

Folklig medicin i ett utvecklingsland

Frants Staugård

Denna artikel utgör en kort sammanfattning av en studie av den folkliga medicinen i ett glesbygdsområde i Botswana. Studien innehåller en beskrivning av Botswanas nutida enligt västerländsk modell uppbyggda hälso- och sjukvårdssystem och dess historia jämte en beskrivning av sjukvårdskonsumtionspanoramat i ett glesbygdsområde i Botswana.

Vidare beskrivs fenomenet "traditionell medicin" ur socialantropologiskt perspektiv i Botswana, jämte de olika typer av botare, som har identifierats genom denna studie.

Huvuddelen av studien utgörs av en frågeformulärsundersökning, syftande till dels att identifiera och intervjua samtliga botare i det undersökta området, dels att detaljerat belysa konsumtionen av de olika typerna av sjuk- och hälsovård i ett urval av befolkningen jämte den socioekonomiska bakgrunden för val av terapialternativ vid olika typer av sjukdom (symtom).

Studien avslutas med en diskussion av det potentiella värdet av ett samarbete mellan folkmedicinen i ett typiskt utvecklingsland i tredje världen och ett program för utformningen av ett sådant samarbete skisseras.

Frants Staugård är Senior Medical Officer vid Epidemiology Unit, Ministry of Health i Gaborone, Botswana.

En studie över konsumtionen av skolmedicin och folkmedicin i ett glesbygdsområde i Botswana

Den moderna medicinen, "skolmedicinen" – utvecklad successivt genom århundraden på basis av den hippokratiska Kos-skolan – har endast under den allra senaste tiden börjat intressera sig för den

folkliga medicinen, som i alla kulturer har existerat som ett självständigt hälsovårdssystem bredvid det officiella och etablerade systemet men med en historia kanske så gammal som människan själv. Givetvis finns det idémässigt många berörningspunkter mellan de två medicinska "skolorna" och det har sagts att den folkliga medicinen i mycket har använt sig av "skolmedicinens avlagda kläder", vilket kan innebära en del av förklaringen till att representanter för den rationalistiskt-analytiskt orienterade medicinen generellt har haft en benägenhet att förkasta den folkliga medicinens idéer och filosofiska grundlag.

Det finns många andra orsaker till den generellt skeptiska attityden gentemot folkmedicinen, som även i vår tid ofta utvisas av representanter för skolmedicinen. Emellertid finns det vissa tecken på att denna skeptiska attityd långsamt håller på att förändras i vissa sk tekniskt utvecklade länder och att attityden bland politiker och representanter för det officiella hälso- och sjukvårdssystemet i många sk utvecklingsländer under de allra senaste åren har ändrats från neutral skepsis till öppet och positivt intresse för att utveckla ett samarbete är uppenbart. Denna ändrade attityd kan delvis ses som ett uttryck för en ren pragmatism: det har blivit uppenbart för Världshälsoorganisationen och utvecklingsländernas hälsovårdsministerier att ett sjukvårdssystem uppbyggt enligt västerländsk, övervägande kurativt inriktad, modell dels utgör en snabbt växande och mycket tung börda för de fattiga ländernas utvecklade ekonomi, dels tycks ha mycket liten positiv effekt på flertalet av de sjukdomar som hotar befolkningens hälsa i tredje världen. Man har börjat förstå att det måste till helt nya initiativ och prioriteringar inom området sjuk- och hälsovårdsplanering i de fattiga länderna om man med någon realistisk

chans skall kunna arbeta vidare mot det ambitiösa mål som har formulerats av WHO: att säkra ett gott hälsotillstånd för alla medlemmar av världsbefolkningen innan år 2000! Man har frågat sig i tredje världens länder om den folkliga medicinens talrika företrädare skulle kunna medverka till att närma sig detta till synes helt orealistiska mål om ett acceptabelt hälsotillstånd för även de mest underprivilegierade medlemmarna av befolkningen i de fattiga länderna och om värdefulla kunskaper och erfarenheter om vård och bot skulle kunna vinnas av det officiella hälsovårdssystemet genom ett nära samarbete med botarna.

Man har frågat sig om det inom den folkliga medicinen har framodlats sådana kunskaper om den botande effekten av vissa örter och enkla kurer som skulle kunna spara utvecklingsländerna en del av den ständigt ökande bördan för en svag ekonomi som utgörs av importen av den multinationella läkemedelsindustrins syntetiska farmaka. Och framför allt har man frågat sig om gruppen av terapeuter skulle kunna medverka till att genomföra det program för utveckling av primärhälsovården och den förebyggande hälsovården på landsbygden i utvecklingsländerna, som enligt vad vi nu kan anta skulle kunna få betydligt större positiv inverkan på hälsotillståndet i

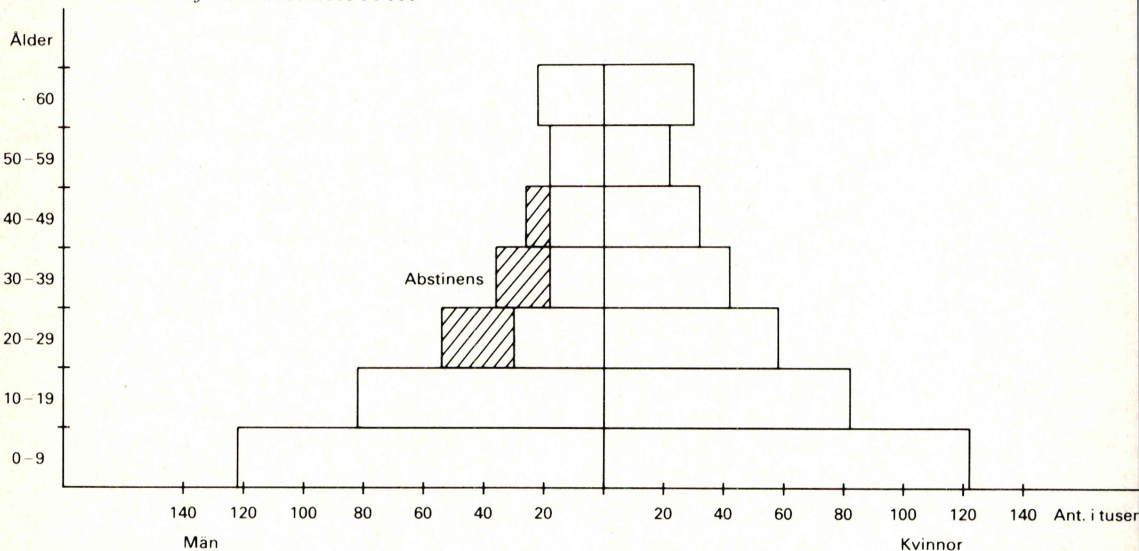
befolkningen än den tekniskt högt kvalificerade, institutionaliserade och kurativt dominerade sjukvården i storstäderna, som hittills har byggts upp enligt västerländsk modell i flertalet av utvecklingsländerna.

