

(16) *Aliteracio* estas sonfiguro konsistanta el la efekta ripeto de unu sama sono aŭ songrupo komence de du aŭ pluraj sinsekvaj vortoj, ekz. "*luku firme, forte, fajre*".

(17) *Sinekdoĥo* estas "vortfiguro konsistanta el la interŝanĝo de du vortoj kiuj havas malsaman signif-amplekson" (PIV), ekz. interŝanĝo de singularo kaj pluralo, de speco kaj genro k.a.

(18) Pri *Kalocsay* oni konsentas ke, krom profunda enhavo, lia verko montras grandan majstrecon en la formo. Fakte li kreis altan formon de la esperanta poezio, restante ĉiam nepedanta kaj sen serĉataj efektoj. Li "*estis majstro de la formo kaj kvazaŭ mem ellaboris la tutan tradician poezion de Esperanto*" skribis *William Auld* en la Enkonduko al "*Esperanta Antologio. Poemoj 1887-1957*". Redaktis *W. Auld, J. Regulo*. Eldonis: *La Laguna*, 1958, p.17

Leginda bibliografio pri la problemaro

Aristoteles: La Poetiko

Bociort, I.F.: *Estetika literara* (Estetiko de la beletro), 2 volumoj, Timisoara, Eldonis: Eurobit, 1995

Bociort, I.F.: *Teoria literaturii* (Literaturteorio), Eldonis: Universitattea din Timisoara, 1977

Bolleau-Despreaux, N.: *L'Art poétique* (Poetika arto)

Horatius: *Ars poetica* (La poetika arto)

Waringhien, G.: Kaj la ceter' - nur literaturo. Eseoj V. Stafeto, Antverpeno, La Laguna, 1983

Adreso de la aŭtoro

Prof. Dr. Ignat Florian BOCIORT
Wustrower Strasse 1
DE - 13051 - Berlin
GERMANIO

Priaŭtora informo

Post studado de filozofio kaj filologio en Rumanio (Universitato de *Bucuresti*) la aŭtoro doktoriĝis en la Humboldt-Universitato *Berlin*, Germanio, kaj prelegis ĝis 1987 kiel profesoro en la Universitato de *Timisoara*, Rumanio.

Malsanoj de migrado

W. GUNTHER

Enkonduko

Respekti la fremdon jam estas prevento. La sekva teksto ampleksas materialon el diversaj fontoj. Precipa celo de la kompilaĵo estas kunmeti por interesataj nefakuloj esencajn informojn pri la rilatoj inter malsano kaj migrado. La ĝeneralaj difinoj, konstatoj kaj ekkonoj estas kombinitaj kun kaj ilustrataj per kelkaj faktoj el Germanujo kiel nur unu ekzemplo de moderna enmigrolando. Pro diferencaj historiaj kaj etnaj kondiĉoj tiuj aŭ similaj faktoj kompreneble varias de ŝtato al ŝtato.

1. Sano kaj migrado

Sano kaj malsano ne ekzistas senlige al socio kaj medio. Tre fundamente la **noosfera idento** komprenas la scian homon konscia parto kaj partnero de la viva kaj la homan kulturon ebligilo-garantiilo de la konservado de la viva kaj de la propra postvivado (1, 2).

Pli detale la konstitucio de la Monda Organizaĵo pri Sano (*WHO* = *World Health Organization*) en sia antaŭparolo idealisme priskribas sanon kiel staton de kompleta korpa, spirita kaj sociala bonfarto kaj ne nur kiel foresto de malsano aŭ malforteco. **Sano** estas konsiderata kiel stato de ekvilibro inter la homoj kaj iliaj fizika, biologia kaj sociala medioj, akordigebla kun plena funkeikoncerna aktivado (3).

Laŭ la *Ottawa-Ĉarto* 1986 sano estas esenca elemento de la ĉiutaga vivo kaj ne prioritata vivocelo. Sano prezentas pozitivan koncepton, emfazantan sammaniere la signifon de socialaj kaj individuaj resursoj por la sano kiel la korpajn povojn. Celata estas pli multe ol nura medicina prizorgado. Konstituaj elementoj estas paco, adekvataj loĝkondiĉoj, kleriĝo, salajro, stabila ekosistemo, zorgema uzado de la ekzistaj naturfontoj, sociala justeco kaj egaleco pri ŝancoj.

En la proceso de migrado ĉiuj tiaj aspektoj de sano ludas apartan rolon. **Migrado** ja estas la libervola aŭ mallibervola ŝanĝo de indivi-

duo (aŭ grupo de individuoj) el unu (plej ofte denaska) socikultura medio al alia diversgrade diferenca. En tiu proceso de ŝanĝo la ekvilibro inter la migrantaj homoj kaj iliaj fizika, biologia kaj sociala medioj ofte perdiĝas. Pro tio oni povas diri, ke migrado en si mem estas malsanigema vivosituaĵo. La socikultura faktoro apartenas kune kun la korpa, psika, medioddependa kaj politika-ekonomia al la kvin plej vivoinfluaj faktoroj (4).

En la Universala Deklaracio de Homaj Rajtoj (5) sano kaj ties socialaj kondiĉoj kungrupiĝas en artikolo 25/1, kie tekstas: "Ĉiu havas rajton je vivnivelo adekvata por la sano kaj bonfarto de si mem kaj de sia familio, inkluzive de nutraĵo, vestaĵo, loĝejo kaj medicina prizorgo kaj necesaj socialaj servoj, kaj la rajton je sekureco en okazo de senlaboreco, malsano, malkapablo, vidvineco, maljuneco aŭ alia perdo de la vivrimedoj pro cirkonstancoj ekster sia povo."

