

Szegedi Tudományegyetem
Természettudományi és Informatikai Kar
Földtudományok Doktori Iskola
Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék

**A FOGYATÉKOSSÁG MINT TÁRSADALMI-TÉRBELI VISZONY
FÖLDRAJZI VIZSGÁLATA**

Doktori (PhD) értekezés

Fabula Szabolcs

Témavezető

Dr. Timár Judit tudományos főmunkatárs

Szeged
2014

Tartalomjegyzék

BEVEZETÉS.....	4
1. A DOLGOZAT FŐBB CÉLJAI, KÉRDÉSEI ÉS AZ ALKALMAZOTT MÓDSZEREK.....	7
1.1. PROBLÉMAFELVETÉS ÉS A KUTATÁS INDOKOLTSÁGA.....	7
1.2. A KUTATÁS FŐBB CÉLJAI, KÉRDÉSEI.....	9
1.3. AZ ADATGYŰJTÉS ÉS AZ ELEMZÉS SORÁN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK.....	10
2. A DISSZERTÁCIÓ FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNYI ELMÉLETI HÁTTERE, ALAPVETŐ FOGALMAK	13
2.1. A FOGYATÉKOSSÁG ÉRTELMEZÉSI LEHETŐSÉGEI, KÜLÖNBÖZŐ MEGKÖZELÍTÉSEK.....	13
2.1.1. <i>A (bio)medikális modell</i>	14
2.1.2. <i>Az individuális modellek egyéb változatai</i>	15
2.1.3. <i>Az individuális modellek kritikái</i>	17
2.1.4. <i>A társadalmi modell általános jellemzői</i>	18
2.1.5. <i>A társadalmi modell főbb változatai</i>	19
2.1.5.1. <i>A brit irányvonal</i>	20
2.1.5.2. <i>Az affirmatív modell</i>	21
2.1.5.3. <i>Az észak-amerikai irányvonal</i>	22
2.1.5.4. <i>A kisebbségcsoport-modell</i>	24
2.1.6. <i>A társadalmi modell kritikái</i>	25
2.1.7. <i>A bioszociális vagy más néven kulturális megközelítés</i>	27
2.2. A DOLGOZATBAN ALKALMAZOTT LEGFONTOSABB FOGALMAK MAGYARÁZATA	28
2.2.1. <i>Egészség, betegség</i>	28
2.2.2. <i>Egészségkárosodás, fogyatékoság, rokkantság</i>	30
2.2.3. <i>Alávetett helyzet/elnyomás</i>	31
2.2.4. <i>Épségnormativitás</i>	34
3. A DISSZERTÁCIÓ FOGYATÉKOSSÁG-FÖLDRAJZI ELMÉLETI KERETE – A FOGYATÉKOSSÁG FÖLDRAJZI VIZSGÁLATÁNAK IRÁNYZATAI A NYUGATI TÁRSADALMAKBAN A 20. SZÁZAD MÁSODIK FELÉBEN	35
3.1. PRE-KRITIKAI FOGYATÉKOSSÁG-FÖLDRAJZ.....	36
3.1.1. <i>Földrajzi epidemiológia, betegség-ökológia</i>	36
3.1.2. <i>Mobilitási vizsgálatok, behaviourista földrajz</i>	37
3.1.3. <i>Értelmi/mentális egészségkárosodások geográfiai vizsgálata</i>	39
3.2. KRITIKAI FOGYATÉKOSSÁG-FÖLDRAJZ.....	41
3.2.1. <i>A kritikai fogyatékoság-földrajz kezdetei: városi terek fizikai hozzáférhetősége</i>	41
3.2.2. <i>A kapitalista város és a fogyatékoság társadalmi-térbeli termelése</i>	43
3.2.3. <i>Poszt-strukturalista megközelítések</i>	48
3.2.4. <i>Pszichoanalitikai megközelítések</i>	50
3.2.5. <i>Feminista megközelítések</i>	53
3.3. A FOGYATÉKOSSÁG FÖLDRAJZI KUTATÁSA MAGYARORSZÁGON – ELŐZMÉNYEK	56
3.4. A SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS TANULSÁGAI ÉS A SAJÁT EMPIRIKUS VIZSGÁLATHOZ HASZNÁLT ANALITIKAI KERET	59
4. A FOGYATÉKOSSÁG TÁRSADALMI TERÉNEK VIZSGÁLATA MAGYARORSZÁGON	61
4.1. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS SORÁN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK ÁTTEKINTÉSE	61
4.1.1. <i>Kvantitatív módszerek</i>	61
4.1.2. <i>Kvalitatív módszerek</i>	65
4.1.3. <i>Az interjúpartnerek csoportjának rövid bemutatása</i>	66
4.2. A FOGYATÉKOSSÁG TÁRSADALMI TERÉNEK MAGYARORSZÁGI VIZSGÁLATA MAKROSZINTŰ MEGKÖZELÍTÉSBEN	67

4.3. A FOGYATÉKOSSÁG TÁRSADALMI TERÉNEK MAGYARORSZÁGI JELLEMZŐI AZ INTERJÚS FELMÉRÉS ALAPJÁN.....	74
4.3.1. <i>Az emberi test</i>	74
4.3.2. <i>A fizetett munkavégzés terei</i>	80
4.3.2.1. Nyílt munkaerőpiac	81
4.3.2.2. Védett foglalkoztatás	83
4.3.3. <i>Intézményi terek</i>	87
4.3.4. <i>Közterek és kvázi-közterek</i>	93
4.3.5. <i>Az otthon terei</i>	99
ÖSSZEGZÉS.....	105
SUMMARY	112
FELHASZNÁLT IRODALOM.....	118
FELHASZNÁLT FORRÁSOK	137
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	139
MELLÉKLETEK	140
I. INTERJÚVÁZLAT (EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK)	141
II. ÁBRÁK.....	145
III. TÁBLÁZATOK	147
IV. TÉRKÉPEK	169

Bevezetés

Dolgozatomban a fogyatékossgot mint fiziológiai és társadalmi jelenséget vizsgálom kritikai földrajzi szemlélettel, poszt-szocialista magyarországi kontextusban. A téma a huszadik század utolsó két évtizedében került a „nyugati” geográfia érdeklődési körébe bizonyos tudománytörténeti és reálfolyamatok hatására. A társadalomföldrajz 1960-as évekbeli részleges radikalizálódása, a nagyjából két évtizeddel későbbi „kulturális fordulat”, és az ezek nyomán végbement *elméleti pluralizálódás* (BARNETT, C. 1998, 2009; VALENTINE, G. 2001; PEET, R. 2006; JOHNSTON, R. J. 2010; BOROS L. 2010; NAGY E. – BOROS L. 2010) ugyanis jelentős egyéb változásokkal járt. Egyrészt a társadalmi egyenlőtlenségek számos, korábban lényegében figyelmen kívül hagyott dimenziója került a tudományos vizsgálatok fókuszába, másrészt az ezeknek a dimenzióknak egyfajta vetületét adó osztály- és identitáspolitikák is teret nyertek az akadémián belül. A fogyatékosügyi mozgalmaknak például számos képviselője került pozícióba a társadalomtudományokon, így a társadalomföldrajzon belül is. Mindezek a változások a fogyatékossg-kutatás új megközelítési módjainak és elméleteinek kialakulását vonták maguk után.

Ami a változások társadalmi hátterét illeti, az 1960-as évektől kibontakozó *polgárjogi mozgalmak* között fokozatosan megerősödtek az egészségkárosodott emberek kollektív hátrányos helyzetének megváltoztatásáért indított küzdelem egyes formái is. Utóbbiak eredményeként a fogyatékosnak tekintett személyek megítélése és életkörülményei is jelentősen megváltoztak, amely változást szintén segítette a szupranacionális szervezetek által támogatott globális kampány. Ez a mozgalom már a rendszerváltozás előtt begyűrűzött Magyarországra (jó példa a Fogyatékos Személyek Nemzetközi Éve elnevezésű 1981-es ENSZ-kezdeményezés hatása), majd a civil társadalom erősödésével terjedt ki egyre jobban.

A *magyar geográfiában* a fentiekhez hasonló folyamatok ideológiai okok miatt csak az államszocializmus utáni időszakban mehettek végbe. Bár a társadalomelméletek adaptációja Észak-Amerikához vagy Nyugat-Európához képest késéssel kezdődött meg, a diszciplína a 2000-es évekre témák és elméletek tekintetében is igen sokszínűvé vált (TIMÁR, J. 2006; GYAPAY B. 2012). Mindeközben a piacgazdaság kiépülése és későbbi recessziós hullámozása a társadalmi-térbeli egyenlőtlenségeket is kiélezte, felkeltve ezzel a geográfia képviselőinek figyelmét, ami a társadalmi egyenlőtlenségek különböző típusainak térbeli aspektusait vizsgáló publikációk gyarapodásában nyilvánult meg. Bár a fogyatékosnak tekintett személyek közül sokan a társadalom leginkább deprivált helyzetű tagjai közé tartoznak, csoportjuk és problémáik eddig nem gyakoroltak számottevő hatást a földrajzkutatókra. Az egészségföldrajz néhány képviselője ugyan már érintette a témát, azonban disszertációmban nagyobb mélységben és az eddiektől némileg eltérő szemlélettel kívánom vizsgálni azt.

A kutatásom *alapvető célja*, hogy az egészségkárosodott, illetve fogyatékosnak tekintett emberek kollektív hátrányos helyzetét előidéző társadalmi viszonyrendszer megváltoztatásához hozzájáruljak a társadalomföldrajz eszközeivel. Emellett további két fő célt tűzök ki. Egyrészt a magyar geográfiában eddig kevésbé vagy egyáltalán nem használt elméletek, koncepciók és fogalmak bemutatását és továbbfejlesztését, különös

tekintettel a fogyatékoság földrajzaira és főként a kritikai irányzatokra. Másrészt, hogy minél többet feltárjak a fogyatékoságnak a jelenlegi magyarországi viszonyok között létező térbeli aspektusaiból, és ezeket a kritikai társadalomföldrajz szemléletével interpretáljam. Az említett célkitűzések megvalósítása révén a dolgozat nemcsak tudományelméleti és gyakorlati-empirikus, hanem (fogyatékoság-) politikai eredményekkel is szolgálhat.

Dolgozatom elején szükségesnek tartom hangsúlyozni, hogy a fogyatékoságot a testi állapothoz szorosan kapcsolódó társadalmi konstrukcióként kezelem. A fogyatékos emberek csoportját nem tekintem homogén társadalmi rétegnek, a fogyatékoságból eredő tapasztalatokat pedig nem tartom általános érvényűnek. Ellenkezőleg, a fogyatékoság sokfajta egészségkárosodási típushoz vagy más testi jellemzőhöz kapcsolódhat, és számos megnyilvánulási formája lehet. Ugyanakkor az egészségkárosodás nem jár szükségszerűen együtt a fogyatékosággal. Mindazonáltal a különböző egészségkárosodási csoportok rendelkeznek jól definiálható közös problémákkal, és véleményem szerint a fogyatékoság és ahhoz kötődően a hátrányos helyzet kialakulásánál az egyes csoportok esetében igen hasonló társadalmi-térbeli folyamatok mennek végbe. Céлом tehát nem az, hogy a fogyatékosággal kapcsolatos tapasztalatok teljes spektrumát bemutassam (egy ilyen vállalkozás ugyanis túlmutat egy doktori disszertáció keretein), és nem is egy kiválasztott csoport problémáinak vizsgálata, hanem a fogyatékoság kialakulását eredményező mélyebb mechanizmusok megértése, bemutatása.

A disszertációt öt nagyobb *szerkezeti egységre* tagolom. Az elsőben a témaválasztás indoklása mellett a kutatás céljaira, az általam feltett kérdésekre, valamint az alapvető módszertani jellemzőkre koncentrálok. A következő egységben áttekintem a kutatás elméleti keretének kifejtését, és a fogyatékoság értelmezési módjait, eddig kialakult modelljeit tekintem át három nagyobb csoportba sorolva: individuális, társadalmi és bioszociális. Szintén ebben a szerkezeti modulban helyezem el a dolgozatban alkalmazott néhány kulcsfogalom magyarázatát. A harmadik fő fejezetben egyrészt a fogyatékoság kritikai földrajzi vizsgálatának előzményeit, másrészt a dolgozat szempontjából a legnagyobb jelentőséggel bíró kritikai irányzatok jellemzőit és főbb elméleteit mutatom be. Utóbbiak közül a történelmi-materialista, a poszt-strukturalista, a pszichoanalitikai és a feminista nézetekkel foglalkozom részletesen. Ugyanebben a fejezetben felvázolom a kritikai fogyatékoság-földrajzi elméletek alapján a saját empirikus kutatásomhoz kialakított – kevert jellegű – elméleti keretet, illetve a fejezet végén röviden áttekintem a fogyatékoság földrajzi vizsgálatának magyarországi előzményeit.

A negyedik fejezetben saját empirikus kutatásaim eredményeit ismertetem. A fejezetet azonban bizonyos módszertani kérdések tárgyalásával kezdem, reményeim szerint jobban követhetővé téve így a dolgozat gondolatmenetét az olvasó számára. Ezután térek rá az elsődleges és másodlagos forrásokból nyert adatok elemzésére. Elsőként a fogyatékoság és az egészségkárosodással kapcsolatos hátrányos helyzet országos léptékű vizsgálatára teszek kísérletet statisztikai módszerek segítségével. Következő lépésként az interjúk felmérés során gyűjtött információkat elemzem a korábban megadott elméleti keret segítségével, a fogyatékoság kapitalista viszonyok

közötti társadalmi terének GLEESON, B. J. (1999a) által meghatározott csomópontjai – munkahely, intézet (intézményi tér), utca (közterek), otthon – szerint strukturálva. Az utolsó fejezetben összegzem a kutatás eredményeit, és ismertetem a megfogalmazott állításokat, valamint a további lehetséges vizsgálati irányokat.

A dolgozat nemcsak az elméleti keretet, hanem az empirikus kutatás *módszertanát* tekintve is kevert jellegű. Az empirikus kutatást megelőzően a témához kapcsolódó magyarországi és nemzetközi *szakirodalmat* dolgoztam fel. A fogyatékoságtudomány (disability studies) interdiszciplináris jellege miatt egyaránt építettem a geográfia és más tudományok (pl. orvostudomány, szociológia) eredményeire. Emellett a saját empirikus kutatást kibővítendő különböző *egyéb másodlagos forrásokat* – jogszabályok, tervdokumentumok – használtam fel. Az országos léptékű elemzéshez a *kvantitatív* módszerek közül leíró statisztikai (alapadatokból mutatók), lineáris korrelációs, globális és lokális területi autokorrelációs, valamint keresztkorrelációs számításokat végeztem. A számításokat a *grafikus* ábrázolás eszközeivel, egészen pontosan saját szerkesztésű térképekkel egészítettem ki. *Kvalitatív* adatgyűjtésként egészségkárosodott (sérült, krónikus beteg) emberekkel, valamint különböző egyéb státuszú, a dolgozat témája szempontjából szakértőnek minősülő személyekkel készítettem félig strukturált és narratív interjúkat.

1. A dolgozat főbb céljai, kérdései és az alkalmazott módszerek

A dolgozat elméleti keretének bemutatása és az empirikus eredmények tárgyalása előtt összefoglalom a kutatásom kiindulópontját és relevanciáját jelentő tényezőket. Témaválasztásom indoklása mellett ebben a fejezetben ismertetem vizsgálatom céljait, a célokhoz kapcsolódó kutatási kérdéseket, valamint az alkalmazott kutatási módszereket.

1.1. Problémafelvetés és a kutatás indokoltsága

A fogyatékoság a 21. század elejének egyik jelentős és egyre növekvő fontosságú globális kérdése (UN 2011; WHO 2011). A fogyatékoság és bizonyos ahhoz kapcsolódó jelenségek súlyos társadalmi problémaként értelmezhetők, ugyanakkor ezek a jelenségek elválaszthatatlanok a társadalmi tér és a különböző térfolyamatok jellegétől is. Ennek megfelelően számos tényező a fogyatékoság kritikai társadalomföldrajzi kutatásának relevanciáját támasztja alá. Az általam a továbbiakban részletesen tárgyalt tényezőket három csoportba sorolom: földrajztudomány-elméleti, demográfiai, szociális-jóléti.

Tudományelméleti szempontból érdemes megjegyezni, hogy a fogyatékoság földrajzi vizsgálata ugyan nem rendelkezik nagy tradíciókkal, de az elmúlt három évtizedben folyamatosan bővült az ilyen jellegű kutatások köre (PARK, D. C. et al. 1998; IMRIE, R. – EDWARDS, C. 2007; CROOKS, V. A. et al. 2008; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009; CASTRODALE, M. – CROOKS, V. A. 2010; KNOX, P. – PINCH, S. 2010). Az expanziót jól szemlélteti, hogy míg korábban a fogyatékosággal kapcsolatos tanulmányok az egészségföldrajzi tudomány-szakág részét képezték, addig az utóbbi időben a *fogyatékoság-földrajzra*¹ egyre inkább önálló szubdiszciplínaként tekintenek.

Ezzel a tendenciával kapcsolatban azonban három megjegyzést tartok szükségesnek. Egyrészt, ahogy az a szakirodalmi előzményekből is kiderül, a fogyatékoság-földrajzi kutatások többsége nyugati (nyugat-európai, észak-amerikai) kontextusból származik. Következésképpen nagyrészt hiányoznak azok a tanulmányok, amelyek például a Kelet- és Kelet-Közép-Európa országaira jellemző viszonyokat tárgyalnák ebből a nézőpontból.

Másrészt, a reprezentációs kérdést a nyugati–nem nyugati mellett gyakran vetítik a fejlett–fejlődő dimenzióra is. A nemzetközi jelentések szerint a fogyatékos emberek kétharmada már a 80-as évek végén is fejlődő országokban élt, és ez a kép azóta sem változott számottevően (ABBERLEY, P. 1987; QUINN, G. et al. 2002; WHO 2011), sőt, egyes források alapján ez az arány már közel nyolcvan százalék (O'REILLY, A. 2007; UN ENABLE 2008). Éles különbség mutatkozik tehát a fogyatékoság előfordulása és (földrajz)tudományos feldolgozottságának területi különbségeiben. Magyarország némiképp sajátos helyzetben van, köszönhetően szocialista múltjának, Nyugat-Európával kialakított szoros kapcsolatainak (pl. EU) és a fejlett európai

¹ Az angol nyelvű szakirodalomban több kifejezés is elfogadott: disability geography, geography of disability, geographies of disability.

magterülethez viszonyítva periférikus jellegének. A periférikus pozíció a fogyatékoság társadalomföldrajzi kutatásában is tükröződik, hiszen ez a téma szinte teljes mértékben hiányzik a magyar geográfia vizsgálati köréből.

Harmadrészt, a fogyatékoság-földrajzként ismert irányvonalra igen erősen hat(ott) a radikális és kritikai szemléletmód. Számos kutató ezért a tudományos vizsgálatokon túl aktív politikai részvételt is folytat a fogyatékosügyben. Meglátásuk szerint a geográfusoknak olyan szemlélettel érdemes végezniük munkájukat, amellyel támogatják a fogyatékos emberek politikai harcait (lásd pl. CHOUINARD, V. 1997). A fogyatékos személyek életkörülményeinek leíró jellegű empirikus kutatása ugyanis önmagában aligha változtatna érdemben a fennálló viszonyokon, és egyfajta „ellenforradalmi geográfiának” (HARVEY, D. 1972, 1973) minősülne. Ezért szükséges a társadalmi térképző folyamatok elemeinek kritikai vizsgálata és az aktív segítség a szóban forgó folyamatok megváltoztatásában (PAINTER, J. 2000; SMITH, N. 2003; TIMÁR J. 2003a, 2003b; PEET, R. 2006; BLOMLEY, N. 2009). Kutatóként ezzel a szemléletmóddal azonosulok, és vizsgálataim során is ezt kívánom érvényesíteni.

A második fő, *demográfiai* tényező lényege a fogyatékosnak tartott népesség nagysága és létszámának változásai. A fogyatékoság nem egy szűk társadalmi csoport belügye, hanem egy széles réteget, sőt, végső soron szinte valamennyi egyént érint, legalábbis bizonyos életszakaszokban. A fogyatékos személyek létszáma a statisztikai adatok és becslések alapján globálisan már az 1980-as évek végén is több mint 500 millió fő volt (ABBERLEY, P. 1987; DESPOUY, L. 1991 in OLIVER, M. J. 1999), amely a későbbiekben tovább növekedett (lásd pl. QUINN, G. et al. 2002-es, 600 millió főről szóló becslését). Napjainkra ez a szám egyes források szerint már meghaladja az 1 milliárd főt, vagyis a Föld teljes népességének közel 14%-át bizonyos szempontból fogyatékosnak lehet tekinteni (WHO 2011).

Magyarországon a fogyatékos emberek csoportjának létszámáról a népszámlálások nyújtják a legátfogóbb képet, mivel 1990 óta az egészségi állapotra vonatkozó kérdések rendszeresen részét képezik a lakossági kérdőívnek. Az összeírások legnagyobb előnye, hogy a teljes népességet érintik, ugyanakkor jelentős hátrányuk, hogy csak tíz évenként juthatunk adatokhoz a felmérésekből. A teljeskörűség az 1990. évi adatfelvétel alkalmával még nem érvényesült, hiszen akkor csak a népesség 20 százalékát kérdezték meg a fogyatékosággal kapcsolatban (TAUSZ K. – LAKATOS M. 2004). 2001-ben 577 006 fő, vagyis a teljes lakosság több mint öt százaléka vallotta magát fogyatékosággal élőnek. 2011-re ez a szám 456 638 főre csökkent², azonban ekkor már a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) a fogyatékoság mellett elkülönítette a „tartósan beteg” kategóriát, amelybe összesen 1 648 424 fő sorolta magát. Látható tehát, hogy a fogyatékoság mind globálisan, mind Magyarországot tekintve a társadalom egy számottevő részét érintő jelenség.

² A válaszadás mindkét népszámlálás alkalmával önbesorolás formájában történt, és a kérdőíveken mindkét alkalommal feltüntették a „legjellemzőbb, leggyakrabban előforduló fogyatékoságokat”, a kért személy pedig mindkét esetben három típust jelölhetett meg saját fogyatékoságaként. A több típus megjelölők esetében 2001-ben az érintettek választották ki az általuk leg súlyosabbnak ítéltet, és az összesítő adattáblákban ez az információ szerepel. 2011-ben mindegyik választott típus szerint elszámolták a válaszadókat, de a táblázatok „fogyatékosággal élők” sorában egy személy csak egyszer szerepelhet (www.ksh.hu).

A *szociális-jóléti* tényező hangsúlyozását azért tartom különösen fontosnak, mert napjainkra alighanem axiomatikus kijelentéssé vált, hogy egy fogyatékos személy életkörülményei általában kedvezőtlenebbek a hasonló demográfiai (pl. nem, életkor) karakterrel bíró ép társainál. Bár ez meglehetősen normatív megfogalmazás, a fogyatékoság és a szegénység a 21. század elején még mindig szorosan kapcsolódó fogalmak (SMITH, A. M. 2002; UN 2011; WHO 2011).

Az életkörülményeket azonban nem lehet megfelelően leírni a csupán a jövedelmi helyzetet, az anyagi javak birtoklását, illetve hiányát, valamint az alapvető szükségletek kielégítettségét vagy kielégítetlenségét (GIDDENS, A. 2008) a középpontba helyező koncepciókkal, mint amilyen például a szegénység. Ezt jól példázza az alábbi idézet is:

„[Magyarország] a fogyatékosokkal való bánásmódban sokkal inkább hasonlít egy fejlődő országhoz. Jelenleg nagyon kevés fogyatékos embernek van módja teljes, önálló életet élni Magyarországon. A fogyatékosokat elkülönítik és diszkriminálják. Szabad mozgásukat környezeti akadályok gátolják, hiányoznak a megfelelő segédeszközök, illetve megfelelő segítő személyzet, és nincs információjuk arról, hogyan javíthatnának helyzetükön” (KOVÁTS A. – TAUSZ K. 1997: 9).

A sérült emberek jelentős részének élethelyzetét napjainkban is a szegénység, a hatalomtól való megfosztottság és a társadalmi-térbeli marginalizáció jellemzi, még számos, Magyarországnál gazdaságilag fejlettebb országban is. GLEESON, B. J. (1998) szerint ennek az állapotnak a megszüntetéséhez két követelményt kell teljesíteni: az anyagi nélkülözés megszüntetését és a társadalmi-térbeli kirekesztettség felszámolását. Fontosnak tartom tehát megvizsgálni, hogy Magyarországon milyen tényezők járulnak hozzá a sérült emberek társadalmi-térbeli hátrányos helyzetének kialakulásához és fennmaradásához.

1.2. A kutatás főbb céljai, kérdései

Dolgozatomban három alapvető célt tűzök ki kutatási tevékenységem számára: egy tudományelméletit, egy gyakorlati-empirikust és egy politikait. A *tudományelméleti* szempontú célkitűzés alatt a magyar geográfiában eddig kevésbé vagy egyáltalán nem használt elméletek, koncepciók és fogalmak bemutatását és továbbfejlesztését értem. Egyrészt, a magyar társadalomföldrajz tudástárából látszólag hiányoznak a nemzetközi szakirodalomban már ismert, a fogyatékoság-földrajzhoz, illetve általában a fogyatékoság jelenségéhez szorosan kapcsolódó teoretikai elemek. Másrészt, ebből a hiányból adódóan sem rendelkezhetünk tapasztalatokkal az elméletek magyarországi alkalmazhatóságát illetően. Dolgozatomban ezért jelentős hangsúlyt kap a tudományelméleti kérdések tárgyalása. Milyen értelmezési lehetőségei vannak a fogyatékoságnak, és mely koncepcionális megközelítésekkel írható le ez a társadalmi és térbeli jelenség? Milyen módjai léteznek a fogyatékoság társadalomföldrajzi kutatásának, amelyeket a magyarországi geográfiában eddig nem alkalmaztak? Milyen fontosabb témák fordulnak elő a fogyatékoság-földrajzban a nemzetközi szakirodalom

alapján? A tudományelméleti kérdések mindazonáltal csak egy részét képezik a disszertáció vizsgálati körének.

Gyakorlati-empirikus szempontból a legfontosabb cél, hogy a dolgozat segítségével példát szolgáltatassak egy olyan jellegű kutatásra, amelyet a téma relevanciája ellenére sem folytattak még a magyar geográfia történetében. Fontosnak tartom feltárni a magyarországi társadalmi tér minél több olyan jellemzőjét, amelyek előidézik a fogyatékos emberek hátrányos helyzetét, illetve hozzájárulnak ennek a hátrányos helyzetnek a fennmaradásához. Ezen túlmenően a feltárt jelenségeket a kritikai társadalomföldrajz szemléletével elemzem és interpretálom.

Az előzőekhez hasonlóan ez is összetett kérdéskör, hiszen lényeges, hogy miként fejeződik ki és képződik újra a fogyatékos emberek hátrányos helyzete különböző léptékekben. Milyen összefüggések mutathatók ki a fogyatékoság és más társadalmi-gazdasági tényezők regionális eloszlásában? Hogyan képződnek a fogyatékos emberek számára akadályokkal teli települési terek, és milyen akadályok találhatók a települési környezetben? Mi jellemzi ebből a szempontból a társadalmi tér egyes részeit (pl. munkavégzés, közterek, otthon)? Az egyének és csoportok szintjén milyen szerepe van a fogyatékoságnak a testek és az identitások formálódásában? Milyen hatásai vannak ezeknek a térbeli mintázatoknak és formáknak a sérült emberek életminőségére, illetve az általuk alkalmazott térbeli gyakorlatokra (pl. túlélési stratégiák, politikai cselekvés)?

A *politikai* szempontú célkitűzés lényege, hogy kutatási tevékenységgel hosszú távon szeretnék hozzájárulni a fogyatékosnak tekintett és hátrányos helyzetben lévő emberek életkörülményeinek javításához és a kedvezőtlen helyzetüket okozó társadalmi viszonyok megváltoztatásához. Szükségesnek tartom hangsúlyozni, hogy munkámmal elsősorban az egészségkárosodott emberek társadalmi elnyomással szembeni küzdelmét kívánom támogatni, kritikai szemléletemből fakadóan szolidaritást vállalva az említett csoporttal, míg a szakpolitika és a döntéshozók részére nem fogalmazok meg javaslatokat. Mindazonáltal bízom benne, hogy az utóbbi szereplők is hasznosítani tudják eredményeimet, és a dolgozat kedvező módon formálja majd szemléletüket. Szűkebb értelemben, vagyis földrajz-politikai szempontból pedig a fogyatékoság-kutatás és általában a kritikai irányvonal erősítését tartom szem előtt. A fentebb felsorolt kérdések megválaszolása is a politikai célkitűzés megvalósítását támogatja. A kérdésekre az összefoglaló fejezetben adok részletes válaszokat, a továbbiakban pedig a kutatás módszertanának ismertetésére térek rá.

1.3. Az adatgyűjtés és az elemzés során alkalmazott módszerek

Az értekezés módszertanának kidolgozásában több megfontolás is szerepet játszott. Például az a körülmény, hogy a fogyatékoság (kritikai) társadalomföldrajzi vizsgálata Magyarországon még nagyon korai szakaszában jár. Ennél fogva fontosnak tartom a témában eddig született, más kontextusból származó vizsgálatok eredményeinek, a szubdiszciplínát meghatározó elméleteknek a megértését. A dolgozat első felében ezért különösen nagy hangsúlyt helyezek a különböző kutatási megközelítések és elméletek részletesebb bemutatására. Egy másik megfontolás magának a fogyatékoság jelenségének rendkívül összetett voltára és az alávett

helyzet számos megnyilvánulási formájára vonatkozik. A fogyatékos emberek hátrányos helyzetét okozó viszonyrendszer ugyanis a globális kapitalizmus időszakában alighanem szintén globális képződménynek tekinthető (pl. CHOUINARD, V. 1997; BARNES, C. 2009; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Ugyanakkor meglátásom szerint lényeges, hogy a fogyatékoság végső soron mindig az egyének által a mindennapokban megtapasztalt. A megélt tapasztalatok viszont minden esetben kontextus-függők, és minőségüket számos tényező együtthatása befolyásolja (CHOUINARD, V. 1997). A fogyatékoságnak ez a jellemzője csak megerősíti a kvalitatív és kvantitatív, illetve tereptávoli és terepközei (LETENYEI L. 2006) módszerek ötvöztetésének szükségességét.

