

A FOGYATÉKOSSÁG MINT TÁRSADALMI-TÉRBELI VISZONY FÖLDRAJZI VIZSGÁLATA

Fabula Szabolcs¹, Timár Judit²

¹ Szegedi Tudományegyetem Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged

² Magyar Tudományos Akadémia Regionális Kutatások Központja Alföldi Tudományos Intézet, Békéscsaba
e-mail: fabula.szabolcs@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

A 20. század második felében kibontakozó polgárjogi mozgalmak, a radikális és kritikai földrajzi irányzatok megjelenése, a geográfia „kulturális fordulata”, valamint a nyomukban végbemenő elméleti pluralizálódás olyan új kutatási témák megjelenését eredményezte, mint például az egészségkárosodás és fogyatékoság kritikai földrajzi vizsgálata. Mindazonáltal Magyarországon sem ez a tudománytörténeti előrelépés, sem a fogyatékos emberek hátrányos helyzetének térbeli vonatkozásai nem keltették fel eddig a földrajzkutatók érdeklődését.

Tanulmányunk fő célja, hogy felhívjuk a figyelmet a fogyatékoság földrajzi vizsgálatának fontosságára magyarországi viszonylatban is, és példával szolgáljunk ilyen jellegű kutatásra. Ehhez kvantitatív és kvalitatív módszerek alkalmazásával feltárjuk a magyarországi társadalmi tér néhány olyan jellemzőjét, amelyek hátrányos helyzetbe hozzák az egészségkárosodott, illetve testi differenciával élő embereket. Munkánkban a fogyatékoság térbeli-területi vonatkozásait több léptékben vizsgáljuk, egyaránt rávilágítva makro- és mikroszintű összefüggésekre.

Kutatásunk eredményeivel rámutatunk a fogyatékosággal élő emberek hátrányos helyzetének bizonyos földrajzi vonatkozásaira. Egyrészt, a statisztikai számítások és a térképi ábrázolás alapján Magyarországon is megfigyelhető a gazdasági fejlettség regionális különbségei és a fogyatékos emberek területi eloszlása közötti ismert kapcsolat, amely szerint a fogyatékos népesség felülreprezentált a kevésbé fejlett térségekben. Másrészt, az interjú vizsgálat tanulságai szerint a fogyatékoság esetében a társadalmi tér jellemzőinek és az egyének térrel kapcsolatos tapasztalatainak meghatározó szerepe van a hátrányos helyzet kialakulásában.

1. Bevezetés

A fogyatékossgal élő emberek társadalmi hátránya a 21. század elejének egyik jelentős és egyre növekvő fontosságú globális problémája. Tanulmányunk kiindulópontja az az alapvetés, miszerint ez a hátrány elválaszthatatlan a társadalmi tér felépítésétől és a különböző térfolyamatok jellegétől. Ezt a tételt a fogyatékossgtudományi tanulmányok (*disability studies*) térbeliséget vizsgáló kutatásaira, vagy más megközelítésben a fogyatékossg-földrajzi tudomány szakág (*disability geography, geography of disability*) közelmúltbeli eredményeire alapozzuk. Bár a kérdéskör geográfiai vizsgálata nem rendelkezik kiemelkedő tradíciókkal, az elmúlt három évtizedben folyamatosan bővült az ilyen kutatások köre (Park et al., 1998; Crooks et al., 2008; Knox, Pinch, 2010).

A magyar földrajztudomány kutatási témái között a fogyatékossg mindezidáig nem jelent meg explicit módon. A téma mellőzése azért is érdemel említést, mert az 1990 utáni időszakban a magyarországi társadalmi-térbeli egyenlőtlenségek kiéleződése a geográfia számos képviselőjének figyelmét keltette fel. Ugyanakkor, bár a fogyatékossgal élő személyek közül sokan a társadalom leginkább deprivált rétegébe tartoznak, problémáik térbeli vonatkozásai látszólag nem váltottak ki számottevő érdeklődést a hazai földrajzkutatók körében. Az egészségföldrajz néhány képviselője ugyan már érintette a témát, tanulmányunkban azonban az eddigiektől némileg eltérő szemlélettel vizsgáljuk azt.

Tanulmányunk elején szükségesnek tartjuk hangsúlyozni, hogy a fogyatékossgot a testi állapothoz szorosan kapcsolódó *társadalmi-térbeli képződményként* értelmezzük. A fogyatékossgal élő emberek csoportját nem tekintjük homogén társadalmi rétegnek, a fogyatékossgból eredő tapasztalatokat pedig nem tartjuk

általános érvényűnek. Ellenkezőleg, a fogyatékossg sokfajta egészségkárosodási típushoz vagy más testi jellemzőhöz köthető, és számos megnyilvánulási formája lehet, ugyanakkor az egészségkárosodás nem jár szükségszerűen együtt a fogyatékossggal, vagyis ebben az értelmezésben a hátrányos helyzettel. Mindazonáltal a különböző egészségkárosodási csoportok rendelkeznek jól definiálható közös problémákkal, és véleményünk szerint a fogyatékossg kialakulásánál az egyes csoportok esetében igen hasonló társadalmi-térbeli folyamatok mennek végbe.

A fentebb említett tényezőket figyelembe véve, tanulmányunk *fő célja*, hogy felhívjuk a figyelmet a fogyatékossg földrajzi vizsgálatának fontosságára magyarországi viszonylatban is, és példával szolgáljunk ilyen jellegű kutatásra. Fontosnak tartjuk feltárni a magyarországi társadalmi térnek azokat a jellemzőit, amelyek hátrányos helyzetbe hozzák – tehát fogyatékossgá teszik – az egészségkárosodott, illetve testi differenciával élő embereket. Munkánkban a fogyatékossg térbeli-területi vonatkozásait több léptékben vizsgáljuk, egyaránt rávilágítva makro- és mikroszintű összefüggésekre. *Kutatási kérdéseink* ennek megfelelően a következők: (1) Milyen összefüggések mutathatók ki a fogyatékossg és más társadalmi-gazdasági tényezők regionális eloszlásában? (2) Hogyan képződnek a fogyatékos emberek számára akadályokkal teli települési terek, és milyen akadályok találhatóak a települési környezetben? (3) Mi jellemzi ebből a szempontból a társadalmi tér egyes részeit (munkahely, egészségügy, közterek, otthon)? (4) Milyen hatásai vannak ezeknek a térbeli mintázatoknak a sérült emberek életminőségére, illetve az általuk alkalmazott térbeli gyakorlatokra? A feltárt jelenségeket a kritikai társadalomföldrajz szemléletével elemezzük és interpretáljuk.

Tanulmányunk további részét négy nagyobb szerkezeti egységre tagoljuk. Először is munkánk elméleti keretét tekintjük át, amelyben kitérünk a fogyatékossg értelmezési lehetőségeire, a jelenség kritikai földrajzi vizsgálatának előzményeire és a saját felmérésünkhöz használt elméleti keretre. A következő egységben az empirikus vizsgálatunk során alkalmazott módszereket ismertetjük. A harmadik részben statisztikai és mélyinterjú módszerek segítségével nyert szekunder és primer adataink elemzésével mutatjuk be a magyarországi társadalmi tér tulajdonságait és a fogyatékossg közötti néhány összefüggést. Végül, a tanulmányt összegző megállapításokkal és további lehetséges kutatási irányok felvázolásával zárjuk.

2. A fogyatékossg kritikai földrajzi vizsgálata – elméleti keretek

Tanulmányunk elméleti keretét két nagyobb részre bontjuk, amely felosztást a téma hazai újszerűsége és interdiszciplináris jellege miatt is indokoltnak látjuk. Az elsőben a fogyatékossg jelenségének különböző értelmezési módjait tekintjük át, különös tekintettel az általunk használt megközelítésre. A másodikban tanulmányunk társadalomföldrajzi előzményeit, a fogyatékossg geográfiai szemléletű vizsgálatának eddigi eredményeit, valamint a saját empirikus kutatásunkhoz kialakított elemzési keretet mutatjuk be.

2.1. A fogyatékossg értelmezési lehetőségei, különböző megközelítések

A vonatkozó szakirodalom áttekintése alapján megállapítható, hogy a fogyatékossg jelenségének lényegét igen sokféle

nézőpontból határozták már meg. Az egyes irányzatok által megfogalmazott alapelemeket általában modellek keretében strukturálják, amelyek közül többet a társadalomföldrajz is adaptált, sőt eredményeivel bővítette azokat, illetve újabbakat hozott létre (Gleeson, 1999; Wilton, Evans, 2009). Tanulmányunkban a fogyatékossg modelleket három nagyobb csoportba soroljuk: individuális, társadalmi és kulturális (bioszociális).

Az *individuális modellek* általános jellemzője, hogy a fogyatékossgot az egyén szintjéről és az adott személy jellemzőiből eredeztetik, míg a környezeti elemeknek elenyésző szerepet tulajdonítanak. Az individuális modellek közé sorolható a (bio)medikális modell, a morális vagy vallási felfogáson alapuló modell (Kaplan, 2000; Nikora et al., 2004; Shakespeare, 2006), a személyesstratégia-értelmezés (Oliver, 1990a, 1990b; Borsay, 1997), valamint a szakértői vagy rehabilitációs és a fogyasztói modellek (Kaplan, 2000; Nikora et al., 2004).

A csoporton belül a legnagyobb jelentőséggel a *medikális* vagy biomedikális modell bír, amely a fogyatékossg okát az egyén élettani, egészségügyi állapotára vezeti vissza. A kiindulási pont nem az egyéniséggel rendelkező, cselekvő, környezetével kapcsolatban álló ember, hanem testének azon részei, amelyek megjelenésükben vagy működésükben egy meghatározott standardtól számottevően eltérnek. A testi vagy mentális differenciák miatt az egyén az adott viszonyok mellett képtelen olyan tevékenységek elvégzésére, amelyek nélkülözhetetlenek a társadalom mindennapi életében. A medikális modell ezért az egyén állapotát patológiaként értékeli, és a modern egészségügyi beavatkozások és terápiás módszerek segítségével igyekszik kezelni, lényegében normalizálni (Oliver, 1990a, 1990b; Barnes, 1992; Finkelstein, 1998).

A *társadalmi modellek* a fentebb felsoroltakkal ellentétben áthelyezik a hangsúlyt az egyénről a környezetre, és a fogyatékos emberek alávett helyzetét a társadalom jellemzőivel magyarázzák. A fogyatékos-ság tehát nem egyéni tulajdonság, hanem a társadalom által előidézett jelenség. A társadalom ebben az értelemben szó szerint fogyatékosá teszi azokat, akiknek a testi/mentális képességei nem felelnek meg az általa felállított normáknak. Következésképpen nem az egyén egészségi állapota korlátozza a társadalmi részvételt, hanem a fizikai- és társadalmi-környezeti akadályok. Következésképpen fogyatékos-ságot nem lehet megszüntetni az egyén normalizációját célzó orvosi kezelésekkel; hanem a környezetet kell megváltoztatni. Élesen elkülönül tehát egymástól az egyén testi állapota, és az a hátrányos helyzet, amelyet mindennapi élete során meg tapasztal. Ha az érintettek egészségkárosodását vagy egyéb biológiai differenciáit nem is, a fogyatékos-ságot fel lehet számolni, de ehhez a modell szerint társadalmi-politikai változtatásokra van szükség (Oliver, 1990a, 1990b; Abberley, 1991; Shakespeare, Watson, 2002).