För att försöka att besvara några av dessa frågor och ta fram ett faktaunderlag för utformningen av en detaljerad samlarbetsplan mellan den vetenskapliga och den traditionella – eller folkliga – medicinen har en studie över konsumtionen av vetenskaplig och folklig sjukvård, samt den senares specifika natur och socioekonomiska bakgrund, genomförts i ett glesbygdsområde i Botswana.

Botswanas geografi, befolkning och hälsovårdssystem

Republiken Botswana med en yta på 579 000 km² är belägen mitt på den sydafrikanska högplatån på en genomsnittshöjd av 1 000 m över havet och upptas till större delen av den ofructbara Kalahariöknen. Klimatet är övervägande subtropiskt och mycket torrt med en genomsnittsnederbörd av 450 mm regn i de nordöstra delarna av landet och över 90 % av nederbördsmängden begränsad till sommarmånaderna november till april. Genomsnittsmaximum- och -minimum-temperaturerna varierar mellan +5°

Figure The de jure population in Botswana 1977. (5) Total population 743 000 (Males 360 000, Females 383 000) Estimated number of male absentees 50 000



Utvecklingen av hälsovårdssystemet i Botswana har under senare år gått mycket snabbt

och 38° och landet är mycket glest befolkat med en total de facto folkmängd på ca 690 000 (1977) och en de jure folkmängd på ca 740 000 (figur 1) beroende på att någorlunda konstant ca 50 000 manliga arbetare befinner sig i de sydafrikanska gruvorna. Endast ca 5% av landytan är odlad och den ringa nederbördsmängden är den begränsande faktorn för utvidgning av odlingsbara områden.

Under de senaste åren har brytning av mineraler (diamanter, nickel, koppar och kol) haft ökande betydelse för landets BNP och Botswana har klättrat några steg uppåt på listan över världens fattigaste länder. I mycket ringa omfattning har dock detta haft betydelse för det stora flertalet av befolkningen i glesbygdsområdena. Denna tillhör huvudsakligen Tswana-kulturen som återigen utgör en del av folkgruppen Sotho. Tswana-folket består av ca 50 olika stammar och förutom dessa bebos Botswana av ett flertal andra etniska grupper såsom Herero, Kalanga och Basarwa (bushmän).

Barnadödligheten (0–2 år) var 1971 126 promille och förväntad medellivslängd vid födelsen för män 53 och för kvinnor 59 år. (1) Karaktäristiskt för Botswana är kvinnoöverskottet (kvot 84 män per 100 kvinnor), förklarligt övervägande till följd av det någorlunda konstanta antalet unga manliga arbetare på kontraktsarbeten i Sydafrika.

Trots under de senaste åren snabbt ökande BNP per capita befinner sig fortfarande ca 45% av hushållen i glesbygdsområdena på en inkomstnivå väl under existensminimum. (2, 3)

Prevalensen av proteinkaloribrist på barnavårdsklinikerna i Botswana var 1979 ca 30% med en variationsbredd på mellan 20 och 55% i det undersökta området.(4)

Utvecklingen av hälsovårdssystemet i Botswana har under senare år gått mycket snabbt, övervägande till följd av tekniskt och personellt bistånd utifrån (huvudsakligen från Norge). 1966 (då Botswana vann oavhängighet från sin tidigare status som protektoratet British Bechuanaland) fanns det 15

läkare och sammanlagt 1 197 sjukhussängar i Botswana, koncentrerade till några få större samhällen. Med hjälp av en målinriktad politik syftande till utbyggnad av framför allt primärhälsovården på landsbygden har Botswana lyckats skapa ett hälsovårdssystem som teoretiskt är tillgängligt för majoriteten av befolkningen, även i de mest utpräglade glesbygdsområdena.

Hälsovårdssystemet är uppbyggt med basen i ett nät av Health Posts, bemannade med "barfotaläkare" med övervägande preventiva och pedagogiska uppgifter.

Nästa steg i systemet är klinikerna som – oftast med tillgång till ett mindre antal vårdplatser för inneliggande patienter såväl som förlossningsvårdsfaciliteter – är bemannade med sjuksköterskor och barnmorskor och regelbundet besöks av medlemmar av det regionala Public Health-team i vilket ingår den Regional Medical Officer, som har det överordnade ansvaret för all sjuk- och hälsovård i regionen och företräder Hälsoministeriet i administrativa frågor.

Ett antal sjukhus svarar för den institutionaliserade kurativa vården. De dominerande hälsoproblemen i Botswana skiljer sig inte från flertalet av utvecklingsländerna och påminner om sjukdomspanoramat i Sverige under första hälften av 1800-talet. Framför allt infektionssjukdomarna med tuberkulos, gonorré, syfilis, gastroenteriter och mässling, som huvudsaker till konsumtion av sjukvård dominerar. (5)

Den gemensamma nämnaren för huvuddelen av dessa sjukdomar är givetvis omgivningshygieniska faktorer och socioekonomiska problem i den underprivilegierade delen av Botswanas befolkning.

Material och metoder

Studien över konsumtionen av vetenskaplig och tra-

Den gemensamma nämnaren för huvuddelen av dessa sjukdomar är givetvis omgivningshygieniska faktorer och socioekonomiska problem i den underprivilegierade delen av Botswanas befolkning

ditionell sjukvård och dennes specifika natur genomfördes som en frågeformulärsundersökning i tre utvalda glesbygdsområden inom en hälsoregion i centrala Botswana. De tre valda områdena representerar var sin typ av Tswana-samhällen i fråga om avstånd till hälsovårdsfaciliteter, kommunikationer och infrastruktur i övrigt. Frågeformulärsundersökningen delades i tre avsnitt: en pilotundersökning övervägande med syfte att utvälja och träna lämpliga Batswana-intervjuare och att skaffa underlag för utformning av de definitiva frågeformulären. Ett andra avsnitt i syfte att identifiera och intervjua samtliga traditionella medicinmän (botare) i det undersökta området och ett tredje avsnitt, syftande till att detaljerat belysa konsumtionen av de olika typerna av sjuk- och hälsovård i ett urval av befolkningen. 100 pilotintervjuer genomfördes i slumpvist valda delar av befolkningen i det undersökta området. Resultaten bearbetades och diskuterades med Batswana-intervjuarna.

De metodologiska problemen vid slumpmässigt urval, bortfallsanalys och intervjuer av en övervägande analfabetisk befolkningsgrupp under medverkan av tolk och utvärderingen av specifika sjukdomsuppfattningar och symtomkomplex jämte "översättningen" av dessa till västerländska begrepp är mycket stora.