A dolgozat első felében a *terepítávoli* módszerek, főként a másodlagos források elemzése kerül a középpontba. Ezen belül az elméleti kérdések tárgyalása a témához kapcsolódó nemzetközi (kizárólag angol nyelvű), illetve kisebb részben magyar *szakirodalom elemzésén* alapul. A szakirodalom mellett forrásként kerültek felhasználásra a különböző jogszabályok, egyezmények, jelentések és tervdokumentumok szövegei.

A fogyatékoság és más társadalmi-gazdasági mutatók térszerkezete összefüggéseinek vizsgálatához statisztikai módszereket veszek igénybe. Az alkalmazott módszereket három nagyobb csoportba sorolom: leíró jellegű statisztikai számítások, lineáris korrelációs műveletek, valamint globális és lokális területi autokorrelációs és keresztkorrelációs mérések. A *leíró statisztikai* számításokon az egészségkárosodással és fogyatékosággal kapcsolatos, valamint a társadalmi-gazdasági fejlettséget jellemző fajlagos mutatók képzését értem. A mutatók területi adatsorai egymással való kapcsolatának jellegét azután a *lineáris korreláció* Pearson-féle mérőszámával állapítom meg.

Szintén az egészségkárosodás és fogyatékoság térszerkezetének vizsgálatára alkalmazom a *területi auto- és keresztkorrelációs* méréseket. Utóbbiakat különösen hasznosnak találom, hiszen lehetőséget nyújtanak a különböző társadalmi jelenségek térbeli eloszlásában mutatkozó szabály- vagy véletlenszerűségek kimutatására (DUSEK, T. 2004). A területi autokorreláció lényege, hogy minden esetben a vizsgált terület egység adatát a szomszédos területi egységek ugyanazon adataihoz viszonyítja. E logikával megállapítható, hogy a szomszédos analitikai egységek „együttmozgása” (a szomszédok értékei hasonlóan magasak vagy alacsonyak) vagy mozaikos megjelenés (a vizsgált egység értéke magas, míg a szomszédságé alacsony, vagy fordítva) jellemző-e, esetleg nem mutatható ki szabályszerű területi mintázat (NEMES NAGY J. 1998, 2009; DUSEK T. 2004).

A módszer természetéből adódóan a területi egységek szomszédsága kulcsszerepet játszik a számításokban. Dolgozatomban azokat a területi egységeket tekintem szomszédosnak, amelyek határvonalainak legalább egy pontja közös („vezér szomszédság”). A vizsgálati egységeket a szomszédság tényének megállapítása után lehetőség nyílik úgynevezett szomszédsági mátrixba rendezni. Ez egy szimmetrikus mátrix, melynek sorai és oszlopai egyaránt az egyes területi egységeket jelölik (vagyis N területi egység esetén $N \times N$ méretű a mátrix). A szomszédsági mátrixnak különböző altípusai léteznek; ezek főbb jellemzőit a későbbiekben ismertetem.

Az autokorrelációnak az idők folyamán szintén több mérőszáma alakult ki. Ezek közül kutatásomban a globális Moran I-t, a társadalomtudományi elemzésekben egyik leggyakrabban előfordulót alkalmazom, valamint annak egyik változatát, a lokális Moran I-t (ANSELIN, L. 1995; TRAN, H. – YASUOKA, Y. 2001). A területi autokorreláció mellett felhasználok annak lineáris korrelációval való ötvözetét, a területi keresztkorrelációt. A keresztkorreláció szintén a szomszédos területi egységek adatai közötti kapcsolatot méri, azonban ezek az adatok már két különböző adatsorból származnak (NEMES NAGY J. 1998, 2009). Így válik lehetővé a fogyatékos emberek területi eloszlása és más társadalmi-gazdasági mutatók területi mintázata közötti kapcsolat makroszintű vizsgálata.

A terepi kutatáshoz használt módszer a *félíg strukturált interjúk* készítése volt, amely mellett több érv is szól. A kutatás célja alapvetően egy társadalmi viszonyrendszer működési mechanizmusainak feltárása, ennél fogva pedig olyan eszközre van szükség, amelynek segítségével a társadalmi jelenségeket saját természetes közegükben lehet megfigyelni, és lehetőség nyílik egészen részletes, „puha” információk gyűjtésére, amire például egy kérdőíves felmérés nem lenne alkalmas (MITCHELL, J. C. 1983; MILBURN, K. 1995; BABBE, E. 2001; HÉRA G. – LIGETI GY. 2005; KOVÁCS É. 2007). Jelen esetben ilyenek voltak például az egészségkárosodás fizikai tüneteiből vagy a társadalmi interakciókból származó megélt tapasztalatok. Egyes esetekben szükség volt arra, hogy az interjúk összehasonlíthatók legyenek (pl. alapadatok – életkor, jövedelmi helyzet), vagyis bizonyos fokú standardizáltságra. Így a beszélgetéseknek egyfajta kevert jellege alakult ki (HÉRA G. – LIGETI GY. 2005). Ez nem áll messze az interjú műfajától, lévén az rendszerint egyszerre strukturált és strukturálatlan (LETENYEI L. 2006). Ennek megfelelően a beszélgetések egy strukturálatlan interjúnak megfelelően indultak (egy részüknél narratív interjúként), de részletesen kidolgozott, nagyszámú kérdésből álló vezérfonal állt rendelkezésre, arra az esetre, ha a megkérdezett valamely fontos kérdésre önmagától nem tért volna ki.

Az interjúkat a megkérdezettek pozíciója alapján két nagy csoportra lehet bontani. Az egyik csoportot sérült emberekkel, míg a másikat szakértőkkel készült beszélgetések alkotják. Utóbbiak olyan szereplőkkel készültek, akiknek vélhetően nagy befolyása vagy rálátása van a sérült emberek helyzetére, a helyzetüket meghatározó folyamatokra. A szakértők között szerepeltek politikusok, civil szervezetek és különböző kormányzati intézmények képviselői és munkáltatók is.

Az interjúk többsége Békés megyében, míg kisebb részük Csongrád és Pest megyékben készült, több szakaszban. Mivel a teljes terepi felmérés viszonylag nagy időintervallumot ölelt fel, ezért az interjúk vezérfonala nem minden esetben egyezik meg teljes mértékben. Az első szakasz tanulságai alapján a 2011. és 2012. évi interjúk már módosított tervvel készültek, a fókuszcsoportoknál is ismert szakaszos standardizálás (OBLATH M. 2007) elvét követve. Az interjúkat bemutatkozás és a téma, valamint a módszer szabályainak rövid ismertetése előzte meg. A kezdő kérdések minden esetben elég általánosak voltak ahhoz, hogy eloszlassák az interjúpartnerek esetleges bizalmatlanságát, növeljék beszédkészségüket, ami kulcsfontosságú az interjúk esetén (HELTAI E. – TARJÁNYI J. 2005). A szakértők esetén ez bemutatkozást jelentett, különös tekintettel a szóban forgó személy saját intézményéhez való viszony

bemutatására. A sérült emberek számára feltett első kérdés kezdetben hasonló volt, majd az interjúk első felét lényegében narratív elbeszélés vette át, az általánosan elfogadott „Kérem, mesélje el élettörténetét!” kérdéssel felvezetve (HÉRA G. – LIGETI GY. 2005; KOVÁCS É. 2007). Ezután különböző tématerületek kibontására került sor: az élettörténettel kapcsolatos információk kiegészítése (pl. család, életút térpályái); az egészségi állapot jellemzői; képzettség és foglalkozás (különös tekintettel a szociális foglalkoztatásra); társadalmi részvétel és kapcsolati háló; az otthon mint megélt mikrotér; közlekedés; térhasználat különböző települési magán-, köz- és kvázi-közterekben; identitások (különös tekintettel a fogyatékkal kapcsolatos identitásra); mindennapi megélhetés és anyagi helyzet.

A kutatás további módszertani részleteiről a 4.1. alfejezetben számolok be.

2. A disszertáció fogyatékkosságtudományi elméleti háttére, alapvető fogalmak

2.1. A fogyatékkosság értelmezési lehetőségei, különböző megközelítések

A fogyatékkosság a társadalomföldrajzon belüli megjelenésétől kezdve sokáig a marginális témák közé tartozott (CHOUINARD, V. 1994; LONGHURST, R. 1997), azonban a nyugati geográfiának már számos részterülete érdekelt valamilyen formában a kutatásban (IMRIE, R. – EDWARDS, C. 2007; CASTRODALE, M. – CROOKS, V. A. 2010). Az elmúlt évtizedekben az egyes szubdiszciplínák egymással és más tudományterületekkel való kooperációjának, valamint a különböző társadalomelméletek adaptációjának eredményeként a fogyatékkal kapcsolatos földrajzi vizsgálatok spektruma jelentősen kibővült. Ennek az evolúciónak a kísérőjelenségeként – vagy éppen katalizátoraként – a fogyatékkosság újabb és újabb értelmezései nyertek teret a földrajztudományon belül, ugyanakkor a geográfusok maguk is hozzájárultak a fogyatékkosság ontológiájával kapcsolatos vitákhoz. Ezt a törekvést követve ebben a fejezetben a fogyatékkosság leggyakrabban használt értelmezési lehetőségeinek jellemzőit és főbb kritikáit tekintem át.

A fogyatékkosság jelenségének tartalmát a tudományos életben rendszerint *modellekben* foglalják össze. JOHNSTON, M. (1997) szerint a fogyatékkosság elméleti modelljei alapvetően három funkciót tölthetnek be: tudományos, alkalmazott és társadalmi. Az első szerint a modellek a fogyatékkosságról való rendszerezett ismeretek gyarapítását szolgálják tudományos módszerekkel (pl. szabályok mentén történő adatgyűjtés, hipotézisek tesztelése). A második alapján a fogyatékkossághoz kapcsolódó problémák felszámolását célzó beavatkozásokat hivatottak támogatni. A harmadik szerint a folyamatos társadalmi változást segítik elő a hétköznapi diskurzusokra kifejtett hatásukkal, szemléletformálással. Bár JOHNSTON kétségbe vonja, hogy minden egyes modell képes betölteni egyszerre valamennyi funkciót, az azonban megállapítható, hogy a különböző szemléleteket tükröző modellek mindig strukturálják a fogyatékkossággal kapcsolatos ismereteket (FINKELSTEIN, V. 1980; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). A fogyatékkosság társadalomföldrajzi vizsgálatát megelőzően tehát célszerű lehet elvégezni egy ilyen strukturálást.

A fogyatékoság kutatásának történetében számos modell jött létre, azonban valamennyinek a részletes tárgyalása alighanem meghaladná a dolgozat terjedelmi korlátait. A következő alfejezetekben a *biomedikális* (medical), a *társadalmi* (social) és a *bioszociális* (biosocial) modelleket mutatom be részletesen. Kitérek más modellekre is, de ezek többsége levezethető az előbb felsoroltakból, és a földrajzi diskurzusban előforduló súlyuknak megfelelően a fentieknél kisebb terjedelemben kerülnek bemutatásra.

2.1.1. A (bio)medikális modell

A *biomedikális* vagy *medikális* modell a felvilágosodással és az európai ipari kapitalista fejlődés kibontakozásával egy időben jelent meg. A 20. század második feléig egyeduralkodónak számított a nyugati kultúrkörben, és az ezredforduló után is a társadalmi élet számos szférájában megtartotta domináns pozícióját. Az újabb és újabb modellek megjelenése ellenére tehát ezt a megközelítést mély kulturális-társadalmi beágyazottsága ellenállóvá teszi a változások iránt, amely tulajdonsága közvetve negatív hatással lehet a sérült emberek életminőségére. A később tárgyalásra kerülő modellek lényege nehezen érthető meg a medikális nélkül, hiszen vagy ennek kvázi antagonistájaként (társadalmi), vagy kritikája mellett bizonyos elemeinek adaptálásával (bioszociális) jöttek létre.

A fogyatékoság medikális megközelítésének három jellemvonását emelem ki. Ezek közül kettő összeeseng OLIVER, M. J. (1990a) struktúrájával, amelyet a modell elemzéséhez alkotott. Ehhez kapcsolódik egy látszólagos terminológiai ellentmondás. A szakirodalom a modellre jobbra a „(bio)medikális” megnevezést használja, míg OLIVER az „individuális” mellett érvel. Ennek az eltérésnek az oka nem pusztán nevezéktani konszenzushiány, hanem OLIVER szemléletmódjából következik, amelyet később mutatok be. Ebben az alfejezetben csupán annyit jegyzek meg, hogy a modell jellemzésekor annak két elemét határozta meg: (1) a fogyatékosággal kapcsolatos problémák oka az egyén szintjén keresendő, mégpedig (2) az adott személy testi/mentális hiányosságaiban. Bár a fogyatékoság értelmezését áthatotta az egészségügyi szemlélet, OLIVER azt társadalmi kérdésként kezeli: nem medikális, hanem *individuális* modellről beszél, amelynek csupán részét képezi az orvosi faktor. Dolgozatomban az „individuálist” gyűjtőfogalomként használom azokra a modellekre, amelyek a fogyatékoság kialakulását az egyén valamely jellemzőjére vezetik vissza, míg az ebből a csoportból leggyakrabban használt, egészségügyi alapokon nyugvó modellre a „medikális” kifejezést alkalmazom.

A medikális modell tehát a fogyatékoság okát az *egyén szintjére* vezeti vissza, a környezetnek nem tulajdonít közvetlen szerepet a kialakulásában. Fogyatékoságot ebben az értelemben kizárólag az egyén jellemzői okozhatnak, mivel a modell arra koncentrál, hogy ezek az attribútumok miként és milyen mértékben akadályozzák az egyént a normálisnak tekintett társadalmi tevékenységek gyakorlásában (WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). A fogyatékos emberek nehézségei ezért saját korlátaikból fakadnak (BARNES, C. 1992).

A modell második lényeges jellemzője, hogy a fogyatékoságot *élettani*, *egészségügyi* okokra vezeti vissza. A kiindulási pont nem a „teljes”, egyéniséggel

rendelkező, cselekvő, környezetével kapcsolatban álló ember, hanem testének azon részei, amelyek megjelenésükben vagy működésükben egy meghatározott standardtól számottevően eltérnek. Az eltérés természetes jelenséggé értékelhető, hiszen az emberi fiziológiai és mentális állapotok egy széles spektrumon helyezkednek el. Ez a sokszínűség érzékletesen szemléltethető például a testmagasságoknak, a testtömegeknek, a látószervek kifinomultságának vagy az intelligencia-hányadosoknak az eltéréseivel. A medikális modell azonban az eltérések egy bizonyos szintjét patológiaként értékeli. Ennek oka, hogy testi/mentális tulajdonságai miatt az egyén jelentősen eltér az adott társadalomban meghatározott normáktól; az adott viszonyok mellett képtelen olyan tevékenységeket elvégezni, amelyek nélkülözhetetlenek a társadalom mindennapi életében (OLIVER, M. J. 1990b; ABBERLEY, P. 1991; BARNES, C. 1992; FINKELSTEIN, V. 1998; BARNES, C. – MERCER, G. 2004; IMRIE, R. 2004; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009).

Az individuális modell harmadik fő jellemzője szerint a fogyatékoság megszüntetésének, az abból eredő problémák felszámolásának, tehát a *beavatkozásnak* a színtere maga az egyén. A fentiek alapján ez triviális megállapításnak tűnhet, azonban a fogyatékos emberek és a kritikai földrajz szempontjából lényegesnek tartom kiemelni. A modell a fogyatékos állapotot kóros állapotnak tekinti, ezért ezt az állapotot a modern egészségügyi beavatkozások és terápiás módszerek segítségével igyekszik kezelni. Következésképpen lehetséges az egyén állapotának bizonyos mértékű közelítése a társadalom szintjén elfogadott „normális” állapothoz (WENDELL, S. 2001; WHO, 2002; IMRIE, R. 2004; JACOBSON, D. 2006; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Az egyén teste és környezete között feszültség áll fent, amire a megoldás az egyén jellemzőinek megváltoztatása, hozzáigazítása a környezethez. Amíg tehát előbbi alakítható, addig utóbbi eleve adott, statikus.

2.1.2. Az individuális modellek egyéb változatai

OLIVERTől eltérően lényegesnek tartom hangsúlyozni az imént tárgyalt megközelítés esetén a „medikális” jelzőt, mivel nem ez az egyetlen individuális modell. A *morális/vallási* felfogás szerint például a fogyatékoság valamilyen módon összekapcsolódik a bűnnel és a szegénnyel (KAPLAN, D. 2000; JACOBSON, D. 2006: 110; SHAKESPEARE, T. 2006). Lehet például az egyén valamilyen – életének korábbi szakaszában, vagy bizonyos kultúrák szerint a lélek előző inkarnációjában elkövetett – bűnére adott válasz, egy az adott társadalom erkölcsi normáival összeegyeztethetetlen cselekedetért járó büntetés (NIKORA, L. W. et al. 2004).

A fenti meghatározás utal a vallásos meggyőződésre, vagy legalábbis arra az igényre, hogy az emberiséget körülvevő világ jelenségeinek misztikus eredetű magyarázatokat kölcsönözzenek. Az egyéni megjelenésnek és viselkedésnek az átlagtól eltérő mintázatait ugyanis eszerint a felfogás szerint előidézhetik „ártó, rossz szellemek” vagy isteni eredetű beavatkozások is. Ez látszólag ellentmond az individuális megközelítésnek, azonban az említett állapot az érintett személyre vagy személyekre mért büntetés, amelynek bekövetkeztéért a felelősség is őket terheli, legtöbb esetben pedig a közösség válaszütemei is ellenük irányulnak. Ilyen reakciók lehetnek a társadalomból való kirekesztés, bizonyos esetekben akár fizikai bántalmazás is. A

modell tehát alapvetően individuális, azonban a nyugati társadalmakban a 18. századtól, a felvilágosodás eszmeáramlatának megjelenésével jelentősége csökkent, napjainkra pedig szinte teljesen háttérbe szorult, aminek fő oka a fogyatékoság úgynevezett racionális-tudományos magyarázatainak kidolgozása és a biomedikális szemléleten alapuló orvoslás intézményének megjelenése.

Más modellek ezzel szemben már levezethetők a medikálisból. A közös eredetet tükrözi az is, hogy jellemzésükben a medikális modell egyes karakterei domborodnak ki; az eltérések abban állnak, hogy konkrétan mely tényezőkről van szó. Egyes vélemények szerint a medikális modell arra szocializál, hogy az egyén „normálistól” eltérő képességeit, és ennek mindennapi következményeit szükségképpen problémának, mégpedig kizárólag egyéni problémának fogadják el. Ez alapján a fogyatékoság egy *személyes tragédiaként* (personal tragedy) értelmezhető (OLIVER, M. J. 1990a, 1990b, 1999; BORSAY, A. 1997).

A személyestrágédia-elmélet legfőbb állítása, hogy az egyén számára az egészségkárosodása egy szenvedéssel, lemondással teli élethelyzetet eredményez. Ez a gondolat áthatja a nyugati kultúrát, és a mindennapi élet számos területén megfigyelhető. A médiában például a fogyatékos emberek egyik tipikus ábrázolási formája a szegény, szánni való elesett, aki boldogulásához csupán mások segítségére számíthat. Egy másik jellemző karakter küzdelmet folytat saját fogyatékoságával, rendkívül nehéz akadályokat győz le, és olykor szinte emberfeletti képességekkel rendelkezik. Szintén érzékletes a fogyatékosággal kapcsolatos nyelvhasználat: a fogyatékos ember a mindennapi diskurzusban gyakran mint szenvedő, küszködő vagy hátrányos helyzetű egyén jelenik meg, akinek nem adatott meg a „normális élet” lehetősége. A hasonló reprezentációk megkérdőjelezzik a fogyatékos emberek átlagos voltát, és erősítik azt a meggyőződést, hogy ők valamilyen módon a társadalom speciális helyzetű tagjai (HUNT, P. 1966).

Ennek az attitűdnek az okaira több magyarázat is született. Például, a fogyatékos emberek a nem-fogyatékosokat saját testi törékenységükre és múlandóságukra emlékeztetik, ami félelmet szül irányukban (SHAKESPEARE, T. 1996, 1997; FINKELSTEIN, V. 1998). Egy strukturális nézet szerint az egyénitragédia-szemlélet a nyugati kapitalista, jóléti társadalmak és intézményeik (pl. oktatás, egészségügy, politika, gazdaság) olyan identitás-konstrukcióinak köszönhető, mint például a „függő helyzetben lévő, gondoskodásra szoruló egyén” (OLIVER, M. J. 1989). Végül lehetséges egy olyan mikro-léptékű magyarázat is, amely szerint a testi/mentális képességek az emberek egyéni identitásának részét képezik, és így teljes vagy részleges elvesztésük az egyén számára valóban tragédiát jelenthet (FRENCH, S. – SWAIN, J. 2004). Ez a viktimizáló szemlélet annyira jellemző a nyugati társadalmakra, hogy egyesek külön modellként (tragedy/charity model) tartják számon (NIKORA, L. W. et al. 2004; LANGTREE, I. 2010).

A *szakértői* (expert/professional) vagy *rehabilitációs* (rehabilitation) modell a medikálisnak abból a feltevéséből indul ki, hogy a fogyatékoság szükségszerűen egészségügyi beavatkozást igényel. Középpontjában az orvosi kezelésre szoruló sérült egyén mellett a kezelést végző egészségügyi szakember áll. Utóbbi kulcsszereppel bír: a sérült egyén állapotának kategorizálási jogával és kompetenciájával „kapuőr-szerepet”

tölt be, valamint a sérült életminősége javításának elsődleges letéteményese lesz (KAPLAN, D. 2000; NIKORA, L. W. et al. 2004).

A fenti modellekben a fogyatékos személy kiszolgáltatott szerepet játszik, helyzetének alakításában nem tekinthető aktív ágensnek, ugyanakkor ez nem minden individuális modellre jellemző. A *fogyasztói* (customer) modell például a szakértői ellentettjének tekinthető. Az egészségügyi szakember ebben az értelmezésben csupán szolgáltató, míg a fogyatékos kliens a szolgáltatás független fogyasztója, aki rendelkezik a szabad választás jogával és lehetőségével (NIKORA, L. W. et al. 2004). Ahogy tehát más kutatások is igazolták (pl. ALBRECHT, G. L. – DEVLIEGER, P. J. 1999; FRENCH, S. – SWAIN, J. 2004), létezik olyan egyéni szemlélet, amely inkább pozitív tartalmú a fogyatékos emberek szempontjából.

2.1.3. Az individuális modellek kritikái

Az individuális modelleket számos kritika érte az elmúlt évtizedekben. Mielőtt felvázolnám a bírálatok legfőbb pontjait, fontosnak tartom kitérni azok kontextuális hátterére. Kijelenthető, hogy a kritikák jobbára a fogyatékosügyi civil szervezetek vagy a fogyatékos emberek mozgalmával szimpatizáló kutatók részéről érkeztek. Ez a körülmény két szempontból is lényeges. Egyrészt, az említett szereplők a sérült emberek hátrányos helyzetének felszámolására törekedtek, mégpedig új eszközökkel, nem ismerve el a rehabilitációs paradigma kizárólagos relevanciáját a fogyatékoság témájában. Másrészt, már ismerték a főbb társadalomkritikusok munkáit, így munkájuk során igen erős elméleti alapokra támaszkodhattak. Mindezek lehetővé tették, hogy tudományosan alátámasztott, releváns kritikákat fogalmazzanak meg az individuális modellekkel szemben.

A bírálatok többsége az individuális modellek alapvető ismértévére fókuszál, vagyis arra, hogy az egyén jellemzőinek túlzott jelentőséget tulajdonítanak. A modellek a fogyatékoságot emberi jellemvonásnak tartják, a társadalmi környezet szerepét pedig többnyire figyelmen kívül hagyják. Különösen sok kritika érte a csoporton belül dominánsnak számító medikális modellt, elsősorban azért, mert a fogyatékosággal kapcsolatos minden problémát egészségügyi okokra vezet vissza. A kritikusok érvelése szerint a fogyatékoság egy társadalmi kérdés, amit nem lehet megérteni, ha a vizsgálat nem veszi figyelembe azokat a társadalmi, politikai, gazdasági faktorokat, amelyek hozzájárulnak a kialakulásához (ABBERLEY, P. 1991; BARNES, C. – OLIVER, M. J. 1993; IMRIE, R. 2004). Továbbá, individuális-orvosi szemléletével ez a modell a „normálistól” eltérő testi/mentális állapotú emberek elnyomásához szolgáltató tudományos és ideológiai alapot (BARNES, C. – OLIVER, M. J. 1993). Legitimálja az invazív technikák (pl. orvosi beavatkozás, adminisztratív kategorizálás) alkalmazását, miközben maga az érintett egyén gyakran információhiánnyal küzd saját állapotát illetően, sőt ki is rekesztődhet a róla szóló döntési folyamatból. Ugyanakkor vele szemben elvárás az alkalmazkodás a normákhoz, míg a társadalmat ilyen felelősség nem terheli (BORSAY, A. 1997).

Összességként megállapítható, hogy az individuális modellek által teremtett hatalmi relációk a beavatkozások jellegétől függetlenül az alávetett helyzet újratermelését eredményezik, miközben aligha segítenek az egészségkárosodott emberek

hátrányos helyzetének megértésében, illetve a status quo és a társadalmi tér megváltoztatásában. Egy kritikai földrajzi kutatás számára ezért szükséges más modelleket is áttekinteni. Ezek a modellek nagyrészt éppen a fenti kritikusok munkáinak eredményei, akik nemcsak bírálták az individuális modelleket, hanem alternatívákat is kidolgoztak.

2.1.4. A társadalmi modell általános jellemzői

A társadalmi modell (the social model of disability³) alapvetően egy *politikai eszközként* jött létre az esélyegyenlőségért küzdő fogyatékos emberek számára. A fogyatékosügyi politikai önszerveződés nem új jelenség, hiszen például a hallás- és a látássérültek csoportjai már a 19. század végi Nagy-Britanniában is hoztak létre érdekvédelmi szervezeteket (BARNES, C. – OLIVER, M. J. 1993; SZEPESSYNE JUDIK D. 2009). Igazán nagymértékű aktivitás azonban az 1960-as évektől bontakozott ki, akkor még jobbra az észak-amerikai és nyugat-európai országokra korlátozódva. Más csoportokhoz (pl. feministák, etnikai kisebbségek) hasonlóan a fogyatékos emberek is elkezdtek behatóbban tanulmányozni hátrányos helyzetük okait, és ebben a civil szervezeteken kívül nagy szerepük volt az akadémiai szférában dolgozó képviselőiknek is. Munkájuk nyomán radikális változások következtek be a fogyatékoság jelentésének értelmezésében.

Az egyik ilyen változás volt a medikális felfogás egyeduralmának megtörése. A *Fogyatékkal Élők a Szegregáció Ellen* (Union of Physically Impaired Against Segregation; UPIAS) elnevezésű brit szervezet már 1974-ben kiadott alapító okiratában elvetette a medikális értelmezést, valamint az egészségügyi szakma szinte kizárólagos autoritását a fogyatékoságra és az ahhoz kapcsolódó problémákra adandó válaszok meghatározásában (UPIAS 1974). Nem sokkal később a szervezet tagjai saját fogyatékoság-definíciót is alkottak, amelyben egyértelművé tették, hogy a fogyatékoság, korlátozottság és hátrányos helyzet között szoros kapcsolat van, ezek okozója azonban nem a sérült emberek testi működése, hanem a társadalom, amelyben élnek (UPIAS 1976). A korábbi modellekhez képest tehát jelentős súlyponteltolódás következett be az egyén felől a társadalom irányába.

A társadalmi modell főbb pontjai párhuzamba állíthatók a medikálisnál alkalmazottakkal. Először is, a fogyatékoság 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 standardoknak. Ez a fogyatékosá-tétel széles réteget érint, tehát nem diszkriminatív megnyilvánulások egyedi, egymástól független előfordulásáról van szó, hanem csoportos jelenségről (OLIVER, M. J. 1990b BARNES, C. 1992; SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002). A fogyatékos emberek tehát a társadalom egyik hátrányos helyzetű csoportját alkotják.

Másodszor, a modell szerint nem az egyén egészségi állapota korlátozza a társadalmi részvételt, hanem a *környezeti akadályok*. Az akadályok nem csak fizikaiak

³ A kifejezést először OLIVER, M. J. használta ebben a formában 1983-ban (SHAKESPEARE, T. 2006).

lehetnek, hiszen az akadályoztatás egy komplex jelenség, amely kulturális, társadalmi, politikai, gazdasági tényezők történelmileg kialakult és állandóan formálódó együttműködésaként létezik (BARNES, C. 1991, 1992). A modellt ezek a gondolati elemek hatékony eszközzé tették, mivel széles rétegek számára is érthető, ugyanakkor az emancipációt segítő magyarázatot kínált hátrányos helyzetűekre. Azzal, hogy a felelősség terhére az egyénekről a társadalomra helyezte, lehetővé tette pozitív egyéni és kollektív fogyatékos identitások kialakulását (SHAKEPEARE, T. 1993, 2006), ezzel pedig a korábban saját depriváltságukat jobbra egyéni problémának tekintő fogyatékos emberek közös politikai célok érdekében történő mozgósítását.