A felosztásunk szerinti harmadik nagyobb csoportba a *kulturális (bioszociális) modellek* tartoznak. A bioszociális modell az individuális és társadalmi megközelítések hiányosságaira (lásd Shakespeare, Watson, 2002; Edwards, Imrie, 2003) adott válasznak tekinthető, és a kettő egyes elemeit ötvözi. Számításba veszi az egyéni testi jellemzőket, ugyanakkor megtartja a társadalmi környezettel szembeni kritikai szemléletet (Watson, 2004; Philo, 2009). A modell ezért több újítással is rendelkezik az előzőekhez képest. Egyrészt, a korábban szinte teljesen figyelmen kívül hagyott egyéni tapasztalatok is bekerültek a vizsgálandó tényezők közé. Másrészt, a modell szerint a test egyszerre biológiai képződ-

mény és társadalmi termék. A társadalom ugyanis kategorizálja a különböző testeket, és a testek patológikus elváltozásait, amely kategorizálás pedig meghatározó a térbeli hovatartozás és kirekesztés szempontjából. Harmadrészt, jelentősen hatottak a modellre az egyéni és kollektív identitásokról szóló elméletek. Az egyének a testükön keresztül nemcsak kapcsolatot létesítenek környezetükkel, de saját testi tapasztalataik az önértékelésüket is meghatározhatják. Komplexitása és társadalomkritikai éle miatt saját empirikus kutatásunkhoz is bioszociális modellt alkalmaztunk.

A tanulmány központi fogalmának, a fogyatékos-ságnak a meghatározásakor szintén ezt a komplex szemléletet követtük. Oliver (1999) nyomán tehát fogyatékos-ságnak azt a helyzetet tekintjük, amelyben az egészségkárosodás, a testi/mentális jellemzők, illetve működés nyomán az egyén társadalmi térrel létrejött interakciója – főként a környezet jellege miatt – az illető számára hátrányos helyzetet eredményez, ez pedig identitásában és/vagy valamilyen hivatalos besorolásában is tükröződik.

2.2. A fogyatékos-ság kritikai földrajzi vizsgálatának irányzatai és a tanulmány elemzési kerete

A 20. század második felének fogyatékos-sággal kapcsolatos földrajzi kutatásai meglehetősen nagy változatosságot mutatnak. E sokszínű munkásságot számos összefoglaló jellegű folyóiratcikk, könyvfejezet és enciklopédiai szócikk tekintette már át (pl. Park et al., 1998; Hall, Kearns, 2001; Chouinard et al., 2010). Tanulmányunk szempontjából a kritikai földrajzi szemléletű vizsgálatoknak van kitéüntetett szerepe, ezért jelen alfejezetben kizárólag ezzel az irányvonallal foglalkozunk (így nem tárgyaljuk például az epidemiológiai és betegségökölógiai vagy a térbeli mobilitást pozitivisták szemlélettel vizsgáló irányzatokat).

A kritikai fogyatékos-ság-földrajzon belül több irányzat eredményeit is felhasználtuk az empirikus kutatás során nyert adatok interpretálásához. Először is, ide soroljuk a városi terek fizikai hozzáférhetőségével, a fogyatékos emberek kirekesztettségével és az építészeti apartheid (Imrie, 1996) jelenségével foglalkozó megközelítést. Alapvető gondolata, hogy az ép testű emberideál eszménye beépült a városok alakításért felelős szakmák (építészet, tervezés) és szakpolitikák gyakorlataiba, így az urbanus terek formálásakor ezek nincsenek tekintettel a fogyatékos egyének szükségleteire. Következésképpen folyamatosan újratermelik a sérült emberek számára kirekesztő városi formákat és struktúrákat. Szintén a kritikai irányzatok közé soroljuk a diskurzus és a hatalmi viszonyok jelentőségét és összefüggéseit hangsúlyozó poszt-strukturalista (pl. Kitchin, 1998), a térformáló folyamatok és a térbeli viselkedés tudattalan/tudatalatti aspektusaira koncentrálnó pszichoanalitikai (pl. Dear et al., 1997; Wilton, 1998), illetve a feminista megközelítést (pl. Moss, Dyck, 2003; Crooks, Chouinard, 2006).

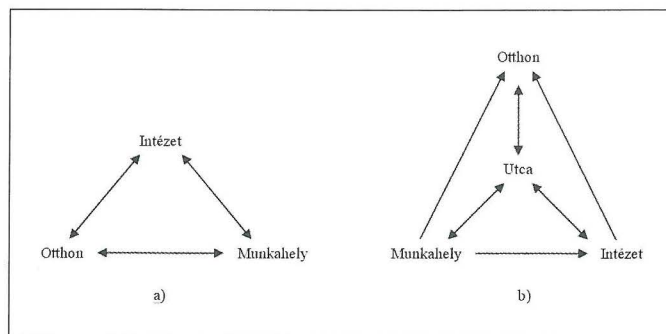
Tanulmányunk szempontjából a legnagyobb jelentőséggel a történelmi-materialista elmélet bír (Gleeson, 1999), amely a brit társadalmi modellből indul ki, és a fogyatékos-ság kialakulását a feudálisból a kapitalista termelési módba történő átmenetre vezeti vissza. Egyrészt, az elmélet szerint a kapitalista termelési technikák és az alkalmazott technológia újfajta egészségkárosodásokat teremtenek (pl. üzemi balesetek a modern gépek kezelése közben). Másrészt, azok a munkások, akik sérülés vagy velük született tulajdonságaik miatt nem rendelkeznek a modern gyáripari technológia kiszolgálásához megfelelő testi és szellemi képességekkel, és így nem tudják munkaerejüket áruba bocsátani, lényegében fogyatékosnak mi-

nősülnek. A kapitalizmusban tehát a termeléshez fűződő viszony (munkásnak lenni), a testiség (a termelés munkaformáinak elvégzéséhez) és a kategorizálás (a kapitalista standardok alapján) egy újfajta minőség, a fogyatékos-ság kialakulásához vezet.

Vizsgálatai során Gleeson (1999) arra a következtetésre jutott, hogy a kapitalizmus társadalmi tere kedvezőtlenebb helyzetbe hozza a sérült embereket, mint a feudális korszaké. Ugyanakkor mindezt összekapcsolta a települési környezet átalakulásával, az ipari forradalom nyomán meginduló urbanizálódás jelenségével. A nagyvárosi központok és régiók ugyanis kulcsszerepet töltenek be a kapitalizmus szempontjából: a tőke (valamint a munkaerő, politikai hatalom, stb.) akkumulációjának és ezzel együtt a termelési mód reprodukciójának elsődleges színterei (Harvey, 1973; Smith, 2008). A marxista nézőpont szerint a városok kialakítása is ezeknek a szerepeknek a betöltését szolgálja. Következésképpen ebben a környezetben manifesztálódik leginkább a sérült emberek képességeinek devalvációja és szükségleteinek ignorálása is.

Az empirikus vizsgálathoz használt elemzési keretünk központi eleme a fogyatékos-sággal élő ember, illetve az emberi test, amely egyszerre materiálisan megélt és diszkurzív entitás, így kapcsolatot teremt az egyéni tapasztalatok és a társadalmi környezet között. Mivel a fogyatékos-ságot a test, az egyén és a társadalmi környezet interakciója eredményének tekintjük, ezért szükségesnek tartjuk egy olyan tér-analitikai keret alkalmazását, amellyel ezek a kölcsönhatások feltérképezhetők. Jelen esetben erre a célra a Gleeson (1999) által kidolgozott négyes térfelosztás (1. ábra) módosított verziója szolgál, amelynek elemei: munkahely, otthon, intézet és utca. A módosítás után az analitikai keretünk négy résztartománya: (1) a fizetett munka-

végzés terei; (2) az intézményi tér (egészségügy); (3) a közterek és kvázi-közterek; (4) az otthon terei.



1. ábra – Az egészségkárosodás feudalizmusbeli társadalmi térnek (a) és a fogyatékos kapitalizmusbeli társadalmi térnek (b) modelljei (Gleeson, 1999 alapján, saját szerkesztés)

3. Az empirikus kutatás során alkalmazott módszerek

A tanulmány bevezetésében megfogalmazott kutatási kérdések megválaszolásához egyaránt alkalmaztunk terepközei és tereptávoli (Letenyei, 2006), kvantitatív és kvalitatív vizsgálati módszereket.

3.1. A fogyatékossgal kapcsolatos makroszintű összefüggések vizsgálatához alkalmazott módszerek

A makroszintű összefüggések feltáráshoz általunk felhasznált statisztikai módszereket három nagyobb csoportba soroltuk: leíró jellegű statisztikai számítások, lineáris korrelációs műveletek, valamint globális és lokális területi auto- és keresztkorrelációs mérések. Az elemzéseket a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) népszámlálási és a Területi Statisztikai Adatok Rendszere (T-STAR) adatainak felhasználásával két időpontra (2001, 2011), különböző területi szinteken (or-

szágos, megyei, kistérségei, települési) végeztük el, amely utóbbiak közül a tervezési-statisztikai kistérségeknek szántunk kitértetett szerepet.

A leíró statisztikai számítások keretében a magyarországi társadalmi-gazdasági jelenségek jellemzésére szolgáló mérőszámok adataiból fajlagos mutatókat számoltunk. Ez utóbbiakat a kistérségek fejlettségét mérő komplex mutató kiszámításához, valamint az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszerben (TEIR) a területi elemzések-

hez használt mérőszámok közül jelöltük ki. A kiszámolt mutatók között kitértetett szerepet szántunk az egészségkárosodással, illetve fogyatékossgal kapcsolatosaknak. 2001-re az 1000 állandó lakosra jutó, önmagukat fogyatékossgal élőknek valló emberek számát adtuk meg, 2011-re viszont nem állt rendelkezésünkre kistérségi szintre ilyen adat, így két helyettesítő változót alkalmaztunk: a súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó számát, valamint a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő népességre jutó számát.

Az egyes mutatók között ezután kiszámoltuk a lineáris (Pearson-féle) korrelációs együttható (r) értékeit. Mivel az együttható értéke alapján következtetni lehet az adatsorok közötti kapcsolat erősségére és irányára, lehetőség nyílt a fogyatékossgot jellemző és a többi választott mutató területi adatsorai közötti összefüggések feltárára. Ezeknek az információknak egyúttal fontos szerepük volt a későbbi vizsgálatok kivittelezésekor is.