En utförlig diskussion av dessa problem redovisas i den till grund för denna artikel liggande monografin (6).

Samtliga i området aktiva traditionella botare (eller medicinmän) identifierades och intervjuades, dels med hjälp av strukturerade frågeformulär omfattande ca 200 frågor, dels i form av kompletterande, löst strukturerade uppföljningsintervjuer.

Undersökningen av konsumtionen av vetenskaplig och traditionell sjukvård och dennes specifika natur jämte eventuellt determinerande faktorer för valet av typ av sjukvård genomfördes i en slumpmässigt urvald grupp på 289 vuxna och 400 barn, representerande samtliga sociala skikt i de tre undersökta glesbygdsområdena, som kulturellt, ekonomiskt och geografiskt kan anses vara representativa för befolkningen utanför tätorterna i Botswana. Den undersökta populationen motsvarade 2,9% av det totala de facto antalet innevånare i området.

.....
På basis av intervjuerna med de traditionella medicinmännen i området kunde fem huvudgrupper bland dessa identifieras

På basis av intervjuerna med de traditionella medicinmännen i området kunde fem huvudgrupper bland dessa identifieras. De sk *troshelbrägdagörarna* eller "profeterna" representerar var för sig en av de 130 sk "Independent Churches" i Botswana, som i samtliga fall är dotterkyrkor till motsvarande rörelse i republiken Sydafrika och huvudsakligen befattar sig med sjukvårdsverksamhet i sin religionsutövning.

Herbalisterna koncentrerar sig på att insamla och sälja rötter och örter för behandling av ett stort antal olika sjukdomar i befolkningen och bedriver en verksamhet som närmast kan jämföras med hälsokostbutikerna i Sverige.

De sk "diviners" är den traditionella medicinens diagnostiker, som med hjälp av sina "heliga ben" diagnostiserar etiologi och patogenes för de sjukdomar som tas under behandling och dessutom genom tolkning av de heliga benens budskap kan avgöra lämplig behandling (oftast i form av örtmediciner) och även avgöra prognosen för sjukdomen. En "diviner" kombinerar oftast sin diagnostiska funktion med en kurativ.

De sk "suckers" är Tswana-medicinens "kirurgiska specialister", som tar emot patienter enligt remiss från herbalisten eller divinern och med hjälp av sina heliga horn utför kirurgiska ingrepp på olika ställen av kroppen, i regel i syfte att avlägsna sådan *sejeso* (orenheter eller gifter) som förmodas vara orsaken till symtomen hos respektive patient.

En speciell typ av traditionell medicinman (eller -kvinna) är den sk *sangoma* som är en mera helig gestalt än övriga medicinmän genom att obligatoriskt vara utvald av *badimo* (förfädernas andar) för sin funktion som botare.

Studien av botarna

Vid undersökningen fann man en kvot botare: innevånare i den undersökta regionen på 1:247 varierande

de från 1:48 i den mest avlägsna byn till 1:344 i den centrala byn. I alla byarna fann man flera botare än professionella, etablerade sjukvårdsarbetare och den största skillnaden fanns i de mest avlägsna byarna där kvoten etablerade sjukvårdsarbetare: innevånare beräknades till 1:2403. Således fann man att botarna var mera talrika och även mera aktiva i de glesbygdsområden där den vetenskapliga sjukvårdsorganisationen (ännu) ej var introducerad eller väl representerad.

Vid undersökningen fann man att botarna i det undersökta området hade en låg formell utbildningsstandard om överhuvudtaget någon utbildning alls. Om kriteriet "oförmågenhet att skriva eget namn" används som synonymt med analfabetism kunde 77% av botarna rubriceras i denna grupp med en variation från 100% analfabetism i den mest avlägsna byn till 68% i den centrala byn. Endast 3% av botarna befanns ha en formell utbildning motsvarande den obligatoriska minimiutbildningen för de personer som accepteras för den lägst kvalificerade av den etablerade sjukvårdens medarbetarkategorier (Family Welfare Educators).

34% av botarna i denna studie identifierades som troshelbrägdagörare medan övriga 66% var "dingaka" som således kan uppdelas i följande undergrupper: herbalister och "diviner-herbalister", 32% i varje grupp, "suckers" 6% och "disangoma" 3% av det totala antalet botare. Några få botare uppträder i mer än en av de nämnda undergrupperna.

Botare i det undersökta området domineras av män som utgör 82% av totalantalet. Ej mindre än 61% tillhörde åldersgrupperna över 51 år och endast 3% av botarna var 35 eller yngre. Detta kan tolkas som ett uttryck för att botaryrket i framtiden möjligen kommer att ha minskande betydelse i Botswana och att nyrekryteringen av elever till yrket som botare är ett allvarligt problem, vilket nämndes av många botare i intervjuerna.

Det synes vara ett allmänt intryck bland medlemmarna av den etablerade medicinska yrkeskåren i Botswana att botarna tillhör de privilegierade samhällsgrupperna och har väsentliga inkomster från verksamheten som botare. I Tswana-byn är ägandet förhållandet till boskap av stor betydelse för be-

.....
Dessa faktorer karaktäriserar således Tswana-folkmedicinen som individorienterad och tidskrävande i kontrast till genomsnittsbetingelserna för patienterna vid den etablerade sjukvårdens kliniker
.....

dömningen av socio-ekonomisk status. 45% av den totala glesbygdsbefolkningen har ingen boskap alls och kan karaktäriseras som underprivilegierade. 47% av botarna i denna undersökning uppgav sig inte äga någon boskap och karaktäriserades därigenom socio-ekonomiskt som flertalet av sina patienter.

Samtliga troshelbrägdagörare som intervjuades tillhörde en av de sk "självständiga kyrkor" i Botswana medan samtliga *dingaka* (med ett undantag) angav sig icke vara medlemmar av någon kyrka, vilket med övervägande sannolikhet kan tolkas som att dessa botare har bevarat trohet till den traditionella Tswana-religion som är monoteistisk. Inga av de *dingaka* som intervjuades i denna studie var ateister. Upplysningarna angående tillhörighet till olika trossamfund understryker botaryrkets andliga (religiösa) karaktär och detta gäller såväl gruppen troshelbrägdagörare som gruppen *dingaka*.

Endast några få botare såg vanligtvis mer än en till fem patienter under en dag och genomsnittskon-sultationen varade ungefär 30–60 minuter i flertalet av de undersökta fallen. Flertalet av patienterna var personligt kända av botaren och kom från den egna byn eller närmast angränsande områden. Dessa faktorer karaktäriserar således Tswana-folkmedicinen som individorienterad och tidskrävande i kontrast till genomsnittsbetingelserna för patienterna vid den etablerade sjukvårdens kliniker. I denna studie uppgavs att inga *dingaka* mottog hela betalningen från sina patienter omedelbart efter behandlingen. 33% av *dingaka* mottog i allmänhet en del av betalningen efter behandlingen och resten endast om patienten botades, medan 67% uppgav att de inte mottog någon betalning överhuvudtaget om patienten ej botades helt från sin sjukdom efter behandlingen.