Harmadszor, a fogyatékoságot nem lehet megszüntetni az egyén normalizációját célzó orvosi kezelésekkal; ezek helyett a *környezetet* kell megváltoztatni. Élesen elkülönül egymástól az egyén testi/mentális állapota, és az a hátrányos helyzet, amelyet mindennapi élete során megtapasztal (SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002). Az egyes emberek egészségi állapotának javítása érdekében az orvosi beavatkozásoknak továbbra is lehet relevanciája, viszont a társadalmi modell szerint a fogyatékoság már nem közvetlen okozata ennek az állapotnak. Az a törekvés, hogy a megoldásokat mégis az egészségügyi szakma dolgozza ki, a fogyatékos emberek alávetettségét termeli újra, mivel elvonja a figyelmet a társadalom hiányosságairól, változatlanul hagyva azokat. Következésképpen másfajta megoldásokra van szükség. Ha az egyén egészségkárosodását nem is, a fogyatékoságot fel lehet számolni, de ehhez a modell szerint társadalmi-politikai változtatásokra van szükség (OLIVER, M. J. 1990a, 1990b; ABERLEY, P. 1991; BARNES, C. 2000).

A társadalmi környezetnek, az akadályok szerepének és a politikai céloknak a hangsúlyozása a modell általános jellemzői. A fogyatékosügyi aktivisták csoportja azonban nem egységes abban az értelemben, hogy a társadalmi változások előmozdítására milyen politikai szerveződést képzelnek el. Ebből következően a társadalmi modell nem egy egységes elmélet, hanem a fogyatékos emberek politikai küzdelmét támogató különböző koncepcionális eszközök *összefoglaló elnevezése* (LANG, R. 2001). Az egyes koncepciók a fogyatékoság társadalmi konstrukciójának és az azzal szembeni politikai szerveződésnek más-más elemét helyezik előtérbe. Elkülönülésük tehát ebből a szempontból hasonló az individuális modelleknel tapasztaltakkal, és további hasonlóság, hogy közöttük bizonyos fokú tartalmi átfedések vannak. Hogy érthető legyen ez a szétválasztás, az egyes megközelítéseket érdemes kontextusukban tárgyalni.

2.1.5. A társadalmi modell főbb változatai

Bár a társadalmi modell eredetileg a brit fogyatékosügyi mozgalom innovációja volt, a koncepciónak hamarosan elkülönült egy észak-amerikai változata is. A divergencia oka az eltérő társadalomelméleti háttér, amelyet a fogyatékoság szociológiájának néhány alapvető tétele segíthet megérteni. A modell politikai jellegéhez hozzátartozik, hogy a társadalmat két nagy csoportra osztja: fogyatékosokra és nem-fogyatékosokra (SHAKESPEARE, T. 2006). A kettő közötti kapcsolatot a szociológiában egyaránt szokás konszenzus- és konfliktus-alapon értelmezni. Előbbi szerint a fogyatékosok és nem-fogyatékosok a társadalom egymást kiegészítő

szubkultúrái. A kettő lehetőségei eltérhetnek (pl. az iskolázottság vagy munkavégzés tekintetében), de az eltérések nem szükségképpen jelentenek hátrányokat. A konfliktus-alapú megközelítés ugyanakkor a két csoportot egymással szembenállónak tekinti, amely kapcsolatban az egyik csak a másik rovására szerezhet előnyöket, a harc vesztesei pedig többnyire a fogyatékosok (BÁNFALVY Cs. 2010). Ez a kettősség figyelhető meg a társadalmi modell két meghatározó típusa esetén is: míg a brit teoretikusok jobbra a marxista tanokat vették alapul, addig Észak-Amerikában a funkcionalista, interakcionista és deviancia-elméletek gyakoroltak nagyobb hatást (BARNES, C. 1997).

2.1.5.1. A brit irányvonal

A brit modell a fogyatékoság kialakulását a kapitalista termelési mód strukturális sajátosságaira vezeti vissza. Az alapjául szolgáló marxista nézőpont szerint az emberiség történelme egymással szembenálló társadalmi osztályok harca. A modern polgári társadalom az osztályharcot nem szüntette meg, csupán egyszerűsítette, két nagy réteg létrejöttét eredményezve: a burzsoáziát, vagyis tőkésosztályt, és a proletariátust, más néven munkásosztályt (MARX, K – ENGELS, F. 1848). Előbbi kezében koncentrálódnak a legfontosabb termelőeszközök, míg utóbbi nem rendelkezik ilyenek felett, így a piacon csupán egyetlen dolgot, a munkaerőt tudja áruba bocsátani. A marxista elmélet munkaerő vagy munkaképesség alatt az emberek azon fizikai és szellemi képességeit érti, amelyeket a termelésben hasznosítanak. A munkaerő, mint a piacon beszerezhető sajátos áru, a kapitalista termelés egyik alapja, mivel lehetővé teszi a tőkés számára, hogy a munkások kizsákmányolásával (vagyis nagyobb mennyiségű munkát végeztetve, mint a felhasznált nyersanyag beszerzéséhez és a munkaerő életfenntartásához szükséges) többletértéket állítson elő. Ilyen kizsákmányolás azonban csak az egyes munkások testi-szellemi kapacitásának egy meghatározott szintje felett valósulhat meg. A munkaerőnek ugyanis testi adottságainál fogva is képesnek kell lennie a nyersanyag áruvá való átalakítására. A testi adottságok átértékelését ösztönözte a termelési egységek átalakulása is: a manufaktúrákkal ellentétben a tőkés gyáripár főként a gépek munkavégző-képességére épít. A technológia azonban csak látszólag szabadítja fel az embert annak fizikai korlátai alól: csupán a referenciapontok változnak meg, miután az ember, mint kiszolgáló személyzet, saját testi működését a gépek működési üteméhez kell, hogy igazítsa (MARX, K. 1867 [1955]). A kapitalizmus kibontakozásával tehát az emberi képességek olyan standardjai jöttek létre, amelyek meghatározták az egyének termeléshez való viszonyát.

A brit társadalmi modell hívei szerint a termelésnek ez a működési mechanizmusa az alapja a fogyatékoság kialakulásának. Devalválódik azoknak a munkaereje, akik az adott normáknak nem felelnek meg, és kirekesztődnek a társadalom hagyományos termelési és újratermelési folyamataiból. Így válnak a társadalom ilyen differenciákkal élő tagjai fogyatékosokká (FINKELSTEIN, V. 1993; ABBERLEY, P. 1999; OLIVER, M. J. 1999; BARNES, C. 2000).

MARX elméletére alapozva FINKELSTEIN, V. (1975a, 1975b, 1980) a fogyatékoság kialakulásának történelmi vázlatát alkotta meg Nagy-Britannia példáján, három fő korszakot különítve el. Az *első fázis* kezdete a „modern éra” kezdetével esett egybe. A

sérült emberek a társadalom számos más tagjával, például a munkanélküliekkel, a szegényekkel, együtt egy rendkívül széles, heterogén réteget alkottak, és gyakoriak voltak az egyes csoportok közötti átfedések. Bár ez a réteg a társadalmi hierarchia legalján helyezkedett el, nem volt jellemző a manapság fogyatékosnak tekintett emberek elkülönítése a társadalom többi tagjától.

A *második fázisban*, amely az ipari kapitalizmus kibontakozásával köszöntött be, a fogyatékosnak szó szerinti termelése indult meg. A termelés egyrészt a testi/mentális egészségi állapotával jellemzett kirekesztett réteg konstruálását, másrészt a fogyatékos társadalmi kontrollrendszerének kialakítását jelenti. Ekkor terjedtek el a nagy üzemekre és gépi technológiára alapozó termelési rendszerek, valamint a biomedikális szemléletű orvoslás. Utóbbihoz sorolhatók olyan elemek, mint a különbözőséget jelölő kategóriák (pl. fogyatékos); az ideológiák és alapelvek (pl. individualizáció, medikalizáció, normalizáció), vagy az azok alapján létrehozott speciális intézmények (pl. pszichiátriai kezelőotthonok) (ABBERLEY, P. 1987; FOUCAULT, M. 1990, 1997, 2004; FINKELSTEIN, V. 1993; BARNES, C. 1997; OLIVER, M. J. 1999). Az említett csoportok tagjainak nagy részét kiragadták a közösségeikből, és ilyen intézmények hatáskörébe utalták őket. Ezzel a lépéssel egyrészt „láthatatlanná” tették őket a többségi társadalom számára, másrészt gazdaságilag inaktív, ellátásra szoruló réteggé formálták őket, *fogyatékosokká*. Ez a rendszer konzerválja és kumulálja is az említett réteg hátrányos helyzetét. A kapitalizmus standardjaihoz hasonlóan ugyanis a fogyatékos sem csak a fizetett munka világában tartja meg érvényességét, hanem a társadalmi élet szinte valamennyi szférájára kiterjed (pl. marginális helyzet az oktatásban vagy a lakáspiacon; a saját egészséget érintő orvosi döntésekből való kirekesztődés). A brit modell szerint tehát ez a szakasz a fogyatékos emberek hátrányos helyzetének kialakulásában kulcsfontosságú volt.

A *harmadik fázis* kezdete az 1970-es évekre tehető, és a fogyatékos emberek egyre nagyobb fokú társadalmi reintegrációja jellemzi. Megváltoznak a szakpolitikai célkitűzések és eszközök: a neoliberális viszonyok között a korábbi, főként állami fenntartású intézményekben való elhelyezés helyett privatizáció és decentralizáció zajlik. Emellett jellemző a fogyatékos emberek fokozódó emancipációja. Ekkor dolgozzák ki a fogyatékoság kritikai szemléletű, társadalmi magyarázatait is.

2.1.5.2. Az affirmatív modell

Újabban különálló megközelítésként említik a fogyatékoság *affirmatív modelljét* (SWAIN, J. – FRENCH, S. 2000). Ez a modell a korábban dogmának számító egyénitragédia-szemlélet ellentettjének is tekinthető. Az utóbbi a fogyatékoságot egy elkerülendő állapotnak tünteti fel, és alapvetően negatív önértékelést társít hozzá. Az affirmatív modell szerint ennek az az oka, hogy az egyénitragédia-szemlélet a nem-fogyatékos emberek értékeit tükrözi. Egy látó személy számára például tragikusnak tűnhet a lehetőség, hogy elveszti a látását, különösen azért, mert a nyugati társadalmakban a vizuális érzékelési formának döntő jelentősége van a mindennapi életben. A nem-fogyatékos emberek, domináns társadalmi pozíciójuk révén, kivetítik ezeket az értékeket a fogyatékosok csoportjára is, és arra szocializálják utóbbiakat, hogy

természetesnek fogadják el azokat. Azonban a fogyatékoság egy pozitív identitás is lehet, és ez fontos eleme a modellnek.

Az affirmatív modell tehát abból a felismerésből indul ki, hogy a fogyatékos egyének és csoportok, részben éppen a fogyatékoságuk miatt, önmagukban is értékekkel rendelkeznek (EISENHAUER, J. 2007; MCCORMACK, C. – COLLINS, B. 2012). A belső értékek mellett ugyanakkor a fogyatékos emberek a társadalomnak is produktív tagjai lehetnek. Az ezekhez hasonló gondolatok egyik kifejezője a szűkebb értelemben vett kultúra (pl. művészetek), amelynek egyben közvetítő szerepe is van a szélesebb társadalom felé. Ez a kulturális tevékenység a szemléletformálással a fogyatékos emberek hátrányos helyzetét eredményező társadalmi viszonyok felszámolásának egyik eszköze lehet. Az affirmatív modell tehát hasonló a fentebb tárgyalt társadalmihoz, de míg előbbi a célokat kulturális, addig utóbbi tömeg- és szakpolitikai eszközökkel igyekszik elérni.

2.1.5.3. Az észak-amerikai irányvonal

A brit modellel szemben az amerikai változat alapját a konszenzus- vagy harmóniaelméletek adták, főként a *funkcionalizmus* és a *szimbolikus interakcionizmus*. A funkcionalista szemlélet szerint a különböző kulturális jelenségek, tevékenységek és tárgyak egyik tulajdonsága, hogy az ember társadalmi szükségleteit elégíthetik ki. A társadalmi fejlődés során ezeknek az egymással is kölcsönhatásban álló kulturális tényezőknek időben tartós formációi, vagyis intézmények jönnek létre. Az intézmények (pl. házasság, munkamegosztás) funkcionális jelentőségét az adja, hogy a szükségletek kielégítése során milyen mértékben járulnak hozzá a társadalom – környezetével szembeni – ellenálló-képességének növeléséhez (MALINOWSKI, B. 2000; DÜRKHEIM, É. 2001; MERTON, R. K. 2002). Az intézmények tehát funkcionálásukkal stabilizálják a társadalmat, és elősegítik egy konszenzusos társadalmi rend fenntartását (ANDORKA, R. 2006; GIDDENS, A. 2008).

Lényegében a fenti gondolatokat fejlesztette tovább PARSONS, T., aki *strukturális funkcionalista* elméletében kísérelte meg integrálni a mikro- és makroszintű szociológia addigi legfontosabb eredményeit. Munkáját szokás cselekvéseméletinek is nevezni, mivel álláspontja szerint a társadalmi rendszer tulajdonságait az egyének cselekvései és a cselekvők interakcióinak jellege határozzák meg (PARSONS, T. 2000). Az interakcióknak meghatározott kulturális minták szerinti lefolyását normatív rend szabályozza, mégpedig a cselekvésre vonatkozó elvárások és szankciók által. Ez utóbbiak társadalmi intézményesülése az interakciókra jellemző típusos cselekvésegységek, a szerepek kialakulásához vezet (PARSONS, T. 1985; PARSONS, T. – SHILS, E. A. 1988).

PARSONS a cselekvéseméleti keret segítségével írta le a betegségeket és az orvos–beteg interakciókat is, és a betegséget részben biológiai, részben társadalmi képződményként értelmezte. Érvelése szerint a betegség egy típusos társadalmi helyzet, ezért definiálható az ahhoz kapcsolódó *beteg-szerep* és egy „komplementer (kiegészítő) szerepviszonylat”, az orvos-szerep (BUDA, B. 1989). A beteg emberrel szemben a szerepéhez kapcsolódóan kötelezettségeket támasztanak: (1) köteles kompetens, elismert szakember segítségét igénybe venni, vagyis orvoshoz fordulni; (2) együtt kell

működni orvosával, és minden tőle telhetőt meg kell tennie a gyógyulás érdekében. Az egészségügyi szakember kapuőr-szerepet tölt be, hiszen igazolt szakmai tudása jogosulttá teszi a betegség diagnosztizálására, vagyis a beteg-szerep legitimálására. A legitim beteget kedvezmények illetik meg: (1) mentesül szokványos társadalmi kötelezettségei alól; (2) nem tehető felelőssé a betegségéért (PARSONS, T. 1951, 1975; BUDA B. 1989; LÁSZLÓ K. 2006). PARSONS az egészséget a társadalom funkcionális szükségletének tartja, következésképpen szerinte a betegség egy nemkívánatos, diszfunkcionális jelenség, mivel az egyént alkalmatlanná teszi más, a társadalom működése szempontjából nélkülözhetetlen szerepek (pl. munkavégzés) betöltésére.

Diszfunkcionalitása miatt a betegséget a szociológiában gyakran a *deviancia* fogalmával kapcsolják össze. A deviancia a közkeletű megfogalmazás szerint valamilyen normától való eltérést jelent, a deviáns cselekedetek pedig normaszegő magatartási formáknak minősülnek (ANDORKA, R. 2006; GIDDENS, A. 2008). A deviancia egyik formája az, amikor az egyének „visszahúzódnak” a társadalomtól. MERTON, R. K. (2002) ezt a jelenséget a kulturális célok, és az elérésükhöz rendelkezésre álló legális eszközök közötti kapcsolat jellegével magyarázza: mivel ezek az emberek nem fogadják el a közös célokat, így csupán a társadalomban élnek, de nem tartoznak a társadalomhoz. Ebbe a csoportba sorolja például a „pszichotikusokat” és az „autistákat”, akiket napjainkban gyakran tekintenek fogyatékosoknak. A visszahúzódnak felveti a társadalmi integráció problémáját, amely PARSONS beteg-szerep elméleténél is fontos. Az intézményesített orvoslás alapvető funkciója, hogy a beteg állapotát minél rövidebb idő alatt normalizálja: ehhez speciális kezelést nyújt, valamint a páciens szemléletmódját olyan módon befolyásolja, hogy az illető maga is fokozza törekvéseit saját felépülése céljából (PARSONS, T. 1951, 1975). Az elméletnek több olyan eleme is van, amelyek már az individuális modellek ismertetésénél is előfordultak. Nem véletlen, hogy egyes kutatók szerint a betegszerep-koncepció paradigmává vált a szociológiai fogyatékoság-kutatásokban, melynek eredményeként a jelenséget sokáig kizárólag a medikális modell keretében értelmezték (BARNES, C. – OLIVER, M. J. 1993; BARNES, C. 1997). Az újabb elméletek megjelenése azonban jelentősen árnyalta a fogyatékoság megítélését, nemcsak a szociológia, hanem általában a társadalomtudományok körében is.

A fogyatékoság strukturalista-funkcionalista magyarázatát jelentősen kibővítették a szimbolikus interakcionizmus képviselőinek gondolatai, elsősorban GOFFMAN, E. *stigma-elmélete*. A szimbolikus interakcionizmus, mint mikro-szociológiai irányzat, alapvető feltevése egyrészt, hogy a társadalmi cselekvés, az egyének közötti érintkezés valójában közös jelentéstartalmú verbális és non-verbális kommunikációs elemek közlése, amelyeket szimbólumoknak nevez. Másrészt, az egyéneket („Én-eket”), valamint a fizikai és társadalmi környezetet is ez a szimbólum-áramlás hozza létre és formálja (MEAD, G. H. 1973). Az interakciókhoz kapcsolódó egyik központi fogalom – akárcsak Parsons cselekvéseméletében – a szerep, az interakciókhoz pedig minden esetben meghatározott szerepelvárások társulnak (VÁRINÉ SZILÁGYI I. 1994). A szerepelvárások és az interakciók során egymásról gyűjtött információk alapján az egyének helyzet-meghatározást végeznek arra vonatkozóan, hogy adott szituációk esetén mit várhatnak el másoktól, és mások milyen elvárásokat

támaszthatnak velük szemben. Ezáltal lehetőségük nyílik, hogy a másoktól elvárt és/vagy a saját helyzetüknek megfelelő módon cselekedjenek, függetlenül attól, hogy ezzel a cselekvéssel valós vagy téves információkat közölnek (GOFFMAN, E. 2000). A szerepelvárások egyik funkciója, hogy lehetőséget adnak az egyének normák szerinti kategorizálására. Ha valaki a vele szemben támasztott elvárásoktól nem tér el „negatív” irányban, akkor normálisnak tekintető. Akit azonban nem ebbe a kategóriába sorolnak be, azt a társadalom gyakran illeti a stigmával.

GOFFMAN a *stigmának* három típusát határozta meg. Ide sorolta (1) a „testi fogyatékoságokat, fizikai torzulásokat”; (2) „az egyéni jellem szégyenfoltjait” (pl. alkoholizmus, homoszexualitás kapcsán); valamint (3) „a faji, nemzeti, vallási hovatartozás törzsi stigmáit” (1981: 184). A stigmatizálás mindig együtt jár az adott személy alsóbbrendűségének konstruálásával, és a negatív diszkriminációval. Egy fogyatékos emberről így sokkal nagyobb fokú „abnormalitást” feltételeznek, mint amekkora „látható” (pl. egy látássérültséggel élőről személyes interakció nélkül is feltételezik, hogy mentálisan sérült is egyben). Az interakciók során gyűjtött információk azt is lehetővé teszik, hogy az egyének társadalmi identitással ruházzák fel egymást és saját magukat. A stigmatizált személy megpróbálhatja orvosolni a „rendellenességét”, ugyanakkor elfogadhatja, sőt, magáévá is teheti a vele szemben támasztott normatív elvárásokat. A stigma tehát az érintett egyének által vállalt társadalmi identitássá is válhat, és akár csoportképző funkciót is betölthet.

Többféle vélemény is született arról, hogy a stigma-elmélet milyen szerepet töltött be az amerikai fogyatékosügyi mozgalom társadalmi modelljének kialakulásában. Egyesek (pl. ABLON, J. 2002; ALBRECHT, G. 2002) szerint az elmélet társadalmi identitásra vonatkozó része segít megérteni, hogy a korábban számos kisebb szervezet halmazaként létező mozgalom hogyan tudott egységesen fellépni és eljutni egy konkrét fogyatékosügyi törvény elfogadtatásáig (Americans with Disabilities Act; ADA). Ezzel szemben HAHN, H. (1994) GOFFMAN elméletét nem tartja megfelelőnek egy szakpolitikai változtatásokhoz alapul szolgáló modell számára, mivel szerinte az a fogyatékoság medikális felfogását tükrözi.

2.1.5.4. A kisebbségcsoport-modell

A brit társadalmi modell amerikai egyesült államokbeli megfelelőjének tekinthető a *kisebbségcsoport-modell* (minority group model). A modell három alaptétele, hogy (1) a fogyatékosághoz kapcsolódó legfőbb probléma a sérült emberekkel szembeni negatív társadalmi attitűd; (2) a társadalmi környezet jellegét szinte teljes mértékben a közpolitika határozza meg; (3) demokratikus társadalmakban ezek a közpolitikák a szélesebb társadalmi attitűdöket és értékeket tükrözik (HAHN, H. 1985, 1986: 274-279, 1994: 4-5; HAHN, H. – BELT, T. L. 2004).

A modellel kapcsolatban többen (SHAKESPEARE, T. 1996; BARNES, C. 1997; SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002) rámutattak, hogy kevésbé radikális, mint a brit változat. A kettő között ugyanakkor számos hasonlóság figyelhető meg. A fogyatékos embereket mindkettő egy alávetett társadalmi csoportként aposztrofálja, és hátrányos helyzetük okozójaként a társadalmi környezetet jelöli meg. Lényeges különbség azonban, hogy a kisebbségcsoport-modell a politikai célok túl nem törekszik a

medikális megközelítéssel szemben újradefiniálni a fogyatékossgot. A brit fogyatékosügyi mozgalom a fogyatékossgot (disability) a társadalmi elnyomással azonosítja, és elválasztja a biológiai állapottól (impairment). A kisebbségcsoportmodell ilyen éles elkülönítést nem tesz, viszont a fogyatékossgot a kollektív politikai identitás alapjának tekinti (PUTNAM, M. 2005; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Ez a koncepcionális különbség érzékelhető a két mozgalom nyelvhasználatában is. Nagy-Britanniában a „fogyatékos emberek” (disabled people) kifejezés gyakoribb, amelyben a „disabled” értelme: testi/mentális másságuk miatt a társadalom által elnyomottak. Ezzel szemben az Egyesült Államokban a „fogyatékossgal élő emberek” (people with disabilities) szókapcsolatban a „disabilities” lényegében az egészségkárosodások különböző fajtáira utal, és ezek az egészségkárosodások alkotják a csoport politikai identitásának alapját (SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002).

2.1.6. A társadalmi modell kritikái

A társadalmi modellel szembeni kritikák jelentős részben abból adódnak, amit sokan az identitáspolitikák egyik negatív elemének tartanak: az *esszencializmusból* (DUBOW, J. 2009; KOBAYASHI, A. 2009). A modell meghatározza az alávetett helyzetű fogyatékos emberek csoportját, és kijelöli az esélyegyenlőség társadalmi akadályait, amelyekkel szemben mozgósít, vagyis meghúzza a politikai küzdelem frontvonalait, és hasonlóan – bár más célból – kategorizál, mint a medikális modell. Ennek a logikának az eredményeként létrehozza a saját létehez szükséges *dichotómiákat* (SHAKESPEARE, T. 2006). Az ilyen elkülönítések növelhetik ugyan a politikai cselekvés hatékonyságát, azonban egyrészt a tudományos vizsgálatok esetén hátrányt jelenthetnek, másrészt egyes nézetek szerint a 21. század elején ez a fajta politikai gondolkodás kezdi elveszíteni relevanciáját.

Az egyik bináris kategória az egészségkárosodás (impairment) és a fogyatékossg (disability) kettőse. Az előbbi kizárólag biológiai, a társadalmi folyamatoktól független, míg utóbbi a társadalmi struktúra, szokások és gyakorlatok által létrehozott jelenség. Előbbit az egészségügy hivatott kezelni, utóbbihoz (társadalom)politikai megoldásokra van szükség, ezért többen is az egészségkárosodás egy társadalmi modelljének létrehozása mellett érvelnek, amely lehetővé tenné az emberi testre ható, illetve azt meghatározó társadalmi, kulturális, gazdasági hatások bevonását az elemzésbe (ABBERLEY, P. 1987; OLIVER, M. J. 1999; BARNES, C. – MERCER, G. 2004). Mivel a társadalmi modell kizárólag a fogyatékossgra és a társadalmi környezetre koncentrálna, figyelmen kívül hagyja a megélt, testi tapasztalatokat, főként az egészségkárosodáshoz kapcsolódókat (FREUND, P. 2001; WENDELL, S. 2001; SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002; WATSON, N. 2004; SHAKESPEARE, T. 2006). A kritikák szerint a fogyatékossgról nem lehet teljes képet kialakítani, ha nem számolnak a testi működésnek az emberek jóllétére gyakorolt hatásaival (pl. fájdalom, fáradtság vagy depresszió által).

Egy másik dichotómia a fogyatékos és nem-fogyatékos emberek éles elkülönítése. Ezzel a differenciálással kapcsolatban problematikus, hogy egy stabil csoportidentitást feltételez a fogyatékos emberek részéről (SHAKESPEARE, T. 1993; BARNES, C. 2000; WATSON, N. 2004). Az ő csoportjuk azonban nem homogén: tagjainak nem kizárólagos jellemzője a fogyatékossg, mivel különböznek olyan attribútumok mentén, mint a nem,

az életkor, az etnikai hovatartozás, a szexuális identitás és irányultság, sőt az egészségkárosodásuk típusa szerint is. A fogyatékoság emellett nem feltétlenül állandó: az egyének állapota változhat időben és térben (pl. ha valaki elvesztett látását egészségügyi kezelések révén visszanyeri, vagy ha olyan környezetbe kerül, amelyben a vizuális érzékelésnek semmilyen szerepe nincsen). Továbbá, a fogyatékoság mint kategória a 21. század elején már a testi/mentális különbségek olyan széles skáláját fogja át, amely megnehezíti egy univerzális fogyatékos identitás konstruálását (DAVIS, L. J. 2001; 2010).

A fogyatékosügyi mozgalom a társadalmi modell használatával többszörösen is paradox helyzetbe került. Egyrészt, a fogyatékos identitás hangsúlyozása egyesíti ugyan azokat, akik elégedetlenek hátrányos helyzetük miatt, és ezzel hatékonyabbá teszi a szerveződést, viszont kirekeszti azokat, akik nem osztoznak az ilyen érzésekben. Felmerül a kérdés, hogy a különbség hangsúlyozása segít-e megszüntetni a normákat, amelyek a hátrányos helyzetet előidézik, vagy éppen ellenkezőleg, erősíti azok konstitutív külsejét (GALVIN, R. D. 2003). Másrészt, a fogyatékos emberek hátrányos helyzete nemcsak a fogyatékosághoz (és egyéb jellemzőkhöz, pl. nem, bőrszín) kapcsolódó kulturális dimenzióból áll, hanem az osztályhelyezethez kapcsolódó gazdasági dimenzióból. A kettő ellen meglehetősen nehéz egyszerre küzdeni, mivel a kulturális tényező mentén való csoportképzés egyben elkülönülést jelent a többi, hasonló osztályhelyzetben lévő csoporttól, amely szeparáció viszont ellehetetleníti az osztályharcot (FRASER, N. 1995). Az ilyen kisebbségcsoport-szemlélettel tehát rövid távon ugyan politikai előnyök szerezhetők, de hosszú távon ez a stratégia hozzájárulhat a hátrányos helyzet újratermeléséhez.

A kritikusok szintén hátrányként értékelik, hogy a modell sugalmazza a politikai cselekvéssel megvalósítható, teljes akadálymentességet. Ezzel szemben többen amellett érvelnek, hogy a teljesen akadálymentes környezet elérhetősége megkérdőjelezhető (ha nem lehetetlen), még akkor is, ha az embereket körülvevő világot teljes mértékben alakíthatónak feltételezik (SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002; SHAKESPEARE, T. 2006; BROMLEY, R. D. F. et al. 2007). Ennek legfőbb oka éppen az emberek testi/mentális sokszínűsége. A környezet bizonyos elemei egyes csoportok számára akadályokat képezhetnek, más csoportok számára viszont megkönnyítik a mindennapi tevékenységeket. Egy lekerekített utcai járdaszegély például különböző módon befolyásolja egy látássérült és egy kerekesszékkal közlekedő személy mozgását: előbbi számára bottal nehezebben kitapintható, és így a tájékozódást nehezítő, míg utóbbinak megkönnyíti a váltást járda és úttest között. Kérdés azonban, hogy a teljes akadálymentesség valóban elérhetetlen-e, vagy csak a jelenleg domináns tér-felfogások miatt tűnik annak. Utóbbi esetben az ember, a környezet, valamint a kettő kapcsolatának radikális átértékelése új paradigma kialakulását is eredményezheti a fogyatékosügyben.

A kritikákkal szemben több érv is a modell relevanciája mellett szól. A modell egy praktikus eszköz ugyan, de nem egy teljességre törekvő tudományos vizsgálathoz, hanem a politikai mozgósításhoz. Segítségével nem lehet a fogyatékosághoz kapcsolódó valamennyi problémát felszámolni, például nem feltétlenül szüntethetők meg az egyén egészségi állapotának a közérzetére gyakorolt negatív hatásai. A cél azonban nem is ez volt a modell megalkotásakor, az ugyanis a társadalom strukturális

jellemzőiből fakadó problémákat hivatott kezelni (OLIVER, M. J. 2004). Ezek közül a problémák közül számos a mai napig megoldatlan maradt, még a legfejlettebb országokban is. A társadalmi modell kritikai szemlélete tehát várhatóan a közeljövőben is hatékony támogatást nyújthat a progresszív változásokért küzdő aktivistáknak és kutatóknak egyaránt (BARNES, C. 2012).