Harmadik módszerként területi auto- és keresztkorrelációs számításokat alkalmaztunk. A területi autokorreláció globális és lokális Moran-féle I mérőszámát (Anselin, 1995; Tran, Yasuoka, 2001) kiszámoltuk mindhárom fentebb említett mutató esetében. Ez a módszer lehetőséget nyújt a különböző társadalmi jelenségek térbeli eloszlásában mutatkozó szabály- vagy véletlenszerűségek kimutatására (Dusek, 2004; Nemes Nagy, 2009). A területi keresztkorreláció-számítás során a fogyatékossgot leíró mutatók adatsorainak más mutatók adataival való kapcsolatát vizsgáltuk. Utóbbiakat a korábban kapott lineáris korrelációs értékek jelölték ki: azokat a mutatókat vontuk be a számításokba, amelyek a fogyatékossgra jellemző mutatóval a legmagasabb szignifikáns korrelációs értékekkel rendelkeztek.

3.2. A társadalmi tér és a települési terek vizsgálatához használt módszerek

Az ide sorolt kérdések megválaszolásához kvalitatív módszert, félig-strukturált részekkel kombinált narratív interjút alkalmaztunk. A kutatás folyamán 70 interjú keretében összesen 74 személyt szóltattunk meg, akiket két nagy csoportba soroltunk: 54 főt a „laikusok” (mind egészségkárosodott, illetve fogyatékos személyek), míg 25 főt a „szakértők” közé; emellett öt fő mind a két csoportnak tagja.

Mivel az ide vonatkozó kutatási kérdéseket elsősorban a sérült emberek szempontjából vizsgáltuk, ezért ez a csoport domináns az interjúpartnerek között. Esetükben a kiválasztási stratégia az egészségkárosodás megléte volt, amely állapot egyaránt jelenthette a hivatalos, hatóság általi diagnózis és/vagy az egyén által megtapasztalt tünetegyüttes fennállását az illetőre. A szakértői interjúk alanyai olyan szereplők voltak, akik a felmérés időpont-

jában kormányzati vagy nem-kormányzati szervezetekben betöltött vezető pozíciójuk révén jelentős tapasztalatokkal bírtak az egészségkárosodással, fogyatékossgal kapcsolatos szakpolitikai kérdésekben, így a fentebb áttekintett egészségkárosodott csoport tagjaitól némiképp eltérő nézőponttal szolgáltak.

Az interjúkat 2010. április 13. és 2012. október 2. között készítettük. A 47 darab „laikus” interjú időtartama 20 perc és 122 perc között változott, átlagos hosszuk pedig 66 perc volt. Az interjúk a következő helyszíneken zajlottak: munkahely (22 fő), lakóhely (6 fő), egészségügyi vagy szociális intézmény (6 fő), közösségi intézmény (18 fő), egyéb köztér (2 fő). A 23 darab szakértői interjú hossza 26 perc és 113 perc között változott, átlagos hosszuk 61 perc volt. Az egészségkárosodott emberekkel és a szakértőkkel készített interjúkról hangfelvételek, majd szó szerinti átiratok készültek.

3.3. Az interjúpartnerek csoportjának rövid bemutatása

Az interjúpartnerek kiválasztásánál arra törekedtünk, hogy minél több szempontból heterogén sokaság jöjjön létre. A „laikus” válaszadók között felülreprezentáltak a nők és a 40 és 59 év közötti korosztályok. Legmagasabb iskolai végzettségük: az általános iskola 8 évfolyamát nem végezte el egy fő; az általános iskola 8 évfolyamát elvégezte nyolc fő; középiskolai érettségivel rendelkezik 19 fő; egyéb középfokú végzettséggel rendelkezik 16 fő; egyetemi, főiskolai oklevéllel rendelkezik nyolc fő; egyéb felsőfokú végzettséggel rendelkezik kettő fő. Az interjúpartnerek egészségkárosodás szerinti csoportosításakor az érintettek önbevallására hagyatkoztunk, ugyanakkor nem kértük, hogy jelöljék ki az általuk elsődlegesnek tartott egészségkárosodási típust, így egy személy több kategóriába is kerülhetett. Az interjúk nagy

része Békés megyei településeken készült, mert a fogyatékos emberek területi eloszlását elemezve ebben a térségben jelentős koncentrációjuk figyelhető meg (1. táblázat).

A „szakértő” interjúpartnerek nemek szerinti megoszlása: 14 nő és 11 férfi. Közülük heten civil szervezeti képviselők, heten szociális intézményi szakemberek,

1. táblázat – Az egészségkárosodott interjúpartnerek főbb személyes adatai

Interjú sorszáma	Nem	Életkor	Családi állapot	Egészségkárosodás típusa	Interjú helyszíne
1.	N	53	Házás	Belső szervi	Puszttaotlaka
2.	F	45	Egyedülálló	Mozgássérült	Puszttaotlaka
3.	N	53	Elvált	Belső szervi	Puszttaotlaka
4.	N	53	Házás	Belső szervi, mozgássérült	Pusztaföldvár
5.	N	59	Elvált	Mentális, mozgássérült	Pusztaföldvár
6.	F	52	Egyedülálló	Belső szervi, mozgássérült	Pusztaföldvár
7.	N	44	Házás	Belső szervi, mozgássérült	Pusztaföldvár
8.	N	56	Elvált	Belső szervi, mozgássérült	Pusztaföldvár
9.	N	50–60	Elvált	Mentális	Gyomaendrőd
10.	N	54	Házás	Belső szervi, mozgássérült	Gyomaendrőd
11.	N	53	Házás	Belső szervi	Gyomaendrőd
12.	N	52	Özvegy	Belső szervi, mentális	Füzesgyarmat
13.	N	52	Házás	Mozgássérült	Füzesgyarmat
14.	F	42	Egyedülálló	Mentális	Füzesgyarmat
15.	N	54	Elvált	Belső szervi, mentális, mozgássérült	Elek
16.	N	54	Házás	Látássérült	Battonya
17.	N	54	Özvegy	Mozgássérült	Battonya
18.	N	30	Házás	Mentális	Békéscsaba
19.	F	38	Egyedülálló	Belső szervi, mozgássérült	Békéscsaba
20.	N	27	Egyedülálló	Mozgássérült	Békéscsaba
21.	F	23	Egyedülálló	Mozgássérült	Békéscsaba
22.	F	30	Házás	Mozgássérült	Békéscsaba
23.	F	58	Egyedülálló	Mozgássérült	Békéscsaba
24.	N	59	Elvált	Belső szervi, mentális, mozgássérült	Békéscsaba
25.	F	36	Egyedülálló	Látássérült	Békéscsaba
26.	F	48	Nős	Látássérült	Békéscsaba
27.	F	28	Egyedülálló	Látássérült	Békéscsaba
28.	N	33	Egyedülálló	Látássérült	Békéscsaba
29.	F	65	Nős	Látássérült	Békéscsaba

Interjú sorszáma	Nem	Életkor	Családi állapot	Egészségkárosodás típusa	Interjú helyszíne
30.	F	61	Nős	Látássérült	Békéscsaba
31.	N	45	Férjezett	Látássérült	Békéscsaba
32.	N	64	Férjezett	Hallássérült, látássérült, egyéb (cukorbetegség)	Békéscsaba
33.	F	24	Egyedülálló	Látássérült	Békéscsaba
34.	N	60	Elvált	Látássérült, mozgássérült, egyéb (alacsony testméret, 138 cm)	Békéscsaba
35.	F	36	Egyedülálló	Látássérült	Békéscsaba
36.	F	60	Nős	Mozgássérült, egyéb (cukorbetegség)	Békéscsaba
37.	N	55	Özvegy	Belső szervi, mozgássérült	Csanádapáca
38.	N	56	Elvált	Belső szervi, mozgássérült	Csanádapáca
39.	N	60	Elvált	Mentális	Csanádapáca
40.	N	45	Elvált	Belső szervi	Csanádapáca
41.	N	60–70	Férjezett	Látássérült	Békéscsaba
42.	N	43	Egyedülálló	Hallássérült	Békéscsaba
43.	F	34	Egyedülálló	Mozgássérült	Szeged
44.	N	50–60	Férjezett	Mozgássérült	Szeged
45.	N	59	Özvegy	Belső szervi, mozgássérült, egyéb (magas koleszterinszint)	Hódmezővásárhely
46.	F	40	Egyedülálló	Mozgássérült, egyéb (magas vérnyomás)	Hódmezővásárhely
47.	N	55	Élettársi Kapcsolat	Mentális, mozgássérült	Hódmezővásárhely
48.	N	46	Elvált	Belső szervi, mentális, mozgássérült	Hódmezővásárhely
49.	N	59	Férjezett	Belső szervi, mentális, mozgássérült	Hódmezővásárhely
50.	F	60–65	Nős	Belső szervi, mentális	Hódmezővásárhely
51.	F	50–60	Nős	Mozgássérült	Budapest
52.	N	30	Egyedülálló	Mozgássérült	Budapest
53.	N	42	Elvált	Látássérült	Budapest
54.	N	56	Elvált	Mentális, mozgássérült	Budapest

hatan közpolitikai szereplők, öten munkáltatók (közülük 4 fő védett foglalkoztatás céljára létrehozott vállalat képviselője). A 25 fő szakértő közül hetet a szociális, ötöt a vállalati, nyolcat a civil, ötöt pedig a közpolitikai szférába soroltunk. A szakértői interjúpartnerek szervezeteinek székhelyei az alábbi településeken találhatók: Battonya (1 fő), Békés (4 fő), Békéscsaba (2 fő), Budapest (3 fő), Csanádapáca (2 fő), Dóc (1 fő), Elek (1 fő), Füzesgyarmat (1 fő), Gerendás (1 fő), Gyomaendrőd (2

fő), Gyula (1 fő), Pusztaföldvár (3 fő), Puszttaotlaka (3 fő).