Malalta vivnivelo estas unu de la ĉefaj kaŭzoj de migromoviĝoj. Tiu forta ligiteco estas ankaŭ agnoskita en la *Rio*-deklaracio 1992 pri medio kaj evoluo (6). En Principo 1 tekstas: "*La homoj havas la rajton pri sana kaj produktiva vivo en harmonio kun la naturo.*" Kaj Principo 5 deklaras: "Ĉar la venko pri malriĉeco estas deviga antaŭkondiĉo de daŭripova evoluo, ĉiuj ŝtatoj kaj homoj devas kunlabori en tiu baza tasko, kaj pli precize kun la celo malgrandigi la diferencojn de la vivniveloj kaj pli bone kontentigi la bazajn bezonojn de la homoj en la mondo."

2. Migrantoj kaj migrado

Malriĉeco, milito kaj politika minaco-persekuto estas la precipaj kaŭzoj por la ŝanĝo de etno- kaj soci-kultura medioj, t.e. de migrado. Diferenciĝeblaj estas:

1. **Labormigrantoj aŭ gastlaboristoj** ĝis intertempe la tria generacio. La fakto, ke multaj homoj (negrave pro kiu kialo) iras en iun landon kaj poste ne revenas, sed restas en tiu lando kiel en kvazaŭ nova patrujo, kondukis al la nocio "**migranto**" kontraste al "eksterlandulo" - ĉar post pli ol dek aŭ dudek jaroj aŭ post unu aŭ du generacioj da restado en la nova hejmlando oni ne plu povas paroli pri "eksterlanduloj" aŭ "fremduloj" (7).

Spite al tiu fakto multaj leĝoj ankoraŭ uzas la malnovan nocion "eksterlandulo".

2. **Politike persekutitoj** en (aŭ post) la proceso de azilpetado.

Ĉi-koncerne en multaj demokratiaj landoj okazis kaj okazas erozio de la rajto pri azilo, ĉar la plejmulto de la nuntempaj azilpetantoj estas homoj, kiuj estis forpelitaj el sia patrujo pro etna deveno aŭ sociala aparteneco, do pro kolektivaj kriterioj, kaj ne pro individua persekuto (8).

3. **Fuĝintoj** el regionoj de milito, kiuj laŭ apartaj leĝoj rajtas resti en iu lando por fiksita tempodaŭro. Multaj homoj de tiu grupo fine kolektiĝas en la grupo de la politike persekutitoj (vd. 2).

4. **Transloĝiĝantoj** estas homoj, kiuj laŭ raso kaj etno fakte apartenas al la lando en kiun ili nun enmigras, sed pro historiaj kialoj naskiĝis kaj vivis en aliaj lokoj de la mondo. Ekzemploj estas la t.n. rusaj germanoj, germandevenaj homoj, kies antaŭuloj antaŭ multaj generacioj elmigris de Germanujo al Rusujo, aŭ la anoj de la eksa Brita Regno.

Konekse kun la revigliĝo de rasismo kaj ksenofobio en Eŭropo (kaj aparte en Germanujo, en kiu - simile al la situacio en la tempo antaŭ 1945 - denove estiĝis socio de faruloj, viktimoj kaj spektantoj) aktualiĝas la demando de "**enmigra lando**" (9) en la senco de "*Eŭropo ne konas enmigrolandojn, kvankam la landoj de Eŭropo konas enmigradon*" (8). Ne ekzistas enmigraj leĝoj, enmigraj kvotoj kaj kompreneble ankaŭ ne kohera enmigra politiko, nek de la unuopaj landoj en Eŭropo nek de Eŭropa Unio.

Fakte kaj reale la enmigrado tamen ekzistas kiel kvazaŭ trasorbiĝa proceso, nutrata el la fontoj de labormigrantoj, azilantoj kaj transloĝiĝantoj. Spite al la fakto, ke en ekz. Germanujo estas bezonataj ĉirkaŭ 300 000 da enmigrintoj ĉiujare por teni la nombron de la laborpovuloj ĝis la jaro 2010 laŭnivele de 1990 (9), mankas al la publiko la konscio vivi en enmigra lando - ĉefe, ĉar la jura kaj politika situacio ne provokas tion. Evidente en Germanujo spite al tiuj ekonomiaj faktoj kaj necesoj superregas la anakronisma ideologio de "unuetneco", nome de la idento de popolo kaj loĝantaro (10), ĉefe dokumentita en la por la ŝtataneco baza kriterio de **jus sanguis** (= leĝo de sango), t.e. gravigo de la denaska deveno (kontraste al **jus soli** (= leĝo de teritorio), t.e. gravigo de la naskodona regiono (ekz. en Francujo). Jen nur unu grava interna kialo por rasismo kaj ksenofobio en Germanujo. Kontraŭe al tio postulenda moderna racia

enmigra politiko devus zorgi pri enmigrokvotoj, komunuma balotrajto por eksterlandanoj, plifaciligado de ŝtatanigo kaj duobla ŝtataneco.

Ekde la okdekaj jaroj ni vivas en la epoko de migrado. Migrado estas tutmonda problemo, kiu estas direktata de la ekonomia konduto de la Unua Mondo (10). Serĉante pli bonajn, ekonomie pli sekurajn vivokondiĉojn, migrantoj forlasas sian socialan kaj kulturalan hejmlandon. Ĉefaj kriterioj de migrado estas amaseco, tutmondeco, diverseco kaj neinvertigebleco. Oni povas diri: tutmonde amasoj da homoj migras al multaj diversaj landoj, kreante tie multkulturajn sociojn kun neinvertigebaj evoluoj de novaj etnaj minoritatoj (11).