Samma tendens att bestämma betalningen i rela-

.....
Hela den traditionella medicinens struktur och begreppsvärld är genomsyrad av element som syftar till att förebygga sjukdom och "stärka" individer, familjer och deras egendom så att de står emot alla tänkbara typer av olyckor
.....

tion till behandlingens resultat (och patienternas ekonomiska resurser) fann man bland helbrägdagörarna i kontrast till förhållandena inom den vetenskapliga sjukvårdssektorn, där den (rationella) behandlingen som sådan betingar betalning oavsett dess kurativa effekter. I typiska fall som observerades vid denna studie kunde en botare besöka ett närliggande område först för att ge behandling till sina patienter, sedan – efter några veckor eller månader – en andra gång för att hämta sin betalning från de av hans patienter som hade botats från sin sjukdom.

43% av *dingaka* och 40% av troshelbrägdagörarna uppgav att de utförde olika former av förebyggande hälsovård som tex att skydda hushållen, grödan eller boskapen mot olyckor eller trolldoms-kraft, förebygga sjukdomar hos patienter genom att smörja dem med örtdekokter eller aska, bedja till Gud/Modimo, be för hälsa och välbefinnande, etc.

17% av *dingaka* uppgav att de var aktiva inom andra områden som att spåra tjuvar och andra illasinnade personer. Man fann en tendens bland såväl *dingaka* som bland troshelbrägdagörare mot att koncentrera intresset och ansträngningarna till det traditionella botandets kurativa aspekter, förmodligen under påverkan av den övervägande kurativt inriktade västliga medicin, som nyligen har introducerats i Botswana. Trots detta kvarstår ett klart intryck efter denna studie att hela den traditionella medicinens struktur och begreppsvärld är genomsyrad av element som syftar till att förebygga och "förstärka" individer, familjer och deras egendom mot alla tänkbara typer av olyckor. Således är repertoaren av förebyggande hälsovårdsaktiviteter i traditionell mening mycket omfattande och sträcker sig från de ovannämnda exemplen till anskaffandet av skyddande och befruktande mediciner och utförandet av reningsriter.

Man fann i denna studie att både *dingakan* och troshelbrägdagöraren ofta engagerade sig i att behandla sådana sjukdomar som redan hade underkastats behandling av den etablerade sjukvårdsarbetaren. Huruvida detta kunde förklaras som uttryck för missnöje med den etablerade sjukvårdens funktion, utebliven bot för en viss sjukdom eller helt enkelt som uttryck för önskan om att "helgader" från patientens sida genom att söka såväl traditionell som vetenskaplig behandling mot bakgrund av en kulturellt kluven livssituation framstår inte som helt klart. Attityderna till ett samarbete mellan de traditionella botarna och de vetenskapliga sjukvårdsarbetarna var genomgående mycket positiva bland representanter från den förstnämnda kategorin.

Ca 40% av de intervjuade *dingaka* och 47% av troshelbrägdagörarna ansåg att deras egen botekraft var tillräcklig för att behandla alla typer av sjukdom. Detta självförtroende reflekterar givetvis det faktum att många botare vilar i en extremt förenklad sjukdomsuppfattning. Även om många *dingaka* uppgav sig att ha ärvt sin botekraft från en nära anhörig eller att ha blivit utvald och meddelad botekraften av förfädernas andar för sitt yrke, hade samtliga genomgått någon form av utbildning för deras speciella typ av botarverksamhet. Detta står i kontrast till troshelbrägdagörarna som alltid anser sig vara kallade av Gud för sin botarverksamhet och i de flesta fall uppfattar sig själva som instrument för Guds botarkraft och följdenligt ej för sin egen del behöver någon egentlig utbildning för sin verksamhet.

Studien över sjukvårdskonsumtionen

Denna del av studien baseras på ett urval på 2.9% av de facto befolkningen i tre byar i östra Botswana där den totala befolkningsmängden var 23 708 (de facto) vid mitten av 1979. Urvalet var högst (13.4%) i den minsta och mest avlägsna byn i regionen och lägst (1.4%) i den centrala byn. 289 vuxna och (indirekt genom sina mödrar) 400 barn under 14 års ålder intervjuades. Barn i åldersgrupperna 0–14 utgör 48% av den totala befolkningen i landet och 58% i den undersökta befolkningen. Den formella utbildningen för den undersökta befolkningen be-

dömdes och man fann vid användning av kriteriet "oförmågenhet att skriva eget namn" på analfabetism att 53 % av befolkningen kunde rubriceras i denna kategori medan som tidigare nämnts procent-satsen bland botarna var 77, vilket förklaras av skillnaderna i ålderssammansättningen i den undersökta gruppen av botare och gruppen av sjukvårds-konsumenter. Beträffande religiösa attityder i den undersökta befolkningen befanns att 58 % av denna ej formellt tillhörde någon kyrka vilket på samma sätt som för botarna givetvis inte får tolkas som att denna grupp ej är religiös utan snarare som uttryck för engagemang i den traditionella Tswana-kulturen och -religionen. Bland de som uppfattade sig själv som kristna tillhörde 34 % "vita" kyrkor medan 66 % tillhörde en av de talrika "afrikanska" eller oavhängiga kyrkorna. Man fann inga medlemmar av någon icke-kristen religion och inga ateister i studien. Vid kartläggningen av ett antal socio-ekonomiska karaktäristika från den undersökta befolk-ningsgruppen fann man att 58 % av gruppen inte hade någon boskap jämfört med glesbygdsbefolk-ningen i landet som helhet där 45 % är boskapslösa. (7) Några frågor antogs kunna ge en tämligen god karaktäristik av glesbygdsbefolkningens aktuella socio-ekonomiska status och utsikterna för den när-maste framtiden.

Således upplyste 97 % av den intervjuade befolk-ningsgruppen att man inte hade plöjt egen mark förra året (hela området var utsatt för torka). 65 % av de intervjuade kvinnorna upplyste att ingen man-lig försörjare stödde familjen och 79 % upplyste att ingen i hushållet (storfamiljen) hade haft något arbe-te eller någon inkomst under de senaste tre måna-derna. 59 % av den undersökta befolkningen hade vare sig plöjt senaste året eller fått stöd från någon manlig inkomsttagare eller kunde räkna någon an-nan medlem av storfamiljen som hade haft någon inkomst de senaste tre månaderna. Dessa fakta klassificerar den nämnda gruppen som tillhörande den mest underprivilegierade delen av glesbygdsbe-folkningen i Botswana.