4. A fogyatékoság társadalmi terének vizsgálata Magyarországon

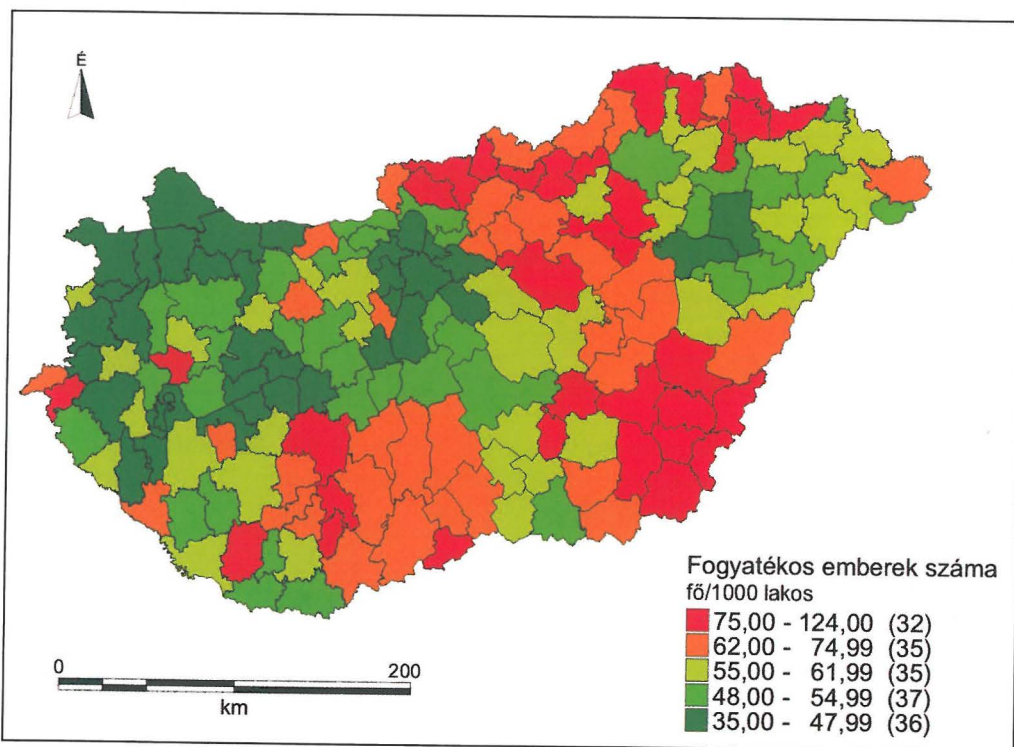
4.1. Makroszintű összefüggések

A makroszintű összefüggések elemzését arra a feltevésre alapoztuk, hogy a fogya-

tékos, illetve egészségkárosodott emberek eloszlása és a gazdasági fejlettség területi mintázatai között statisztikailag is kimutatható összefüggés áll fenn. A korábbi nemzetközi vizsgálatok ugyanis rávilágítottak arra a globális összefüggésre, amely szerint a fogyatékosokkal élő személyek között felülreprezentáltak a szegénység által érintettek, és a fogyatékos emberek többsége fejlődő országokban él (Abberley, 1987; Davis, 2001; Braithwaite, Mont, 2009).

A 2001. és 2011. évi adatok térképezése és a területi autokorrelációs vizsgálatok alapján a fogyatékos, illetve egészségkárosodott emberek területi eloszlásában számottevő koncentráció figyelhető meg. Az előbbi időpontra a választott mutató az önmagukat fogyatékosnak vallók népességben belüli aránya (2. ábra), az érintett

népesség területi eloszlásának fontosabb jellemzői pedig a következők. Egyrészt, az északnyugati országrész (Budapest és a Balaton vonalától északnyugatra fekvő terület) kistérségeinek többségében viszonylag alacsony a fogyatékos emberek aránya, és csupán szigetszerűen fordul elő néhány magasabb értékkel jellemezhető mikrorégió. Jellemzően az ország legversenyképesebb kistérségeiben – Budapest és agglomerációja, a Balaton környéke, Győr-Moson-Sopron megye – a legalacsonyabbak a mutató értékei. Másrészt, a 2000-es évek országos szintű területi elemzéseiben gyakran emlegetett BB-vonal (Balassagyarmat–Békéscsaba) a fogyatékos személyek eloszlásában is tükröződik. Mindazonáltal, ettől a képzeletbeli vonaltól keletre fekvő országrészen belül jelen-

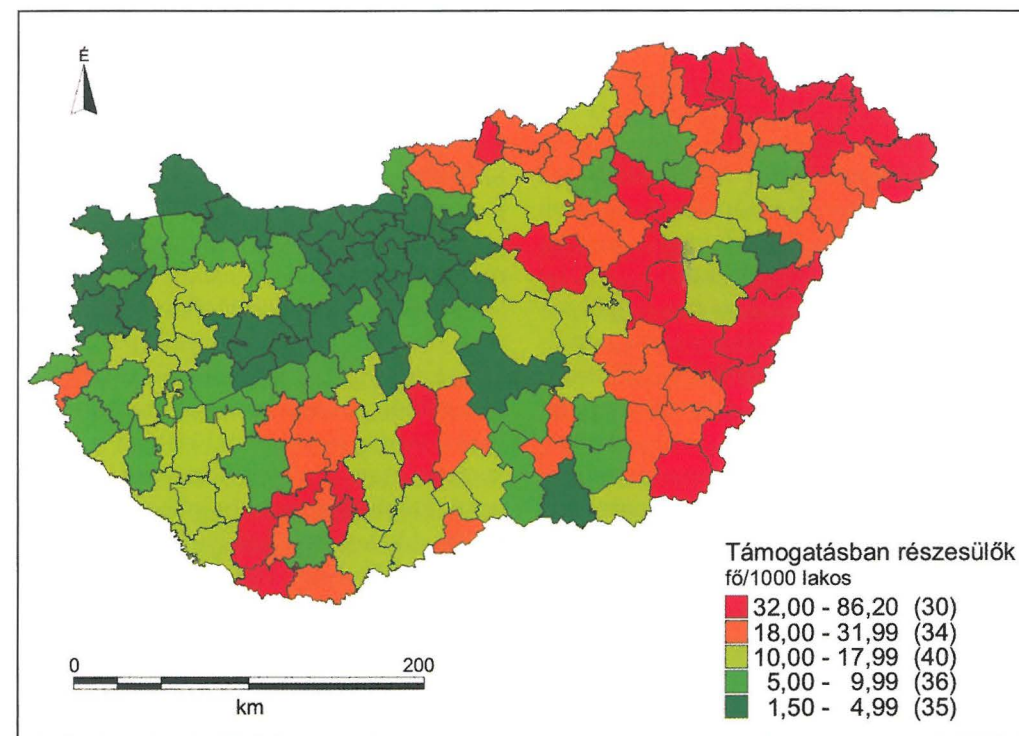


2. ábra – Az önmagukat fogyatékosokkal élőknek vallók 1000 fő állandó népességre jutó átlagos száma kistérségenként (175), 2001 (KSH adatai alapján, saját számítás és szerkesztés)

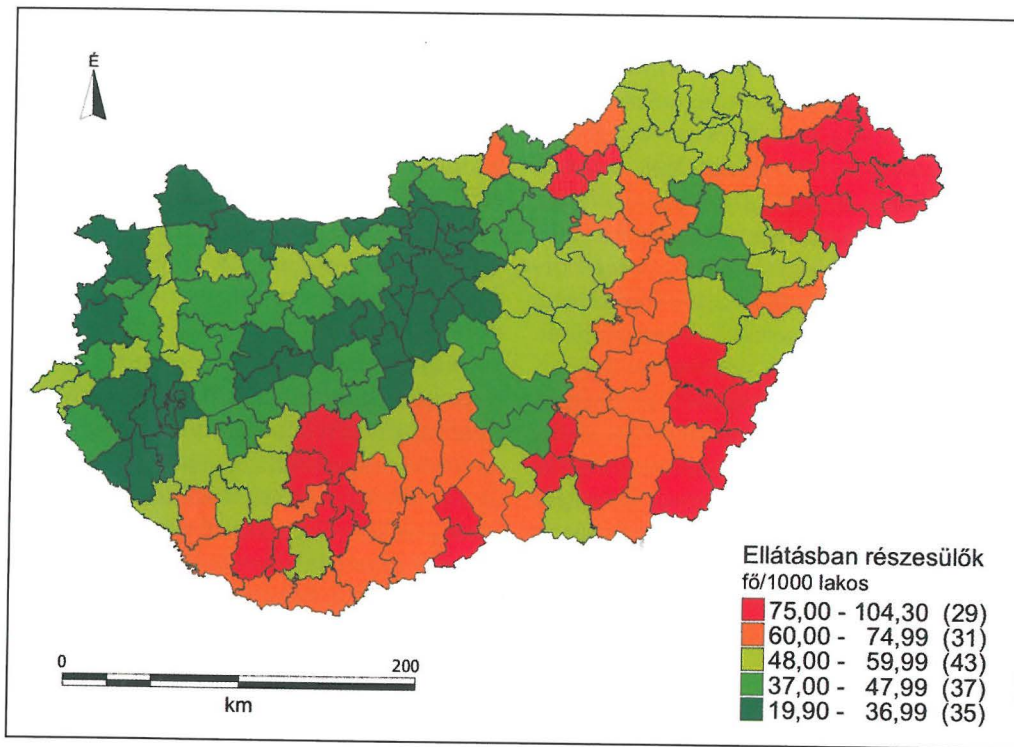
tős különbségek figyelhetők meg. Békés megye, a Közép-Tisza-vidék és az Északmagyarországi régió határmenti kistérségei például igen magas értékekkel rendelkeznek, jelentős kontrasztban Hajdú-Bihar megye északi és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye nyugati részével. Továbbá, a megyei jogú városok értékei eltérnek a környező kistérségektől, hiszen Békéscsaba és Salgótarján kivételével alacsonyabbak azoknál. Végül, a déli országrész, vagyis a fenti két területen kívül eső kistérségek, meglehetősen mozaikos területi mintázatot mutatnak. Végeredményben megállapítható, hogy az érintett népesség eloszlása számottevő hasonlóságot mutat a gazdasági fejlettség 1990-es évek végén és 2000-es évek elején jellemző területi szerkezetével (utóbbiról lásd pl. Faluvégi, 2004; Kovács,

2004; Csité, Németh, 2007; Timár, 2007).

Az egészségkárosodottság 2011. évi térszerkezete nagymértékben hasonlít a fogyatékosok 2001-es mintázatához, azonban a fentebb említett három nagy területi egység (északnyugati, keleti és déli országrészek) már nem minden esetben rajzolódik ki olyan markánsan (3. és 4. ábra). Az északnyugati területeken mind a mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában, mind a rokkantsági és rehabilitációs járadékban részesülők aránya viszonylag alacsony. A legkisebb értékekkel rendelkező kistérségek továbbra is a budapesti agglomerációban, a Balaton térségében és a Dunántúl északi és északnyugati részén találhatók. Emellett azonban megfigyelhető, hogy a budapesti agglomerációból kiindulva az alacsony aránnyal



3. ábra – A súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népségre jutó átlagos száma kistérségenként (175), 2011 (KSH adatai alapján, saját számítás és szerkesztés)



4. ábra – A rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő állandó népességre jutó átlagos száma kistérségenként (175), 2011 (KSH adatai alapján, saját számítás és szerkesztés)

bíró kistérségek elhelyezkedése hasonlít a 2011-ben meglévő autópálya-szakaszok (M3, M5, M6, M7) nyomvonalaihoz, illetve az ország – korábbi kutatások által megállapított – fő urbanizációs tengelyeinek (Krajtkó, 1982) és innovációs zónáinak (Rechnitzer, 1993) futásához. A keleti és déli országrészben ugyanakkor némi eltérés mutatkozik a 2001. évihez képest az egészségkárosodott népesség területi eloszlásában. A leginkább szembetűnő hasonlóságot a magas értékekkel bíró kistérségek jelentik egyrészt Békés megye teljes területén, másrészt Baranya megye északi részén. Emellett a két térség mellett mindkét mutató esetében érdemes megemlíteni Szabolcs-Szatmár-Bereg megye magasabb értékeit.