2.1.7. A bioszociális vagy más néven kulturális megközelítés

A medikális és a társadalmi modellek számos tekintetben egymás ellentettjei. A fogyatékoságot más-más perspektívából vizsgálják, következésképpen mások az erősségeik és a hiányosságaik, ez azonban nem jelenti azt, hogy az egyik szükségképpen felülírja a másikat. JOHNSTON, M. (1997) szerint a kettő csupán az analitikai szint tekintetében tér el egymástól: az egyiknél az egyén teste, a másiknál a társadalom képezi ezt a szintet. Ebből következően, bár interpretációik egymástól *eltérők* lehetnek, nem szükségszerű, hogy egymásnak *ellentmondók* is. Ez a megállapítás kibővíthető valamennyi modellre: mindegyiknek lehet relevanciája bizonyos helyzetekben; a lényegi kérdés az, hogy mely probléma megoldásához melyiket alkalmazzák. Ettől függetlenül többen is felhívták a figyelmet az individuális és társadalmi megközelítések között kialakult dichotómiára (SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002; EDWARDS, C. – IMRIE, R. 2003), és annak hátrányaira, ha a kettőhöz csak „vagy-vagy” közelítésben viszonyulnak. A kettősség feloldására a szakpolitika és a fogyatékosügyi civil szervezetek részéről is felmerült az igény komplexebb megközelítések kidolgozására, amelyhez jelentősen hozzájárult a poszt-strukturalista és feminista elméletek beépülése a fogyatékoság-kutatásba.

A fogyatékoság úgynevezett *bioszociális* modelljének lényege, hogy figyelembe veszi az egyéni testi tapasztalatokat, ugyanakkor megtartja a társadalmi környezettel szembeni kritikai szemléletet (WATSON, N. 2004; PHILO, C. 2009; egyes szerzők a „kulturális modell” elnevezést javasolják: lásd WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Ez a korábbiakhoz hasonlóan nem tekinthető teljesen egységesnek, azonban az ebbe a kategóriába tartozó analitikai megközelítésekre általában jellemző, hogy a korábban bemutatottak által konstruált dualizmusok kiküszöbölésére töreksenek, például a materiális-kulturális és a struktúra-agens viszonylatokban. A modell ilyen szempontú vizsgálata segíthet jobban megérteni annak elméleti újításait. Ezek közül a legfontosabbak az *emberi testtel* kapcsolatosak (WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Egyrészt, a korábban szinte teljesen figyelmen kívül hagyott *egyéni tapasztalatok* is bekerültek a vizsgálandó tényezők közé. Ezekre sem a medikális, sem a társadalmi megközelítés nem fordított kellő figyelmet, hiszen előbbi a fogyatékos emberek tudása helyett a medicina szakértelmét részesítette előnyben, utóbbi pedig a pre-társadalmi tekintetű testet nem is tekintette vizsgálati tárgyának. A test viszont egyes vélemények szerint elengedhetetlen ahhoz, hogy az egyén cselekvő ágens lehessen a társadalomban.

Másrészt, a modell nemcsak az egyéni tapasztalatokat integrálja a vizsgálatba, hanem a *testnek és a test patológikus jelenségeinek a szerepét* is átértékeli. A korábbi modellek a testet, akárcsak a különböző egészségkárosodásokat, eleve adott biológiai entitásként értelmezték. Az újfajta szemlélet ezzel szemben a nagyobb komplexitást hangsúlyozza. A test továbbra is biológiai képződmény, de társadalmi termék is. A

kulturális gyakorlatok és ráíródások következtében és segítségével a társadalom kategorizálja a különböző testeket, és a testek patológikus elváltozásait. Az ilyen kategorizálások függenek a kulturális közegtől, és jelentős hatásuk van az érintettek életkörülményeire. Ennek földrajzi vetülete is van, hiszen a nyugati kapitalista társadalmak tereinek normalizáló jellege miatt a testi kategorizálás meghatározó a térbeli hovatartozás és kirekesztődés szempontjából is. Fontosak a *hatalom* és az *ellenállás* működési mechanizmusai: kiknek a privilégiuma, hogy bizonyos testeket „másokként” kategorizáljanak; miként zajlik a különböző kategóriák konstruálása; milyen stratégiákat alkalmaznak az ilyen gyakorlatokkal szemben az érintettek; és milyen szerepet tölt be ebben a földrajzi tényező (térbeliség)?

Szintén hatottak a modellre az egyéni és kollektív *identitásokról* szóló elméletek. Az egyének a testükön keresztül nemcsak kapcsolatot létesítenek környezetükkel, de saját testük és testi tapasztalataik az önértékelésüket is meghatározhatják. A test és a környezet kapcsolatának változásai módosíthatnak az identitásokon is. Az identitás tehát nem rögzített és változatlan, hanem folyamatos változásban lévő, és azzal együtt a tér is dinamikus (pl. térrepresentációk, mentális képek). A modell lehetővé teszi, hogy a test, az egyén és a környezet kapcsolatát a kutatók által korábban is hangsúlyozott kölcsönös meghatározottsági viszonyként kezeljék a vizsgálatokban (PINDER, R. 1995; IMRIE, R. 2004). Komplexitása miatt a bioszociális megközelítést tartom legalkalmasabbnak a fogyatékoság földrajzi kutatásához, és saját empirikus vizsgálataimhoz is ezt a modellt alkalmazom.

2.2. A dolgozatban alkalmazott legfontosabb fogalmak magyarázata

Mint látható, a különböző modellek eltérő fogyatékoság-meghatározásokat eredményezhetnek, ugyanakkor a fogyatékoságén kívül több más fogalmi kérdést is felvetnek. Ez utóbbiak áttekintése segítheti a geográfus szakmai és a tágabb közönség számára a hatékonyabb megismerést, mivel a téma meglehetősen új a magyar földrajzon belül, és a kifejezések jórészt más tudományterületekről származnak. Továbbá, ugyanannak a terminusnak olykor több, egymástól eltérő meghatározása is létezik, így célszerű összegyűjteni ezek közül a szakirodalomban leggyakrabban alkalmazottakat. A kiemelt fogalmak: egészség és betegség; egészségkárosodás, fogyatékoság és rokkantság; alávett helyzet és elnyomás; épségnormativitás (ableism, disableism).

2.2.1. Egészség, betegség

A medikális modell alapján a fogyatékoság levezethető a modern nyugati típusú orvoslás egészségről és betegségről alkotott koncepcióiból. Az egészség egy olyan társadalmi konstrukció, amely meglehetősen tág teret enged az interpretációknak, ezért tartalma számos módon meghatározható (MEADE, M. S. – EARICKSON, R. J. 2000; CURTIS, S. 2004; GATRELL, A. C. – ELLIOTT, S. J. 2009). Az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének (World Health Organization; WHO) definíciója szerint „az egészség a komplett fizikai, mentális és társadalmi jól-lét állapota, nem pusztán a betegség vagy károsodás hiánya” (1948: 2). Ez a megfogalmazás már jelezte a korábbi, egyszerű betegség-diagnosztikán alapuló értelmezés felől a holisztikus felé történő elmozdulást.

Mindazonáltal a fogyatékoság megállapításakor még napjainkban is számos esetben az előbbi, úgynevezett biomedikális megközelítést alkalmazzák.

A biomedikális modell tehát az egészséget paradox módon a betegségek hiányával jellemezhető állapotnak tekinti, ez a definíció azonban felveti a betegség értelmezésének problematikáját. Utóbbinak elkülöníthető egy elméleti (disease) és egy gyakorlati (illness) meghatározása. Az *elméleti betegség* – egyszerű megfogalmazásban – az emberi szervezetnek az egészségügyi diagnosztika által objektíven leírt patológikus elváltozása. Valamilyen okból (pl. fertőzés vagy sérülés) a sejtek, szövetek, szervek állapotában eltérés mutatkozik a szervezet átlagosnak, természetesnek tartott állapotától. A biomedikális szemlélet alapján az orvos feladata az elváltozás okának azonosítása, majd annak a szervezet más részeitől elkülönítetten való kezelése és megszüntetése. A *gyakorlati betegség* egy egyéni, szubjektív érzet, eltérés attól, amit az ember „normális”, egészséges állapotában tapasztal. Míg az elméleti betegség csak a vizsgáló orvos által megállapított, addig a gyakorlati már érezhető negatív hatással van a vizsgált személy életminőségére is. A kettő nem feltételezi egymás létét: a diagnosztizált betegség lehet, hogy nem gyakorol számottevő hatást az egyén közérzetére, míg az általa érzett betegségnek nem biztos, hogy a medicina által azonosítható biológiai okai vannak (GATRELL, A. C. – ELLIOTT, S. J. 2009). A betegség alapja tehát minden esetben az egyén szintjén bekövetkezett változás, amelynek eredményeként a testi működés bizonyos mértékben eltér a megszokottól.

A két betegségtípushoz kapcsolódóan további két fogalmat érdemes kiemelni: az *életteni funkciót* és a *normalitását*. Az emberi szervezet egyes elemei a különböző biológiai-kémiai folyamatok fenntartásával hozzájárulnak az egész működéséhez, vagyis meghatározott életteni funkciókat töltenek be. A funkcionálás normálisnak tekinthető, ha az adott faj egy referencia-csoportjában (azonos nemű és életkorú egyedek sokasága) tapasztalható természetes átlagtól nem tér el jelentős mértékben. A betegség ellenben a funkcionálás átlagos hatékonyságának egy adott szint alá süllyedését jelenti. Ahogy fentebb is látható, az eltérés minden esetben objektíven megfigyelhető és mérhető biológiai tényeken alapszik, és így a betegség megállapítása független az egyéni és társadalmi elvárásoktól. A gyakorlati értelemben vett betegséghez ezzel szemben hozzátartoznak a társadalom alkotta normák. Az elméleti betegség akkor válik gyakorlati értelemben is betegséggé, ha a hétköznapi életben átlagos funkciók gyakorlását elég nagymértékben nehezíti meg ahhoz, hogy egy nemkívánatos állapottá váljék (BOORSE, C. 1975, 1977). A betegség elméleti és gyakorlati értelmezéséből kirajzolódnak a funkcióképesség (functioning) léptékei is: az ember biológiai szervezetére, a személyes terére és a társadalmi tevékenységeire, részvételére vonatkozó (WHO 2002; MESTERHÁZI Zs. 2010). Az egyén funkcionálisan egészséges, ha

- „testi funkciói (beleértve a mentális funkciókat is) és testi struktúrái megfelelnek az egészséges emberének,
- mindent meg tud tenni, amire egy egészségi problémák nélküli ember képes,
- az élet minden területén, amelyek fontosak számára, képes magát oly módon és mértékben kibontakoztatni, ahogyan egy egészségkárosodás nélküli ember számára lehetséges” (MESTERHÁZI Zs. 2010: 56).

Ez a differenciálás már átvezet az egészségkárosodás, fogyatékoság, rokkantság fogalmi hármashoz, amely napjainkban is meghatározza a fogyatékoságról folyó tudományos és szakpolitikai diskurzust.

2.2.2. Egészségkárosodás, fogyatékoság, rokkantság

A betegség fenti, funkcióképesség-zavarként való értelmezése közel áll az egészségkárosodás fogalmához, amely viszont a medikális szemlélet alapján szorosan összefügg a fogyatékosággal és a rokkantsággal. Ebben az értelmezésben a három lényegében elválaszthatatlan egymástól. A medikális szemléletet tükrözi a WHO által 1980-ban kiadott *„Károsodások, fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozása”* (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICIDH) című dokumentum, amely a funkciócsökkenést a fentebb leírt három szinten értelmezi. Az egészségkárosodás vagy sérülés, károsodás (impairment) eszerint az emberi test *„pszichológiai, fiziológiai vagy anatómiai struktúráinak vagy működésének hiányossága, illetve rendellenessége”*. A fogyatékoság (disability) *„az egészségkárosodásból eredő funkcionális korlátozottság vagy képességhiány, amelynek eredményeként az illető képtelen kivitelezni az emberi léthez alapvetőnek tekintett egyéni tevékenységeket”* (pl. látás, járás). A rokkantság⁴ (handicap) pedig az az állapot, amikor az egyén egészségkárosodásából vagy fogyatékoságából adódóan nem képes a társadalomban (életkortól, nemtől, egyéb társadalmi és kulturális faktoroktól függően) átlagosnak, normálisnak tekintett tevékenységek (pl. térhasználat) elvégzésére, szerepek betöltésére (WHO 1980: 14).

Az ICIDH elismerte a társadalmi környezet szerepét a fogyatékoság kialakulásában, hiszen a definíciókból következően rokkantság csak olyan közegben jöhet létre, amely elvárásokat támaszt a tevékenységeket illetően, az egészségkárosodást és fogyatékoságot pedig hátrányt okozó állapotként értékeli (BICKENBACH, J. E. et al. 1999), a koncepciót azonban több kritika is érte. Bár az alkotói szándék szerint szakított volna a túlzottan orvosi megközelítéssel, ez csak részben sikerült, mivel a társadalmi részvétel alacsony szintjét alapvetően az egyéni funkcionális és képességhiányra vezeti vissza. Kritikaként merült fel az is, hogy a fogyatékoság egyirányú folyamat-jellegét feltételezi. Az egészségkárosodás, fogyatékoság és rokkantság ennek egymást következő szakaszai, amelyek során az egyén állapota fokozatosan súlyosbodik (BICKENBACH, J. E. et al. 1999; KULLMANN L. – KUN H. 2010).

Az UPIAS (1976) az ICIDH-val szemben az egészségkárosodást a következőképpen határozza meg: *„egy hiányos vagy hiányzó végtag, illetve egy végtag, szerv vagy testi mechanizmus funkcionális hibája”*. A fogyatékoság ezzel szemben *„a tevékenységekben való hátrány vagy korlátozottság, amelyet a társadalom idéz elő azzal, hogy nem vagy alig veszi figyelembe az egészségkárosodással élőket, és így kirekeszti őket a fősodratú társadalmi tevékenységekből”* (UPIAS 1976: 14). Ebben a meghatározásban a korábbi ICIDH-féle fogyatékoság-rokkantság fogalompárnak az egészségkárosodás-fogyatékoság felel meg. A koncepcióban tehát a fogyatékosügyi mozgalomnak az a törekvése jelenik meg, hogy az egészségkárosodást (testi, biológiai)

⁴ Ennek megnevezésére a magyar szaknyelvben elfogadottak a hátrány és a korlátozottság kifejezések is.

és a fogyatékossgot (társadalmi) egymástól élesen elkülönítsék (lásd társadalmi modell).

Az utóbbi évtizedekben a szakpolitika részéről is elmozdulás történt a komplexebb, bioszociális jellegű meghatározás felé. A 2001-ben megszületett, „*A funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása*” (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF) című dokumentum megtartotta a három funkcionális léptéket, viszont az egyén mellett nagyobb hangsúlyt fektetett a környezeti tényezőkre is. A koncepció (WHO 2002) szerint a fogyatékossg három faktor kölcsönhatásában alakulhat ki: (1) a biológiai szervezet működési jellemzői, egészségi állapot; (2) személyes faktorok, az egyén különböző demográfiai, társadalmi, gazdasági jellemzői (pl. nem, életkor, iskolai végzettség); (3) környezeti faktorok (pl. társadalmi attitűd, jogi környezet, éghajlat). Ezek alkotják a WHO biopszichoszociális modelljének alappilléreit (1. ábra).

Ezt a komplex szemléletet követem, amikor a dolgozatban a fogyatékossg szót használom. OLIVER, M. J. (1999) szerint akkor beszélhetünk fogyatékossgról, ha az egyén (1) egészségkárosodással él, (2) ahhoz kapcsolódóan hátrányos társadalmi helyzetben van része, és (3) ezt ő maga is elismeri, vagyis rendelkezik egyfajta fogyatékos-identitással. Ezek mellett a magyarországi tapasztalatok alapján egy negyediket is fontosnak tartok megemlíteni: a hatósági kategorizálást. A dolgozat későbbi fejezetei rávilágítanak ennek jelentőségére különböző léptékeken (egyéni, háztartás, országos), de azért is emelem ki, mert az önértékelés és a külső kategorizálás számos alkalommal eltér egymástól. *Fogyatékossgnak* tehát azt a helyzetet tekintem, amelyben az egészségkárosodás, testi/mentális jellemzők, illetve működés nyomán az egyén társadalmi térrel való interakciója – főként ez utóbbi jellege miatt – az illető számára hátrányos helyzetet eredményez, ez pedig identitásában és/vagy valamilyen hivatalos besorolásában is tükröződik⁵.

A saját empirikus vizsgálatomban azonban nem célozom a résztvevők kategorizálása. Egy ilyen tevékenység ugyanis könnyen válhat invazív, elidegenítő tudományos gyakorlattá. Az egyéni tényező mellett ezért kulcsfontosságú annak a társadalmi térnek és azoknak a térfolyamatoknak a vizsgálata, amelyek a hátrányos helyzetet előidéznek.

2.2.3. Alávetett helyzet/elnyomás

A társadalmi modell szerint a fogyatékossg – mint társadalmi konstrukció – az egészségkárosodott emberek számára lényegében egyet jelent a hátrányos helyzettel, amelynek okai a társadalmi mélystruktúrákban keresendők. A fogyatékossghoz kapcsolódóan pedig egyaránt érdemes megvizsgálni a nyugati társadalmakat *materiális* és *kulturális* szempontból (BARNES, C. 1997). A gondolat, hogy a fogyatékossg egy

⁵ Dolgozatomban az egészségkárosodott és ahhoz kapcsolódóan hátrányos helyzetben lévő egyének elnevezésére a „fogyatékos ember” vagy a „fogyatékossggal élő ember” kifejezéseket használom. Előbbit az angolszász szakirodalom nyomán (a „disabled person” szókapcsolat mintájára), míg utóbbit azért, mert Magyarországon jelenleg ezt tartják a „legkevésbé stigmahordozónak” az általánosan elfogadott kifejezések közül (SEMMELEWEIS EGYETEM é.n.).

társadalmi elnyomás vagy alávetett helyzet, a brit fogyatékosügyi mozgalom képviselőitől származik, következésképpen a kezdeti koncepciók elméleti hátterét a marxista gondolatok és azok interpretációi jelentették. Az előző alfejezetben felvázoltam, hogy a brit irányvonal miként vezeti le a fogyatékos emberek rétegének kialakulását a kapitalista termelési mód sajátosságaiból. A kapitalizmus többféle egyenlőtlenséget is kitermel, amelyek közül a legismertebb valószínűleg az osztályok közötti, azaz a munkaerő kizsákmányolásán alapuló. A fogyatékoság a társadalmi elnyomás egy különleges típusának tekinthető, mivel központi eleme az egészségkárosodás, a test/elme működésének eltérése bizonyos normáktól (FINKELSTEIN, V. 1980).

A materialista szempontú vizsgálat azonban megnehezíti ennek a különlegességnek a megragadását. OLIVER, M. J. (1986) véleménye szerint a kapitalizmus társadalmi viszonyainak alapvető jellemzője az elnyomás az osztályok szembenállása miatt, és a fogyatékosok valószínűleg részét képezik az alávetett osztálynak, azonban a fogyatékoság és a társadalmi osztály közötti kapcsolat nem megfelelően tisztázott. Ahogy ABBERLEY, P. (1987) is rámutatott, a fogyatékoság mint alávetett helyzet nem vizsgálható megfelelően az osztályhelyzetet alapul vevő kizsákmányolás-koncepcióval. Célravezető, ha a kettő inkább kiegészíti egymást a kutatásban, akárcsak a nemi vagy rassz-alapú elnyomás esetében.

Ebben a tekintetben változást hozott a 20. század kései, posztmodern időszaka, ugyanis ekkor a politikai küzdelem alapja a társadalmi osztály helyett egyre inkább a *kulturális* csoport (pl. nem, etnikum, szexualitás szerint) lett. YOUNG, I. M. (1990) elmélete szerint például a társadalmi elnyomás összetettebb annál, mintsem hogy az anyagi javak elosztásával megragadható lenne. Strukturális jellege abból adódik, hogy a társadalmat átható normák, szabályok, szimbólumok, szokások, intézményi formák, vagyis a társadalom mindennapi működése termeli újra, sokszor anélkül, hogy az egyének ezt felismernék.

Az elnyomás YOUNG (1990) értelmezésében kimondottan kulturális csoportok ellen irányul, és öt formája különíthető el. A *kizsákmányolással* a munka eredményeit nagyrészt elvonják a munkásoktól, és azok a tőkések javát szolgálják, a munkások pedig az anyagi javak mellett a társadalmi élet különböző szférái feletti irányítást is elveszítik. Ez a kifosztás ugyanakkor nem csak a munkás-tőkések viszonylatban releváns: hasonlóan működik például a nemek vagy az etnikai csoportok között. A *marginalizáció* azokat érinti, akiket a nyílt munkaerőpiacon nem tudnak, vagy nem akarnak alkalmazni. A helyzetet komplikálja, hogy a segítő szándékkal bevezetett jóléti juttatások enyhítik ugyan az anyagi depriváltságot, de közben a támogatásoktól függővé tesznek egy társadalmi réteget, amivel hosszú távon a további marginalizációt segítik elő. A *hatalom nélküliség* a társadalom hierarchikus intézményi – elsősorban munkahelyi – struktúráinak következménye: a rangsorban feljebb állók általában nagyobb döntési autonómiával rendelkeznek, nagyobb mértékben kamatoztathatják kreativitásukat, nagyobb tiszteletet és megbecsülést élveznek, és a hierarchiában lefelé haladva ezek szintje csökken.

Kulturális imperializmusról akkor beszélhetünk, ha egy domináns csoport a saját értékeit, kultúráját, életformáit általános érvényűvé terjeszti ki, és lényegében

követendő normaként határozza meg. Az összes többi csoport értékeit ehhez a normához méri, és az attól való eltéréseiket hiányosságként, rendellenességként definiálja, a domináns értékek pedig egy idő után megkérdőjelezhetetlenné válnak az egyének többsége számára. Végül, az *erőszak* a személyek és vagyontárgyak elleni támadások összessége. Az elnyomás ténye nem az erőszakos cselekedetekben, hanem az azokat lehetővé tévő társadalmi kontextusban keresendő: szisztematikus, mivel csoport-alapú, és bizonyos esetekben társadalmi gyakorlattá válik. Ez az öt kategória egyfajta minősítési rendszerként is funkcionál. Segítségükkel felmérhető az egyes csoportok státusza, és az ötből egynek a teljesülése is elég ahhoz, hogy egy társadalmi csoportot alávetettnek lehessen titulálni (YOUNG, I. M. 1990).

A fogyatékos emberek alávetettek, mivel egészségkárosodásukkal kapcsolatosan tapasztalják ezeket a jelenségeket. Kizsákmányoltak, mivel gyakran az „épekénél” alacsonyabb munkabért kapnak a tőkés termelőegységekben. Marginalizáltak, mivel a munkaerőpiacon rendszeresen éri diszkrimináció őket, sőt, gyakran el sem jutnak az elsődleges munkaerőpiacra. Hatalom nélküliek, mivel érdekérvényesítő képességük általában gyengébb, mint a nem-fogyatékosoké. Kulturális imperializmus által érintettek, mivel testüket/elméjüket a domináns „épek” általában abnormálisnak tekintik. Ezek mellett különböző kontextusokban rendszeresen válnak fizikai vagy egyéb erőszak áldozataivá (IMRIE, R. 1996a; KITCHIN, R. 1998; KITCHIN, R. – LAW, R. 2001).

Az olyan csoportoknál, mint a fogyatékos embereké, a materiális és a különböző kulturális alapú alávetettségek legtöbbször összekapcsolódnak. A vizsgálatokban praktikus okokból el lehet különíteni ezeket, de a mindennapi életben rendszerint egymással összefüggnek, sőt, erősítik egymás hatását. Ebből adódóan az egyén alávetettsége még annál is nagyobb mértékű, mint ami a két dimenzió egyszerű összegzéséből következne (CRENSHAW, K. 1989; STUART, O. 1993; FRASER, N. 1995; WEST, C. – FENSTERMAKER, S. 1995; MEEKOSHA, H. 2005; YUVAL-DAVIS, N. 2006).

Továbbá, a kulturális csoportok többségének határai átjárhatók, és egy személy egy időben több csoportnak is tagja lehet (YOUNG, I. M. 1990). A fogyatékoság ebből a szempontból specifikus, mivel a testi/mentális állapot, a társadalmi státusz, az önértékelés és a hivatalos kategorizálás is meglehetősen dinamikus faktorok lehetnek. Következésképpen megkérdőjelezhető a fogyatékoság mint stabil csoportképző kategória szerepe (DAVIS, L. J. 2010). Az alávetettség tehát, bár elkülönült csoportokat feltételez, egy olyan összetett jelenség, amely a fogyatékoság esetén a társadalom szinte valamennyi tagját érintheti.

A fogyatékosággal kapcsolatos alávetettséget/elnyomást ezek alapján egy materiális és kulturális dimenzióval is jellemezhető állapotnak és hatásmechanizmusnak tekintem. Ez strukturális tényezőkben, vagyis a társadalom szinte valamennyi szféráját átható normák, értékek, szokások, intézmények és szabályok rendszerében gyökerezik, ugyanakkor aktív ágenseket is feltételez. Következmenyeként a fogyatékosnak titulált emberek társadalmi térbeli lehetőségei nem érhetik el azt a szintet, amelyet a nem-fogyatékos társaiké.

2.2.4. Épségnormativitás

Ha elfogadjuk, hogy a fogyatékossgal kapcsolatos alávetett helyzet a különböző strukturális tényezők és ágensek hatásainak következménye, akkor az *épségnormativitás* nem más, mint ezeknek a tényezőknek egy bizonyos minőségű összefüggésrendszere. A nemzetközi szakirodalomban az *ableism* elnevezés terjedt el erre vonatkozóan, amelynek jelenleg nincsen tudományos konszenzuson alapuló magyar nyelvű megfelelője, ezért kísérletként alkottam az épségnormativitás kifejezést⁶. Gyakori megfogalmazásban a fogyatékos személyek negatív diszkriminációját jelenti (MERRIAM-WEBSTER é.n.), vagy az ép emberek pozitív diszkriminációját a fogyatékosokkal szemben (OXFORD DICTIONARIES é.n.). Komplexitását azonban valószínűleg nem tükrözi megfelelően a „diszkrimináció” kifejezés.

Az épségnormativitás beilleszthető a különböző társadalmi egyenlőtlenségek (újra)termelésére vonatkozó elméleti konstrukciók sorába. A szexizmus például a nemi, a rasszizmus az embertípusokon nyugvó, a heteronormativitás a szexuális dimenzió mentén értelmezendő. Mindegyik legalább két kulturális csoportot különít el egymástól (pl. férfi-nő; heteroszexuális-homoszexuális), és az így kialakult párokon belül az egyiket privilegizálja a másik kárára. Ezek alapján az épségnormativitás alapfeltevése, hogy a fogyatékos emberek csoportja alsóbbrendű az épek csoportjához képest.

Az épségnormativitás tulajdonságaiban és mechanizmusaiban felismerhetők a YOUNG-féle alávetettség-koncepció, azon belül elsősorban a kulturális imperializmus jegyei. A társadalom többsége számára az épség, az ép emberek tulajdonságai és képességei válnak követendővé, még ha ezek többnyire egy fiktív emberi ideáltípus alapján születtek is, és az épség–fogyatékossg elkülönítése gyakran nem egyértelmű. Az ellentmondásoktól függetlenül ennek a viszonyoknak két lényeges következménye van a fogyatékos személyekre nézve: a (1) „társadalmi láthatatlanság” és az (2) abnormalitás mint címke. Az előbbi értelmében a fogyatékos személyek társadalmi részvétele szinte minden aspektusában gyengébb a nem-fogyatékosokénál. Társadalmi státuszuk például nem teszi lehetővé számukra a megfelelő érdekérvényesítést; szempontjaik nem vagy gyengébben jutnak érvényre a társadalmi diskurzusokban; az épített környezet kialakítása gátolja hozzáférésüket a különböző terekhez, így fizikailag sem jelenhetnek meg ezekben. Utóbbi szerint egy átlagos, „ép” életforma a követendő, míg a fogyatékosoké szükségszerűen rosszabb, nemkívánatos. Az épségnormativitásnak ezek a feltevései a nyugati kultúrában a társadalmi élet szinte valamennyi szféráját áthatják (lásd pl. TERRY, P. M. 1996; LINTON, S. 1998; LIVINGSTON, K. 2000; HEHIR T. 2002, 2007; AMUNDSON, R. – TAIRA, G. 2005; LEVI, S. J. 2006; SMITH, L. et al. 2008; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009).

Az épségnormativitás kapcsán érdemes megjegyezni, hogy az angol nyelvű szakirodalomban az *ableism* mellett újabban elkülönítik a *disableism* kifejezést. A kettőt gyakran használják szinonim értelemben, azonban tartalmuk eltérő, mivel ugyanazt a kérdést írják körbe (tkp. az épségnormativitást), de eltérő aspektusból. A többi kulturális

⁶ Hernádi Ilona, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának munkatársa egy konferencián az „épségterror” kifejezést használta (előadás címe: Fogyatékossg, nőiség, szexualitás – a normalitás kényszere [2012]).

imperializmus szülte konstrukcióhoz hasonlóan ugyanis az ableism sem önmagában létező fogalom, hanem konstituense egy inverz másiknak. A konstitutív alapot ebben az esetben az emberi testre és elmére vonatkozó norma teremti meg: e mentén különül el egymástól az idealizált, tökéletes, a humán átlagot megtestesítő, valamint vele szemben a torz, abnormális és ezért „nem-egészen-ember” egyén. Míg tehát előbbi az *épség*, addig utóbbi a *fogyatékos* termelésének/társadalmi konstruálásának pólusa felől írható le. Az ableism azokat a társadalmi gyakorlatokat és intézményeket foglalja magában, amelyek segítségével az ép-testűséget meghatározzák, vagyis materiális és diszkurzív értelemben is egy bizonyos normához mérten tökéletes test-elme képződményt hoznak létre. A disableism ezzel szemben a normától eltérő, nem ép, tehát fogyatékos testek/elmék társadalmi előállítására vonatkozik (CAMPBELL, F. A. K. 2008a, 2008b; WOLBRING, G. 2008; JUN, H. 2010).