En 1990 la mondloĝantaro nombris 5,3 miliardojn da homoj, de kiuj 80 milionoj vivis ekster siaj patrujoj. Ĉirkaŭ 30 milionoj el tiuj devis vivi nelegaj. Ĉirkaŭ 15 milionoj estis fuĝintoj aŭ azilserĉuloj (13).

3. Malsano kaj migrado

3.1. Bazaj taksoskaloj koncerne malsanon

Malsano laŭ moderna **naturscienca koncepto** estas rigardata kiel kontraŭregula, mezurebla devio de scienca normo, kiel objektiva fakto, al kiu estas atribuita ĝenerala valideco malgraŭ individuaj, socialaj kaj kulturaj determinantoj, kaj kiu pro tio povas esti diskutata ankaŭ sen ligo al la koncernatoj (14).

Malsano estas kvazaŭ apartigata kaj distingata de la malsanulo, kaj resanigo okazas kiel teknike ĝisdatigitaj sciencaj diagnozo kaj terapio de la afliktitaj strukturoj kaj funkcioj de la individuo.

Ni nomas tian praktikon "**muta medicino**", ĉar ne gravas la interagado inter la malsanulo kaj la socio, de kiu ankaŭ la medicinisto nur estas parto. Tiu lasta sociala aspekto tamen ĉefrolas en multaj socioj, en Eŭropo aparte en la mediteraneaj civilizacioj. Malsano tie estas konsiderata kiel sociala afero, koncernanta la tutan korpon, psikon, ekziston kaj la tutan medion, familion kaj ampleksanta ĉiujn rilatojn.

Esti nur "parte" malsana, ekz. je ulcero, kaj cetere tute sana, apenaŭ eblas por multaj eksterlandaj pacientoj. Ilia malsanado estas korpe, psike kaj socie tuteca kaj nur kadre de tiu kompleksa rilataro ili vere resaniĝas: pro tio la granda simpatio, kompatio kaj helpo fare de la tuta familio, la neekzisto de iu "ideologio de ŝajna individua forteco" - pro tio la bambinismo (= intensiva tuŝkontaktado) kaj eĉ konsultado de ŝamanoj kaj tradiciaj kuracistoj (14).

Malsanoj de migrado (aŭ migrulaj malsanoj) estas malsanoj, kiuj rilatas al la specifa situacio de la individuo kiel migranto. En tio oni ĉefe devas diferencigi inter fuĝintoj kaj ekz. labormigrantoj. Fuĝintoj fakte absolute ne povas reveni al siaj hejmlando, labormigrantoj jes, aŭ por vizitoj aŭ por efektive reveni, t.e. ĉesante sian restadon eksterlandan. Ĉiuj malsanigaj faktoroj rilataj al la stato de migrado estas kompreneble pli definitivaj por la fuĝintoj. Kaj pro tio oni diras "ke la malsano sekvas kiel normala reago al nesana situacio" (15).

3.2. La migrada proceso kiel modelo

La tielnomata *Sluzki*-modelo (16) estas transkulture valida kaj prikskribas kvar fazojn de la **migrada proceso de familioj**:

1. La prepara fazo

La familio evoluigas fortan premon direkte al decido pri migrado kaj disdonigas tiucele la rolojn (eventuale tute nove).

2. La realiga fazo

La familio dependas de si mem kaj agadas sen fiksjaj metodoj, eble kun helpo de sametnuloj.

3. La superkompensa fazo

La familio ignoras streson por ne endanĝerigi alkonformiĝon kaj sukcesojn jam atingitajn. Konfliktoj estas deturnataj per malnovaj familiaj strategioj. Ĉe disrompiĝo de la koncepto pri reveno pro la nova realo de vivo anonciĝas krizo.

4. La dekompenca fazo

Furioza periodo de konfliktoj, krizoj kaj simptomoj kaj de la devigo, evoluigi ekvilibron inter kontinueco kaj idento de la familio kaj alkonformiĝo al la nova fremda ĉirkaŭo. Denova disdoniĝo de la roloj en la familio kun eventuala fiasko de la edzeco aŭ disrompiĝo de la familio pro intergeneraciaj konfliktoj.

La modelo de *Garza-Guerrero* (17) estas psikoanalitika kaj konsistas el tri fazoj de migrado de **individuo**. La modelo kompreniĝas kiel majstrado de "**kulturŝoko**", kiu estas la rezulto de subita ŝanĝo de averaĝe atendebla ĉirkaŭo al fremda neprogonozebla.

a) La fazo de kultura renkontiĝo

La migranto spertas malakordojn inter internaj atendoj kaj eksteraj perceptoj kaj reagas per aflikto, malamikeco, malespero kaj super-

identigās kun la abandonita kulturo. Plej favore estiĝas ĉi-momente disidealiĝo, t.e. realisma koncepto.

b) La fazo de reorganizado

La migranto prilaboras sian depresion kaj efektivas novajn rilatojn al objektoj internaj kaj al la fremda kulturo, sia personeco integriĝas. Ĉe fiaskado de tiu interniĝado restas ambivalenculo inter du kulturoj.

c) La fazo de nova identeco

La migranto atingas egoon, selektive adaptita al la nova kulturo kaj influata de sia etnokultura heredo. La funebro pri la perdita hejmo estas anstataŭigita per novaj, mem elektitaj rilatoj kaj interagadoj, la kulturŝoko pruviĝis "memlimiga krizo". Sed ja ekzistas la alia ebleco: la kronika identeekrizo kun psikosociale dekompenso.