Konsumtionen av vetenskaplig sjukvård i den un-derökta befolkningen beskrevs med hjälp av inter-vjuerna och uppgifterna kompletterades med stati-stik från kliniker, sjukhus och hälsoposter i regio-

nen. 77 % av den vuxna befolkningen och 61 % av barnen hade besökt någon etablerad sjukvårdsin-rättning under den senaste tolv månadersperioden innan intervjuerna genomfördes. 64 % av de vuxna hade konsumerat något skolmedicinskt preparat, 11 % hade varit inlagd på kliniker och/eller sjukhus och 28 % av kvinnorna hade fött barn på kliniken medan 30 % hade fött barn hemma (i allmänhet utan hjälp från någon utbildad hälsovårdsarbetare).

Sjukvårdskonsumtionspanoramat – som givetvis inte får uppfattas som synonymt med sjukdomspa-noramat i befolkningen – kan beskrivas på basis av den i området insamlade sjukvårdsstatistik, som il-lustreras i *tabell 1*. (8) Som framgår av denna domi-neras sjukvårdskonsumtionspanoramat av and-ningsorganens sjukdomar och hudinfektioner me-dan sjukdomar i det muskuloskeletala systemet jämte gastroenterit utgör andra större grupper. Mentalsjukdom inklusive psykosomatiska symtom diagnostiserades endast i 0.9 % av samtliga patient-besök till den vetenskapliga sjukvårdssektorn. Up-penbarligen har det vetenskapliga sjukvårdssyste-met i Botswana samma tendens som det svenska till att "somatisera" de flesta patientsymtom. I studien fann man att sådana symtom, som övervägande kunde tolkas som psykosomatiska eller åtminstone innehöll psykosomatiska element i den undersökta populationen föranledde 24 % av det totala antalet besök i den vetenskapliga sjukvårdssektorn.

Alla personer med konsumtion av vetenskaplig sjukvård utfrågades om sin status efter avslutad behandling. 86 % kände sig förbättrade och var

Tabell 1. Konsumtion av sjukvård i Botswana 1977. To-talt antal diagnoser 867.278

Diagnos	Antal
Ögoninfektioner	40 447
Mag-tarmkatarr	66 893
Gonorré	46 120
Hudinfektioner	77 744
Ben, muskler, leder	50 924
Matsmältning	48 485
Övre luftvägsinfektion	227 111
Hud, körtlar, tumörer	23 243
Skador	44 495
Alla andra kända sjukdomstillstånd	41 365

nöjda med behandlingen medan endast 14% kände sig oförändrade.

67% av den vuxna befolkningen i studien hade besökt en botare under den tolv månadersperiod som föregick undersökningen. I denna grupp av konsumenter av traditionell sjukvård hade 70% besökt *dingakan* och 46% troshelbrägdagöraren, vilket innebär att 16% av konsumenterna hade besökt båda typerna av botare i undersökningsperioden.

Man försökte att kartlägga panoramat av de symptom som för undersökningspopulationen föranledde besök i endera den vetenskapliga eller den traditionella sjukvårdssektorn, eventuellt i båda (*tabell 2 och 3*). Man fann att den mest vanliga orsaken till att söka traditionell medicinsk behandling bland konsumenter av denna typ av sjukvård var önskan att erhålla någon form av förebyggande vård i den traditionella meningen av detta ord, som tidigare diskuterats i detta avsnitt. Inte mindre än 27% av besöken i den traditionella medicinska sektorn har denna bakgrund. Om man utesluter "förebyggande vård" i traditionell mening från symptompanoramat hos botaren antar detta stora likheter med motsvarande symptompanorama inom den vetenskapliga sektorn. Gruppen av psykosomatiska symptom och symptom med förmodat psykosomatiska komponenter svarar för 17% av det totala antalet symptom i

Tabell 2. Konsumtion av vetenskaplig sjukvård. De tio vanligaste symtomen hos de intervjuade personerna. Totalt antal symptom 366

Symtom	Antal
Diarré och kräkningar	
blod i avföring/urin	16
Hosta i mer än 1 månad	
med slem (grönt/blodfärgat)	17
Svullna ben	14
Kortvarig hosta (mindre än 1 månad)	22
Halsbränna, smärta i magen, förstoppning	53
Blåskatarr	22
Hudmärken, bölder, rivsår	29
Ledvärk, muskelvärk, ryggvärk	37
Vanlig kroppsmärta, allmän trötthet, deprimerad, nervös	58
Skador av våld, ormbett	18

Tabell 3. Konsumtion av traditionell sjukvård. De tio vanligaste symtomen hos de intervjuade personerna. Totalt antal symptom 389

Symtom	Antal
Diarré och kräkningar	
blod i avföring/urin	14
Hosta i mer än 1 månad	
med slem (grönt/blodfärgat)	30
Flytning från vagina/penis	
sår i vagina/på penis	30
Halsbränna, smärta i magen, förstoppning	45
Blåskatarr	16
Ledvärk, muskelvärk, ryggvärk	26
Vanlig kroppsmärta, allmän trötthet, deprimerad, nervös	38
Råd om hälsoproblem eller uppkomst av sjukdomar	26
Förebyggande av sjukdomar eller otur med människor	50
Förebyggande av sjukdomar eller otur med boskap, skörd eller hushåll	29

den traditionella sektorn jämfört med 24% i den vetenskapliga sektorn.

Givetvis måste begreppet "psykosomatik" tolkas mot bakgrund av specifika implikationer av vissa symptom i Tswana-kulturen och direkt "översättning" från västerländska begrepp är inte möjlig. Således innebär begreppet "weakness" specifikt impotentia coeundi jämte vissa (andra) prestationsneuroser, medan symtomet "palpitations", ev kombinerad med "general body pain", indikerar förekomst av vissa socio-kulturella konflikter i patientens närmiljö.

Frågan om korrekt tolkning av specifika symptom, speciellt förmodat psykosomatiska, bland Tswana-patienter ägnas speciellt intresse i en pågående uppföljningsstudie. De grava psykiska sjukdomarna tycks i flertalet fall inte motivera patient eller anhöriga för att söka medicinsk behandling. Förhållandena inom Tswana-kulturen är bristfälligt dokumenterade, men inom den närbesläktade Xhosa-kulturen kvalificerade förekomsten av vissa schizofrena symptom "patienten" till inträde i gruppen av "visa män" (*Amaqveda*) i stammen (R Schweitzer, University of Capetown, personl meddel).