Az épségnormativitás nemcsak társadalmi, hanem földrajzi jelenség is, amire először CHOUINARD, V. (1997) hívta fel a figyelmet. Definíciója szerint a koncepció magában foglalja mindazokat az „*elgondolásokat, gyakorlatokat, intézményeket és társadalmi viszonyokat, amelyek az ép-test normalitását feltételezik, és ezzel a fogyatékossgal élő személyeket marginalizált, alávetett és nagyrészt láthatatlan 'másokként' konstruálják*” (1997: 380). Az épségnormatív (ableist) geográfia – ahogy elnevezte – két tényezőből tevődik össze. Egyrészt, a nyugati kapitalista társadalmak tereinek kialakítása és a tereket létrehozó folyamatok az ép emberek igényeit elégítik ki, míg a fogyatékosok szükségleteit figyelmen kívül hagyják, így tartva az utóbbiakat hátrányos helyzetben. Másrészt, a földrajz mint tudomány(szak) képviselői és szervezete szintén hozzájárulnak az alávetettség kialakításához, például a kutatásokban az emberek testi/mentális differenciáinak figyelmen kívül hagyásával, vagy a felsőoktatási és kutatóintézmények, konferencia-helyszínek hiányos akadálymentesítésével.

A dolgozatban épségnormativitáson mindazokat a kulturális és materiális tényezőket, és ezek összefüggésrendszereit értem, amelyek egy idealizált ép (vagyis bizonyos standardok alapján kinéző és funkcionáló) test-elmet tekintenek univerzálisnak, és ezzel olyan társadalmi tereket hoznak létre, amelyek az idealizálttól eltérő embereket alávetettségben tartják.

3. A disszertáció fogyatékossg-földrajzi elméleti kerete – a fogyatékossg földrajzi vizsgálatának irányzatai a nyugati társadalmakban a 20. század második felében

A 20. század második felének fogyatékossggal kapcsolatos földrajzi kutatásai meglehetősen nagy változatosságot mutatnak. Ezt a sokszínű munkásságot számos összefoglaló jellegű folyóiratcikk, könyvfejezet és enciklopédiai szócikk tekintette már át (pl. PARK, D. C. et al. 1998; HALL, E. – KEARNS, R. 2001; JACOBSON, D. 2006; IMRIE, R. – EDWARDS, C. 2007; CROOKS, V. A. et al. 2008; CHOUINARD, V. et al. 2010). Ezekre a munkákra támaszkodva a fogyatékossg-földrajzi kutatásokat két fő csoportba sorolom, az elsőre a *pre-kritikai*, a másodikra a *kritikai* elnevezést alkalmazva.

Ez a felosztás nem feltételez éles időbeli elhatárolást, hiszen az utóbbi két évtizedben népszerűvé váló kritikai szemlélet nem szorította ki teljesen a korábbi irányzatokat. A tanulmányok jellegének változásaiban a fogyatékoság újabb és újabb megközelítéseinek, modelljeinek hatása is tükröződik, így például a medikális modell korábbi dominanciáját feloldó társadalmi modell térhódítása. Mivel azonban a valaha megjelent modellek többsége jelenleg is egymás mellett létezik, ez a párhuzamosság a kutatásban is megfigyelhető. Továbbá, a korábbi kutatási irányok továbbélése nem jelenti azt, hogy azok változatlan formában maradtak fent, hiszen módosulhattak például a fogyatékosághoz való hozzáállásukban, módszereikben.

Az elemzés céljára mindkét csoporton belül három-három alcsoportot különítel el. A pre-kritikai esetén ezek (1) a földrajzi epidemiológiai, betegségökológiai, (2) a mobilitással kapcsolatos vizsgálatok és (3) az értelmi/mentális egészségkárosodások földrajza. A kritikai irányvonalon belül pedig (1) a „korai vizsgálatokat”, (2) a történelmi-materialistát, (3) a poszt-strukturalistát, (4) a pszichoanalízisen alapulót és (5) a feministát tárgyalom részletesen.

3.1. Pre-kritikai fogyatékoság-földrajz

Az ebben az alfejezetben elemzésre kerülő témákat három fő szempont miatt kategorizálom pre-kritikaiként. Egyrészt, az ebbe a csoportba sorolt tanulmányokban a szerzők a fogyatékoságot általában a medikális modell szerint értelmezik. Másrészt, ezekben a tér számos alkalommal mint statikus, a vizsgálandó jelenségeknek csupán háttérül szolgáló koncepció jelenik meg. Harmadrészt, a pre-kritikai irányzatok képviselőire nem jellemző a fennálló társadalmi status quo megváltoztatásának igénye, és a sérült emberek életkörülményeinek javítását is legfeljebb szakpolitikai ajánlásokkal vagy asszisztív technológiai megoldások kidolgozásával kívánják támogatni.

3.1.1. Földrajzi epidemiológia, betegség-ökológia

A fogyatékoság földrajzi epidemiológiai, betegség-ökológiai szemléletű kutatása szorosan összekapcsolódott a geográfiában a Második világháború után kibontakozó kvantitatív irányzattal és a tértudományi paradigmával. A témával foglalkozó geográfusok kezdetben – az 1950-es, 1960-as évek uralkodó trendjéhez igazodva – a *pozitivist* kutatói megközelítést követték, és megkíséreltek semleges elemzéseket készíteni, a kutatott jelenségtől és népességtől távolságot tartva. A pozitívizmussal összhangban a fogyatékoságot a *medikális* modell alapján értelmezték, az egyén egészségkárosodásából/betegségéből eredő állapotként (WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Az emberekre, az egyének testeire tehát kizárólag a patológikus elváltozások hordozóiként tekintettek.

A fő *cél* az egészségkárosodott emberek térbeli (országos-regionális léptékű) eloszlásában megmutatkozó különbségek kimutatása volt, általában térképi ábrázolás segítségével. Az egyszerű eloszlás mellett a fogyatékos népesség különböző demográfiai, társadalmi-gazdasági mutatóiban tapasztalható differenciák térképezését is végezték. Emellett a kutatók igyekeztek feltárni a területi különbségek okait is, ami rendszerint az egészségkárosodott emberek eloszlása és az egyéb természeti és

társadalmi tényezők közötti kauzális összefüggések vizsgálatát jelentette. A térbeli eloszlás és az oksági viszonyok elemzésén kívül – a földrajz „udvari tanácsosi” szerepének megfelelően – fontos szempont volt, hogy a tanulmányok információkkal, javaslatokkal szolgáljanak a politikai döntéshozók számára.

Az epidemiológiai, betegség-ökológiai vizsgálatok számos egészségkárosodási típusra terjedtek/terjednek ki. HUGG, L. (1979) például a *munkával kapcsolatos fogyatékoság*⁷ és a szegénység kapcsolatát vizsgálta az Amerikai Egyesült Államokban. A regisztrált fogyatékos emberek területi eloszlását statisztikai módszerrel összehasonlította a szegénységre vonatkozó adatokkal, és a két változó között pozitív korrelációs kapcsolatot állapított meg, ami különösen a déli államok esetében volt erős. Hasonló vizsgálatot végeztek később MCCOY, J. L. és munkatársai (1994): az úgynevezett „Fogyatékosági Öv” (Disability Belt) kialakulását (Appalache-hg., középső déli államok, Mississippi-delta) és tartós fennmaradását gazdasági fejlettségbeli és társadalmi-kulturális jellemzőkkel hozták összefüggésbe.

MAYER, J. D. (1981) a *Sclerosis multiplex* betegséggel regisztráltak arányát (100 000 lakosból) vizsgálta globális léptékben. Az általa kimutatott összefüggés: a betegség-előfordulás kockázata kisebb az egyenlítő környéki országokban, és észak felé haladva folyamatosan növekszik, majd nagyjából a 60. szélességen tetőzik (Japán és más ázsiai országok kivételt képeznek). LOVETT, A. A. és GATRELL, A. C. (1988) a *nyitott gerinc* (Spina bifida) előfordulásának területi mintázatát vizsgálta Anglia és Wales példáján. Térképezéssel felfedték a betegség előfordulásának bizonyos karakterisztikáit, például azt, hogy a tengerparti területeken átlagosan magasabb a regisztráltak aránya, mint a központi körzetekben és Londonban (2. ábra). Erre a regionális mintázatra ugyan nem tudtak egyszerű magyarázatot adni, azonban összefüggést mutattak ki különböző természeti és társadalmi-gazdasági tényezőkkel (pl. vízminőség, a szűrővizsgálatok léte/hiánya az adott körzetben, a körzet rurális vagy urbánus jellege). HUNTER, J. M. (1992) az *elefántkór* (Lymphatic filariasis) előfordulási gyakoriságát vizsgálta egy ghánai mintaterületen. Álláspontja szerint a regisztrált betegek száma összefüggésbe hozható bizonyos fejlesztési programokkal (az öntözéses földművelés, és ennek köszönhetően a betegséget terjesztő fonalféreg elterjedése); emellett több lépcsős preventív-védekező stratégiát is javasolt a betegség visszaszorítására.

3.1.2. Mobilitási vizsgálatok, behaviourista földrajz

Az önálló életvitelt támogató civil csoportok megjelenésével geográfus körökben is megnőtt az érdeklődés a fogyatékos emberek mobilitásának, illetve az azt hátráltató akadályoknak a tanulmányozása iránt. Az ide sorolható tanulmányok között jelentős túlsúlyban vannak azok, amelyeket nyugati, városi kontextusban végeztek. Különösen két téma keltette fel a földrajzkutatók érdeklődését: egyrészt, a fogyatékos emberek *térérzékelése*, a térre vonatkozó információk feldolgozásával kapcsolatos *kognitív*

⁷ A munkával kapcsolatos fogyatékoság („work disability”) a magyar szaknyelvben a „megváltozott munkaképességnek” feleltethető meg: a HUGG által alkalmazott meghatározás szerint akkor áll fenn, ha az egyén egészségi állapota hosszú távon is lehetetlenné teszi bizonyos munkafolyamatok, illetve munkamennyiség elvégzését.

képességeik és térreprezentációik; másrészt, térbeli *viselkedési mintázataik* és a környezettel való interakciókkal kapcsolatos *cselekvési stratégiáik*. A kvantitatív módszerek mellett sokkal nagyobb hangsúlyt kaptak a *kvalitatív* és aktív részvételen alapuló, különösen a *behaviourista* felfogás jellegzetes módszerei (pl. mentális térképezés).

Az irányzat követői több egészségkárosodási típust is vizsgáltak. A kognitív képességek és a környezet–egyén interakciók elemzése különös kihívásnak tűnt olyan csoportok esetén, mint az értelmi/mentális egészségkárosodott (pl. GOLLEDGE, R. G. et al. 1979) vagy a mozgássérült, például kerekesszékekkel közlekedő embereké. A kapcsolódó szakirodalom jelentős része azonban a látássérült személyekre vonatkozik, aminek oka valószínűleg a látás primátusa a nyugati társadalmak tagjainak térérzékelésében.

A látássérültek, elsősorban a teljes látáshiánnyal élők kognitív térreprezentációira vonatkozóan több elmélet is született. A *hiányosság-elmélet* (deficiency-theory) szerint a születésüktől vak emberek nem képesek olyan általános értelmezési keretet kialakítani, melynek segítségével tájékozódhatnának a térben, mivel nincsenek erre vonatkozó (értsd: látásból származó) tapasztalataik. A *hatástalanság-elmélet* (inefficiency-theory) ezzel szemben azt feltételezi, hogy az érintettek képesek az említett értelmezési keret kifejlesztésére, de ez – mivel nem vizuálisan nyert információkon alapul – kevésbé lesz hatékony, mint a látók esetében. Végül, a *különbözőség-elmélet* (difference-theory) alapján a vakok képességei a térrel kapcsolatos információk (pl. távolság) feldolgozására és értelmezésére nem különböznek számottevően a látókétól, csupán más módon dolgozzák fel azokat, és más módokon kivitelezik a különböző tevékenységeket (JACOBSON, R. D. – KITCHIN, R. M. 1995, 1997; KITCHIN, R. M. et al. 1997; JACOBSON, R. D. 1998).

A látássérültekkel végzett vizsgálatok egyértelműen cáfolták a hiányosság-elméletet. Az érintettek például akár teljes vakság esetén is képesek az egyes térbeli objektumok egymáshoz való viszonyának megállapítására, és a látókéhoz hasonló kognitív térreprezentációk kialakítására. A különbség a két csoport között tehát nem a kognitív képességeikben rejlik, hanem a térre vonatkozó tudásuk „*externalizálásának*” módjában, vagyis abban, hogy miként képesek a tudásukat érvényre juttatni, például mentális térkép készítésében vagy a tájékozódásban (JACOBSON, R. D. 1994, 1996, 1998; JACOBSON, R. D. – KITCHIN, R. M. 1995; UNGAR, S. 2000).

A kutatók felismerték, hogy a sérült emberek városi mobilitása mind járműves, mind gyalogos közlekedés esetén jelentős nehézségekbe ütközik. Ebben a tekintetben nincs számottevő eltérés az individuális és a társadalmi modellek híveinek álláspontjai között. A megfigyelt problémák hatására egyre többen kezdték el a különböző, mozgásukban valamilyen okból akadályozott emberek közlekedését támogató megoldások kifejlesztését. Bizonyos esetekben ez a tevékenység a közlekedési rendszerek átalakítására, a magán- és közösségi közlekedés összehangolására (pl. KIRBY, A. M. et al. 1983), vagy a városi környezetbe integrált jelzőrendszerek kialakítására (pl. GOLLEDGE, R. G. – MARTSON, J. R. 1999) irányult. Mások a mobil technológiák (pl. tapintható térképek) készítését sürgették. Meghatározó volt a földrajzi információs rendszerek (GIS) polgári alkalmazásainak elterjedése, amelyek alapján

viszonylag könnyen és gyorsan frissíthető adatbázisú hordozható navigációs készülékeket lehet előállítani (GOLLEDGE, R. G. et al. 1991, 1997; JACOBSON, R. D. – KITCHIN, R. M. 1997; MATTHEWS, H. et al. 2003; BEALE, L. et al. 2006).

A kritikai szemlélet terjedésével ezeket a vizsgálatokat több *bírálat* is érte. Ezekben többek között arra hivatkoztak, hogy a segédeszközök jelentős részét nem-sérült emberek tervezik; hogy a megalapozó kutatások szinte kizárólag nyugati városi környezetben folytak/folynak; valamint, hogy gyakori a pozitivista, technokrata szemlélet és a medikális modell alkalmazása (PERKINS, C. 2002). Továbbá, a támogató eszközök megjelenése a fogyatékos emberek mindennapi problémáin enyhíthet ugyan, de el is terelheti a figyelmet a társadalmi tér olyan alapvető jellemzőiről, amelyek hátrányos helyzetbe hozzák a testi differenciákkal élőket. Egyes vélemények szerint fennáll a veszély, hogy az ilyen megoldások végső soron az alávetttség újratermeléséhez járulnak hozzá (GLEESON, B. J. 1999b). Az 1990-es évektől egyes kutatók a medikális modellel szakítva a „kutatottak” intenzívebb részvételén alapuló, az emancipációt segítő vizsgálatokat is végeztek. Felismerték például a térképek mint térrepresentációk kettős szerepét: egyrészt, a „hagyományos” szemlélettel ezek hozzájárulnak a sérült embereket hátrányos helyzetbe hozó társadalmi tér fennmaradásához; másrészt, az érintettek szempontjainak figyelembe vételével segíthetnek ennek a térnek a megváltoztatásában (VUJAKOVIC, P. – MATTHEWS, M. H. 1994; MATTHEWS, M. H. – VUJAKOVIC, P. 1995; VUJAKOVIC, P. et al. 1995; MATTHEWS, M. H. et al. 2003).

Az ehhez az irányzathoz sorolható kutatások jelentősen árnyalták a térről való gondolkodást. Például bebizonyosodott, hogy a látásvesztéssel előtérbe kerülő más érzékelési módok képesek nagymértékben átvenni a látás szerepét térrepresentációk formálásában és a tájékozódásban. Következésképpen túlzás egyeseket pusztán a látás (esetleg más érzékelés) hiánya miatt csökkent képességűnek nevezni. Emellett ráirányították a figyelmet a különböző technikák és technológiák felszabadító szerepére: a tapintható és hangos térképek, GPS-készülékek nagyobb fokú önállóságot biztosíthatnak a sérült személyeknek. Ha a segédeszközök és a társadalmi tér „felszínének” kisebb átalakításai hosszú távon nem is eredményeznek mélyreható változásokat, érdemes szem előtt tartani, hogy fogyatékos emberek tömegei valószínűleg sokkal pragmatikusabban vélekednek jelenükről, mivel társadalmi helyzetük nem teszi lehetővé, hogy egy mindenki számára igazságos társadalom eljövételét kíváriják.

3.1.3. Értelmi/mentális egészségkárosodások geográfiai vizsgálata

A fogyatékoság földrajzáról szóló összefoglaló tanulmányok némelyike elkülönítetten tárgyalja az elmeállapottal⁸ kapcsolatos, 1990-es évek közepe előtti vizsgálatokat (PARK, D. C. et al. 1998; CHOUINARD, V. et al. 2010). Ez a távolságtartás a

⁸ Egyes szerzők ezen a csoporton belül megkülönböztetik a mentális egészség patológikus állapotait (mental health problems, pl. depresszió, skizofrénia) és az értelmi (learning/intellectual) egészségkárosodásokat (lásd pl. PHILO, C. 2009). Magyarországon a KSH a népszámlálási adatgyűjtésnél a „mentálisan sérült (pszichés sérült)” és az „értelmi fogyatékos” kategóriákat különíti el, és szintén külön kezeli az autisták csoportját.

fizikai/érzékszervi károsodásoktól valószínűleg egyrészt a medikális modell dogmatizmusára vezethető vissza, az ugyanis tradicionálisan elkülönítette az emberi testet és elmét, következésképpen pedig a testet gyógyító orvos, valamint az elmét kutató pszichológus tevékenységét. Másrészt, érdemes figyelembe venni, hogy még a fogyatékos emberek szervezeteinek és a küzdelmük nyomán megjelenő társadalmi modellnek a hatása sem érintett egyenlően minden egészségkárosodott csoportot. Ha elfogadjuk, hogy az értelmi/mentális sérültek körében napjainkban is nagyobb a kiszolgáltatottság szintje, még jobban megnehezítve a részvételt az egyenlőségért vívott harcban, akkor megállapítható, hogy az általuk felvetendő témák is nehezebben nyerhetnek legitimációt az akadémiai szférán belül.

Ezen az irányzaton belül is ki lehet emelni bizonyos tématerületeket (lásd PHILO, C. – PARR, H. 2000; WOLCH, J. – PHILO, C. 2000; JACOBSON, D. 2006; CHOUINARD, V. et al. 2010). Ilyen például a betegség-ökológiához hasonlóan a mentális egészségkárosodásokkal élők *területi eloszlásának* és az abban mutatkozó különbségek okainak vizsgálata. Egy másik az egészségügyi *intézmények elhelyezkedésének*, valamint az intézmények társadalmi-gazdasági hatásainak a kutatása. Ide tartozó téma például a helyi lakosság viszonyulása a közelben lévő intézményekhez, amely a tolerancia hiánya miatt gyakran NIMBY-konfliktusokban⁹ nyilvánult meg, és nyilvánul meg napjainkban is. A harmadik irányzat az intézmények *történelmi földrajzi* vizsgálata. Továbbá, érdeklődésre tartottak/tartanak számot az *egészségügyi reformok* hatásai az intézményekre és az intézményrendszer térstruktúrájára. Ez utóbbihoz kapcsolódóan számos tanulmány látott napvilágot, amelyek az 1960-1970-es évektől a fejlett országokban meginduló *deinstitucionalizáció* körülményeivel és következményeivel foglalkoztak.

A neoliberális szemléletű szakpolitikák, deinstitucionalizáció és dekoncentráció következtében a nagyobb, zárt egészségügyi létesítményeket a 20. század második felében fokozatosan felváltották a kisebb, diszperzebb térbeli struktúrájú intézmények. Ennek egyik következményeként a brit és észak-amerikai nagyvárosokban úgynevezett *pszichiátriai gettók* kialakulását figyelték meg, amelyekben az értelmi/mentális egészségkárosodott emberek és az őket ellátni hivatott intézmények koncentrációjának pozitív visszacsatolós folyamata zajlott le (JOSEPH, A. E. – HALL, G. B. 1985; PHILO, C. – WOLCH, J. 2001). Ezt az általános képet azonban később némileg árnyalták. GIGGS, J. A. (1973, 1975, 1986) például a skizofrénia, paranoia, depresszió és egyéb mentális patológiás esetek térképezését végezte el Nottingham példáján. Megállapította, hogy a különböző társadalmi tényezők (munkanélküliség, társadalmi státusz) hatására a központi városmaghoz (CBD) közeli városrészekben a regisztrált patológikus esetek aránya számottevően meghaladja az átlagost, azonban későbbi vizsgálatai szerint a szuburbán övben is kialakultak kisebb koncentrációk.

Az értelmi/mentális egészségkárosodások földrajza, és a fentebb tárgyalt két irányzat *pre-kritikai* és *kritikai* időszakai közé meglehetősen nehéz éles határvonalat húzni. Az elkülönítés az elemzés céljából, vagyis praktikus okokból történik, és alapja

⁹ Betűszo, az angol „Not In My Back Yard” szavak kezdőbetűiből, rendszerint egy-egy fejlesztéssel, beruházással szembeni helyi lakossági ellenállás kifejezésére szolgál.

inkább szemléletbeli, semmint időbeli. A társadalmi modell népszerűségének növekedésével a kutatások is egyre nagyobb mértékben irányultak a „deviáns, sérült egyénekéről” a hátrányos helyzetüket előidéző környezetre. A következő alfejezetben a kritikai fogyatékoság-földrajz eddigi főbb eredményeit kísérem meg összefoglalni és rendszerezni.

3.2. Kritikai fogyatékoság-földrajz

A fogyatékoság kritikai földrajzi vizsgálatának kezdete nagyjából az 1990-es évek elejére tehető. Az újfajta kutatási irányzat megjelenésének hátterében több, egymással összefonódó tényező áll, mint például az *identitáspolitikák* (pl. fogyatékosügyi mozgalmak) előtérbe kerülése és az akadémiai szférába való begyűrűzése (lásd a társadalmi modell szerepét), a társadalomtudományok – így a társadalomföldrajz – *kulturális fordulata*, vagy a radikális geográfia egyfajta alternatívájaként a *kritikai irányzat* létrejötte.

A posztmodern miliőben a társadalomtudományok általános elméleti pluralizálódásának (LYOTARD, J-F. 1999) megfelelően az igen inkluzív kritikai földrajz is sokszínű területté vált (TIMÁR J. 2003b; FULLER, D. – KITCHIN, R. 2004). Ennek következtében a fogyatékoság-földrajzra egyaránt hatottak a térnek és térfolyamatoknak, valamint a fogyatékoságnak az újfajta értelmezési keretei. A medikális mellett teret nyertek a *társadalmi* és *bioszociális* szemléletek, azokkal együtt pedig az emberi *testtel* kapcsolatos társadalomelméletek, amely folyamatban jelentős szerepe volt a medikális modell geográfián belüli hegemoniáját újratermelő egészségföldrajz szemléletváltásának is (lásd pl. DORN, M. – LAWS, G. 1994; LITVA, A. – EYLES, J. 1995; KEARNS, R. – MOON, G. 2002, PARR, H. 2002; DYCK, I. 2003). A fejezetet a kritikai fogyatékoság-földrajzon belüli jelentősebb elméleti irányzatok szerint tagolom (lásd erről: WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009): (1) a kritikai fogyatékoság-földrajz kezdetei (városi terek fizikai hozzáférhetősége); (2) a kapitalista város és a fogyatékoság társadalmi-térbeli termelése; (3) poszt-strukturalista megközelítések; (4) pszichoanalitikai megközelítések; (5) feminista megközelítések.

3.2.1. A kritikai fogyatékoság-földrajz kezdetei: városi terek fizikai hozzáférhetősége

A kritikai irányzaton belüli egyik kiemelkedő kutatási téma a *városi épített környezetnek* és a különböző terekhez való *fizikai hozzáférésnek* a vizsgálata. Ez az érdeklődési terület szinte tradicionálisnak tekinthető a fogyatékoság-földrajzon belül. A személyes mobilitás korlátozottsága ugyanis az egyik jelképe a sérült emberek hátrányos helyzetének, és ezért a polgárjogi mozgalmak kezdete óta kulcsprobléma. A kritikai tanulmányokkal azonban a kutatók célja a kérdéskör progresszív továbbfejlesztése, horizontjának bővítése.

A tervezési és építészeti megoldások értelmezhetők az érdekviszonyok, hatalmi harcok és ideológiák materiális vetületeként, ugyanakkor az épített környezet a társadalmi folyamatok közvetítő közegének is tekinthető (KNOX, P. 1987; FOUCAULT, M. 1999a; GUNDER, M. 2010). A városi terek tehát tükrözik az egyes csoportok közötti

egyenlőtlenségeket, de e terek létrejöttekor nem mindig a dominánsnak tekintett fél érdekei a meghatározók. A hátrányos helyzetű rétegek ugyanis a társadalmi igazságosságért folytatott küzdelmük során maguk is képesek befolyásolni az urbánus táj formálódását, és ez a politikai harc felfogható a városok folyamatos átstrukturálódásának egyik magyarázataként (LAWS, G. 1994). Ennek a tételnek a bizonyítékai a nyugati országokban az 1970-es évektől folyamatosan erősödő fogyatékosügyi mozgalmak által elért eredmények is (pl. a jogszabályalkotásban). Egyes kutatók a mozgalmak támogatása érdekében kezdték el kutatni a települési terek hozzáférhetőségének problematikáját és a transzformatív politikákban rejlő lehetőségeket (PARK, D. C. et al. 1998).

A városi tér akadályokkal teli jellege a kritikai szemlélet megjelenése előtt is ismert volt a földrajz számára. A problémára már a behaviourista irányzat képviselői is felhívták a figyelmet, de nem törekedtek az adott környezet kialakulásához vezető okok mélyebb megértésére, és megoldási javaslatuk is jobbra a fogyatékos személyek mindennapi életvitelét rövid távon segítő eszközökre, technikákra vonatkoztak. Mindazonáltal egyes vizsgálatok már az 1990 előtti időszakban is eltértek a behaviourista/individualista nézetektől a fizikai hozzáférhetőség társadalmi-politikai hátterének behatóbb elemzésével.

Utóbbi tanulmányok több nyugati nagyváros példáján szemléltették az urbánus térségek kirekesztő jellegét a sérült, elsősorban fizikailag egészségkárosodott, például kerekesszékes vagy látássérült emberek szempontjából. Rávilágítottak arra, hogy az épített környezetnek, valamint a különböző települési alrendszereknek (pl. közlekedés) a kialakítása szinte egyáltalán nem veszi figyelembe a sérült polgárok szükségleteit. Ez a fajta városi tervezés az érintettek számára számos akadályt hív életre. Ilyenek például az utcákon lévő nem lekerekített járdaszegélyek; az épületekben a rámpák és felvonók hiánya; az akadálymentesített tömegközlekedési eszközök rendkívül alacsony száma. Következésképpen az egészségkárosodással élő emberek mobilitási szintje a környezet miatt meglehetősen alacsony. Egyrészt, egész városrészek váltak a sérült személyek részére hozzáférhetetlen területekké, másrészt számos esetben saját lakóhelyeik „láthatatlan börtönökként” szinte foglyul ejtik őket. Ilyen mértékű korlátozásuk eredményeként a sérült emberek kirekesztődnek számos hétköznapi tevékenységből, és ezt a hátrányos helyzetet az urbánus tér lényegében konzerválja. A tanulmányok ezért komplex szakpolitikai megoldásokat sürgettek a városok akadályokkal teli jellegének megszüntetésére (HAHN, H. 1986; ZOLA, I. K. 1989; GILDERBLOOM, J. I. – ROSENTRUB, M. S. 1990).

A változások kérdésköre azért is kritikus fontosságú, mert ezek a szakpolitikák hosszú távon gyakran az explicit célokkal ellentétes hatást fejtenek ki, és nem jelentenek tartós megoldást a fogyatékosággal kapcsolatos problémákra. Ennek legfőbb oka, hogy a sérült emberek hátrányos helyzete a társadalmi mélystruktúrákban gyökerezik, és ez utóbbiak megváltoztatása nélkül a szakpolitikai eszközök is csak a status quo újratermeléséhez járulnak hozzá. Az 1990-es évek közepétől számos tanulmány (amelyek egy részét a későbbiekben tárgyalom) mutatta ki, hogyan telepedett rá az *épségnormativitás* viszonyrendszere a városok épített környezetének formálódását szabályozó szférákra. Ezek közül a szférák közül a geográfia különösen nagy

jelentőséget szentel(t) a mérnöki tudományok, a várostervezés és -rendezés, az építészet és kapcsolódó szakterületeik együttesének.

Ebből a szempontból vizsgálva a hozzáférhetőséget, az észak-amerikai és nyugat-európai városok egyik általános jellemzője az „építészeti apartheid” (IMRIE, R. 1996a, 1998, 2001). Ez a koncepció részben magyarázatot ad azokra a korábbi megfigyelésekre, amelyek szerint a városi tér fizikai formája kirekesztő és akadályokkal teli az egészségkárosodott emberek számára. Lényege szerint ugyanis az épségnormativitás a fent említett szakterületek meghatározó elemévé válik. Ezt az érintett szakemberek sokszor fel sem ismerik, hiszen a fogyatékoságról való információhiány, a különböző ideológiák (pl. az épített környezet esztétikai szerepéről, a költséghatékonyságról), a jogszabályok gyenge kényszerítő ereje vagy éppen a sérült emberek alacsony érdekérvényesítési képessége miatt ritkán szembesülnek az épségnormativitáson kívül eső igényekkel (IMRIE, R. – KUMAR, M. 1998; IMRIE, R. – HALL, P. 2001; IMRIE, R. 2003, 2006; UNGAR, S. é.n.).