Grava en la migrado estas la stato de kunvivado inter la **generacioj**. La unua generacio kutime estas ankoraŭ forte influata de la tradicioj de la devena regiono, la konfliktoj inter nova konduto kaj malnovaj sintenoj okazas ene de la individuoj. En la dua generacio povas estiĝi familia konflikto, ĉar la infanoj ne plu povas akcepti la regulojn de la antaŭuloj, la kontraŭdiroj inter la tradicioj de la devena regiono kaj la postuloj de la nova lando povas estiĝi traŭmon nesolveblan.

La tria generacio jam absorbis la novan kulturon kaj plene integriĝis la novajn rolojn kaj normojn, iliaj membroj fakte estas "enlandanoj kun fremda pasporto". Estas ili, kiuj plej severe afliktiĝas de ksenofobio, ĉar ili ne povas ne senti sin "senkulpaj", ilia deveno jam fariĝis "nura hazardo" (18, 19).

3.3. La migranta statuso kiel etiologia faktoro

- de migrado al malsano

La fakoj, kiuj pritraktas sanproblemojn de migrantoj, estas la socialmedicino, la socialpsikiatrio, la psikosomatiko, la labormedicino kaj la etnomedicino. Sociale devoligata medicino deiras de la fakto, ke la sansituacio de la individuo estas altgrade determinata de la sociaj kondiĉoj.

Sano kaj sociala situacio estas tiel dire du flankoj de la sama monero. Oni parolas pri **kunvariado** de sociala situacio kaj elformiĝo de malsanoj. Migradospecifaj morbo- kaj morto-kvantoj en rilato al la migradospecifaj socialaj kondiĉoj estas la objekto de esploroj de la menciitaj fakoj (20).

Tre fundamenta estas la tezo, ke migrado estas samtempe ŝanco kaj minaco, kaj ne en si mem malsaniga. Psikosociale problemoj ankaŭ ne estas apartaĵoj de migrantoj, sed kvazaŭ normalaj sekvoj de alt-industriigitaj kompleksaj socioj (18). La socikultura ŝanĝo, la kulturŝoko, por multaj migrantoj signifas eksklude pozitivan. Por la malsanoj de aliaj migrantoj pli facile estas responsigeblaj la socialaj faktoroj en la enmigra lando. La pozitiva selektado inter la libervolaj elmigrantoj pere de medicinistaj servoj ankoraŭ en la enmigra lando minimumigas la morbo- kaj morto-kvanton ĉe enmigraĵoj (21). Nur en ĉirkaŭ 20% de la engastlande malsaniĝintoj oni trovis antaŭmalsanojn en la devena lando (20).

La al la migrado rilataj kompleksaj adaptiĝoprocesoj estas ĉiam ligataj al konsiderindaj ŝarĝoj, aparte analizeblaj sub la vidpunktoj de la stresoscienco. Precipe la diverseco de novaj aspektoj, la jura necerteco, la diskriminacioj, la manka ebleco superrigardi kaj plani la esencajn estontajn vivoformojn, la sento de nur malgranda kontrolebleco pri la estonta vivo ofte kondukas al situacioj de tropostulado. Travivaĵoj de malvenko kaj longdaŭra dimensio de tiaj procesoj pligravigas tiujn tropostulojn kaj kronikigas iliajn malsanigajn potencialojn (12).

En la (transagada) **stresmodelo** (12) tiaj stresfaktoroj rolas kune kun la varia kapablo de la homoj interpsike percepti, prilabori kaj superi, kaj kun la varia utiligo de socialaj helpeblecoj. Ĉe homoj kun ĉi-rilate konforma organa kaj psika dispozicio la fortaj emociaj tensioj kaŭzas ekcesajn neŭrohormonajn reagojn kun pli alta probableco, patologiajn procesojn aŭ evoluperturbojn. Al la potenciale **malsanigaj stresfaktoroj** en la migrado apartenas

- vivdanĝeraj cirkonstancoj
- dubindaj orientiĝoj pri la estonteco
- sentoj de senpoveco
- identekrizoj
- senradikaj travivaĵoj
- dispartigaj fazoj en la familio kaj en la propra etna medio
- sentoj pri perdo de propra signifo kaj rolo
- generaciaj konfliktoj
- lingvaj, etnaj, kulturaj bariloj
- remigraj premoj

- intrafamiliaj perturboj
- necertaj, toksaj, danĝeraj laborkondiĉoj
- diskriminacioj, perfortominacoj
- financaj krizoj
- problemhavaj loĝejoj
- arbitreco de publikaj instancoj
- maljuniĝo en fremda ĉirkaŭo.

La **psikoanalizo** donas taŭgan kadron por la kompreno de la psikosomataj simptomoj, aparte se ĝi kiel etnopsikoanalizo interrilatigas la konsciajn kaj nekonsciajn partojn en la psika strukturo al la ĉirkaŭaj socio kaj kulturo. Baza penso ĉe tio estas, ke kulturoj kaj socioj laŭ iliaj propraj reguloj kaj rimedoj (ekz. ritoj) kreas nekonscion por sekurigi la ekziston de la socio. Ĉe tio estas postulata dum la socialigiĝo de la individuoj adaptiĝa klopodo, en kiu ili sub malbonaj familiaj kaj socialaj kondiĉoj kompreneble povas malvenki. Ĉi-kaze estiĝas perturboj, kiuj konkretiĝas tre varie: neŭropate, psikosomate, manie, delikte kaj ankaŭ psikoze.

Ĉe forlaso de la propra kulturejo estas aldone rezignate pri parto de en la kutimaj rilatoj kaj komunikadformoj entenataj kontentiĝoj kaj pri la de tiuj perata sekureco. Tiel la risiko malsaniĝi pligrandiĝas. Kiel reago al la perdo de kulturaj elementoj, kiujn oni alie en la hejmlando povis utiligi por esprimi la perturbojn de psikosociale estado, nun efektiviĝas "improvizo" per la **esprimiloj de la korpo**. Kiel esprimilo en situacio, en kiu lingvo kiel medio por komunikado de gravaj personaj mesaĝoj aŭ tute ne aŭ ne tiel kiel kutime estas je dispono, facile kompreneblas la retiriĝo al la korpo.