A két mutató területi mintázatában jelentős eltérések is megfigyelhetők. Ilyen

különbség mutatkozik például a megyei jogú városok kistérségeinek helyzetében: míg a mozgáskorlátozottak támogatásában részesülők arányánál ezek közül a települések közül mindegyik kitűnik kisebb értékével a környező kistérségekhez képest, addig a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők aránya bizonyos területeken (békéscsabai, nyíregyházi kistérségek) hasonlóan magas, mint a környező kistérségeké. Előbbi ugyanakkor jobban kirajzolja az északkeleti és keleti határ menti külső és a Felső-Tisza-vidéki belső perifériát is, az utóbbi viszont inkább a déli országrészre koncentrálódik (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye kivételével).

A 2001. és 2011. évekre vizsgált három mutató térszerkezetét egymással összehasonlítva kirajzolódik a fogyatékosokra, illetve egészségkárosodásra jellemző

térszerkezet. Ez a térszerkezet több elemében is jelentősen hasonlít az ország társadalmi-gazdasági fejlettségbeli képéhez. Egyrészt az északnyugati országrész kistérségei a 2001-es és a 2011-es állapot szerint is szinte homogén módon alacsony értékekkel bírnak; kivételt csak néhány, többnyire a Veszprém és Vas megyék határán elhelyezkedő belső perifériához tartozó kistérség képez. Ezzel szemben az olyan – többnyire a perifériához sorolt – kistérségekben, mint az északi, északkeleti, keleti és délkeleti határ mentén vagy a Közép-Tisza-vidéken elhelyezkedők a fogyatékos és egészségkárosodott embereknek az észak-dunántúlinál lényegesen magasabb aránya figyelhető meg.

A fogyatékoság térszerkezetének és a különböző egyéb fejlettségi mutatók térszerkezeteinek összevetése megerősíti a fogyatékoság és a gazdasági fejlettség közötti fenti összefüggést. A lineáris korrelációs együttható kiszámítása a mutatók többsége esetében 0,01-nél nem magasabb szignifikanciaszintet eredményezett. A szignifikáns értékekről általánosságban elmondható, hogy az úgynevezett pozitív jelentéstartamú mutatók (pl. 1000 lakosra jutó személygépkocsi száma) adatsoraival negatív lineáris kapcsolat, míg a társadalmi fejlettség szempontjából rendszerint negatívnak értékelt mutatók (pl. munkanélküliségi ráta) adatsoraival pozitív kapcsolat áll fenn. A 2001. évre a fogyatékosággal élők számával a legszorosabb pozitív korrelációt az egészségügyi és szociális szférához, valamint a foglalkoztatáshoz kapcsolódó, a legszorosabb negatív korrelációt a gazdasági (főként vállalalkozási), a demográfiai és a lakáshelyzettel kapcsolatos adatok mutatták. A 2011. évi adatokat illetően a pozitív korrelációs együtthatók között növekedett a foglalkoztatással kapcsolatos mutatók jelentősége, de az egészségügyi és szociális jellegűek nagyjából megtartották pozíciójukat. A ne-

gatív előjelű együtthatóknál a demográfiai és lakásmutatók mellett megjelentek az infrastruktúrális jellegűek is. A területi kereszt-korrelációs számítások alapján a 2001. évre pozitív kapcsolat adódott a fogyatékosággal élők aránya, valamint a munkanélküliek és a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők aránya között. Következésképpen a fogyatékos emberek magas arányával jellemezhető kistérségekkel szomszédos kistérségekben magas munkanélküliségi ráta és a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők magas aránya jellemző, és viszont. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy viszonylag alacsony értékekről van szó (egyik sem nagyobb 0,4-nél), és hogy ezek az értékek alacsonyabbak, mint a fogyatékosággal élők aránya területi autokorreláltságának mértéke. A 2011. évi adatsorokra még a fentihez hasonló gyenge-közepes kereszt-korreláció sem mutatható ki, annak ellenére, hogy Pearson-féle korreláció erősebb volt, mint a 2001-es adatsorok esetében.

A kvantitatív vizsgálat alapján több megállapítás megalapozottnak tűnik az egészségkárosodás és a fogyatékoság térszerkezetére vonatkozóan. Először is, a két jelenség regionális mintázatai hasonlóan egymásra, ami a fogyatékoság, az egészségi állapot és a szociális ellátások allokációjának kölcsönös térbeli összefüggésére utal. Másodszor, amennyiben a proxy-változókat tökéletes helyettesítőnek tekintjük, a térszerkezeteik némi időbeli tartósságot is mutatnak, hiszen egyes (pozitív és negatív) gócpontjaik, mint a budapesti agglomerációs vagy a Békés megyei, mindkét időpontban markánsan jelen voltak. Harmadszor, koncentrációs térségeik elhelyezkedése jelentős átfedést mutat az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége szempontjából periférikus térségekkel, ezzel a fogyatékoság gazdasági meghatározottságát sugallva. Ez utóbbi állítást támasztják alá a lineáris korrelációs együtthatók is.

4.2. A fogyatékos társadalmi terének magyarországi jellemzői az interjú felmérés alapján

A következőkben az interjú felmérés alapján a fogyatékos társadalmi tér jellemzőit. A fejezetet az analitikai keret ismertetésekor megadott térfelosztás kategóriái szerint tagoljuk: a fizetett munkavégzés terei; intézményi terek; közterek és kvázi-közterek; az otthon terei.

4.2.1. A fizetett munkavégzés terei

Gleeson (1999) modelljében a munkahely a fogyatékos társadalmi tér elsődleges centrifugális csomópontja. A fizetett munkavégzés szférája azonban nem homogén, hanem több alszférára osztható, amelyek egyes térbeli jellemzőikben számottevően eltérhetnek egymástól. Kutatásaink alapján két ilyen alszférát tartunk fontosnak kiemelni: a nyílt munkaerőpiacét és a védett (szociális) foglalkoztatását.

Az interjúpartnerek tapasztalatai szerint a nyílt munkaerőpiacon általános a sérült emberek marginalizációja, amely jelenség több tényezőre vezethető vissza. Az egyik ok a munkavégzés tereinek és helyeinek fizikai és társadalmi struktúrája. Egyrészt, a munkavégzés valamennyi történelmi korszakban rendelkezik bizonyos technikai-technológiai háttérrel, és ez a jellemzője a posztindusztriális gazdaságban hasonlóképpen hátrányos helyzetet eredményezhet, mint a korai kapitalizmus gyáripari egységeiben.

„...én nagyon szerettem a kereskedelemben dolgozni, és hogy hát ezt nem tudtam megcsinálni, vagy nem tudtam ebbe dolgozni, mert ugye egyre több odafigyelést igényelt, mert ugye a pénztárgép is, akkor ezek, amit kidobott a számlák is ugye, nyomtatók által, tehát még halványabb volt, és ezeket én már nem tudtam” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31 (Az interjú idézetek után minden esetben

az adott interjúalanyunk az 1. táblázatban látható sorszámát írtuk.)).

Másrészt, a fizikai kialakításhoz hasonló fontosságú a társadalmi struktúra, vagyis az a forma, amely a munkavégzés egyes gyakorlatainak, folyamatainak belső rendjét és ezek egymáshoz való viszonyát meghatározza. A kapitalista termelésre többnyire a szigorú tér- és időbeli ütemezés jellemző, olyan standardokat létrehozva, amelyeknek a sérült személyek jelentős része nem, vagy csak segédeszközökkel képes megfelelni.

„...az az igazság, hogy nyolc órát már nem tudok dolgozni. Elfáradok. Tehát a műszakolást már nem bírom vállalni” (egészségkárosodással élő interjúpartner 12).

Szintén fontos szempontként merült fel a munkáltatók sérült emberekkel kapcsolatos attitűdje. Bár egyes kutatások szerint Magyarországon a vállalati szféra egyes képviselői alapvetően pozitívan viszonyulnak a fogyatékos személyek foglalkoztatásához (Mészáros, Várhalmi, 2011), az interjúpartnerek gyakran említették problémaként a munkáltatók diszkriminatív magatartását.

„...ha elmész valahova egy beszélgetésre, és már azt látják, hogy bottal közlekedsz, akkor az már egy kizáró dolog, azt gondolom. Az azért nem egy helyen volt, nem kettőn” (egészségkárosodással élő interjúpartner 35).

A munkahelyeknek, a munkavégzés tereinek tehát számos eleme akadályként értékelhető, amelyek a sérült embereket és segítőiket különféle válaszreakciókra készítetik. Egyes megoldások ennek a környezetnek az átstrukturálását célozzák, míg mások inkább az alkalmazkodás mellett döntenek.

A nyílt munkaerőpiacon tapasztalt nehézségek hatással vannak egyrészt az interjúpartnerek önértékelésére, másrészt arra, milyen jelentést tulajdonítanak a munkahelynek. Ebből a szempontból több minta

is megfigyelhető az érintettek körében, amelyek egy része pozitív, felszabadító jellegű, míg mások negatívak, a fogyatékos jelleget erősítők. Egyrészt, mivel a foglalkozás az egyik legfontosabb egzisztenciaképző tényező, megszűnése törést okozhat a korábbi, munkahelyhez köthető identitásban. Másrészt, egyesek saját egészségi állapotuknak tulajdonítják a munkavégzésre való alkalmatlanságot, míg a környezet szerepét többnyire alulértékelik, ami alighanem a medikális modell hatása. A fizetett munkavégzéssel kapcsolatban ugyanakkor pozitív képek is kialakulhatnak, mind az egyén önértékelését, mind a munkahelyet illetően. Az interjúpartnerek között például volt olyan, aki a környezet elnyomó jellegével szemben annak magas fokú adaptációs képességét emelte ki.

„Én egy kezemen meg tudom számolni, hogy hány olyan hely volt, ahova nem tudtam bemenni dolgozni. Sőt, hogyha ők engem akartak, akkor elintézték, hogy be tudjak menni dolgozni. Tehát ez számomra nem kifogás, amikor a mozgássérülteket mondják. Vagy bármilyen fogyatékos, hogy azért, mert nincsen számára megfelelő hely. Van” (egészségkárosodással élő interjúpartner 52).

Az elsődleges munkaerőpiacon való marginalizálódást a sérült emberek egy csoportja számára ellensúlyozhatja, ha sikerül a védett (vagy szociális) foglalkoztatás szférájában elhelyezkedni. A nyílt munkaerőpiacon ellentétben ezeken a munkahelyeken alapkövetelmény, hogy azok fizikai és társadalmi struktúrája ne a kapitalista termelés standardjait kövesse, hanem az egészségkárosodott személyek munkavégzéséhez teremtsen megfelelő tereket. Az interjúpartnerek körében is gyakori tapasztalat, hogy az egyének feladatainak és a munka ütemének kialakításánál is elsősorban az ő testi adottságaikat veszik figyelembe, vagyis a szociális munkahelyek

alapvetően felszabadító és nem elnyomó jellegűek.

A fenti megállapítással azonban nem minden megkérdéztett értett egyet. Többen arról számoltak be, hogy az adott munkahelyen a termelés jellege hasonló a nyílt munkaerőpiac profitorientált vállalatainál jellemzőhöz. Továbbá, a védett foglalkoztatás keretében többnyire alacsony végzettséget igénylő, könnyű fizikai munkát végeznek az érintettek, és egyes interjúpartnerek szerint a jelentős szellemi kihívás hiánya akár képességvesztést is eredményezhet. Az ilyen tapasztalatok a szociális foglalkoztatás (és földrajzi aspektusai) kritikai vizsgálatának szükségességére hívják fel a figyelmet.