Az egyik következmény az, hogy az épített környezet az ép-testű normához illeszkedő személyek mindennapi tevékenységeinek zavartalan lefolyásához garantál megfelelő háttérrel, míg az egészségkárosodott emberek szükségleteit nem elégíti ki. Az építészet az emberi testet „dekontextualizálnak”, vagyis eleve adottnak és univerzálisnak tekinti, sokszínűségét figyelmen kívül hagyja (IMRIE, R. 1999). Az említett tervezési-építési gyakorlatnak a sérült emberek számára káros hatásait mutatták ki a településműködés olyan szféráin belül, mint a közlekedés (HINE, J. – MITCHELL, F. 2001; GANT, R. 2002), a munkavégzés (BARNES, C. 1992; HALL, E. 1999; HANSON, N. 2002; WILTON, R. D. 2004; WILTON, R. D. – SCHUER, S. 2006; BUTCHER, S. – WILTON, R. D. 2008), az egészségügy (ANDERSON, P. – KITCHIN, R. 2000; HAHN, H. 2003), a közhigiénia (KITCHIN, R. – LAW, R. 2001), vagy a lakás (GATHORNE-HARDY, F. 1999; IMRIE, R. 2003, 2006; GIBSON, B. E. et al. 2012).

A felsorolt tanulmányok is hozzájárultak, hogy a fogyatékoság-földrajz a korábbi statikus fogyatékoság- és tér-értelmezés helyett a térképző folyamatok és gyakorlatok egészségkárosodott emberekre kifejtett hatásainak vizsgálata felé mozduljon el. Az a feltevés azonban, hogy az épségnormativitás ilyen mértékben beleíródott a települések fizikai környezetébe, azt sugallja, hogy az épségnormatív térformációk igen mély társadalmi-kulturális gyökerekkel rendelkeznek. Ez utóbbiak feltérképezéséhez olyan társadalomelméleti háttérre van szükség, amely sokáig hiányosságnak számított a városi terek hozzáférhetőségének vizsgálatában¹⁰ (GLEESON, B. J. 2001a).

3.2.2. A kapitalista város és a fogyatékoság társadalmi-térbeli termelése

A fogyatékoság kritikai társadalmi modelljei közül a (brit) marxista jelent meg a legkorábban, ezért a földrajzi elméletek bemutatását is a történelmi materialistával (GLEESON, B. J. 1999a) érdemes kezdeni. A koncepciónak GLEESON leírása alapján két alappillére van: a *természet társadalmi termelésének* (MARX) és a *tér társadalmi termelésének* (LEFEBVRE) gondolata. Az *előbbi* kiindulópontja a társadalom

¹⁰ Egyes vélemények szerint (pl. GLEESON, B. 1997) a fogyatékoságügyi tanulmányok (disability studies) egyik általános gyengesége sokáig azok hiányos társadalomelméleti megalapozottsága volt.

termelőtevékenységének a természetre kifejtett átalakító hatása. MARX, K. (1867 [1955]) szerint a termelési folyamat során az emberek a természeti tárgyakat munkájuk révén egyéni vagy társadalmi szükségleteket kielégítő, (használati vagy csere-) értékkel bíró tárgyakká alakítják át. A nyersanyag tehát a humán munkával egyesülve új materiális minőséget hoz létre, mivel megváltoztatja az eredeti anyag természeti formáját.

Hasonló transzformációt hajtanak végre a különböző társadalmak saját fejlődésük során az előző generációktól öröklött materiális alapokon. Ez a tevékenység egyaránt érinti a természeti és a korábbi társadalmi formációk által alkotott fizikai környezeti elemeket. A társadalmi gyakorlatok révén ugyanis ezekből az elemekből hozzák létre a saját társadalmukra jellemző materiális körülményeket. Az előző generációktól öröklöttek alkotják az *elsődleges természetet*, a jelenlegi társadalom által létrehozottak pedig a *másodlagos természetet* (SMITH, N. – O'KEEFE, P. 1980; SMITH, N. 2007, 2008).

A természet tehát egy társadalmi termék, és előállítása szorosan kapcsolódik az emberi *testek termeléséhez* (HARVEY, D. 1996). Az ember ugyanis testi (természeti) adottságai felhasználásával átalakítja az anyagot, közben pedig munkavégzésével realizálja társadalmilag releváns képességeit, pozícióját, céljait (GLEESON, B. J. 1999a). A termelési folyamatban tehát az *emberi test kettős természete* jelenik meg, hasonlóan az általa transzformált tárgyakhoz. Felfogható társadalom előtti, biológiai szervezetként és társadalmi képződményként is.

A testek termelése azonban különböző szempontok szerint differenciáltan megy végbe. A *termeléshez való viszony* például a marxista elméletekben egy igen jelentős tényező. MARX (1867 [1955]) gondolatai alapján a saját munkaerejüket áruba bocsátani képtelen emberek alkotják a társadalom legalsó, pauperizált rétegét. Ez a réteg a kapitalizmus ipari tartalékserege és az „aktív munkássereg rokkantháza”, amely utóbbi megnevezés világos utalás az egészségkárosodott személyekre. MARX besorolása alapján ide tartoznak azok,

„akik azért pusztulnak el, mert a munkamegosztás megfosztotta őket mozgékonyaságuktól, olyanok, akik a normális munkasélektornál tovább élnek, végül az ipar áldozatai, akiknek száma a veszélyes gépi berendezéssel, bányászattal, vegyészeti gyárakkal stb. nő, rokkantak, betegek, özvegyek stb.” (1867 [1955]: 597).

Ez a felsorolás egy áttekintő képet ad arról, hogy a termelési folyamat során az emberi természet transzformációja milyen hatásokkal járhat a munkásokra. Munkaerejük – elsősorban testi képességeik – gyakran végtelenségig történő kizsákmányolása, valamint a gyáripari technológiák veszélyei miatt a tőkés termelésben az emberi sérülések újfajta mechanizmusok szerint keletkeznek. A proletariátushoz tartozó egészségkárosodott testek ugyanis szintén lehetnek a kapitalizmus termékei (ABBERLEY, P. 1987).

Az *idő* szintén fontos differenciáló tényező. A fogyatékoságügyi tanulmányok sokáig trivializálták a történelmi múltat, és nem vették figyelembe a különböző korokra jellemző társadalmi kontextus hatását a sérült emberek szociális helyzetére (GLEESON, B. J. 1997). Ezzel szemben a történelmi materialista megközelítés hívei kimutatták, hogy a fogyatékoság nemcsak társadalmi, hanem sajátos időbeli képződmény is. Bár

GLEESON jelentős mértékben épített a brit társadalmi modell hagyományaira, a fogyatékoságot már komplex módon, az emberi test és a társadalmi környezet interakciójának eredményeként értelmezi. Elméletében a fogyatékoság történelmi képződését az egyes testek időben változó társadalmi megítélésével hozza összefüggésbe.

Az emberi testet a modern nyugati tudomány meglehetősen sokáig statikus, kizárólag biológiai, társadalmi-kulturális hatásoktól mentes tárgyként kezelte, azonban az utóbbi időben többen is felhívták a figyelmet a test történelmi meghatározottságára (HARAWAY, D. 1991; SHILLING, C. 1993; GROSZ, E. 1994; HARVEY, D. 1996). Ebből a szempontból igen fontosak a 18. századi Európában lezajlott változások. Az akkoriban újonnan létrejött kapitalista nemzetállamok ugyanis a népesség feletti kontroll eszközeként a test-elme differenciák újfajta kategóriáit hozták létre. A „*társadalmi tér rendjét*” sértő elemeket, mint például a jogi értelemben vett bűnelkövetőket, a szexuális „mássággal” élő személyeket, az értelmi *egészségkárosodottakat*, vagy a szegényeket és munkanélkülieket deviánsnak konstruálták, és normalizációjukat irányozták elő (FOUCAULT, M. 1990, 1996, 1997, 1999b, 2001, 2004). Az említett tevékenység elsődleges célja a társadalom vitalitásának biztosítása volt, amely törekvés szorosan összekapcsolódott az európai kapitalizmus kibontakozásával, és bár önmagában nem eredményezte volna ennek a termelési módnak a kialakulását, jelentős mértékben hozzájárult expanziójához (DREYFUS, H. L. – RABINOW, P. 1983; FOUCAULT, M. 1996). Megállapítható, hogy a történelemben bekövetkezett strukturális változások (új termelési mód) az emberi testekről alkotott társadalmi-intézményes elképzelésekben is tükröződnek, a test tehát egy társadalmi és történelmi termék.

GLEESON elméletének *másik alappillére* a *tér társadalmi meghatározottságának* LEFEBVRE-féle koncepciója alkotja. LEFEBVRE, H. (1991) szerint a tér nem egy anyagtalan közeg, amely a természeti és társadalmi objektumok létezési kerete, és nem is csupán az emberi tevékenységek leképeződéseinek összessége. Állítása alapján a tér fizikai, mentális és társadalmi vetületek sokaságából épül fel. Ebben az épített környezet mellett igen nagy szerep jut a különböző szimbólumoknak és reprezentációknak is, amelyek végső soron mind az adott termelési mód (pl. kapitalizmus) által meghatározott hatalmi viszonyokra és társadalmi rendre vonatkozó információkat tartalmaznak. Valójában tehát nem egy, hanem számos tér összekapcsolódó, illetve egymás átfedő együtteséről van szó.

Ennek az összetett térnek a leírására hármas felosztású koncepcionális keretet alkotott, amelynek elemei (1) a társadalmi gyakorlatok szintje; (2) a tér reprezentációi és (3) a reprezentációk terei. Az elsőhöz azok a tevékenységek tartoznak, amelyeken keresztül a társadalom előállítja a saját – az adott termelési módra jellemző – terét. A másodikhoz sorolhatók a termelési viszonyok és a társadalmi rend képviselőinek a térről alkotott koncepciói, amelyek kifejeződnek a tér alakításának a hatalmi pólusok részéről történő szabályozásában (lásd pl. tervdokumentumok, jogszabályok). A harmadik a megélt tér, ahogyan azt használói szimbólumok, képek (pl. művészeti alkotások) segítségével kifejezik. Ezzel a triális kerettel leírható a kapitalizmusra jellemző tér, amelybe beletartoznak: az áruterelés és a piaci csere logikája, stratégiai és mechanizmusai; az ezeket kiszolgáló fizikai létesítmények (pl. termelőüzemek,

közlekedési csomópontok) rendszere; a politikai térfelosztások; a városi települések dominanciája a térszerkezetben (LEFEBVRE, H. 1991).

A társadalom és a tér kapcsolata azonban nemcsak egyszerű kauzális, hanem – a már LEFEBVRE által is felismert – *dialektikus* viszonyként is értelmezhető (SOJA, E. W. 1989; HARVEY, D. 1990; SACK, R. D. 1993). A tér eszerint a társadalmi gyakorlatok terméke, ugyanakkor biztosítja is ezeknek a gyakorlatoknak a feltételeit, meghatározza lefolyásukat. Ez a kölcsönös meghatározottság igaz az emberi testre is. Egyrészt, az egyén a saját testén keresztül válik a térben létező társadalmi lénnyé, mivel térben cselekszik, érzékeli és megéli a teret. Másrészt a társadalmi gyakorlatok mindig a test használatát feltételezik, vagyis a testek tevékenységei formálják a teret. A tér termelése tehát LEFEBVRE szerint szorosan kapcsolódik a test termeléséhez, és mindkettő elválaszthatatlan a természet MARX-i transzformációjától (LEFEBVRE, H. 1991).

Ezek után az elméleti megfontolások után GLEESON (1999a) összekapcsolja koncepciójának két fő elemét. MARX és LEFEBVRE gondolatainak interpretálása alapján a természet, a testek és a tér termelése egymással szorosan összekapcsolódó folyamatok. Ezek a folyamatok társadalmi és történelmi kontextusba ágyazottak, és a kapitalizmusban megfigyelhető egy olyan egészségkárosodásokkal élő társadalmi réteg létrejötte, amelyhez a termelési mód strukturális viszonyai egy alacsonyabb rendű testiséget társítanak. Ezt az alapvetően hátrányos, alávetett helyzetet nevezhetjük fogyatékoságnak.

GLEESON (1999a) elmélete szerint a fogyatékoság termelése a kapitalista társadalmakban hasonló a természet termeléséhez. Az egészségkárosodás az első természethez tartozik, hiszen egy biológiai állapot, a fogyatékoság pedig a második természethez, mivel az egészségkárosodás „szocializációjával” jön létre. Ebben a sémában a társadalmi modell egészségkárosodás/fogyatékoság (biológiai/társadalmi) dualizmusa ismerhető fel, de GLEESON nem tagadja a testi tapasztalatok hatását az egyének életminőségére. Az egészségkárosodás és fogyatékoság azonban – mint megjegyzi – nem szükségszerűen kapcsolódnak össze: az előbbi magában hordozza a fogyatékoság kialakulásának lehetőségét, de az utóbbit csak bizonyos társadalmi tér hozhatja létre. Az elmélet szerint tehát a történelem egyes szakaszainak társadalmi terei az egészségkárosodás egymástól eltérő transzformációit eredményezik.

GLEESON (1999a) különösen nagy hangsúlyt helyez a települési környezet történelmi átalakulására, az ipari forradalommal – a nyugati, főként angolszász országokban – kibontakozó urbanizálódásra, amelynek elemzésére a tér LEFEBVRE általi felosztását veszi alapul. LEFEBVRE (1991) a hétköznapi élet színtereit három nagy csoportba sorolta: globális (global), köztes (intermediate), lokális (places of residents). Az első a társadalmi lét publikus szférája, ahova különböző közintézmények (pl. templomok, adminisztratív épületek) tartoznak; a másodiknak a közterek (pl. utcák) felelnek meg; a harmadiknak a magán- és családi élet színterei (pl. az otthon). GLEESON adaptációjában az elsőt olyan *intézmények* alkotják, amelyek a fogyatékoság történelme során különös jelentőséggel bírtak/bírnak (pl. a kórház, dologház, elmeorvosintézet, börtön). A másodikat a *munkahely*, illetve bármely más termeléshez kapcsolódó tér, a harmadikat pedig az *otthon*. Ezek mellett a kapitalista város esetében elkülöníti még az *utcát*, mint számos sérült ember mindennapi életének meghatározó

színterét. Ennek az analitikai keretnek a segítségével elemzi és hasonlítja össze a feudalizmus és a kapitalizmus települési tereit az egészségkárosodással élő emberek szempontjából.

Vizsgálatai során GLEESON arra a következtetésre jutott, hogy a kapitalizmus társadalmi tere hátrányosabb helyzetbe hozza a sérült embereket, mint a feudális korszaké. A fogyatékosoknak ez a fajta termelése igen érzékletesen mutatkozik meg az urbánus térségekben. A nagyvárosi központok és régiók kulcsszerepet töltenek be a kapitalizmus szempontjából: a tőke (munkaerő, politikai hatalom, stb.) akkumulációjának és ezzel együtt a termelési mód reprodukciójának elsődleges színterei (HARVEY, D. 1973; LEFEBVRE, H. 1991; BRENNER, N. 1998; SWYNGEDOUW, E. 1996, 2004; CLARK, D. 2005: 11; SMITH, N. 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.

Ezzel együtt a feudalizmusban számukra nagyobb szabadságot biztosító színterek a kapitalizmusban megszűntek, vagy csökkent a jelentőségük a fősdratú társadalmi életben. A feudalizmus földművelő közösségeiben például az *otthon* és a *munkahely* nem különültek el élesen egymástól, így az egészségkárosodott tagok is aktív részesei lehettek a termelésnek és újratermelésnek a képességeiknek megfelelő munkafolyamatok ellátásával. A kapitalista városban a termelés nagyrészt kikerült az otthon keretei közül, és az üzemek kialakítása, valamint azok fizikai távolsága szinte lehetetlenné tette a súlyosabb sérüléssel élők számára a részvételt. Bár a sérült személyek körében a feudalizmusban is magasabb volt az *intézményi* ellátottak aránya, mint az épek esetében, az intézmények maguk kevésbé voltak elkülönítő és depriváló jellegűek, mint kapitalista megfelelőik. Ezek között a terek között a kapitalizmusban egyfajta köztes szerep jutott az *utcának*, amely egyszerre lett az elnyomás és az ellenállás színtere: bár a sérült emberek kiszorultak a munkahelyekről, az utcai jelenléttel és az ott végzett gazdasági tevékenységekkel (pl. kézművesség, kereskedelem) elkerülték az intézményi bezártságot és kiszolgáltatottságot. Az egészségkárosodásra jellemző társadalmi tér tehát a feudalista időszakban némileg különbözött a „többségi társadalométól”, de mégis annak integráns része maradt. A kapitalizmus ezzel szemben létrehozta a sérült embereket kirekesztő, elnyomó saját terét, amely így hozzájárult az egészségkárosodás fogyatékossgá történő transzformációjához (GLEESON, B. J. 1998, 1999a, 1999b, 2001b; CLEAR, M. – GLEESON, B. J. 2002).

A történelmi materialista megközelítés több szempontból is nagy jelentőséggel bír a kritikai fogyatékoság-földrajzon belül. Először is, a koncepció rámutat arra, ami a társadalmi modellben implicit módon megtalálható, miszerint a fogyatékoság nemcsak társadalmi jelenség, hanem formálódásában *alapvető szerepe* van a *tér jellegének*. Másodszor, a történelmi szemlélet segít megérteni, miként válik az egészségkárosodás mint biológiai állapot bizonyos *társadalmi, gazdasági, kulturális* körülményekkel jellemezhető *térben* az alávetettség egyik formájává, fogyatékossgá. Harmadszor, a materialista analízis segítségével megalapozható az állítás, miszerint a *kapitalizmus által termelt tér épségnormatív*. Bár GLEESON empirikus vizsgálatai főként a brit

kontextusra vonatkoznak, a koncepció alkalmazása a strukturális jelleg és a kapitalizmus globális folyamatai miatt is releváns lehet más társadalmakban, például Magyarországon.

A legtöbb társadalomelmélethez hasonlóan azonban a történelmi materialista sem *hiányosságok* nélküli, és ezt GLEESON (1999a) is elismeri. A fogyatékoság társadalmi-térbeli kialakítását a termelési mód és a test viszonyából vezeti le, vagyis a tér anyagiságát és reprezentativitását, gazdasági és kulturális aspektusait, a sérült emberek csoportos alávetettségét és egyéni tapasztalatait egyaránt ennek segítségével magyarázza. Más társadalmi jelenségekhez hasonlóan azonban a tér-test-fogyatékoság viszonyrendszer sem kizárólag a termelési mód által meghatározott, ezért is indokolt az elméleti keret további bővítése.

3.2.3. Poszt-strukturalista megközelítések

A poszt-strukturalista elméletek bevonása a fogyatékoság tanulmányozásába egyfajta válaszlépésnek is tekinthető a strukturális jellegű magyarázatok kritikáira (BARNES, C. 1997; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). A poszt-strukturalista elméletek egyik közös jellemzője, hogy kiemelt hangsúlyt fektetnek a *hatalmi viszonyok*, valamint a *tudás előállításának és formálásának* a szerepére a különböző társadalmi konstrukciók – pl. egyenlőtlenségek – kialakulásában. A hatalmi viszonyokat illetően valószínűleg a legfontosabb felvetésük, hogy a hatalom nem egy (vagy néhány) centrumban akkumulálódik, és nem hierarchia mentén fejt ki hatásait, hanem mindezt számos csomóponton/csomópontból teszi, a társadalmi kapcsolatok alakulása szerint dinamikusán változó rendszerben. A tudásformálásban a *diskurzusnak* jelentős szerepet tulajdonítanak, hiszen diskurzus alatt nemcsak a különböző dolgokról szóló szóbeli és írásos kommunikációt (pl. gyakorlatok, reprezentációk) értik, hanem olyan tevékenységet, amely önmagában *képes létrehozni* dolgokat (CRESSWELL, T. 2009).

Poszt-strukturalista szempontból a fogyatékoság is lehet a diskurzusok eredménye. A kategorizálás és címkézés például igen hatásos eszközök, hogy bizonyos test-elmével bíró embereket „másokként” határozzanak meg, amely másságot a „fogyatékos” kifejezés jelöli. Ezek a technikák a materiális elméletekben is megjelennek mint a kapitalizmus ideológiai tényezői. Az ideológiai és a diskurzus-alapú megközelítés közötti egyik különbség éppen az, hogy míg előbbi a másságot egy már létező szuperstruktúra (pl. a politikai gazdaságtan) részének tekinti, addig az utóbbi létre is hozza azt (CRESSWELL, T. 2009).

Az utóbbi elképzelés egyik legismertebb képviselője FOUCAULT, M. és az általa felvázolt *biohatalom-koncepció*, amely a kapitalista nemzetállamok által alkalmazott hatalmi technikák egy csoportjára utal. A biohatalom FOUCAULT szerint egy makro- és egy mikroléptékű komponensből áll. Az előbbi a társadalmi szintű *biopolitika*, vagyis az állam számára kívánatos népességszám direkt vagy indirekt szabályozással történő fenntartása. Az utóbbi az egyéni szintű *anatómia-politika*, amely a test társadalmi értelemben vett hasznosságának, teljesítőképességének a növelését segíti elő (pl. bizonyos táplálkozási, higiénés és szexuális szokások propagálásával). A biohatalom alkalmazásának célja az emberi élet megőrzése és a népességnövekedés biztosítása a társadalom (absztrakt) testének normalizációjával. Ennek érdekében a hatalom egyik

fontos eszköze az emberi testről folyó diskurzus, a hatalom tehát a testekbe invesztálódik, és a társadalmi kapcsolatokban folyamatosan gyakorlódik (FOUCAULT, M. 1980, 1990, 1996; DREYFUS, H. L. – RABINOW, P. 1983). A testről alkotott tudás, valamint a tudás alapján kialakított normák és kategorizálás segítségével lehetővé válik az emberi különbözőség újfajta dimenzióinak megalkotása. A társadalmi kategorizálás, ellenőrzés és normalizálás mechanizmusait a megfelelő térkialakítás is segíti: egyrészt az elzárás tereiként bizonyos speciális intézményeknek (pl. börtön, elmeegógyintézet), másrészt egy olyan társadalmi térnek a létrehozásával, amely a normákhoz való igazodásra készíti a társadalom tagjait (FOUCAULT, M. 1990, 1997, 2004).

A folyamatos normalizációt nemcsak a tér fizikai kialakítása segíti elő, hanem *reprezentatív* jellege, *szimbolikája* is. A poszt-strukturalista elméletek szerint ugyanis a diskurzusnak kiemelt jelentősége van a különböző térképződményeknek és magának a térnek a létrehozásában. A poszt-strukturalista geográfia ezért a *tájat* (landscape) mint a jelölések és diskurzusok gyakran összefonódó, komplex egységét tekinti egyik elsődleges vizsgálati tárgyaként. Az így értelmezett táj leírható különböző nyelvi eszközökkel (pl. térbeli metaforák), vagyis egyfajta *szövegnek* tekinthető. A poszt-strukturalisták nem tagadják a „valós”, anyagi világ létezését, de álláspontjuk szerint ez a világ nem kizárólag önmagában, hanem közvetetten (pl. diskurzusok által) létezik, társadalmi konstrukcióként. Ez a konstrukció (vagy konstrukciók összessége) azonban nem képviseli minden társadalmi csoport nézőpontját azonos mértékben, hiszen egy-egy réteg a kulturális imperializmusa révén saját értékrendjének megfelelő, míg mások számára elnyomó, kirekesztő térkonstrukciókat alkothat (WOODWARD, K. et al. 2009).

A szimbólumok, kódok és jelzések térszervező hatásuknál fogva alkalmasak a hatalmi status quo fenntartására, mivel a domináns csoportoknak kedvező térbeli elrendeződést biztosítanak. Egyszerű megfogalmazásban: a szimbólumok határozzák meg, hogy egy adott egyén vagy csoport mely helyekre és térrészekbe való, és melyekbe nem (CRESSWELL, T. 1996). A tér szimbolikája hasonló hatással van a sérült emberekre is, alapvetően két mechanizmus mentén: egyrészt a nekik szánt helyeken (pl. intézetek) tartja, másrészt bizonyos helyekről kirekeszti őket (KITCHIN, R. 1998). A tér a hatalmi viszonyokat biztosító keret és egyben aktív ágens, amely újratermeli a sérült emberek alávetettségét (fogyatékoságát). A megoldás KITCHIN szerint az így létrejött táj *dekonstruálása*, és ezzel együtt a felszínen sokszor észrevétlen és ezért megkérdőjelezhetetlen, ugyanakkor a tájat alakító dominancia és ellenállás viszonyának, a hatalmi viszonyoknak a feltárása, ami később azok megváltoztatást is lehetővé teszi.

A dekonstrukciónak köszönhetően a geográfusok új aspektusait tárták fel a sérült emberek térbeli kirekesztettségét eredményező épségnormatív térformálásnak. KRUSE, J. (2001, 2003, 2010) például kutatásai során arra a következtetésre jutott, hogy az alacsony növésű emberekhez való társadalmi hozzáállás kevésbé a közterekben való megjelenésüktől, a velük történő interakcióktól, mint inkább a hozzájuk kapcsolt társadalmi konstrukcióktól („törpék”) és diskurzustól függ. Ezeknek jelentős materiális következményei is vannak, amennyiben tükröződnek a társadalmi gyakorlatokban és a tér kialakításában, hatást gyakorolva így az érintettek életkörülményeire, jól-létére. Diskurzív és materiális kölcsönhatásban is állhat egymással. Ahogy ANDERSON, P.–

KITCHIN, R. (2000) a szexualitás és az úgynevezett családtervezési klinikák igénybevétele, vagy KITCHIN, R.–LAW, R. (2001) a polgári státusz és a nyilvános illemhelyek használata kapcsán rámutatnak, a sérült emberek aszexualisként vagy másodrangú polgárként való konstruálása és a létesítmények fizikai hozzáférhetetlensége egymást erősítő tényezőkként hathatnak. A dekonstrukció eredményeként az irányzat képviselői megállapították, hogy az antropogén tájak kialakítása, amelyet a társadalom tagjainak jelentős része természetesnek tekint, közel sem természetes, mivel kulturális értékek tükröződnek benne. Ezeknek az értékeknek a felismerése egy lépés lehet a korábban kritika nélkül elfogadott épségnormatív térképző folyamatok és gyakorlatok destabilizálásához és megváltoztatásához.

A poszt-strukturalista analízis *kritikái* összekapcsolódnak a társadalmi konstruktivizmus kritikáival. Gyakran hangoztatott tétel például, hogy a poszt-strukturalista szemlélet túlzott jelentőséget tulajdonít a diskurzus szerepének, és nem ismer (f)el azon kívül létező dolgokat és jelenségeket¹¹. Szintén hiányosságként szokták említeni, hogy figyelmen kívül hagyja az egyének materiális testen keresztüli változatos tapasztalatait, pozicionálásait és identitásait; továbbá az emberi cselekvés gondolati és emocionális meghatározottságát (LORIMER, H. 2005; CRESSWELL, T. 2009). Mindazonáltal a poszt-strukturalista megközelítés hatása a fogyatékoság-földrajzra jelentős, például a tudás és a hatalom testek szintjén való gyakorlódása vagy a tér és a helyek épségnormatív jellegének diszkurzív formálását illetően. Az ilyen gondolatok miatt több más irányzat (pl. feministák) is merített a poszt-strukturalista elméletekből.

3.2.4. Pszichoanalitikai megközelítések

A fogyatékoság földrajzi kutatásának viszonylag rövid történetében a tudományos érdeklődés eltolódásai szorosan kapcsolódtak a társadalomföldrajzon belüli paradigmaváltásokhoz. Következésképpen a diszciplína egyes „fordulatai” – ha olykor késleltetve is – megjelentek ezen a részterületen belül is. Ez figyelhető meg a *pszichoanalízis* koncepcióinak geográfia általi adaptációja kapcsán. A társadalomföldrajz „pszichoanalitikai fordulata” (CALLARD, F. 2003; PHILO, C. – PARR, H. 2003; KINGSBURY, P. T. 2006) lényegében az 1970-es és 1980-as évek uralkodó irányzatainak kritikáira adott válaszlépés. Az 1950-es években kialakult tértudományi paradigma a kvantitatív-statisztikai módszerek túlsúlyával kiiktatta a humán ágenszt mint befolyásoló tényezőt az analízisből. A behaviorista földrajz megjelenése ugyan éles váltást eredményezett ebben a tekintetben, mivel a térbeli viselkedésre helyezte a hangsúlyt, azonban nem tudott kielégítő választ adni a cselekvést meghatározó egyéni és csoportos döntések okaira. A problémát később mind a humanisztikus, mind a történelmi materialista szemléletű földrajz hívei felismerték, de a társadalmi folyamatok lefolyására adott magyarázataik alapvetően redukcionista maradtak. Ennek legfőbb oka, hogy nem tudták meghaladni a társadalmi cselekvés intencionális és kontextuális (más elnevezéssel ágens és struktúra) oldalának szétválasztásával keletkező dichotómiát. A társadalmi cselekvés jellege azonban komplex, mivel létrejöttében a

¹¹ Megjegyzendő, hogy egyes vélemények (lásd pl. Cresswell, T. 2009) szerint bár bizonyos (pl. természeti) dolgok önmagukban is létezhetnek, az azokról szóló társadalmi ismeretek kialakításával elkerülhetetlenül a diskurzus részeivé válnak.

struktúráknak, valamint az emberek tudatos és *nem tudatos* magatartásának egyaránt szerepe van. A tudattalan tényező jelentőségének felismerése és a dichotómiával szembeni szintézis igénye vezetett a pszichoanalízis eredményei felé forduláshoz (PILE, S. 1993; KINGSBURY, P. T. 2009).