Symtom som i vetenskaplig mening möjligen

Man fann att 23 % i gruppen hade besökt såväl den vetenskapliga som den traditionella sektorn vid något tillfälle på grund av samma sjukdom (symtom)

skulle kunna innebära förekomst av smittosam sjukdom som tex tuberkolos, STD eller infektiös gastroenterit angavs som orsak till att söka traditionell medicinsk behandling i 21 % av det totala antalet konsultationer i den traditionella sektorn. I överensstämmelse med resultaten av motsvarande fråga till konsumenterna av vetenskaplig sjukvård angav konsumenterna av traditionell sjukvård att de i majoriteten av fallen (73 %) kände sig förbättrade och var nöjda med behandlingen.

Man har försökt att beskriva omfattningen och karaktären av dubbel- och multikonsumtion av sjukvård i den undersökta befolkningen. Man fann att 23 % i gruppen hade besökt såväl den vetenskapliga som den traditionella sektorn vid något tillfälle på grund av samma sjukdom (symtom). Detta motsvarar 30 % av gruppen av konsumenter av vetenskaplig vård och 35 % av gruppen av konsumenter av traditionell sjukvård. Huvudparten (52 %) valde först att gå till botaren (39 % till *dingakan*, 13 % till troshelbrägdagöraren) vid detta tillfälle. Orsakerna till att söka hjälp i två sektorer för samma åkomma (symtom) var i 96 % av samtliga fall helt enkelt att patienten inte fått bot för sin sjukdom från den först besökta sektorn.

Man fann att medan 77 % av den undersökta befolkningen hade besökt den vetenskapliga sjukvårdssektorn inom loppet av de föregående 12 månaderna så hade 67 % besökt botaren och 53 % båda sektorerna medan endast 4 % av de intervjuade kvinnorna och 75 % av de intervjuade männen hade varit helt friska (inte registrerades som sjukvårds-konsumenter överhuvudtaget) i undersökningsperioden.

På basis av den i området officiellt registrerade sjukvårdsstatistiken (8) kan genomsnittskonsumtionen av vetenskaplig sjukvård uttryckt som antal besök på sjukvårdsinrättning per år per innevånare beräknas till 7.5 för 1977. På basis av den informa-

tion som erhöles i studien kunde motsvarande konsumtion av traditionell sjukvård beräknas till 5.7 besök per innevånare och år. Således är den genomsnittliga totala konsumtionen av sjukvård av alla typer uttryckt som antal besök till terapeut per innevånare per år i det undersökta området 13.2, varav 43.2 % av besöken gjordes i den traditionella och 56.8 % i den vetenskapliga sektorn.

Man gjorde ett försök att beskriva relationen (den kausala?) mellan olika socio-ekonomiska faktorer och typ av sjukvårds-konsumtion. Bland annat därför att kvinnor dominerar över män i den intervjuade befolkningen i förhållandet 2.07:1 fann man att 73 % av konsumenterna av vetenskaplig sjukvård och 66 % av konsumenterna av traditionell sjukvård var kvinnor. Man fann också att 84 % av de intervjuade kvinnorna jämfört med endast 63 % av de intervjuade männen var konsumenter av vetenskaplig sjukvård. Beträffande traditionell sjukvård valdes denna av flera män än kvinnor (69 resp 66 %). Den högsta procentdelen av åldersgruppen 21 till 35 år valde vetenskaplig sjukvård, medan åldersgruppen över 64 hade lägst representation bland konsumenterna i denna sektor. Den motsatta trenden fann man bland konsumenterna av traditionell sjukvård, där 97 % av åldersgruppen 51–65 registrerades som konsumenter. Man fann en tendens till att söka den vetenskapliga sjukvården i direkt proportion till ökande utbildningsnivå medan preferens för traditionell sjukvård gjordes i indirekt proportion till utbildningens längd. Det var inte möjligt att påvisa några signifikanta samband mellan geografiska faktorer isolerade från övriga socio-ekonomiska faktorer och typen av sjukvårds-konsumtion. Man gjorde ett försök att beskriva den möjliga relationen (kausala?) mellan den sociala stratifieringen och den valda typen av sjukvårds-konsumtion. Man delade den undersökta befolkningen i två huvudgrupper: en grupp bestående av de mest underprivilegierade personerna utan formell utbildning, utan bostad eller någon materiell egendom, utan några sociala resurser och utan tillgång till plöjd mark under senaste året. I denna grupp som utgjorde 59 % av den undersökta befolkningen fann man en markant preferens för traditionell sjukvård. 58 % av de mest underprivilegierade

Man fann tecken på att konsumtion av såväl vetenskaplig som traditionell sjukvård ökar med ökande socio-ekonomisk status och att tendensen var mest uttalad beträffande konsumtionen av vetenskaplig sjukvård

personerna hade besökt botaren jämfört med 37 % av samma befolkningsgrupp med besök i den vetenskapliga sektorn. Man definierade en grupp av mindre underprivilegierade personer med hjälp av följande kriterier: viss formell utbildning (minst ett till tre års skolgång), viss materiell egendom och vissa sociala resurser och man fann att den totala konsumtionen av såväl vetenskaplig som traditionell sjukvård var signifikant högre i denna grupp än i gruppen av mest underprivilegierade. Således fann man tecken på att konsumtionen av såväl vetenskaplig som traditionell sjukvård ökar med ökande socio-ekonomisk status och att tendensen i den undersökta befolkningen var mest uttalad beträffande konsumtionen av vetenskaplig sjukvård.

Ett betydande antal personer befanns vara dubbel- eller multikonsumenter av olika typer av sjukvård. 53 % av de undersökta hade besökt såväl den vetenskapliga som den traditionella sjukvårdssektorn (*dingaka* eller troshelbrägdagörare) i undersökningsperioden och 11 % av populationen hade besökt alla tre huvudtyperna av terapeut/botare. Även i gruppen av dubbel- och multikonsumenter finner man flera kvinnor än män. 61 % av kvinnorna jämfört med 35 % av männen i undersökningspopulationen hade konsumerat såväl vetenskaplig som traditionell sjukvård och besök hos såväl sjuksköterska/doktor, *dingaka* och troshelbrägdagörare hade avlagts av 14 % av samtliga undersökta kvinnor jämfört med endast 4 % av de undersökta männen.

Gruppen med låg eller ingen formell utbildning hade högre procentandel dubbel- och multikonsumenter än gruppen med viss formell utbildning (mera än fyra års skolgång). Den höga incidensen av dubbel- och multikonsumtion av sjukvård såväl som den höga procentandelen av den allmänna popula-

tionen som hade konsumerat antingen vetenskaplig eller traditionell sjukvård tolkas som ett bland många fynd i denna studie som illustrerar den mycket höga prevalensen av sjukdom och ohälsa i glesbygdsbefolkningen i Botswana. Medan majoriteten av dessa hälsoproblem anses vara av social natur och fordrar sociala och politiska snarare än medicinska lösningar anser man att ett framtida hälsovårdssystem innebärande ett organiserat samarbete mellan den vetenskapliga och traditionella sektorn skulle kunna spela en central roll i samhällets samlade åtgärder mot ohälsan.