Az interjúpartnerek közül mindazonáltal többen úgy vélték, hogy a szociális foglalkoztatók és az ott végzett munka jelentős pozitív hatásokkal bírnak. Ezek közül a legfontosabbak: (1) az érintettek materiális életkörülményeire gyakorolt hatás a munkabéren keresztül; (2) a szocializációs, társadalmi kapcsolatokat erősítő, és mindennapi rutinra gyakorolt hatás; (3) a pszichológiai, vagy „terápiás” hatás (lásd erről még Gyetvai, 2010). A jövedelem révén például a munkavégzés hatással van a háztartásra, mivel nagyobb kontrollt biztosít az egyén számára az otthoni környezet felett (pl. fogyasztási cikkek vásárlása, a lakás átalakítási munkálatai). Szintén ilyen vonzat a napi rutinnak, vagyis a térbeli viselkedési mintáknak és térpályáknak az átalakulása. A munkahelynek jelentős pszichológiai hatása is van, hiszen a foglalkoztatottak közül többeknek számottevően javult a kedélyállapota, és csökkent a depresszióra való hajlama. Ezek a hatások pedig befolyásolják azt, miként értékelik az egyének a saját állapotukat és a fizetett munka tereit. A szociális foglalkoztatásban való részvétel például többeknél egy kollektív (pozitív) egészségkárosodott-identitás kifejlődését segítette elő.

4.2.2. Intézményi terek

Az intézményi terek alrendszerbe soroljuk a súlyosan egészségkárosodott emberek ellátását/rehabilitációját végző „speciális” zárt ellátási egységek mellett általában az egészségügyi és szociális ellátás tereit is, amelyek együtt alkotják az intézményi szféra komplex társadalmi terét (Manion, Flowerdew, 1982). Gleeson (1999) modellje szerint az intézmény a fogyatékos társadalmi terének elsődleges centripetális csomópontja. Ennek megfelelően az interjúk során felmerülő egyik gyakori téma az egészségügy megváltozott jelentősége az érintettek térbeli viselkedésében. Ez a változás általában azzal jár együtt, hogy az egészségkárosodás kialakulásával lényegesen több időt töltenek az egészségügy tereiben, mint a társadalom „ép” tagjai.

„Így hát azóta élem a rokkantnyugdíjasok életét. Volt több műtét. Szürke hályog műtét mind a két szememen, zöld hályog műtét. ... És ez a betegség olyan, hogy általában begyullad a szemem, akkor hetente kell járnom Szegedre. Ha rendben van, akkor havonta szoktam járni...” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31).

Az intézményi terekkel szemben alapvető elvárás, hogy fizikai és társadalmi struktúrájuk ne hozza hátrányos helyzetbe az egészségkárosodással élőket, ám ennek ellenére az akadályok mind a mai napig problémát okoznak ebben a szférában. A fizikai akadályok témája az intézményi terekkel kapcsolatban ritkán ugyan, de előfordult az interjúk során. A megkérdezettek említettek problémákat egészségügyi intézmények megközelíthetőségével és belső elrendezésével kapcsolatban is.

A fizikai kialakításon túl az intézményi tér társadalmi struktúrájára többnyire a hierarchikus rend és az egyenlőtlen hatalmi viszonyok jellemzők (Crooks, Chouinard, 2006; Crooks et al., 2008). Ebben a helyzetben rendszerint az egészségügyi szakember

a domináns, hatalmat birtokló és gyakorló, míg az egészségügyi ellátást igénybe vevő az alárendelt személy. Az interjúpartnerek több ízben is említettek olyan szituációkat, amelyekben az egészségügyi szakemberek nem kezelték őket egyenlő félként. Sőt, mint az alábbi idézetből is látszik, bizonyos esetekben az egészségügyi szféra szereplői maguk is hozzájárulnak a „kiszolgáltatott, gondoskodásra szoruló” fogyatékos ember képének konstrukciójához.

„És azt kellett tapasztalnom, hogy mivel kerekesszékesként vittek be, ők elkönnyvelték, hogy én otthon élek a szüleimmel, hogy nem dolgozom, hogy segítségre van mindenben szükségem, és igazából nem tekintettek partnernek” (egészségkárosodással élő interjúpartner 52).

A hatalmi viszonyok azonban igen diffúzak, és bizonyos feltételek mellett gyorsan változhatnak (Crooks, Chouinard, 2006). Ilyen változások eléréséhez az eredetileg alárendelt helyzetben lévő személyek különböző erőforrásokat alkalmazhatnak: pénzügyi eszközöket felhasználva, vagy a saját állapotukról és a lehetséges kezelési módokról szerzett tudás vagy társadalmi kapcsolatok segítségével érik el, hogy a kezeléseikben a hierarchikus döntéshozatal helyett a kooperáció kerüljön előtérbe. A változás egyfajta kiegyenlítődést hozhat, sőt, a páciensek bizonyos esetekben domináns pozícióba is kerülhetnek az orvos-beteg interakciók során.

Az intézményi szférában folytatott tevékenységek kapcsán érdemes kiemelni az intézménynek az interjúpartnerek térbeli aktivitását módosító hatását. Az interjúk során például gyakori motívumként jelentkezett az intézményi szférában töltött idő növekedése. Ez nemcsak az érintettek aktivitásának tér- és időbeli mintázatában idéző változásokat, hanem jelentős hatással lehet a materiális életkörülményeikre is. Ilyen hatás például a gyógyszerek, gyógyá-

szati segédeszközök fokozott használata (amely gyakran jelent meg az interjúkban), vagy a megnövekedett mobilitási igény.

Az intézmény nem csupán azért kulcsfontosságú csomópont a fogyatékos társadalmi térben, mert az egészségkárosodott emberek szignifikánsan több időt töltenek benne. Az egészségügy ugyanis egyben a kategorizálás, ezzel együtt pedig a fogyatékoság termelésének/konstrukciójának elsődleges színtere is (lásd pl. Crooks, Chouinard, 2006; Crooks et al., 2008). Az intézményi szférára jellemző hatalmi viszonyok fluiditását mutatja, hogy azok az intézményi egységeken kívül is hatást gyakorolnak a sérült emberek – sőt, hozzátartozóik – mindennapi életére. Nemcsak materiális életkörülményeiket (pl. a szociális ellátások miatt), hanem önértékelésüket, identitásukat is számottevően befolyásolják.

„Hát, én inkább betegnek mondom magamat, ugyanis rokkantnyugdíjas vagyok, másodfokú rokkant kilencvenhat óta” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

4.2.3. Közterek és kvázi közterek

Gleeson (1999) modelljében utcának (*street*) nevezi a közterek szféráját, amely a korabeli források alapján a kapitalista termelési mód kialakulásával igen frekvenciálttá vált az egészségkárosodott emberek életében. Ez a fejlemény egyaránt lehetett a kirekesztésnek és az intézményekbe való elzárás elkerülésének következménye. Bár az eredeti leírás a korai kapitalista városi térre vonatkozik, és az azóta eltelt idő alatt a közterek jellege némiképp átalakult, napjainkban is felfedezhetők ellentmondások ezzel a szférával kapcsolatban.

A sérült emberek alávetettségének egyik legfontosabb előidézője ugyanis a köz- és kvázi-közterek fizikai és társadalmi struktúrája (Hahn, 1986; Butler, Bowlby, 1997). A hozzáférhetőség érdekében hozott

magyarországi intézkedések – és az eddigi eredmények – ellenére az interjúpartnerek körében gyakran kerültek szóba az épített környezet olyan elemei, amelyeket a társadalom többsége valószínűleg természetesnek tart, azonban a megkérdezettek egy része számára akadályokat jelentenek, amelyek negatívan befolyásolják mindennapi életüket.

„...a kis lelépések, meg van az a szegély, útszegély. Akkor ha olyan jelzőtábla van, hogy nem mondja be, akkor az ugye nagyon oda kell figyelni... ha egy, mit tudom én, van valami kis gödörke, akkor azt lehet, hogy nem látom, akkor belemegyek. Volt már, amikor el is estem, kificamodott a lábam. Meg ha rosszabbul látok, nem ez a fotocellás ajtó van, hanem nekem kell kinyitni az üvegajtót, van, amikor neki mentem, mert nem láttam, hogy ott van üvegajtó” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31).

A köz- és kvázi-közterek fizikai és társadalmi struktúrája tehát számos esetben nem felel meg a sérült emberek szükségleteinek. Az akadályok miatt egyes területek különleges jelentést kaphatnak; olyan helyek konstrukcióját eredményezve, amelyek jellegükönél fogva távol tarthatják az egészségkárosodott személyeket. A helyeknek ez a szabályozó funkciója (Cresswell, 1996) az interjúk során is felmerült.

„...ott nem érzem magam biztonságban, ott menni a vágányok közt, meg hanyadik vágány, meg hogy ide-oda, itt-ott átszállás, tehát nem is, egyedül életemben nem is közlekedtem vonattal” (egészségkárosodással élő interjúpartner 27).

Azonban a lokalitás szerepe más szempontból is jelentős a sérült emberek számára: a jól ismert környezet megkönnyíti a térbeli tevékenységek kivitelezését (pl. tájékozódást), ami növelheti az érintettek önbizalmát, pozitív képet alakítva ki az adott helyről.

„...ha megyek busszal valahova, akkor azért már annyira ismerem a várost, – hiába nem vagyok csabai – hogy tudom, hogy hova tartok; tudom, hogy hol kell leszálni; vagy tudom azt, hogy mennyit megy a busz, akkor hol kell leszálni, meg úgy nagy vonalakban azért csak föl ismerem, hogy hol vagyok” (egészségkárosodással élő interjúpartner 27).

A közterekben folytatott tevékenységekkel kapcsolatban a társadalmi interakciónak fontos szerepe lehet a sérült emberek megélt tapasztalatai szempontjából (Butler, Bowlby, 1997). Az interjúk alapján a találkozások alkalmával egyaránt fontos az egészségkárosodás láthatósága, a sérült egyén gesztikulációja, illetve a fogyatékos-sággal kapcsolatos társadalmi előítéletek.

„...leszólítok valakit, akkor lassan, artikuláltan kezd velem beszélni, mint egy értelmi fogyatékos. Na, most nem tudom, szépen hogy mondják ezt. És ez úgy kicsit kellemetlen tud lenni, mert nem számolnak velem, hogy én csak fizikailag nem látok” (egészségkárosodással élő interjúpartner 35).

Az egészségkárosodás nyilvánosságra hozatalának szintén hatása lehet az interakciók jellegére. Ehhez nem szükséges hivatalos diagnózis; sokszor elég, ha az illető elismeri és környezete tudomására adja, hogy egészségkárosodott és/vagy fogyatékos. Az interjúpartnerek egy része is arról számolt be, hogy a környezetük irántuk tanúsított hozzáállása jelentősen megváltozott, miután bizonyossá vált egészségkárosodott állapotuk.