Gravaj psikosomataj malsanoj koincidas kun detruoj de korpa histo, ekz. forme de stomakaj ulceroj. Ili povas esti komprenataj kiel esprimoj de malsukceso de adaptomekanismoj kaj kiel korpa elĉerpiĝa reago kaŭze de malsukceso de la individua psika adaptiĝo al la nova situacio (22).

3.4. Koncerne sanon de migrantoj laŭ raporto de la registaro de Germanujo 1993

La raporto pri eksterlanduloj de la germanuja registaro (7) donas faktojn kaj ties interpretadon.

3.4.1. La sanstato de la eksterlanda loĝantaro

1. Ĉe **infanoj** rimarkeblas la pli alta kvoto de mortnaskiteco. El 1000 infanoj estis 1991 naskitaj 4,6 eksterlandaj kompare al 3,2 germanaj infanoj. La suĉinfana kaj dumnaska mortokvoto de eksterlandaj infanoj preskaŭ alproksimiĝis la nivelon de germanaj infanoj. Notinda estas la pli ofta malsaniĝo je infektaj malsanoj, ĉe tio aparte la kvanto de tuberkulozo estas timige alta. El la en 1992 je tuberkulozo malsaniĝintaj infanoj de la aĝogrupa 1 ĝis 5 jaroj la duono estis eksterlandaj infanoj. Krom tio eksterlandaj infanoj estas pli ofte viktimoj de akcidentoj, speciale de trafikakcidentoj. Ĝisdate malmulte atentata problemo estas handikapitaj eksterlandaj infanoj, kies handikapo ofte estas konstatata tro malfrue kaj pro honto de la gepatroj ne ricevas adekvatan traktadon.

2. La malsanula kvoto de eksterlandaj junaj **virinoj** ŝajnas esti pli alta ol tiu de la respektiva aĝogrupa ĉe germaninoj. Rimarkinda estas la trioble pli alta patrina mortkvanto ĉe eksterlandaj virinoj.

3. Eksterlandaj **laboristoj** estas elmetataj al konsiderinde pli gravaj ŝarĝoj koncerne la laboron (ĉirkaŭ 60% laboris en la sekundara industria sektoro kaj ĉirkaŭ 25% en korpe streĉa laboro ĉe ŝarĝolevado de pli ol 20 kg, bruo, malpura aero, devigaj korpostreĉa pozicioj, dumnokta laboro, ŝanĝaj skipoj ktp.)

4. Oni ne povas paroli pri troreprezentado de **psikaj malsanoj**. Psikoterapiaj institucioj estas vizitataj pli ofte de eksterlandulinoj. Ŝajnas, ke ili pli ofte suferas je akutaj depresioj, funkciaj ortopediaj kaj stomakointestaj perturboj.

5. Kompare de la **mortokvanta statistiko** (1992) de germanoj kaj migrantoj rezultigas, ke la lastaj pli ofte mortas je infektoj, komplikaj en gravedeco kaj puerpereco, je lezoj kaj veneniĝoj kaj akcidentoj, aparte en trafiko. Malpli ofte ol ĉe germanoj estas nombritaj kiel mortkaŭzoj diabeto kaj malsanoj de cirkulado. Tio povas esti atribuebla al diferenca aĝostrukturo ĉe migrantoj.

6. La de la germanoj diferencaj mortokaŭzoj samkiel la pli alta malsaniĝa risko indikas alian kaj pli fortan **sanokoncernan ŝarĝadon** de la migrantoj. Ĉe klarigo de tiu fakto oni devas konsideri ankaŭ socialajn faktorojn. Speciale la alta nombro de tuberkulozoj verŝajnigas tion. Ĉe tiu malsano estas supozata intima kunligiteco inter sociala situacio kaj malsano. Parto de tiuj infektoj tamen certe estiĝas

pere de kontaktoj al homoj el landoj, en kiuj tuberkulozo estas pli disvastigita ol en Germanujo.

7. La alta nombro de **akcidentoj de eksterlandaj infanoj** povus esti indiko pri tro malgrandaj loĝejoj de malalta kvalito kaj pri loĝlokoj, en kiuj ekstere ekzistas nur malmultaj sendanĝeraj ebloj por ludi. La laŭstatistike pli alta endanĝerigo de eksterlandaj infanoj estas esprimo de ilia sociala marĝeneco.

8. Ankaŭ la okupiĝo de eksterlandaj laboristoj en **laborlokoj kun pli altaj ŝarĝoj** kaj la al tiuj ligitaj riskoj spegulas ties socialan pozicion en la labormerkato.

9. Aldone al la nomitaj kaŭzoj kaj individua dispozicio efikas afliktaj kaj eventuale malsanigaj tiuj faktoroj, kiujn alportas la **proceso de migrado** mem. Nomendas: granda adaptolaboro al la nova ĉirkaŭo, perdo de socialaj kontaktoj kaj dispartiĝoj en la familio, ĉio, kio igas migradon grava okazaĵo en la homa vivo. Ankaŭ diskriminacio, jura nesekureco kaj timo pro perforto povas efiki negative sur la sanon.