A pszichoanalízis nem egy egységes elméletrendszer, hanem több forrásból táplálkozó és folyamatosan formálódó teoretikai és módszertani halmaz, és a geográfusok is több elemét alkalmazták már saját vizsgálataikhoz (KINGSBURY, P. T. 2006, 2009; BONDI, L. 2009). Egyrészt FREUD, S. koncepciói nyomán azt vizsgálták, hogy a tudatalatti, valamint az (elsősorban szexualitással és halállal kapcsolatos) ösztönök, vágyak és elfojtásuk miként hatnak ki a városi tér társadalmi különbségeket (pl. jövedelmi, nemi vagy rasszok szempontjából) generáló és fenntartó jellegére. Másrészt LACAN, J. és feminista gondolkodók, például KRISTEVA, J. vagy IRIGARAY, L. munkásságából kiindulva a társadalmi gyakorlatokat, diskurzusokat és tereket átható (elsősorban maszkulin) értékdominanciát és az ennek következtében létrejövő bináris formációkat (pl. férfi-nő viszonylatban) analizálták és kérdőjelezték meg. A harmadik jelentős csoportba azok a tanulmányok sorolhatók, amelyek – főként KLEIN, M. és WINNICOTT, D. W. alapján – az emberi szubjektumok és objektumok közötti kapcsolatokról szóló elméletek segítségével magyarázták a kulturális másság konstrukcióját és az ennek nyomán fellépő térbeli határmegvonást, elkülönülést, kirekesztést.

A társadalmi különbségek és térbeli vetületeik tehát központi helyet foglalnak el az irányzat érdeklődési körében, és a pszichoanalízisben rejlő lehetőségeket a fogyatékoság földrajzi aspektusait kutatók egy része is felismerte. A pszichoanalízis elméleteit utóbbiak szempontjából különösen hasznossá teszi az *emberi testtel* kapcsolatos tartalmuk. A test és az egyes testrészek fizikai (FREUD) és szimbolikus (LACAN) valóságának már a gyermekkori szexualitás és szubjektivitás formálódásában is jelentős szerepe van, de a szocializáció során egyre fontosabbá válik a más testekkel való kapcsolat, ami például az elfojtásban, illetve a különböző értékek, érzések, félelmek más objektumokra (pl. egyének, testek) való kivetítésében mutatkozik meg. Az ilyen projekciók nemcsak a kulturális kódok és normák elsajátításának állomásai, hanem elősegítik az egyéni és kollektív szubjektivitás és identitás koherenciájának fenntartását. Az objektifikációnak ez a formája egyfajta magyarázat az egészségkárosodott testek olyan kulturális reprezentációinak létrejöttére, mint például a „szexualitás nélküli” vagy „hiányos” ember (SHAKESPEARE, T. 1997, 2000). A hasonló reprezentációk lehetővé teszik az épek számára, hogy ne kelljen szembenézniük a saját testük törékenységgel, aminek érdekében test-alapú elkülönítést alkalmaznak.

A testi megjelenés és viselkedés, illetve ezek interpretációi nemcsak a társadalmi, hanem a *térbeli elhatárolódás* forrását is képezhetik (HOLLOWAY, S. L. 2005; SIMONSEN, K. 2009; HERBERT, S. 2010). Az így létrejött határoknak egyaránt lehetnek pozitív és negatív hatásai, például segíthetnek megőrizni a csoportok integritását, ugyanakkor hozzájárulhatnak a csoportból való kirekesztéshez. A tér aktív szerepet játszik ebben: a térbeli távolság kifejezheti a nyugati kultúrkörben nagyon fontos binaritást az *Én* és a *Más* között. A távolság csökkenése azonban veszélyezteti a kollektív és egyéni identitást, és ellenállást, esetleg erőszakos cselekményeket válthat

ki. Az elkülönülésben érdekelt egyének és csoportok ennek megfelelően formálják a teret, és ez a folyamat különböző léptékeken (pl. testi, települési, nemzeti) érvényesülhet (SIBLEY, D. 1995; WILTON, R. D. 1996; DEAR, M. et al. 1997).

A fogyatékoság-földrajzon belül a pszichoanalitikai szemlélet elsősorban WILTON, R. D. munkáiban jelenik meg explicit módon, aki több elmélet fogyatékosággal kapcsolatos adaptációs lehetőségeiről is értekezett. A FREUD és LACAN által leírt *kasztráció-elméletet*¹² felhasználva vizsgálta például a fizikai egészségkárosodásokkal kapcsolatos társadalmi attitűdöt. A kasztráció a pszichoanalitikusok szerint a szubjektum-fejlődés „normális” lefolyásának alapvető eleme, ami szükségképpen veszteséggel jár, és egyfajta testi hiányosság érzetét implicálja. Az Én integritásának megőrzéséhez ezért az egyén kivetíti ezt a hiányt más testekre, például a betegséggel, sérüléssel élő emberekre. Ebben a folyamatban tükröződnek a kulturális hatalmi egyenlőtlenségek, hiszen többnyire az ép emberek privilégiuma, hogy önmaguk egész-ség- és teljesség-érzetének megtartása érdekében folyamatosan újratermeljék az egészségkárosodott emberek „hiányosságával” kapcsolatos kulturális reprezentációkat, és azt a térkialakítást, amely biztosítja a kétféle test elkülönítésének lehetőségét (WILTON, R. D. 2003). Az emberi psziché, a test, valamint a társadalmi-térbeli határok és rend összefüggéseire mutat rá egy Los Angelesi AIDS-ápolóintézzettel kapcsolatos NIMBY-konfliktusról készült esettanulmány is. FREUD *unheimlich*- és KRISTEVA *abjekt*-konceptióját¹³ felhasználva WILTON kimutatta, hogy az intézmény és a beteg testek közelségét a lakosság jelentős része a saját identitást és a meglévő társadalmi rendet veszélyeztető jelenségnek tekintette, ami heves és szervezett ellenállást váltott ki a tér feletti kontroll helyreállítása érdekében (WILTON, R. D. 1998). A pszichoanalízis alkalmazási lehetőségein túl a hasonló tanulmányok rámutatnak arra is, hogy a test-alapú társadalmi különbségek és másság konstrukciójában a térnek, a helynek és a földrajzi léptéknek kiemelt szerepe van (pl. DEAR, M. et al. 1997; WILTON, R. D. 2000).

A fentebbi tanulmányoknak jelentős implikációi vannak a fogyatékoság földrajzi vizsgálatával kapcsolatban. Újabb adalékokat szolgáltatnak például az épségnormativitás és a fogyatékoság társadalmi-térbeli formálására vonatkozóan, és ezzel növelik az analízis potenciális komplexitását. Rámutatnak az emberi test (és térbeliségének) összetettségére, mint olyan entitásra, amely materiális, diszkurzív, és

¹² A kasztrációnak vagy a kasztrációtól való fenyegetettségnek FREUD és LACAN szerint is kulcsszerepe van a pszichés fejlődés és a (heteronormatív) szexuális különbségek kialakulásában. A kasztrációs félelem lényegében felváltja az Ödipusz-komplexust, amely utóbbi a saját szülők iránti vágyat jelenti. A szocializáció „normális” lefolyása során ugyanis a gyermeknek le kell mondania az ellentétes nemű szülő iránti vágyról (ezzel együtt az azonos neművel való versengésről), és azonosulva az azonos neművel a vér szerinti rokonságon kívüli más ellentétes nemű embert kell objektifikálnia vágyakozása tárgyaként (WILTON, R. D. 2003).

¹³ Az *unheimlich* (angolul *uncanny*) FREUD szerint ismeretlen, de mégis ismerős impulzust jelent. A paradoxon oka, hogy az egyénnek a szocializáció folyamán elfojtott és a tudatalattiban létező érzései, komplexusai kerülnek felszínre bizonyos események hatására. Az *abjekt* (*abject*) hasonló az *unheimlich*-hez, azonban kialakulását KRISTEVA a gyermekkor egy korábbi szakaszára helyezi, mint Freud az előző esetben. A gyermek ekkor már képes észlelni elkülönültségét a környezetétől, azonban olyan testi folyamatok, mint például a táplálkozás vagy a testnedvek távozása emlékeztetik arra, hogy ő maga sosem lehet teljesen elkülönült. Az *abjekt* tehát folyamatos fenyegetést jelent a szubjektumra és identitásra, és ezért taszító hatással van az egyénre (WILTON, R. D. 1998).

ezeken túli (lásd tudatalatti) folyamatok által is meghatározott. Az ebben az összetettségben rejlő lehetőségek miatt is fontos, hogy a pszichoanalízist ne állítsák pusztán a társadalmi konstruktivista szemlélet szolgálatába (CALLARD, F. 2003), azonban a geográfiai alkalmazás kiforratlansága miatt is célszerű más megközelítésekkel kombinálni a vizsgálatban (PILE, S. 1993; KITCHIN, R. 1998).

3.2.5. Feminista megközelítések

A feminista, illetve általában a nemek társadalom- és térformáló szerepét vizsgáló kutatóknak igen nagy szerepe volt abban, hogy az emberi test és annak térbelisége bekerüljön a geográfia vizsgálati témái közé. A test kérdésköre a fentebb áttekintett irányzatokban is jelen van, de ezek egyike sem teljes, hiszen egyetlen átfogó társadalomtudományi test-koncepció megalkotása igen jelentős kihívás lenne (SHILLING, C. 1993). A feminista megközelítés több forrásból is merít, például a materialista, a poszt-strukturalista és pszichoanalitikai elméletekből.

Az alábbiakban vázolt nézőpont ennek ellenére (vagy éppen ebből eredően) a korábbiaktól némiképp eltérő test- és tér-felfogást eredményez. MOSS, P. és DYCK, I. (2003) például a testiség három fő társadalomföldrajzi aspektusát azonosítja. Az első szerint az emberi test a társadalmi *szabályozás, kontroll és elnyomás színtere*. Következésképp az olyan kategóriák, mint a rassz, a nem vagy a fogyatékosság nem kizárólag biológiai különbségekből adódnak, hanem társadalmi konstrukciók is. Ez a gondolat nem új, hiszen például FOUCAULT munkásságának is egyik központi eleme a társadalmi kontroll a testekről szóló tudás és diskurzus segítségével. FOUCAULT elmélete szerint azonban a hatalmat és ellenőrzést bárki gyakorolhatja, és a hatalmi egyenlőtlenségeket inkább implicit módon tartalmazza (MILLS, S. 2007). Az egyenlőtlenség azonban nem elhanyagolható kérdés, hiszen a domináns csoportoknak (többnyire fehér bőrű, középosztálybeli, heteroszexuális, ép-testű férfiak) lehetőségük van a többi csoport testét a sajátjuktól eltérő „másként”, alsóbbrendűként kategorizálni. Sőt, az alávetett csoportok tagjait jobbra a testükkel azonosítják, míg a domináns csoport tagjai felülemelkedhetnek testiségükön, absztrakt, „testetlen” ágensek lehetnek (YOUNG, I. M. 1990; SHARP, J. P. 2009; SIMONSEN, K. 2009).

Az említett kettősség tükröződik az elme/test dualizmusban és az ahhoz kapcsolódó bináris konstrukciókban, mint kultúra/természet, racionális/irracionalis vagy maszkulin/feminin, amelyek egyúttal az első tagjuk felsőbbrendűségét is biztosítják, és amelyek napjainkig meghatározók a nyugati kultúrában. A tudástermelésben például egy domináns csoport képes újratermelni saját hatalmát azzal, hogy testetlenségéből adódóan önmagát egy „külső megfigyelő” szerepkörrel azonosítja, és ezt a szerepet az „objektív, valós” tudás elengedhetetlen feltételének tekinti. Ebből következően az alávetett csoportok tudása nem lehet legitim, hiszen tagjaik képtelenek elszakadni saját testük anyagságától. Ez a logika egyfajta magyarázat arra is, hogy a nyugati geográfia – más szakterületekhez hasonlóan – miért ignorálta hosszú ideig a testet a kutatásokban, és konstruált hasonlóan alsóbbrendűnek tekintett, „piszkos témákat” (LONGHURST, R. 1997). A testetlen, univerzálisként kezelt tudás kritikájaként HARAWAY, D. (1988, 1991) megjegyzi, hogy az ilyen tudás kialakítása gyakorlatilag lehetetlen. Számára az objektív megismerés a testen keresztül érhető el, és az abból származó tudás mindig parciális,

kontextus-függő, szituációba ágyazott. A megfigyelőnek el kell tudnia helyezni magát a térben a teste segítségével; az egyén tehát mindig térben létező. Ez a pozíció leírható az úgynevezett *testi térrel* (body space), amelynek kettős jelentése van: egyrészt az a fizikai térrész, amelyet a test mint biológiai szervezet elfoglal; másrészt a különböző diszkurzív jelentések együttese, amelyek térben és időben kulturálisan meghatározottak. Az elme és a test tehát szorosan összekapcsolódnak, és egymás konstituenseiként alkotják az egyént (PARR, H. – BUTLER, R. 1999).

A MOSS és DYCK (2003) által meghatározott második tényező szerint a testnek fontos szerepe van az emberi *szubjektumok tér- és időbeli formálódásában*. A szubjektivitás felfogható önmagunk és a világról szerzett ismereteink értelmezési kereteként (PRATT, G. 2009: 728). A szituációba ágyazott tudás koncepciója alapján ezeknek az ismereteknek a közvetítőjeként a test kulcsfontosságú. Ahhoz ugyanis, hogy valaki szubjektum lehessen, a térben pozícionált testre van szüksége. A test azonban nem állandó, hanem állandóan formálódó: anyagi entitás és egyben kulturális jelentések hordozója, amely kettőssége folyamatosan képződik és reprodukálódik a társadalmi kapcsolatok, normák és értékek rendszerében (BUTLER, J. 1988; GROSZ, E. 1994, 1995). Ez a jellege azonban tértől és időtől, valamint szituációtól függően sokféle pozícionálást tesz lehetővé, a testhez kötött szubjektum tehát dinamikus és multi-dimenzionális.

A test újraértelmezésével ezért lehetőség nyílik a már korábban is említett *dualizmusok lebontására*, ami MOSS és DYCK (2003) állításának harmadik eleme (lásd még BAKKER, K. – BRIDGE, C. 2006). A bináris konstrukciók rendszerint stabil határokat feltételeznek, amelyek mentén formálódhatnak. A feminista gondolatmenet szerint azonban az olyan kategóriák, mint a biológiai és társadalmi nem (sex–gender), a rassz vagy a fogyatékos – és az azokhoz kapcsolt identitások – fluidok, dinamikusak (SIMONSEN, K. 2009). Egymással kereszteződhetnek, miközben térben és időben változnak, de kontextus- és hely-specifikusak is (MASSEY, D. 1994; PRATT, G. – HANSON, S. 1994). A test és a belőle származtatott tudás a dualizmusok lebontásával a nagyrészt ezeken a dualizmusokon nyugvó elnyomó társadalmi gyakorlatokkal és diskurzusokkal szembeni *ellenállás* alapjává is válhatnak. Egy hasonló testpolitika például a dinamikus és spektrum-jelleg hangsúlyozásával meghaladhatja a fogyatékos–nem-fogyatékos dichotómiát, elősegítve a fogyatékos és a tér kapcsolatának átértékelődését.

A feminista nézőpont szerint ezért a dinamikus szemlélet közelebb visz a fogyatékos jelenségének megértéséhez. A feminista koncepció a fogyatékoságot egyfajta *folyamatként* értelmezi, amely magában hordozza a testtel kapcsolatos fentebbi megállapításokat, és így az egyén egészségkárosodott létezését és egészségi állapotának idő- és térbeli változásait, amelyek – kontextustól függően – fogyatékosá tehetik az egyént (CROOKS, V. A. – CHOUINARD, V. 2006; CROOKS, V. A. 2010). Bár ezt a koncepciót eredetileg krónikus betegséggel élő nők tapasztalatainak elemzésére alkották meg, saját empirikus vizsgálataim szerint más testi-mentális állapotokra is alkalmazható.

Jelentőségét többek között az adja, hogy feloldja a medikális–társadalmi kettősséget, mivel hangsúlyozza a társadalmi környezet szerepét, ugyanakkor nem veti el az egészségkárosodásból származó tapasztalatok relevanciáját sem a fogyatékoság

kialakulásában. Sőt, hasonlóan a társadalmi modell egyes képviselőihez, akik szerint az egészségkárosodás is lehet társadalmi képződmény (ABBERLEY, P. 1987; BARNES, C. – MERCER, G. 2004), feminista szerzők szerint a különböző egészségkárosodással kapcsolatos testi tapasztalatok – mint például a fájdalom, fáradtság, depresszió és szegény – szintén társadalmi eredetűek (CHOUINARD, V. et al. 2010). A sérült emberek fogyatékosága és az azzal kapcsolatos tapasztalataik lényegében a *változó testük* és a *környezet* közötti kölcsönhatás eredményei.

A fogyatékosági folyamat számos módon befolyásolja az egyén mindennapi életének térbeliségét. Az illető jólléte szempontjából például fontos, hogy bizonyos társadalmilag alapvető tevékenységeket milyen módon képes elvégezni (pl. munkahelyi feladatokat szűkös határidők betartásával). Az egészségkárosodások hatásaként számottevően megváltozhatnak a mindennapi élet idő- és térbeli struktúrái. Az egészségkárosodott test változásaival összhangban egyes terek jelentősége növekszik, míg másoké csökken. A sérült emberek például az átlagosnál több időt tölthetnek az otthoni környezetben vagy az egészségügyi intézményekben, míg a fizetett munka tereiben kevesebbet (adott esetben a korábbi, egészségkárosodás kialakulása előtti állapothoz képest is). A környezettel való interakciók során szintén változhatnak az egyes helyek jelentései és azokkal kapcsolatban az önértékelés és identitások (DYCK, I. 1995, 1999; WILTON, R. D. 1996; BUTLER, R. – BOWLBY, S. 1997; HALL, E. 1999; SKELTON, T. – VALENTINE, G. 2003; CROOKS, V. A. – CHOUINARD, V. 2006; CROOKS, V. A. 2007, 2010). Az otthon tereit például a nyugati társadalmakban domináns reprezentációk rendszerint a nyugalommal, meghittséggel, biztonsággal azonosítják. Ezzel szemben számos egészségkárosodott embernek az otthon is a korlátozottság és a kiszolgáltatottság színtere, például a jövedelemhiány vagy az épületek nem megfelelő fizikai kialakítása miatt (IMRIE, R. 1996a, 2010; CROOKS, V. A. 2004, 2010). Az ehhez hasonló körülmények fogyatékosá teszik az egyént a mindennapi életben.

A sérült emberek azonban nem passzívak és kiszolgáltatottak az épségnormatív társadalmi-térbeli folyamatoknak, gyakorlatoknak és intézményeknek. Az egészségi állapot változásával az egyének a testhez kapcsolt új, pozitív identitásokat és társadalmi pozíciókat fejleszthetnek ki, amelyek később az épségnormativitással szembeni *ellenállás* alapjává válhatnak. Ehhez a különböző terek különböző lehetőségeket biztosítanak, mivel többnyire fizikailag, társadalmilag és szimbolikusan is *átszervezhetők*. Több tanulmány demonstrálta már például, miként szerezhető vissza a sérült emberek számára a kontroll az otthon vagy a munkahely fölött (DYCK, I. 1995, 1999; MOSS, P. – DYCK, I. 1996; DYCK, I. et al. 2005; CROOKS, V. A. 2010).

Az utóbbi időben az Internet-használat terjedése miatt egyre nagyobb figyelmet kap a virtuális terek jelentősége a sérült emberek életében. Az off-line világ, valamint az azonos terű és idejű kommunikáció testi és viselkedési normái miatt például a mentális egészségkárosodásokkal élő személyeket gyakran ítélik deviánsnak. Az információs és kommunikációs technológiák azonban számos kötöttség alól felszabadítják őket, lehetőséget teremtve olyan terek létrehozására, amelyekben a „másság” elfogadott, sőt része a pozitív identitásnak (VALENTINE, G. – SKELTON, T. 2009; DAVIDSON, J. – PARR,

H. 2010; SKELTON, T. – VALENTINE, G. 2010)¹⁴. Az ilyesfajta on-line térformálás emellett szélesítheti a sérült emberek társadalmi kapcsolathálóját, lehetőséget teremt a lokális szerveződések kibővítésére és akár globális politikai cselekvésre, továbbá hatással lehet az off-line terekre is. A test, a testi tapasztalatok és cselekvés alapján formálódó identitások és pozíciók tehát hozzájárulhatnak a különböző léptékeken átívelő politikai mozgalmak, ellenállások kialakulásához (CHOUINARD, V. 1999). A mozgalmak elősegíthetik a társadalmi tér jellegét meghatározó elnyomó viszonyok és rendszerek (pl. épségnormativitás) megváltoztatását. A kritikai földrajz egyik feladata ennek a tevékenységnek a támogatása akár elméletalkotással, akár nyílt politikai részvétellel.

3.3. A fogyatékoság földrajzi kutatása Magyarországon – előzmények

A magyarországi geográfián belül nem alakult ki a fogyatékoságnak az előző alfejezetekben bemutatotthoz hasonlóan sokszínű tanulmányozása, amely több tényező eredménye. A *reálfolyamatokat* („külső” tényezők) illetően kiemelendő a magyarországi fogyatékosügyi mozgalmak mérsékelt jellege. A civil önszerveződések a pártállami időszakban a politikai vezetés számára eleve nemkívánatosnak minősültek. A sérült emberek esetében súlyosbította a helyzetet, hogy nem feleltek meg a szocialista emberideálnak, és sokuk a termelésből kiszorulva állami gondoskodás és elkülönítés alanya lett. A világháborús hadirokkantakra a kormányzat gyakran tekintett reakciós elemekként, ami hozzájárult az érintetteket tömörítő vagy befogadó szervezetek feletti állami kontroll növeléséhez (FICSORNÉ KURUNCZI M. 2009; HEGEDÜS L. 2009). Ezek ellenére már a szocializmusban létrejöttek fogyatékosügyi érdekérvényesítő szervezetek, köszönhetően például az átlagosnál magasabb iskolai végzettséggel és társadalmi státusszal rendelkező sérült személyek szervezőmunkájának és politikai kapcsolatainak, Magyarország szocialista tömbön belüli viszonylagos nyitottságának, illetve a nemzetközi szervezetek tevékenységének¹⁵. Mindazonáltal vontatottan halad egy értelmiségi réteg kialakulása, amely viszont fontos lenne ahhoz, hogy a fogyatékos emberek szélesebb rétegei a társadalomelméleti alapok segítségével saját hátrányos helyzetük okait is jobban megismerjék.

A *tudománytörténeti* okok („belső” tényezők) közül fontos a magyarországi társadalomföldrajz specifikus fejlődési útja. Az egészséggel összefüggő társadalmi-térbeli jelenségek vizsgálatának gyökerei a korábbi *orvosföldrajzban* találhatók, amely utóbbi kezdetektől fogva erősebben kapcsolódott az orvostudományhoz, mint a földrajzhoz. Az 1980-as években bontakozott ki egy másik jelentős irányzat, az *egészségügyi rendszer földrajza*, majd ennek az orvosföldrajzzal való integrációja után, az 1990-es évek közepétől beszélhetünk *egészségföldrajzról*. Az átalakulást azonban a

¹⁴ Bár az említett szerzők felhívják a figyelmet rá, hogy a virtuális terek gyakori használata hátrányokkal is járhat: például nem ösztönzi a „többségi társadalommal” való érintkezést, így végeredményben a kirekesztődést segíti elő.

¹⁵ Jó példa az ENSZ által meghirdetett A Fogyatékosággal Élők Nemzetközi Éve (1981), amely kezdeményezéshez Magyarország is csatlakozott, és amely ösztönzőleg hatott a hazai fogyatékosügyi mozgalmakra.

nemzetközi tudományos trendekkel ellentétben nem követte társadalomelméleti megalapozás. Ennek egyik következményeként a tradicionálisnak tekinthető orvosi földrajzi témák, mint például a földrajzi epidemiológia tekintetében nagyobb a hasonlóság a nemzetközi egészségföldrajzhoz, míg több újabb téma (pl. a fogyatékoság) és a kritikai megközelítés szinte teljes egészében hiányzik. Továbbá, jelenleg is meghatározó a pozitívizmus és a kvantitatív szemlélet (PÁL V. 2005, 2006, 2007; PÁL V. – TÓTH J. 2007), míg a társadalmi modellek adaptációja, az egészségkárosodással és fogyatékossgal kapcsolatos átfogó koncepcionális viták továbbra is váratnak magukra.

A fogyatékossg kérdésköre tehát a magyarországi geográfián belül csupán egy kisebb egészségföldrajzi tématerület, meglehetősen kevés művelővel¹⁶. Érdemes megemlíteni, hogy az egészségföldrajzon belül jelenleg fontos helyet foglalnak el az egészségi állapot és a társadalmi-térbeli jelenségek és folyamatok közötti összefüggéseket elemző tanulmányok (lásd pl. UZZOLI, A. 2001, 2008, 2011; BARTAKOVICS M. 2007; UZZOLI A. – SZILÁGYI D. 2009; UZZOLI A. et al. 2011). Ezek hasznos adalékokkal szolgálhatnak az egészségkárosodások társadalmi termelésének vizsgálatához, azonban kevésbé tájékoztatnak arról, hogy az egészségkárosodások és a környezet interakciói miként eredményezhetnek hátrányos helyzetet (társadalmi modell szerinti fogyatékossgot), és hogy ennek a hátrányos helyzetnek milyen csoportos és egyéni aspektusai vannak.

A magyar geográfiában jelenleg „fogyatékkal élők egészségföldrajzáról” írnak, amely a sérült embereket a társadalom mindennapi tereitől elzárt, saját, zárt tereikben élő személyekként kezeli (PÁL V. 2006; PÁL V. – TÓTH J. 2007). Ez hasonló GOLLEDGE, R. G. (1993) szemléletéhez, aki szerint bárki szembesülhet akadályokkal mindennapi tevékenységei elvégzése során, azonban a fogyatékos személyeknél az akadályok száma és minősége meghalad egy bizonyos szintet. Ezért is tekinti a fogyatékos embereket egy speciális populációnak, hiszen esetükben a „hagyományos” tér-koncepciókat sem lehet módosítások nélkül alkalmazni. A geográfusok a térkutatás „szakértőiként” sajátos kompetencia-készletükkel sokat tehetnek a fogyatékos emberek helyzetének javításáért.

Ezt az álláspontot több kritika is érte, elsősorban paternalista jellege miatt. A bírálók szerint ahhoz, hogy a földrajz valóban felszabadító legyen a sérült emberek számára, fontos az utóbbiak nagyobb fokú bevonása a vizsgálatokba, és nem szabad lebecsülni sajátos tapasztalataikat, tudáskészletüket. Ez a fajta földrajz tehát nem fogyatékosokat, nem is a fogyatékosokért kutat, hanem *velük-értük* (BUTLER, R. E. 1994; GLEESON, B. J. 1996; IMRIE, R. 1996b). A magyarországi „fogyatékkal élők egészségföldrajza” szemléletében, alkalmazott elméleteiben és módszereiben még olyannyira különbözik ettől, hogy egyetlen doktori disszertáció nem hozhat szinkront, mindazonáltal bizonyos témák és kérdések felvetésével talán lehetséges némi közelítés.

A földrajzi szakirodalmon kívül érdemes megemlíteni néhány 1990 után íródott tanulmányt, amelyek, bár más tudományterületen születtek, jelentős megállapításokat

¹⁶ Szemben például az angolszász országokkal, amelyekben szokás önálló fogyatékossg-földrajzi tudományszakágról is beszélni, illetve újabban a fogyatékossgal kapcsolatos kérdések általános – egyfajta mainstreaming jellegű – beépüléséről a különböző szubdiszciplínákba.

tartalmaznak a fogyatékoság térbeli aspektusairól és az épségnormativitásnak a térformálásban betöltött szerepéről. Az általam áttekintett szakirodalommal kapcsolatban két tanulságot tartok fontosnak kiemelni. Egyrészt, ezekben a munkákban a társadalmi tér egyes részei közül a munkavégzés és az egészségügyi és szociális ellátás terei jelennek meg legtöbbször. Másrészt, a tanulmányokban is megfigyelhető az említett két tértípus összefonódása, átlapolódása, például a szociális otthonokban vagy a közösségi ellátásban folyó védett foglalkoztatás esetében (BUGARSZKI ZS. 2003; BÁNYAI B. – LÉGMÁN A. 2009).

A foglalkoztatással kapcsolatos tanulmányok több, a társadalmi tér épségnormatív jellegére utaló tényezőre mutattak rá. Az egyik ilyen tényező a jogi szabályozás elégtelensége. A „csökkent mozgásképeségű emberek” foglalkoztatási rehabilitációja kapcsán például már a 90-es évek elején megfigyelhető volt a gazdálkodási és szervezeti formák átláthatatlansága, a támogatási rendszer kidolgozatlansága és a munkáltatók körében uralkodó információhiány (KOGON M. 1991). Bár azóta kétségkívül jelentős előrelépés történt ebben a témában, egyes kutatások a közelmúltban is több problémát tártak fel, mint például az akadálymentesítési szabályozás tartalmi követelményeinek vagy egységes fogalmi és szempontrendszerének hiánya (HALMOS SZ. 2009; HAIDEGGER M. – KOZICZ Á. 2013; KOZICZ Á. – OTTOK V. 2013). Az említettekhez hasonló kérdésekre a magyar geográfiának is nagyobb figyelmet kellene fordítania, hiszen a jogi szabályozás a társadalmi tér formálásának egyik fontos eszköze, és hiányosságainak kiküszöbölését számottevően tudná segíteni a földrajzi szemlélettel.

Mindazonáltal egyes tanulmányok pozitív jelenségeket is leírtak, amelyek az egészségkárosodott emberek számára kedvezően befolyásolják a tértermelést. MÉSZÁROS Z. és VÁRHALMI Z. (2011) például a 10 főnél több foglalkoztatottal rendelkező vállalkozások körében (N=509; reprezentatív minta) végzett felmérésükkel kimutatták, hogy az érintett vállalatok vezetőinek többsége szerint a fogyatékosággal élők foglalkoztatása javítja a szervezet imázsát. GYETVAI G. (2010) nem a versenyszféra, hanem a szociális foglalkoztatás munkahelyeinek a sérült emberekre gyakorolt kedvező hatásaira, egészségi, szociális és mentális állapotuk javulására hívta fel a figyelmet. Látszik tehát, hogy bár az épségnormativitásnak jelentős szerepe van a fizetett munkavégzés tereinek formálódásában, a folyamat összetett jellege miatt a vizsgálatokban érdemes erősíteni a komplexitást.