„Akkor veszélyesebb, hogyha olyan sors-társak vannak, akik sajnos nem veszik a kezükbe a fehér botot. Nem jelzik, hogy rosszul látnak, és akkor bizony azért oda-odamondogatnak nekik. Ennekem mivel fehér bottal vagyok, így nem, sőt inkább még előzékenyebbek, meg túlságosan is vigyáznak” (egészségkárosodással élő interjúpartner 26).

A fentihez hasonló tapasztalatoknak ket-tős hatása lehet. Egyrészt, növelhetik a sérült emberek kiszolgáltatottságát, mivel segítségére szoruló, nem pedig nagyobb fokú önállóságra törekvő egyénekként szocializálják őket. Másrészt, az egészségkárosodás vállalása fontos lépés lehet egy pozitív fogyatékos identitás kialakítása felé.

4.2.4. Az otthon terei

Az otthon kulcsfontosságú csomópontnak számít a fogyatékos társadalmi terében. A történelmi materialista szemlélet szerint az ipari kapitalizmus kibontakozásával az otthon és a munkahely éles térbeli elkülönülése, illetve a termelésből való kirekesztődés miatt sokak számára megnőtt a társadalmi tér más részeinek jelentősége, bár nem feltétlenül azonos módon: míg egyesek mindennapi életében az intézményi tér vagy a közterek lettek frekvenciatabbak, addig mások számára az otthon vált fontosabbá (Gleeson, 1999).

Az otthon meglehetősen ellentmondásos helyként értékelhető, hiszen egyaránt lehet a személyes szabadság és biztonság, valamint a bezártság és társadalmi izoláció színtere (Gilderbloom, Rosentraub, 1990; Dyck, 1995; Gleeson, 1999). Az interjúpartnerek közül is többen alátámasztották ezt. Esetükben tehát gyakori, hogy jelentősen megnövekszik az otthoni környezetben töltött idő nagysága a mindennapi térhasználat során, ami nem szükségszerűen pozitív jelenség. Bizonyos esetekben ugyanis egy tartós társadalmi kirekesztődés okáról és okozatáról van szó.

Szintén érdemes megemlíteni az egyének állapotváltozásainak mobilitásukra gyakorolt következményeit. A megkérdezettek között ugyanis olyanok is vannak, akiknek az egészségkárosodása időközönként súlyos tünetekkel jár. Ezek a tünetek gyakorlatilag lehetetlenné teszik számukra, hogy önállóan elhagyják otthonukat.

„Tehát akkor előfordul, hogy akár két hetet is otthon vagyok. Vagy mondom, hogy ha van egy ilyen, hogy hat hétig szinte meg se tud mozdulni az ember a gerincére...” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

Az interjúpartnerek egy csoportja esetében tehát igen markánsná vált az otthoni jelenlét, amiből arra következtethetünk, hogy számukra a térnek ez a csomópontja fontosabb szerepet tölt be, mint a társadalmi átlag esetében. Ezért is lényeges, hogy milyen az otthoni környezet, amelyben élnek, és ők maguk miként formálják azt.

Az otthon alapvető eleme a legtöbbször fizikailag is lehatárolható lakás, annak struktúrájával, berendezéseivel együtt. Az interjúpartnerek elmondásai alapján az otthoni térben számos akadály azonosítható, de a lakások fizikai felépítése változó mértékben korlátozza a megkérdezetteket. Egyik csoportjukat azok alkotják, akik szerint a fizikai organizáció lényegében nem gátolja őket hétköznapi életvitelükben. A lakások standardizált, ép-testű emberekre szabott kialakítása ugyanakkor különösen szembe-tűnő olyan interjúpartnerek esetében, akiknek közelmúltbeli állapotváltozásuk után még nem sikerült átstrukturálniuk otthoni területet.

„Hát végül is a fürdőszoba... mögötte az ablak alatt van a WC, és hát olyan keskeny a WC-hez a bejárat, hogy csak így kicsit olyan féloldalasan. Hát eddig, amíg egészséges az ember, kicsit elfordul, simán be tud menni, de most már ugye mankóval, járókerettel, bottal elég veszélyes féloldalazni, egy lábbal pláne” (egészségkárosodással élő interjúpartner 36).

A fenti idézet is jól példázza, hogy az otthoni környezet milyen rövid idő alatt válhat a hétköznapi rutint támogató materiális keretből egy alapvetően akadályokkal teli, olykor ellenséges tereppé.

A test és az otthoni környezet kapcsolatának változásai hatással vannak az egész-

ségkárosodott egyének által folytatott tevékenységek jellegére. Az interjúalanyok egyik csoportja szerint életvitelük átlagosnak mondható, míg mások a saját állapotuktól és a lakás jellegétől függően különböző nehézségekkel szembesülnek. A test és az otthoni környezet kapcsolatának megváltozása pedig az érintetteket többnyire válaszlépésekre ösztönzi. Ezek a lépések egyaránt jelenthetik a lakás és környezete fizikai átstrukturálását, a mindennapi rutinnak és tevékenységeknek a megváltoztatását vagy a megváltozott körülményekhez történő érzelmi alkalmazkodást.

„...úgy veszem észre, hogy nem sok időm van, egy-két év, és akkor teljes fekete vak leszek. Fel vagyok rá készülve, tudok róla. Sőt, elgondoltam is, hogy hamarabb bekövetkezik. Hát, most hatvanöt leszek, és akkor úgy gondoltam, hogy más életet kell, hogy elkezdjek. Más élet, másként kell élnem, másképp kell beállítanom a napjaimat. Otthon is úgy vagyok vele, hogy mindent-mindent a helyére, tehát minden kis szekrénynek megvan a [helye], a pohárnak, a tányérnak. Tehát annyira rendszerezem, hogy ne legyen az, hogy; mert azt nem tudnám elviselni, hogy kiszolgáljanak...” (egészségkárosodással élő interjúpartner 32).

Az ilyen technikák segíthetnek visszanyerni a kontrollt az otthoni környezet felett, és ilyen módon az otthon fontos szerepet tölthet be a hátrányos helyzettel szembeni küzdelemben. Az egyik interjúpartner például átlag alatti testméretének megfelelően változtatott otthona berendezésén: csökkentette egyes berendezési tárgyak (gáztűzhely, ruhafogas, ablakkilincs), illetve ezek elhelyezésének magasságát. Az otthoni környezet így a saját testéhez igazodik, és nem egy bizonyos átlaghoz. A hasonló tevékenységek révén a más tereknél ismert reláció könnyen megfordulhat, és az átlagoshoz jobban közelítő tes-

tek hasonló helyzetbe kerülhetnek, mint az egészségkárosodottak a települési terek többségében.

„Hát, volt már azért olyan, hogy öhm, nekem kisebb fotelom is volt, tehát látszott, hogy kisebb, aztán egy nagydarab doktor bácsi beleült, oszt mikor fölállt, akkor állt a fotelemmel együtt, de hát utána megtanulta, hogy nem az az őneki méretű fotel” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

Az interjúból az is kiderült, hogy az átalakított otthon nemcsak a hatalmi viszonyokat változtathatja meg, hanem egy pozitív identitás alapjává is válhat, arra ösztönözve az illetőt, hogy megkérdőjelezze a fogyatékos embereket hátrányos helyzetbe kényszerítő térstruktúrákat.

5. Összegzés

Tanulmányunk alapvető célkitűzése az volt, hogy felhívjuk a figyelmet a fogyatékos földrajzi vizsgálatának fontosságára magyarországi viszonylatban is, és példával szolgálunk ilyen jellegű kutatásra. A makroszintű összefüggések kvantitatív vizsgálata (2001. és 2011. évi adatok térképezése, területi autokorrelációs vizsgálatok) alapján a fogyatékos, illetve egészségkárosodott emberek területi eloszlásában számottevő koncentrálódás figyelhető meg. Az egészségkárosodás és fogyatékoság térszerkezete mindkét vizsgált év esetében több hasonlóságot mutat a társadalmi-gazdasági fejlettség területi különbségeivel: míg a fejlettebb térségekben alacsonyabb, a kevésbé fejlettekben magasabb a fogyatékos emberek aránya. A statisztikai számítások és a térképi ábrázolás eredményei alapján tehát Magyarországon is megfigyelhető a gazdasági fejlettség regionális különbségei és a fogyatékos emberek területi eloszlása közötti ismert kapcsolat,

amely szerint a fogyatékos népesség felülreprezentált a kevésbé fejlett térségekben.

Interjú vizsgálatunk a magyarországi társadalmi tér számos olyan elemét tárta fel, amelyek hozzájárulnak a fogyatékos emberek marginalizációjához. Ebben a tekintetben az egyes szférák számos hasonlóságot mutatnak a Gleeson (1999) által leírtakkal. A fizetett munkavégzés tere a fogyatékoság társadalmi terének elsődleges centrifugális csomópontja, ahol jelentős mértékben érvényesül a kirekesztődés, ami elsősorban a nyílt munkaerőpiacra igaz. A kirekesztő elemek közül különösen fontosak a munkahelyek fizikai és társadalmi struktúrái, valamint az egészségkárosodott emberekkel szembeni negatív attitűd. A munkavégzés terén belül sajátos helyet foglalnak el a védett vagy szociális foglalkoztatást végző munkahelyek, amelyek a nyílt munkaerőpiacinál kedvezőbb feltételeket kínálnak a sérült munkavállalóknak, és számos pozitív hatásuk van. Mindazonáltal a szociális foglalkoztatók is rákényszerülhetnek a nyílt munkaerő-piaci viszonyok (részleges) átvételére, ezzel veszélyeztetve az eredeti célkitűzéseik teljesülését.

A munkavégzésével szemben ezek a terek jelentős centripetális csomópontnak minősülnek, hiszen általános jelenség volt az egészségügy tereinek megnövekedett szerepe az interjúpartnerek mindennapi térbeli gyakorlataiban. A megkérdezettek beszámolója alapján azonban a fizikai kialakítás itt sem mindig felel meg testi szükségleteiknek. Továbbá, az intézményi terek társadalmi struktúrájára alapvetően a hierarchikus rend, az orvos és az ellátott közötti egyenlőtlen hatalmi viszony jellemző, amelyet a szűkös erőforrásokkal rendelkező beteg emberek nehezen tudnak feloldani. Különösen fontosá teszi az intézményeket az a tény, hogy az egészségügyi kategorizálás helyeiként is funkcionálnak, ennél fogva pedig jelentős befolyásuk van

az interjúpartnerek identitására és materiális életkörülményeire.

A közterekkel kapcsolatban az interjúpartnerek a fizikai kialakítás mellett számos esetben hangsúlyozták a társadalmi interakciókból fakadó hátrányokat. Az elbeszélések szerint az interakciók jellegét befolyásolhatják olyan tényezők, mint az egészségkárosodás láthatósága a környezet számára, a testi viselkedési formák, a sérült emberekkel szembeni előítéletek, az egészségkárosodás elismerése az egyén és környezete által. Az interjúk alapján az otthoni tér kulcsfontosságú számos egészségkárosodott ember számára, hiszen jelentősen megnövekedhet az az idő, amelyet otthonukban töltenek. Továbbá, rendszerint az otthon az a tér, amely felett az érintettek a legerősebb kontrollal rendelkeznek, és ami így a pozitív identitás és a hátrányos helyzettel szembeni küzdelem miatt is lényeges.