3.4.2. Aspektoj de medicina prizorgado

1. Tre ofte oni atentigas pri malfacilaĵoj inter medicina personaro kaj migrantoj. Efektive ja estas transe de la konsiderindaj, pure lingvaj interkompreniĝaj malfacilaĵoj, ankoraŭ aliaj atentindaj aspektoj. Kaj la granda sociala distanco inter kuracistoj kaj pacientoj kaj la ofte je medicinaj fakvortoj riĉa lingvo de la kuracistoj malfaciligas la **komunikadon**.

Nelaste kulture perataj sintenoj kaj pritaksoj koncerne la difinon de malsano kaj sano, la konduton en kazo de malsano, la atenditan kaj postulitan tipon de kuracado, ekzistantan higienajn ordonojn kaj la signifon de laikaj sistemoj ludas gravan rolon ĉe la interkompreniĝo inter medicinista personaro kaj eksterlandaj pacientoj.

Eĉ se kulturaj diferencoj estas perceptataj, ekzistas necerteco pri la interrilate necesaj konsekvencoj. Jam malfaciligante la kuracadon de somataj perturboj, tio eĉ pli multe ĝustas dum la terapio de psikaj malsanoj.

2. Konsiderinda manko en la prizorgado de eksterlandaj familioj ŝajnas esti la malpli intensiva utiligo de la **prevento-koncernaj ofertoj**. Evidentiĝas tio aparte ĉe gravedulinoj kaj infanoj. La gravedulina antaŭzorgado estas farata tro malofte, tiel, ke riskoj por la patrino kaj infano estas ekkonataj tro malfrue. Ankaŭ tio kontribuas al la altigita mortokvanto de patrinoj kaj infanoj.

Ankaŭ la naŭ frudiagnozaj ekzamenoj, intencataj por suĉinfanoj kaj infanoj, ne estas praktikataj sufiĉe. Pro tio la frudiagnozo de malsanoj kaj handikapoj ĉe infanoj ofte ne estas garantioble. Ŝancoj, kiujn prezentas sufiĉe ĝustatempa pritraktado, do forpasas neutiligitaj. Unu kialo por tiu konduto certe estas, ke tiaj ekzamenoj ne estas sufiĉe konataj. Parte, permesiloj ĉi-celaj devas esti speciale petataj ĉe la malsankasa asekuro. Aliparte devas esti konsiderataj ankaŭ socialaj aspektoj: pli alta kvoto de plentempa okupiteco de la virinoj, pli frua reveno al la laboro post la akuŝo kaj la parte pli alta nombro de infanoj malfaciligas viziton ĉe kuracisto.

4. Migrado, etnomedicino kaj socialkonsilado

La plej esenca kaj grava laboro de la medicino estas la **prevento**. Primara prevento malebligas malsaniĝon pere de evito aŭ forigo de malsanigaj faktoroj. Sekundara prevento limigas la damaĝojn per frua malkovro kaj terapio de malsanoj kaj/aŭ de malsanigemaj riskofaktoroj, kaj terciara prevento malhelpas malboniĝadon de jam okazinta malsano kaj celas defendon de komplikaj, rehabilitadon kaj socialan reintegrigon (23).

Etnomedicino pritraktas la etnodevenajn kaj etnokoncernajn kondiĉojn kaj faktorojn de sano kaj malsano. Ĉefa aplikejo de la etnomedicino estas la homoj, kiuj elmigris el iu etna regiono kaj enmigris en iun alian etnan regionon. En la migrantoj la du (kelkfoje eĉ pli multaj) etnoj kunvenas, harmonie aŭ konflikte.

En la etnomedicino do nepre sumiĝu la specialaj konoj pri ĉiuj etnoj koncernataj, kaj ne nur tiuj pri la elmigra etno. Nur laŭeble kompletaj scioj pri la kulturaj, ekonomiaj, politikaj faktoj kaj ties rilataro inter si kaj al ĉio ekstera ebligas aplikadon de la etnomedicino en prevento kaj kuracado de la individua migranto, kaj ankaŭ kaze de konfliktoj inter diferencaj etnoj kunvivantaj en la enmigra lando. Tiel la scioj ekzemple pri la pritaksokriterioj koncerne laboron en ĉiuj koncernataj etnoj helpas trakti la malamikigajn kaj malsanigajn efikojn de senlaboreco. Ksenofobio, rasismo kaj diskriminacio de malriĉeco ja estas regresaj reagoj de larĝaj tavoloj de la loĝantaro al ŝanĝiĝoj de iliaj vivomondo, perceptataj kiel minacaj. En tio junuloj ofte volas perforte liberigi sin de sia kultura kaj politika vakuo; la malriĉa loĝantaro timas perdi laboron kaj loĝejon, kaj la pli riĉa loĝantaro strebas ŝirmi kaj konservi sian riĉecon (12).

Socialkonsilado en Germanujo konsistas el ĉirkaŭ 600 social-konsilejoj laŭ duflankaj aŭ EU-kontraktoj. Ilia oficiala celo estas la socia kaj sociala integriĝo de la labormigrantoj, transloĝiĝantoj kaj fuĝintoj. La esenco de la laboro de la socialkonsilistoj estas la perada funkcio en ĉiuj vivo- kaj prizorgo-situacioj koncerne de laboro kaj sociala prizorgado, de individuaj vivoproblemoj, de integriĝo kaj reveno, de edukado kaj klerigo de infanoj kaj junuloj, de familiaj kaj generaciaj konfliktoj kaj de kultura idento (12). Ĉefa temo de la socialkonsilado estas la materiala sekureco, detale kaj laŭoftece: 1-e laboro, 2-e financoj, 3-e sano kaj 4-e loĝado.