Diskussion

Mot bakgrund av den faktakunskap som bl a genom denna studie har insamlats begräffande konsumtionen av vetenskaplig och traditionell sjukvård i ett område av Botswana kan man diskutera huruvida den traditionella medicinmannens verksamhet kan uppfattas som övervägande positiv eller negativ för befolkningen hälsotillstånd, huruvida de traditionella botarna bör integreras i samhällets hälsovårdssystem och i så fall enligt vilka riktlinjer denna integration eller detta samarbete skulle kunna utföras.

Ett antal *potentiellt negativa effekter* av vissa traditionella medicinska praktiker kan nämnas. Det har rapporterats att vissa toxiska substanser i vissa örtmediciner har haft allvarliga, tidvis letala biverkningar och carcinogena/teratogena biverkningar av andra preparat använda inom den traditionella medicinen har även rapporterats. Dokumentationen av dessa rapporter har dock inte i alla fall varit övertygande.

Allvarliga biverkningar till följd av felaktig dispenserering av farmakologiskt aktiva örtsubstanser (tex oxitococa ordinerade till kvinnor med mekaniskt förlossningshinder) har rapporterats i Botswana. Incidensen av denna typ av biverkningar till traditionella mediciner är givetvis inte känd och sådana rapporter bör ses mot bakgrund av det faktum, att skolmedicinen i ett typiskt utvecklingsland varje år dispenserar stora mängder av sådana farmaka, som har en dokumenterad och relativt hög frekvens av (allvarliga) biverkningar.

Förseningen eller avbrytningen av vad i skolme-

De potentiella negativa effekterna av den traditionella medicinens verksamhet i ett typiskt utvecklingsland kan inte vara ett hinder för ett samarbete mellan denna och den officiella sjukvårdssektorn

dicinens språk skulle kallas "optimal behandling" i vissa sjukdomsfall är en icke sällan rapporterad negativ effekt av den traditionella medicinmannens verksamhet. Beaktande skolmedicinens högst begränsade resurser i ett typiskt utvecklingsland kan man dock ifrågasätta hur stor del av tex maligna eller terminala sjukdomsfall som med framgång skulle kunnat behandlas av den etablerade sjukvården – även om den traditionella medicinmannen inte hade applicerat sin "irrationella" terapi?

Vissa av den traditionella medicinmannens sjukdomsuppfattningar och behandlingsmetoder skulle omedelbart klassificeras av naturvetenskapligt utbildade personer som magiska och irrationella och en potentiellt negativ effekt av ett samarbete skulle kunna vara en oavsiktlig officiell accept av sådana magiska och ockulta föreställningar. I vilken omfattning den traditionella medicinens på ytan irrationella och magiska synpunkter döljer sådana idéer och terapiförslag som på djupet i den aktuella, kulturella och sociala miljön har synnerligen ändamålsenliga effekter är dock en ännu delvis okänd fråga. Vissa rent kriminella aktiviteter försiggår inom den traditionella medicinens regi i Botswana såsom ritualmord och exhumering av lik för beredning av "magiska mediciner", men sådana handlingar fördöms inte mindre skarpt av seriösa företrädare för den traditionella medicinen än av myndigheternas representanter i landet.

Sammanfattningsvis kan inte de potentiellt negativa effekterna av den traditionella medicinens verksamhet i ett typiskt utvecklingsland anses vara ett hinder för ett samarbete mellan denna och den officiella sjukvårdssektorn. Ett sådant samarbete skulle kunna innebära en lång rad faktorer av värde för befolkningen.

Den etablerade medicinen har inga praktiska möjligheter att på ett tillfredsställande sätt omhänderta

alla de människor som söker vård i ett utvecklingsland, speciellt i glesbygderna. Här skulle mängden av traditionella medicinmän genom ett samarbete med den vetenskapliga sjukvården avsevärt öka landets samlade omvårdnadspotential. Det kurativa värdet av en sådan utvidgning av vårdkapaciteten kan diskuteras men är knappast negligerbart. Genom ett samarbete skulle man kunna försäkra sig om att sådana åkommor (tex smittosamma sjukdomar som tuberkulos och STD) som enligt vår uppfattning mot bakgrund av folkhälsosynpunkter bör föranleda omgående och "rationell" behandling kunde hänvisas till den vetenskapliga sektorn, medan sådana åkommor, som endast kan förstås och behandlas mot bakgrund av djupgående kännedom om den lokala, sociala och kulturella miljön skulle kunna hänvisas till den traditionella medicinmannen, som alltid är väl integrerad i denna miljö och känner till den multifaktoriella bakgrunden för den enskilda patientens symtom.

Möjligheten för det officiella hälsovårdssystemet att utnyttja den traditionella medicinmannens sociala prestige och höga trovärdighet i lokalsamhället innebär kanske den viktigaste faktorn av värde i ett samarbete. Förebyggande och offensiva medicinska initiativ som tex hälsoundervisning och kampanjer för omgivningshygieniska förbättringar genererade från det regionala hälsoteamet skulle säkras succé på den lokala nivån om de traditionella medicinmännen accepterade en roll som nyckelpersoner i detta preventiva medicinska arbete.

Ömsesidig utbildning av medlemmarna av de två hälsovårdssystemen i ett utvecklingsland skulle möjliggöras genom ett nära samarbete. Det kan anses viktigt att gruppen av traditionella helare skaffar sig kunskaper om den västerländska medicinens "rationella" förklaringar på vissa sjukdomars orsaker, men det är inte mindre viktigt att den västerländskt utbildade sjukvårdspersonalen studerar sådana traditionella sjukdomsuppfattningar och symptomförklaringar, som spelar den största rollen för de patienter som kommer till mottagningarna.

Att det kan finnas en kärna av sanning i många av den traditionella medicinens behandlingstraditioner och enkla farmaka torde vara ett faktum, som endast förnekas av de mest ortodoxa av skolmedici-

Den västerländskt utbildade läkaren har mycket att lära sig av den traditionelle medicinmannen

nens företrädare. Den västerländskt utbildade läkaren har mycket att lära sig av den traditionelle medicinmannen. Hans tillämpningar av positiva sidor av placeboeffekten vid vissa sjukdomstillstånd är ett exempel.

Att tillägna sig den traditionella medicinens "holistiska" attityd och förståelse för sociala och kulturella faktorerers betydelse för i stort sett alla fall av sjukdomar och ohälsa är kanske en av de viktigaste positiva lärdomarna att ta vara på för den västerländskt utbildade, apparatföreläsningsorienterade sjukvårdsarbetaren. Som tidigare omnämnts framträder värdet av medicinmannens generellt holistiska synsätt kanske främst vid hans handläggning av psykosomatiska problem i patientgruppen.

