctor and the jhakri simultaneously; together they provide the path to complete healing.