Oni povas kompreni la **socialkonsiladon** parto de la etnomedicino, ĉar bona socialkonsilado scias pri la kondiĉoj de migradaj malsanoj kaj direktas sian laboron laŭ tiu scio, denove ĉefe kun la celo preventi. Aliflanke la sociallaboristoj devas kompensi la defecitojn de aliaj kompetentaj institucioj en multaj kampoj de prizorgado, ekz. tiuj de sanula- kaj malsanula prizorgado (12).

Jen kelkaj aŭtentikaj ekonoj kaj konceptoj de la etnomedicino avantaĝe aplikeblaj:

1. **Etnaj identecoj** varie determinas la travivaĵojn koncerne de timo, honto kaj honoro, de espero kaj malespero, de doloro kaj malsano.
2. Malsanoj ĉe gemigrantoj ofte konkretiĝas en la **antonima situacio** de dependeco de la propraĉe determinata vivo- kaj malsano-koncepto kaj la altaj esperoj koncerne la disponeblecon kaj nivelon de la medicina prizorgado en la enmigrita industriigita lando (24).
3. La malkovrado de kaj atentemo pri **socialaj kaj ekonomiaj malavantaĝoj** kaj diskriminacioj ĉe migrantoj kaj ties familioj ofte estas samgravaj kiel la pure etnaj aspektoj en malsanoj de migrado (temo: "prizorgada justeco").
4. Malsanaj konkretiĝoj ĉe migrantoj ofte estas **tutecaj**, korpocentriĝaj kaj ofte entenas apartajn doloron kaj timon, fakte esprimojn de streso. Al tio kongruas la malsano kiel sociala fenomeno, koncernanta la tutan familion. Ĉi-rilate la ofta diagnozo de "**Morbus Istanbul**" estas pli multe indiko pri la neklerigo de la kuracistoj-socialkonsilistoj ol science esplorita diagnozo.
5. La Monda Sanorganizaĵo atribuas la mondvastan pliiĝon de la nombro de **depresioj**, ofte esprimiĝantaj per korpaj simptomoj kiel doloratakoj, korperturboj, afliktiĝoj de la intestoj ĉefe al socialaj faktoroj: tro rapida ŝanĝiĝo de tradicioj, disiĝo de familiaj kaj soci-

alaj vivinterrilatoj kun senligiteco kaj izoligo, sensoperdo de religioj ktp. La samaj malsanigaj kaŭzoj estas traktataj en la esploroj pri la migrado. La psikosomatiko komprenas **korpajn simptomojn** analizendaj adaptiĝaj klopodoj kun granda esprimokaraktero. La deficiata konflikto malantaŭ tio estas tiu inter deziro kaj malpermeso, inter postulo kaj kultura limiĝo. Oni parolas pri "**etna perturbo**". Sed oni tute certe bezonas kriteriojn pri "kio en kiu etna medio kaj situacio estas **normala** aŭ nenormala" por paroli pri etna perturbo (21).

6. Scipovo de la diversaj **lingvoj** de migrantoj kaj konoj pri ties etnoj certe estas antaŭkondiĉo de justa kaj efika etnomedicino. La interetna kunlaboro estas do alia centra kriterio de sukcesa prevento kaj kuracado. Certe estus bona afero esplori la kondiĉojn laŭ kiuj neŭtrala koncepto kiel "**Esperanto** - Internacia Lingvo por monda demokratio kaj sana medio" povus esti profitodona en la kampo de etnomedicino kaj migrada socialkonsilado (25).

Resumo

Respekti la fremdon jam estas prevento. Sub tiu kapfrazo la publikigaĵo pritraktas esencajn informojn pri la rilatoj inter malsanoj kaj migrado. Ĝeneralaj difinoj, konstatoj kaj ekonoj estas kombinitaj kun kaj ilustrataj per faktoj el Germanujo kiel nura ekzemplo de iu ajn moderna enmigra lando, aparte por homoj el la mediteranea regiono. Estas speciale fokusigitaj la socikulturaj kaj psikosomatikaj problemoj ĉe enmigrintoj kaj iliaj interrilatoj, elmontriĝantaj kiel kulturŝoko.

Kapvortoj

Malsanoj de migrado - migradmalsanoj - migrantoj - kulturŝoko - preventado - stresmodelo - etnomedicino - socialkonsilado - *Morbus Istanbul*

Summary

Prevention starts by respecting the foreign. Corresponding to this key fraze the paper deals with essential information on the relations between illness and migration. General definitions, remarks and observations are combined with and illustrated by a number of facts from the Federal Republic of Germany as only one example of a modern immigration country, especially also for people from the Mediterranean region. Focussed are the sociocultural and psychosomatic problems of immigrants and their relations to one another, often manifest as cultural shock.

Key words

migration diseases - immigrants - culture shock - prevention - stress conception - ethnomedicine - social counselling - *Morbus Istanbul*