A kutatás további irányai egyaránt lehetnek elméletiek, módszertaniak és empirikusak. A fogyatékoság értelmezési lehetőségei közül például a továbbiakban érdemes lehet megvizsgálni a nem-nyugatiak tartalmát. Módszertani értelemben a kvantitatív vizsgálat tovább bővíthető új mutatók elemzésbe való bevonásával, illetve más számítási műveletek (pl. regressziós modellek) alkalmazásával. A kvalitatív kutatás kiterjeszhető Békés és Csongrád megyéken kívül az ország más részeire is. Jelentős eredményekkel szolgálhatna például különböző gazdasági fejlettségű térségekben kijelölt mintaterületeken végzett felmérések adatainak összehasonlítása. Továbbá, egy időbeli összehasonlító vizsgálat – például a fogyatékoság államszocializmusbeli és 1990 utáni társadalmi tereinek összehasonlítása – véleményünk szerint méltán tarthatna számot a nemzetközi tudományos körök érdeklődésére is. Az empirikus vizsgálatokba érdemes lehet

nagyobb mértékben bevonni egyes társadalmi csoportokat (pl. munkáltatók), illetve kiterjeszteni a kutatást más aktorokra is (pl. egészségügyi szakemberek, az építészeti szakma képviselői).

Irodalomjegyzék

- Abberley, P. (1987): The concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Disability, Handicap & Society*, 2/1, 5-19.
- Abberley, P. (1991): Disabled People – Three theories of abnormality. *Occasional papers in sociology* No. 10, Letöltve: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Abberley/th%20abnormality.pdf> (2012.11.16.).
- Anselin, L. (1995): Local Indicators of Spatial Association-LISA. *Geographical Analysis*, 27/2, 93–115.
- Barnes, C. (1992): Disability and Employment. Letöltve: [www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Barnes/dis and emp.pdf](http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Barnes/dis%20and%20emp.pdf) (2012.11.17.).
- Borsay, A. (1997): Personal Trouble or Public Issue? Towards a model of policy for people with physical and mental disabilities. In: Barton, L., Oliver, M.J. (Eds.): *Disability Studies: Past Present and Future*. The Disability Press, Leeds, 115–137.
- Braithwaite, J., Mont, D. (2009): Disability and poverty: A survey of World Bank Poverty Assessments and implications. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 3/3, 219–232.
- Butler, R., Bowlby, S. (1997): Bodies and spaces: an exploration of disabled people's experiences of public space. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15/4, 411–433.
- Chouinard, V., Hall, E., Wilton, R.D. (2010): Introduction: Towards Enabling Geographies. In: Chouinard, V., Hall, E., Wilton, R.D. (Eds.): *Towards Enabling Geographies. 'Disabled Bodies and Minds in Society and Space*. Ashgate, Farnham–Burlington, 1–21.
- Cresswell, T. (1996): *In place/out of place: geography, ideology, and transgression*. University of Minnesota Press, Minneapolis–London, 216 p.
- Crooks, V.A., Chouinard, V. (2006): *An embodied*

- geography of disablement: Chronically ill women's struggles for enabling places in spaces of health care and daily life. *Health & Place*, **12/3**, 345–352.
- Crooks, V.A., Dorn, M.L., Wilton, R.D. (2008): Emerging scholarship in the geographies of disability. *Health & Place*, **14/4**, 883–888.
- Csöte A., Németh, N. (2007): Az életminőség területi differenciái Magyarországon: a kistérségi szintű HDI becslési lehetőségei. Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek 3. MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest, 69 p.
- Davis, L.J. (2001): Identity Politics, Disability, and Culture. In: Albrecht, G.L., Seelman, K.D., Bury, M. (Eds.): *Handbook of Disability Studies*. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA (USA)–London–New Delhi, 535–545.
- Dear, M., Wilton, R.D., Gaber, S.L., Takahashi, L. (1997): Seeing people differently: the sociospatial construction of disability. *Environment and Planning D: Society and Space*, **15/4**, 455–480.
- Dusek, T. (2004): A területi elemzések alapjai. Regionális Tudományi Tanulmányok 10. ELTE TTK Regionális Földrajzi Tanszék, Budapest, Letöltve: http://geogr.elte.hu/ref/REF_Kiadvanyok/REF_RTT_10/REF_10_tartalom.htm (2012.10.25.).
- Dyck, I. (1995): Hidden geographies: the changing lifeworlds of women with multiple sclerosis. *Social Science and Medicine*, **40/3**, 307–320.
- Edwards, C., Imrie, R. (2003): Disability and Bodies as Bearers of Value. *Sociology*, **37/2**, 239–256.
- Faluvégi, A. (2004): Kistérségeink helyzete az EU küszöbén. Letöltve: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2004/05/wfaluv.pdf> (2016.03.05)
- Finkelstein, V. (1998): Emancipating disability studies. Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-Emancipating-Disability-1a.pdf> (2013.02.19.).
- Gilderbloom, J.I., Rosentraub, M.S. (1990): Creating the Accessible City: Proposals for Providing Housing and Transportation for Low Income, Elderly and Disabled People. *American Journal of Economics and Sociology*, **49/3**, 271–282.
- Gleeson, B.J. (1999): *Geographies of Disability*. Routledge, London, 272 p.
- Gyetvai, G. (2010): Munka? Terápia? A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás egészségmegővő hatása a pszichiátriai ellátásban és foglalkoztatásban – ennek kapcsán a szociális foglalkoztatás mai modelljének továbbgondolása, új elvek lehetséges megjelenésének vázlata. Tanulmánykötet, Szent Lázár Alapítvány, Békés, 82 p.
- Hahn, H. (1986): Disability and the urban environment: a perspective on Los Angeles. *Environment and Planning D: Society and Space*, **4/3**, 273–288.
- Hall, E., Kearns, R. (2001): Making space for the 'intellectual' in geographies of disability. *Health & Place*, **7/3**, 237–246.
- Harvey, D. (1973): *Social Justice and the City*. Blackwell Publishers, Oxford, 356 p.
- Imrie, R. (1996): *Disability and the City: International Perspectives*. Paul Chapman, London, 208 p.
- Kaplan, D. (2000): The Definition of Disability – Perspective of the Disability Community. *Journal of Health Care Law and Policy*, **3/2**, Letöltve: <http://www.peoplewho.org/debate/kaplan.htm> (2013.03.19.).
- Kitchin, R. (1998): 'Out of Place', 'Knowing One's Place': Space, power and the exclusion of disabled people. *Disability & Society*, **13/3**, 343–356.
- Knox, P., Pinch, S. (2010): *Urban Social Geography. An Introduction* (6th ed.). Routledge, London, 392 p.
- Kovács, Z. (2004): Socio-economic transition and regional differentiation in Hungary. *Hungarian Geographical Bulletin*, **53/1–2**, 33–49.
- Letenyey, L. (2006): Településkutatás. A települési és térségi tervezés társadalomtudományos megalapozása. L'Harmattan–Ráció Kiadó, Budapest, Letöltve: http://www.tettconsult.eu/new/szoveges_hm/telepkutatas.htm (2012.10.27.).
- Manion, T., Flowerdew, R. (1982): Introduction: institutional approaches in geography. In: Flowerdew, R. (Ed.): *Institutions and geographical patterns*. St. Martin's Press, New York, 1–50.
- Mészáros, Z., Várhalmi, Z. (2011): A munkaadók gyakorlata a diverzitás kezelésében és a roma alkalmazottakat érintő munkáltatói attitűdök. *Esély*, **23/2**, 28–54.
- Moss, P., Dyck, I. (2003): Embodying social geography. In: Anderson, K., Domosh, M., Pile, S., Thrift, N. (Eds.): *Handbook of Cultural Geography*. SAGE Publications, London, 58–73.

- Nemes Nagy, J. (2009): *Terek, helyek, régiók*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 356 p.
- Nikora, L.W., Karapu, R., Hickey, H., Awekotoku, N.T. (2004): Disabled Maori and Disability Support Options. A report prepared for the Ministry of Health, Maori & Psychology Research Unit, Letöltve: <http://researchcommons.waikato.ac.nz/bitstream/handle/10289/460/content.pdf;jsessionid=8F531C05561009E8EC328936A836C8C7?sequence=1> (2013.03.19.).
- Oliver, M.J. (1990a): *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*. Palgrave Macmillan, Basingstoke–London, 152 p.
- Oliver, M.J. (1990b): The individual and social models of disability. Paper presented at Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians, Letöltve: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/in%20soc%20dis.pdf> (2013.03.19.).
- Oliver, M.J. (1999): Capitalism, ideology and disability: a materialist critique of the normalization principle. Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/archiveuk/Oliver-cap-dis-ideol.pdf> (2013.03.19.).
- Park, D.C., Radford, J.P., Vickers, M.H. (1998): Disability studies in human geography. *Progress in Human Geography*, **22/2**, 208–233.
- Philo, C. (2009): Disability. In: Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., Watts, M.J., Whatmore, S. (Eds.): *The Dictionary of Human Geography* (5th ed.). Wiley-Blackwell, Malden, MA (USA)–Oxford, 164–165.
- Rechnitzer, J. (1993): Szétszakadás vagy felzárkózás? A térszerkezetet alakító innovációk. MTA RKK, Győr, 207 p.
- Shakespeare, T. (2006): The Social Model of Disability. In: Davis, L.J. (Ed.): *The Disability Studies Reader* (2nd ed.). Routledge, New York, 197–204.
- Shakespeare, T., Watson, N. (2002): The social model of disability: an outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, **2/1**, 9–28.
- Smith, N. (2008): *Uneven Development: Nature, Capital, and the Production of Space*. University of Georgia Press, Athens, GA (USA), 344 p.
- Swain, J., French, S. (2000): Towards an affirmation model of disability. *Disability & Society*, **15/4**, 569–582.
- Timár, J. (2007): Different Scales of Uneven Development – in a (No Longer) Post-socialist Hungary. *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, **64/22**, 103–128.
- Tran, H., Yasuoka, Y. (2001): Integrating spatial statistics and GIS for regional studies in Thailand. Letöltve: <http://www.geocomputation.org/2001/papers/tran.pdf> (2012.10.26.).
- Watson, N. (2004): The Dialectics of Disability. A Social Model for the 21st Century? In: Barnes, C., Mercer, G. (Eds.): *Implementing the Social Model of Disability: Theory and research*. The Disability Press, Leeds, 101–117.
- Wilton, R.D. (1998): The Constitution of Difference: Space and Psyche in Landscapes of Exclusion. *Geoforum*, **29/2**, 173–185.
- Wilton, R.D., Evans, J. (2009): Disability and chronic illness. In: Kitchin, R., Thrift, N. (Eds.): *International encyclopedia of human geography* (vol. 3). Elsevier, Oxford, 205–210.