Det framstår som klart att den folkliga medicinen i vissa bysamhällen i ett typiskt utvecklingsland fungerar som instrument för social kontroll och integration och i denna funktion delvis ersätter den vardagsjuridik, som i andra samhällen uppfattas som outhärdlig. (9) Detta gäller kanske speciellt botarens utnyttjande av begreppet "witchcraft", som därigenom ofta – bakom sin ytligt sett irrationella struktur – får en rationell innebörd och konsekvens. (10, 11, 12)

Sammanfattningsvis anses det i ett typiskt utvecklingsland vara möjligt att peka på en rad potentiellt positiva effekter av ett nära samarbete mellan den traditionella och den etablerade medicinen.

Konklusion och planer för samarbete

Mot bakgrund av de praktiska erfarenheterna från folkhälsoarbete i ett typiskt utvecklingsland och de specifika erfarenheterna som vunnits genom denna studie över konsumtionen av vetenskaplig och traditionell sjukvård i en glesbygdsbefolkning har formulerats ett detaljerat program för genomförandet av ett samarbete på den centrala, regionala och lokala nivån i Botswana.

Man har varnat för en integration av de två tera-

pisystemen då den traditionella medicinens värde i viss omfattning kan anses vara dess specifika roll som socialt och kulturellt integrativ kraft i samhället. En integration skulle kunna innebära att den traditionella medicinen ytterligare påverkas av den vetenskapliga sjukvårdens övervägande kurativa inriktning, vilket inte skulle innebära någon utveckling av värde för ett resursfattigt land, där sjukdomar av en natur som kan förebyggas, dominerar panoramat.

Organisationiskt har man föreslagit en struktur med en ministeriell kommitté som skall ges ett övergripande ansvar för att initiera och utforma riktlinjer för ett samarbete. I frågor av central betydelse skall denna konsultera existerande organisationer inom den vetenskapliga medicinens område jämte sådana riksorganisationer, företrädande alla huvudgrupper av traditionella helare, som bör bildas inom den närmaste framtiden. Då personkultism och fraktionsbildning är ett karaktäristiskt drag inom delar av den traditionella medicinen i Botswana måste man förvänta sig att ett flertal sådana riksorganisationer av traditionella helare kommer att begära representation vid konsultationer med den ministeriella kommittén. (9)

På den regionala nivån föreslås regionala kommittéer bildade på initiativ av Public Health-teamet och omfattande samtliga i regionen verksamma företrädare för traditionella medicinska organisationer. Dessa regionala kommittéer skall vidarebefordra centrala initiativ och ansvara för utbildningskurser och detaljplanering av samarbetet i varje distrikt inom regionen.

På den lokala nivån föreslås de i vissa områden redan existerande sk byhälsokommittéerna (Village Health Committees) (som huvudsakligen skall säkra lokalbefolkningens aktiva medverkan i primärhälsovårdsinitiativ och förebyggande arbete i vid mening), att välja de lokala, traditionella botarna som nyckelpersoner i sin organisation.

Utbildningsfrågorna anses vara centrala och bör som redan nämnts omfatta initiativ riktade mot såväl gruppen av traditionella botare som vetenskapligt utbildade sjukvårdsarbetare. All sjukvårdspersonal som från sk "utvecklade länder" skickas på biståndsuppdrag till sk "utvecklingsländer" bör in-

.....
All sjukvårdspersonal som från sk "utvecklade länder" skickas på biståndsuppdrag till sk "utvecklingsländer" bör innan utresan skaffa sig detaljkunskaper om den traditionella medicinens begreppsvärld och behandlings-traditioner i de kommande vårdländerna
.....

.....
nan utresan skaffa sig detaljkunskaper om den traditionella medicinens begreppsvärld och behandlings-traditioner i de respektive kommande vårdländerna.

Den ömsesidiga utbildningen föreslås i övrigt i huvudsak bli en uppgift som åvilar de tidigare nämnda regionala samarbetskommittéerna i form av kontinuerliga kurser och konsultationer mellan företrädare för de två hälsovårdssystemen.

Forskningsinitiativ anses vara av central betydelse och bör initialt inriktas på projekt av medicinskt-epidemiologisk natur, farmakognostiska, phyto-kemiska och farmakologiska undersökningar av ört-mediciner jämte projekt inom området etnopsykia-tri, psykologi, sociologi och antropologi. (10, 11). Då arbetet med utformningen av förebyggande initiativ och säkring av lokalbefolkningens deltagande i primärt preventivt arbete anses vara den helt centrala faktorn av värde i ett samarbete har detaljerade planer utarbetats för ett regionalt och centralt stöd till arbetet i de sk byhälsokommittéerna.

Någon specifik lagstiftning för reglering av delar av samarbetet mellan den traditionella och vetenskapliga medicinen i Botswana har inte ansetts ändamålsenligt – tvärtom har man föreslagit att nu gällande lagstiftning av deciderat kolonialistisk natur, utvisande ringa förståelse för väsentliga drag i Tswana-kulturen, skall upphöra att gälla.

Gruppen av traditionella botare i Botswana har under arbetet med denna studie och försöken att

genomföra en rad samarbetsinitiativ på regional nivå uppvisat mycket stort och konstruktivt intresse, en generellt positiv inställning och en stor vilja och förmåga att lära av den vetenskapliga medicinens erfarenheter. Det är en förhoppning att representanter för den etablerade medicinen vill uppvisa en lika öppen, fördomsfri och positiv attityd vid genomförandet av den plan för samarbete, som i princip har godkänts av Botswanas hälsovårdsministerium.

REFERENSER

1. Report of the Ministry of Health for the Year 1976, Gaborone 1977
2. Official Population Census Report, Gaborone 1971
3. UNICEF Country Profile Botswana 1976
4. Nutritional Surveillance Report 1979, Nutrition Unit, Ministry of Health, Gaborone
5. Medical Statistics 1977. Medical Statistics Unit, Ministry of Health, Gaborone
6. *Staugård F.*: Traditional Medicine in Rural Botswana. Masters Thesis, Nordiska Hälsovårdshögskolan Göteborg 1982
7. Rural Incomes Distribution Survey (RIDS), Central Statistics Office Gaborone 1975
8. Regional Health Team Annual Report 1979, Region 8 (Mahalapye)
9. *Chavunduka G.*: Traditional Healers and the Shona Patient, Mambo Press Harare 1978
10. *Evans-Pritchard E. E.*: Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande. Oxford Clarendon Press 1937
11. *Weinreich A. K. H.*: A sociological interpretation of sorcery and witchcraft beliefs among the Karanga, NADA 47-53, 1968
12. *Nash M.*: Witchcraft and Curing, Ed. J. Middleton, The Natural History Press New York 1961