Literaturo

- (1) *Gunther, W.* (1995). La noosfera idento de Esperanto, EKOMED, *Schulstr.7, DE-34292 Ahnatal, Germanio*
- (2) *Gunther, W.* (1990). Preventivo - ĉu ekologia kvintesenco de la vivomondo? EKOMED
- (3) *Mussallem, J.K.* (1988). *Prevention and patterns of disease: prospects and research directions in nursing for the future. Rec. Adv. in Nursing*, 22, 147
- (4) *Roper N.* kaj kunaŭtoroj (1987). *The elements of nursing*. RECOM. ISBN 3-315-00024-7
- (5) Universala Deklaracio de Homaj Rajtoj (1976). Esperanta Traduko. UEA, *Rotterdam*
- (6) Rio-Deklaracio (1992) laŭ traduko en "Frankfurter Rundschau" datita 12.06.1992
- (7) Raporto de la komisiitino de la Federacia Registaro por la intereso de la eksterlanduloj en la Federacia Respubliko Germanio (1993). *Pf. 140280, D-53107-Bonn*
- (8) *Diner, D.* (1993). *Nationalstaat und Migration*. En: *Schwierige Fremdheit*, Fischer Verlag ISBN 3-596-11882-4
- (9) *Schwierige Fremdheit* (vd. 8)
- (10) *Spieles, M.* (1993). *Ausländer in der deutschen Sprache. Hessische Landeszentrale für politische Bildung*. ISBN 3-927127-13-2
- (11) *Collatz, J.* (1992). *Notwendigkeiten ethnomedizinischer Orientierungen in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von Migranten*. (En: IZA, vd. 12)
- (12) IZA (ISS) Informationsdienst zur Ausländerarbeit (Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik), 3/4-92, ISSN 0172-746X
- (13) *World Human Rights Guide* (1983). ISBN 0-09-153490-9
- (14) *Zimmermann, E.* (1994). *Ausländische Patienten in der klinischen Praxis*. En: *Krönkung und Krankheit*, Haag und Herrchen-Verlag. ISBN 3-86137-126-X
- (15) *Diallo, J.-C.* (1994). *Flucht und Krankheit*. (En: vd. 14)
- (16) *Sluzki, C.E.* (1979). *Migration and family conflict*. *Family Process* 18/4
- (17) *Garza-Guerrero, A.C.* (1974). *Culture Shock*. *American Psychoanalytical Assoc.*, VI, 22, 2
- (18) *Diller A.* (1986). *Migration und psychische Gesundheit*. En: IZA 4/86 (ISSN 0721-1295)
- (19) *Winkler, B.* (1994). *Ausländerinnen und Ausländer* (En: vd.14)
- (20) *Korporal, J.* (1986). *Gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung von ausländischen Familien in der Bundesrepublik Deutschland*. (En: vd. 18)
- (21) *Leyer, E.M.* (1991). *Migration, Kulturkonflikt und Krankheit*. *Westdeutscher Verlag*. ISBN 3-531-12266-5
- (22) *Möhring, P.* (1994). La neatentata mediteranea sindromo. *TAZ* (19.03.1994)
- (23) vd. 2 & tie n-ro 62: *Sperry, R.* (1985). *Naturwissenschaft und Wertentscheidung*. *Piper*. ISBN 3-492-02937-X
- (24) *Land, F.J.* et al. (1986). *Ethnologisierung, alltägliches Krankheitsverhalten und die offenen Fragen der Migrationsforschung*. (En: vd. 18)
- (25) *Gunther, W.* (1992). Esperanto - Internacia Lingvo por Monda Demokratio kaj Sana Medio. (EKOMED, vd. 1)

Adreso de la aŭtoro

Dr. med. Wolfgang GUNTHER
Schulstrasse 7
DE - 34292 - AHNATAL-WEIMAR
GERMANIO

Priaŭtoro informo

D-ro *Gunther* estas anesteziisto en hospitalo en *Kassel*, Germanio, fondinto de Centro pri Ekologia Medicino (EKOMED), ano de Internacia Societo de Medicinistoj por la Vivomedio (ISDE = *International Society of Doctors for the Environment*) kaj docento en la naturscienca sekcio kadre de la Akademio Internacia de la Sciencoj (AIS) San Marino.

Difinado kaj uzado de vortoj el kvar vortospecoj ĉe plenkreskuloj⁽¹⁾

NAGATA Hiroshi
Okajama Universitato

Resumo

Dudek kvin studentoj engaĝiĝis en du taskoj: difinado kaj uzado de 40 vortoj. La vortoj inkludis po 10 vortojn de kvar vortospecoj: substantivo, verbo, adjektivo kaj adverbo, kiuj estis ĉiuj uzataj senerare de kvinjaraj infanoj. Difinado per sinonimoj kiel la indico de malpli matura difinadmaniero okazis pli ofte ĉe adverbo ol ĉe aliaj tri vortospecoj. La frekvenco de difinado per sinonimoj rilatis inverse al konkreteco kaj figuradeco de la vortoj. Ankaŭ okazis, kvankam malofte, situacio-dependa frazkompletigo kaj neniu respondo, ambaŭ malpli maturaj en difinadmaniero. Granda malfacileco ĉe difinado kontraste al grandega facileco ĉe uzado sugestas, ke eĉ uzado de vortoj estus surbazata de la cerbo-sistemo kiu subtenas la plenumadon de procedura scio.

Enkonduko

Denaskaj parolantoj plej ofte uzas sian lingvon aŭtomate, senkonscie, montrante grandan lertecon en produktado kaj komprenado. Tiu ĉi lerteco igas nin kredi, ke ili posedas plenan kapablon precizigi la signifojn de ĉiuj vortoj kiujn ili uzadas. Tamen, uzado kaj sciado de vortoj ne nepre egalas ne nur ĉe infanoj kiuj estas survoje al la akirado de lingvo(j), sed ankaŭ ĉe plenkreskuloj kiuj onidire estas jam atingintaj la finan staton de lingvoakirado. Tion ĉi klare mencias kelkaj esploristoj (*Levy & Nelson*, 1994; *Nelson* k.a., 1993; *Nagata*, 1998). Plej lastatempe, *Miller* (1999) prezentas saman vidpunkton, kiam li skribas: "Ilia (popola) intuicio pri la difinado de vortoj kiujn ili produktas kaj komprenas estas en plej bona okazo fragmenta (p.5)."

La nuna studo disvolvas antaŭan studon (*Nagata*, 1998) pri difinado de vortoj. En ĝi estas raportita pri trijara infano, kiu difinis vortojn (de nun esprimota kiel "kriza vorto"), precipe tiujn el vortospe-