Az egészségügyi és szociális ellátást illetően az egyik leggyakoribb téma az intézményi szféra átalakulása, különös tekintettel a deinstitutionalizációra és az újfajta ellátási formák megjelenésére (HARANGOZÓ J. et al. 2001; BUGARSZKI Zs. 2003). A kutatásokból kiderül, hogy Magyarországon az elmúlt két évtizedben a hagyományos, zárt intézmények szerepe a súlyosan egészségkárosodott emberek ellátásában lényegében alig csökkent. A statisztikai adatok szerint ugyanis a zárt otthonok férőhelyeinek és ellátottjainak száma nem változott számottevően (BUGARSZKI ZS. 2011). Ugyanakkor az intézetek az elzárás és a belső szocializációs sémák miatt inkább a sérült emberek társadalomból való kirekesztődését erősítik, semmint reintegrációjukat (BÁNYAI B. – LÉGMÁN A. 2009). Az épségnormatív társadalmi tér és az egészségkárosodott emberek hátrányos helyzetének újratermelésében, tehát a problémát kezelni hivatott intézmények is részt vesznek. A fent felsorolt példák alátámasztják

mind a fizetett munkavégzés terei, mind az intézményi terek kritikai földrajzi kutatásának szükségességét. A társadalmi tér egyes részeiről bővebben a 4. fejezetben értekezem.

3.4. A szakirodalmi áttekintés tanulságai és a saját empirikus vizsgálathoz használt analitikai keret

Az előző alfejezetekben bemutattam a legnagyobb jelentőségű fogyatékossg-földrajzi megközelítéseket és elméleteket. Mivel saját munkámban egy alapvetően egyenlőtlen és igazságtalan társadalmi viszonyt vizsgállok, illetve ennek megszüntetését kívánom elősegíteni, ezért a fenti elméletek közül elsősorban a kritikaiakat tekintem relevánsnak. Emellett egy *analitikai keret* kialakításával az alapvető gyakorlati-empirikus célkitűzésekre kívánok reagálni, vagyis egyrészt egy Magyarországon újszerűnek számító vizsgálatot folytatni, másrészt minél többet feltárni a magyarországi társadalmi tér épségnormatív elemei közül. Ezen belül a keret a következő kutatási kérdések megválaszolását segíti elő: Hogyan képződnek a fogyatékos emberek számára akadályokkal teli települési terek, és milyen akadályok találhatók a települési környezetben? Mi jellemzi ebből a szempontból a társadalmi tér egyes részeit (pl. munkavégzés, közterek, otthon)? Az egyének és csoportok szintjén milyen szerepe van a fogyatékossgnak a testek és az identitások formálódásában? Milyen hatásai vannak ezeknek a térbeli mintázatoknak és formáknak a sérült emberek életminőségére, illetve az általuk alkalmazott térbeli gyakorlatokra (pl. túlélési stratégiák, politikai cselekvés)?

Ebből kiindulva az empirikus kutatás analitikai keretének alapjául GLEESON, B. J. (1999a) elméletét választottam. GLEESON saját koncepciójához (3. ábra) LEFEBVRE, H. társadalmitér-tipológiáját használta fel, figyelembe véve az eredeti modell rugalmasságát, vagyis a lehetőséget, hogy azt a kutató az adott vizsgálat tárgyának és körülményeinek megfelelően bizonyos mértékig szabadon alakíthatja (GLEESON, B. J. 1999a). Ezt a flexibilitást tartom szem előtt a saját analitikai keretem kialakításánál.

Bár GLEESON modellje elsősorban történelmi-materialista összehasonlító vizsgálatokhoz készült, ilyen elemzésre pedig (pl. a szocialista, illetve a poszt-szocialista és új-kapitalista időszakok viszonylatában) a jelen dolgozatban nem vállalkozom, azt több szempontból is hasznosnak tekintem. Egyrészt, ezzel az eszközzel megállapíthatók egy kapitalista társadalmi tér épségnormatív jellemvonásai, ami brit kontextusban be is bizonyosodott, és feltehetően a jelenlegi magyarországi viszonyok között is eredményesen alkalmazható. Másrészt, az eszköz praktikus jellege, könnyű érthetősége miatt ideális lehet egy Magyarországon új típusúnak számító vizsgálat eredményeinek tolmácsolásához (tudományos és nem-tudományos közegben egyaránt).

GLEESON elmélete mellett az analitikai kerethez más megközelítések elemeit is felhasználom. A poszt-strukturalista elméletek közül ilyenek a diskurzusnak, valamint a hatalomnak és ellenállásnak a térformáló szerepéről való ismeretek. A pszichoanalitikai geográfiából – igen korlátozott mértékben – az emberi létezés „kevésbé racionális”, érzelmi oldala, amely egy jelentős aspektusa az egészségkárosodott személyek különböző terekhez és helyekhez fűződő viszonyának (BONDI, L. et al. 2005). A feminista megközelítésből a dinamikus és fluiditás (amelyek egyaránt vonatkoznak a

társadalmi-térbeli határokra és identitásokra), továbbá a többszörös pozicionálás (az egészségkárosodás mellett figyelembe véve olyan jellemzőket, mint pl. az életkor vagy a jövedelmi helyzet). Szintetizálásról ugyan nem beszélhetünk, de GLEESON modelljének illetően kibővítésével az analitikai keret remélhetőleg minél többet emel ki Magyarország társadalmi terének épségnormatív elemei közül.

Az általam alkalmazott keret központi magja az emberi test-elme, amely ebben az esetben egy materiálisan megélt és diszkurzív entitás, így kapcsolatot teremt az egyéni tapasztalatok és a társadalmi környezet között. Mivel a fogyatékossgot a test, az egyén és a társadalmi környezet interakciója eredményének tekintem, ezért szükségesnek tartom egy olyan téranalitikai keret alkalmazását, amellyel ezek a kölcsönhatások feltérképezhetők. Jelen esetben erre a célra a GLEESON-féle négyes térfelosztás (3. ábra) módosított változata szolgál, amelynek fő elemei: (1) a fizetett munkavégzés terei; (2) az intézményi tér; (3) a közterek és kvázi-közterek; (4) az otthon terei. A módosítást több szempontból is fontosnak tartom. Először is, az általam használt kategóriák egymásba fonódó, olykor nehezen lehatárolható szférákat takarnak. A munkavégzés színtere például például nemcsak a munkahely lehet, hanem az otthon is, ahol az egyén fizetett és nem-fizetett munkát egyaránt végezhet. Másodszor, Gleeson a saját modelljét a korai kapitalizmus viszonyainak megfelelően dolgozta ki, viszont napjaink városai számos olyan térelemmel rendelkeznek, amelyek a korai kapitalista városokban nem voltak megtalálhatók (pl. bevásárlóközpontok mint a fogyasztás új terei és egyben kvázi-közterek).

A fenti térfelosztás elemei közül némelyek esetében több részterületet vizsgállok. A fizetett munkavégzés tereinél például egyaránt figyelembe veszem az elsődleges munkaerőpiacét és a védett foglalkoztatását. Az intézményi téren elsősorban az egészségügyi és szociális szféra együttesét értem. A köz- és kvázi-közterekhez sorolom a mindennapi mobilitási tereket (pl. jogi értelemben vett közterületek); a fogyasztás különböző tereit (pl. bevásárlóközpontok, közszolgáltatók, szabadidő eltöltésének terei) és a közösségi tereket (pl. önkéntes és civil részvétel sajátos terei).

Ez a lehatárolás praktikus okokból, az elemzés céljára született, és ezért érdemes bizonyos kikötéseket tenni alkalmazhatóságával kapcsolatban. Az analitikai keret egyes elemeit a kapitalizmus társadalmi tere egymással összefüggő alrendszerének tekintem, de munkámban gyakran hivatkozok ezekre az alrendszerekre mint elkülönült, önálló terekre az elemzés leegyszerűsítése végett. Ezek a terek kapcsolatba léphetnek egymással, átlapolódhatnak, és folyamatosan változnak. A dolgozat témájában megemlíthető például a fizetett munkavégzés terének fluiditása: a védett foglalkoztatási forma már az intézményi tér felé jelent eltolódást, míg a dolgozók saját lakásaira kiszervezett munkák az otthon tere felé.

Az egyes tereknek több aspektusát vizsgálom: (a) a fizikai és társadalmi kialakítást és hozzáférhetőséget; (b) az egészségkárosodott emberek tapasztalatait, cselekvését és másokkal való interakcióit; (c) az általuk mozgósítható erőforrásokat (pl. anyagiak, tudás, társadalmi kapcsolatok); (d) a társadalmi-gazdasági struktúrákat, folyamatokat, aktorokat és hatalmi viszonyokat, amelyek az egyes terek jellegét

befolyásolják¹⁷. Ezek az aspektusok ugyanakkor nem szisztematikus összehasonlítást szolgálnak, és az interjúk alapján relevanciájuk a társadalmi tér egyes alrendszeiben egymástól eltérő lehet. Emellett az interjúk során a megkérdezettek mondanivalójuk súlypontosításával maguk is hozzájárultak az elemzés strukturálásához.

4. A fogyatékoság társadalmi terének vizsgálata Magyarországon

4.1. Az empirikus kutatás során alkalmazott módszerek áttekintése

4.1.1. Kvantitatív módszerek

Kutatásomhoz alapvetően háromféle kvantitatív módszert alkalmaztam: leíró jellegű statisztikai számításokat, lineáris korrelációs műveleteket, valamint globális és lokális területi autokorrelációs és keresztkorrelációs méréseket. Az elemzéshez a *Központi Statisztikai Hivatal* (KSH) népszámlálási és a *Területi Statisztikai Adatok Rendszerének* (T-STAR) adatait használtam fel. Az elemzéseket különböző területi szinteken végeztem (országos, megyei, kistérségei, települési), amelyek közül a tervezési-statisztikai kistérségeknek szántam kitüntetett szerepet. Ezt a választást egyrészt az indokolta, hogy a kistérségek jelentős, de nem túl magas száma még lehetővé teszi az adatok és számítások könnyű áttekinthetőségét, mégis viszonylag részletes képet nyújt a területi különbségekről. Másrészt, ezen a szinten lényegesen ritkábban tapasztalható adathiány, mint a települési szinten (köszönhetően pl. az adatok aggregálásának). Mivel a korrelációs és a területi autokorrelációs mérőszámok érzékenyek az esetszámmra, ezért a számítások többségénél egyaránt alkalmaztam a 150, a 168, a 174 és a 175 kistérségből álló felosztást.

Két időpont, a 2001. és a 2011. év adatait használtam fel, mivel ezek népszámlálási évek, és ekkor történtek országos, teljes lakosságra kiterjedő adatgyűjtések a fogyatékosagra (illetve a tartós betegségekre) vonatkozóan¹⁸. Az adatok használatakor figyelembe vettem, hogy azok közül melyek állnak rendelkezésre a megfelelő időpontokra és területi szintekre. A fogyatékos emberek 2011. évi adatai például 2013 őszén még nem voltak elérhetők megyeinél alacsonyabb szintű területi egységekre. Ezek a jellemzők a későbbi számításokat is jelentősen befolyásolták. A statisztikai számításokat a *Microsoft Excel* és *SPSS 20*, az eredmények szemléltetéséhez használt térképek készítését pedig a *MapInfo 8.5* szoftverrel végeztem.

Leíró statisztika alatt a társadalmi-gazdasági jelenségek jellemzésére szolgáló mutatók különböző területi szintekre és egységekre történő alkalmazását értem. Saját adatbázist hoztam létre az egyes mérőszámok adatsoraiból, majd fajlagos mutatókat számoltam mind a négy fentebb említett kistérségi felosztásra. A mutatókat a

¹⁷ Az elemzés további részleteit az interjúk felmérés módszertanáról szóló alfejezetben ismertetem.

¹⁸ Az 1990. évi népszámlálás fogyatékosággal kapcsolatos adatfelvétele a teljes lakosságra reprezentatív ugyan, de az adatok egy kistérségek közötti összehasonlító vizsgálatra nem alkalmasak.

kistérségek fejlettségét mérő komplex mutató¹⁹ kiszámításához, valamint a TEIR rendszerében a területi elemzésekhez használt mérőszámok közül jelöltem ki. A kiválasztáskor lényeges szempont volt, hogy a mutatók a társadalmi élet több szféráját érintsék (4-5. táblázat).

Az egyes mutatók között ezután *lineáris* (vagy Pearson-féle) *korrelációt* számoltam, korrelációs mátrixok keretében. Mivel az eredményül kapott korrelációs együtthatók (r) értékei tájékoztatnak az adatsorok közötti kapcsolat erősségéről és irányáról, lehetőség nyílt a fogyatékoságot jellemző és a többi választott mutató területi adatsorai közötti összefüggések feltárására. Ezeknek az információknak egyúttal fontos szerepük volt a területi auto- és keresztkorrelációs vizsgálatok kivitelezésekor is.

A lineáris korrelációs számítások megkezdése előtt az egy- és többváltozós statisztikai elemzések legfontosabb előfeltételei (SAJTOS, L. – MITEV, A. 2007) közül (1) az adatsorok normalitását és (2) a kiugró és hiányzó értékek előfordulását tekintettem át. Az egyes mutatók adatsorait ezért különböző próbáknak vettem alá. A *normalitást* grafikai és statisztikai módszerek ötvöztetésével vizsgáltam: a hisztogram-módszer, a „szár és levél” (stem-and-leaf) diagram és a normál eloszlás ábrák (normal probability plot) alapján nyert információkat összevettem a Kolmogorov-Smirnov- és a Shapiro-Wilk-próbák eredményeivel. A tesztek alapján az adatsorok többségére a normál eloszlástól való eltérés volt jellemző (általában pozitív, jobb oldali irányú eltérés), bizonyos esetekben jelentős (a ferdeség [Skewness] és a csúcsosság [Kurtosis] abszolút értékei meghaladták az egyet) mértékben.

Adattranszformálást ennek ellenére nem végeztem, mivel több érv is az eljárás ellen szólt. Kiindulási pontként ellenpróbát végeztem a 150 kistérségből álló felosztásra, tényleges adathiánnyal számolva azokban az esetekben, amikor ez releváns volt. Ennek során a fogyatékosági és öt másik mutató²⁰ (1. táblázat) közötti lineáris korrelációs együtthatók értékeit vettem össze adjusztálatlan (csak a hiányzó értékeket kizáró), adjusztált (az extrém kiugró értékű eseteket is kizáró), valamint transzformált adatsorokkal. Az adattranszformáció módszere – figyelembe véve a ferdeség- és csúcsosság-értékeket – a SAJTOS, L. – MITEV, A. (2007) által javasolt természetes alapú logaritmussal való korrigálás volt. A transzformáció eredményeként a nyers adatsorokhoz képest – és bizonyos esetben az adjusztált adatsorokhoz képest is – jelentős változás mutatkozott (2. táblázat).

Az adattranszformáció kapcsán érdemes egyéb tényezőket is figyelembe venni. Egyrészt, a sikeres transzformáció feltételeként megszabott minimálisan négyes értékű átlag-szórás arány (SAJTOS, L. – MITEV, A. 2007) a normális eloszlástól jelentősen eltérő adatsorok közül csak kevésnél érvényesült. Másrészt, a transzformáció rendszerint megváltoztatja a változóra jellemző adattartalmat, és adatvesztést is okozhat (lásd 2. táblázat N értékei). Végül, a normális eloszlástól való eltérésből fakadó kockázatot lényegesen csökkenti a vizsgált esetek (kistérségek) nagy száma. Mindazonáltal a

¹⁹ Lásd pl. 67/2007. (VI. 28.) OGY határozat a területfejlesztési támogatásokról és a decentralizáció elveiről, a kedvezményezett térségek besorolásának feltételrendszeréről

²⁰ A kiválasztás elsődleges szempontja a kiemelkedő mértékű torzulás volt: mind az öt kategóriából (egyéni, munkahely, intézményi terek, közterek és kvázi-közterek, otthon) olyan mutatót választottam, amelynek adatsorára a normális eloszlástól való számottevő eltérés volt jellemző.

próbák során lényeges információkat nyertem a változókat leíró mutatószámokból (átlag, szórás, csúcsosság, ferdeség).

1. táblázat: Az ellenpróba-hoz kiválasztott adatsorok eloszlását jellemző főbb mutatók értékei

	vandkul_atlag _1000lakos	regvall _1000lakos	bentlakgond _1000lakos	kulvendejker _1000lakos	kozviz_ter
Skewness	2,038	2,228	2,438	6,077	11,762
Std. Error of Skewness	0,198	0,198	0,201	0,202	0,199
Kurtosis	4,669	7,015	9,772	40,372	141,631
Std. Error of Kurtosis	0,394	0,394	0,400	0,401	0,395

2. táblázat: Az adattranszformáció lineáris korrelációs együtthatót módosító hatása néhány adatsor példáján*

fogy_1000lakos (kvázi-függő)	vandkul_atlag _1000lakos	regvall _1000lakos	bentlakgond _1000lakos	kulvendejker _1000lakos	kozviz_ter
<i>Mind transzformált</i>	-0,123	-0,473**	0,294**	-0,439**	-0,380**
sig.	0,304	0,000	0,000	0,000	0,000
N	72	144	140	138	144
<i>Transzformált független változók</i>	-0,15	-0,460**	0,281**	-0,415**	-0,382**
sig.	0,197	0,000	0,001	0,000	0,000
N	76	150	145	144	149
<i>Adjusztált adatsorok</i>	-0,208*	-0,428**	0,268**	-0,228**	-0,378**
sig.	0,012	0,000	0,001	0,008	0,000
N	144	147	141	134	144
<i>Nyers adatsorok</i>	-0,278**	-0,448**	0,252**	-0,274**	-0,131
sig.	0,001	0,000	0,002	0,001	0,111
N	150	150	145	144	149

* A táblázatban a korrelációs együttható értékei alatt rendre a szignifikanciaszint és az elemzésbe bevont esetek száma szerepel. A *-ok jelzik az SPSS által szignifikáns értékeket.

Az adatsorok értékei közül csak az *extrém kiugróként* megjelölteket hagytam ki a számításokból, mivel az összes kiugró figyelmen kívül hagyása már jelentős adatmennyiség-csökkenést eredményezett volna. Az extrém kiugró értékeket az adatok sorba rendezésével és boxplot diagramok segítségével szűrtem ki. A *hiányzó adatokat* a vizsgálat során kétféleképpen kezeltem: az egyik esetben valóban hiányos adatsorokkal dolgoztam, míg a másik esetben a hiányt nullával helyettesítettem.

A hiányzó értékek előfordulása véletlenszerűségének megállapítása érdekében próbákat (SAJTOS, L. – MITEV, A. 2007) végeztem el (6. táblázat). Figyelembe véve azokat az eseteket, amelyeknél a feltételek teljesültek, továbbá az összes vizsgált esetet, és azokat, amelyekben a próbák nem jártak eredménnyel, a hiányzó értékek valószínűleg nem véletlenszerűen fordulnak elő. Ennek egyik oka a mutatók kiválasztási rendszere: a hasonló tartalmú (így az egészségügy-szociális, a turizmusra vonatkozó és az infrastrukturális jellegű) mutatók körében számos esetben a hiányzó értékek előfordulása is hasonló volt. Ezzel összefügg a másik ok, az adatszolgáltatás jellegzetessége: bizonyos területi egységek több hasonló tartalmú adata is hiányzott (pl. különböző infrastrukturális jellegűek), vagy nulla értéket vett fel. A korrelációs mátrixokban ezután egyaránt számoltam a hiányzó értékekkel rendelkező esetek

(kistérségek) páros összehasonlításbeli (pairwise) és teljes (listwise) kizárásával, valamint mindkét előbbi esetben – amennyiben releváns volt – az extrém kiugró értékek figyelmen kívül hagyásával is.

Területi autokorrelációt a fogyatékossgot leíró mutatók esetében számoltam (3. táblázat). Az ilyen jellegű számításoknál kulcsfontosságú a megfigyelési egységek közötti szomszédsági viszonyok megállapítása és az alkalmazott korrelációs mátrix jellege. A kistérségek közötti kapcsolat megállapításához az úgynevezett vezérszomszédság elvét alkalmaztam, vagyis két területi egységet szomszédosnak tekintettem, ha határvonalaiknak legalább egy közös pontja van. Minden kistérségi beosztáshoz négyféle szomszédsági mátrixot készítettem: binárisat, sornormalizáltat, továbbá egyet a kistérségi központok közötti legrövidebb és egyet a legkisebb utazási időt igénylő közúti távolságértékkel súlyozva.

3. táblázat: A területi autokorrelációs vizsgálatban használt mutatók

Év	Mutató	Kistérségi felbontás			
2001	Az önmagukat fogyatékosnak vallók 1000 fő népességre jutó száma	150	168	174	175
2011	Súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó száma	150	168	174	175
	Rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő népességre jutó száma	150	168	174	175

Bináris mátrix esetében az egymással szomszédos területegységekhez tartozó sorok és oszlopok metszetében lévő elemek értéke 1 lesz. Amennyiben két kistérség nem áll szomszédsági viszonyban egymással, a mátrixban a megfelelő közös értékek nullák, miként a mátrix diagonális elemei is nullával egyenlők (hiszen egy területi egység sem lehet önmagával határos). A sornormalizált mátrixban a bináris mátrix minden elemét el kell osztani a mátrix megfelelő sorának összegével. A sornormalizált mátrix minden sorának összege ezért 1, míg a teljes mátrix összege a megfigyelési egységek számával egyenlő. A kistérségi központok közötti távolságértékekkel súlyozott mátrixok esetén a *google.maps* internetes útvonaltervező alkalmazását használtam: az egyik esetben a mátrixok elemeit a közúton mért legrövidebb útvonalak távolságértékeinek reciprokjaival, míg a másik esetben a leggyorsabb útvonalak távolságértékeinek reciprokjaival szoroztam meg.

Az autokorrelációnak többfajta mérőszáma is van, amelyek közül számításaimhoz a globális Moran I-t, a társadalomtudományi elemzésekben egyik leggyakrabban előfordulót alkalmaztam. Képlete:

$$I = \frac{N}{\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N D_{ij}} * \frac{\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N (x_i - \bar{x})(x_j - \bar{x}) * D_{ij}}{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2},$$

ahol x_i és x_j jelölik a területegységek adatait, $\bar{x}$ az adatsor számtani átlagát, D_{ij} a szomszédsági mátrix általános elemét, N pedig a vizsgálatba vont területegységek számát (DUSEK, T. 2004). A globális Moran I azonban végső soron egyetlen viszonyszám, hiszen két adatsor közötti korreláció értékét adja meg. Térképi szemléltetéshez ezért elengedhetetlen egy lokális mérőszám kiszámítása valamennyi vizsgált területi egységre. Ez a mérőszám a Local Moran I:

$$I_i = Z_i \sum_{j=1}^n W_{ij} Z_j ,$$

ahol Z_i és Z_j a megfigyelési egységek standardizált értékeit jelölik, W_{ij} pedig a térbeli súlyozás mérőszáma (ANSELIN, L. 1995; TRAN, H. – YASUOKA, Y. 2001). A Local Moran I értékeket a 2001. és a 2011. évi adatok esetében is a fent említett négy mátrix mindegyikére kiszámoltam.

A területi keresztkorreláció-számítás során a fogyatékossgot leíró mutatók adatsoraiknak más mutatók adatsoraival való kapcsolatát vizsgáltam. Ez utóbbiakat a korábban kapott lineáris korrelációs értékek jelölték ki: azokat a mutatókat vontam be a számításokba, amelyek a fogyatékossgra jellemző mutatóval a legmagasabb szignifikáns korrelációs értékekkel rendelkeztek. Az egymással erősen korreláló adatsorok esetében azt az egyet választottam ki, amelyik a fogyatékossgai változóval a legerősebb korrelációt mutatta, illetve amennyiben releváns volt, egy pozitívan és egy negatívan korreláló változót is kiemeltem.

4.1.2 Kvalitatív módszerek

Dolgozatomban a kvantitatív módszerek mellett nagy hangsúlyt helyeztem a kvalitatív, mégpedig *interjú*s módszerrel történő adatgyűjtésre. Az interjúkat 2010. április 13. és 2012. október 2. között készítettük témavezetőmmel, Timár Judittal²¹. A kutatás folyamán 70 interjú keretében összesen 74 személyt szólaltattunk meg, akiket két nagy csoportba sorolok: egészségkárosodott személyek (54 fő) és „szakértők” (25 fő); emellett öt fő mind a két csoportnak tagja.

Az *első csoport* tagjai esetében az alapvető kiválasztási stratégia az egészségkárosodás megléte volt. Ez jelenthette a hivatalos, hatóság általi diagnózis és/vagy az egyén által megtapasztalt tünetegyüttes meglétét. A bioszociális modell alapján ugyanis a fogyatékossg az emberi test és környezete interakciójában jön létre, feltételezésem szerint pedig a fogyatékossgot és az ahhoz szorosan kapcsolódó épségnormativitást sérült emberek esetében hatékonyan vizsgálhatom. Szintén kiválasztási szempont volt, hogy a minta tagjai összességében minél több egészségkárosodási típust képviseljenek. A mintavételi eljárás nem biztosít reprezentativitást a teljes magyarországi egészségkárosodott/fogyatékos népességre vonatkozóan (minthogy egy interjú felmérés esetén ez nem is követelmény), sőt, kifejezetten torzító hatása lehet. Érdemes ezért figyelembe venni, hogy a levont következtetések az alapsokaságra csak korlátozottan érvényesek.

²¹ Az interjúk közül négyet témavezetőm, 55 darabot én, míg 11 darabot közösen készítettünk.

Az interjúpartnerek elbeszéléseit a társadalmi tér négy vizsgált alszférájának (fizetett munkavégzés, intézményi terek, közterek és kvázi-közterek, otthon) megfelelő rendszerben elemeztem. A főbb pontokon belül részben a korábban vázolt analitikai keret szerint, részben az interjúpartnerek elbeszélései alapján strukturáltam. Az interjúk félig strukturáltak voltak, és a beszélgetőpartnereket arra ösztönöztem, hogy az egyes témákról minél bővebben beszéljenek. Néhány interjú a megkérdezettek narratív elbeszéléssel indult, majd a narratíva után az információk kiegészítése céljából tettem fel további kérdéseket. Emellett bizonyos standardizált kérdések a kutatás résztvevőinek demográfiai jellemzőire, életkörülményeire vonatkoztak, és egy részletesebb interjúvázlatot is készítettem arra az esetre, ha egyes átfogó kérdésekre csak rövid válaszok érkeznének (I. melléklet). Az interjú megkezdése előtt a résztvevőket tájékoztattam a kutatás témájáról, legfőbb céljairól, és lehetőséget biztosítottam számukra, hogy kérdéseket intézzenek hozzám ezzel kapcsolatban.

Az érintettek toborzása alapvetően különböző szervezetek (pl. civilek, foglalkoztatók) közvetítésével és hólabda módszerrel történt. A 47 darab nem-szakértői interjú időtartama 20 perc és 122 perc között változott, átlagos hosszuk pedig 66 perc volt. Az interjúhelyszínek kiválasztásakor fontos szempont volt, hogy a megkérdezettek számára ismerős, kényelmes környezetben folyjon a beszélgetés. Az interjúk így a következő helyszíneken zajlottak: munkahely (22 fő), lakóhely (6 fő), intézet (6 fő), közösségi intézmény (18 fő), egyéb köztér (2 fő).

A *szakértői interjúkhoz* olyan partnereket kerestünk fel, akik kormányzati vagy nem-kormányzati szervezetekben betöltött vezető pozíciójuk révén jelentős tapasztalatokkal bírnak az egészségkárosodással, fogyatékkal kapcsolatos kérdésekben, így a fentebb áttekintett egészségkárosodott csoport tagjaiétól némiképp eltérő nézőponttal szolgálnak. A szakértők kutatásba való bevonása alapvetően három módon történt: szervezeti (pl. civil szervezetek) vagy területi (pl. önkormányzatok) illetékesség szerint, sajtómegjelenés alapján közvetlen módon, illetve hólabda módszerrel. 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 interjúk során egyaránt hangfelvételeket készítettem, amelyekből szó szerinti átiratok készültek.

4.1.3. Az interjúpartnerek csoportjának rövid bemutatása

Az interjúpartnerek kiválasztásakor arra törekedtem, hogy egy minél több szempontból heterogén sokaság jöjjön létre (7-8. táblázat). Az *egészségkárosodott személyek* közül 35 fő nő és 19 fő férfi. Életkorukat tekintve 20-29 éves négy fő, 30-39 éves nyolc fő, 40-49 éves tíz fő, 50-59 éves 24 fő, 60 év feletti nyolc fő. 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 többsége többféle egészségkárosodás által is érintett, de ezzel kapcsolatban további két megjegyzést tartok szükségesnek. Egyrészt, a kategorizálás nagyrészt az érintettek önbesorolásán, a saját egészségről szerzett tudásán alapul.

Másrészt, nem kértem a résztvevőket arra, hogy jelöljék ki az általuk elsődlegesnek tartott egészségkárosodási típust, így egy személy több kategóriába is bekerülhetett. Az egészségi állapot szerinti megoszlás így körükben a következőképpen alakul: mozgássérült 28 fő; belszervi egészségkárosodással élő 21 fő; látássérült 14 fő; mentálisan sérült 12 fő; hallássérült kettő fő és egyéb egészségkárosodással élő három fő.

Az interjúk nagy része Békés megyei településeken készült, mert a fogyatékos emberek területi eloszlását elemezve megállapítható, hogy ebben a térségben felülreprezentáltak (lásd később). Az egészségkárosodott csoportba tartozó személyek többsége a felmérés időpontjában Békés megyei települések lakosa volt: Battonya (2 fő), Békéscsaba (18 fő), Budapest (3 fő), Csanádapáca (4 fő), Dóc (1 fő), Elek (1 fő), Füzesgyarmat (3 fő), Gyomaendrőd (3 fő), Hódmezővásárhely (6 fő), Kapuvár (1 fő), Medgyesbodzás (1 fő), Orosháza (1 fő), Ópusztaszer (1 fő), Pusztaföldvár (5 fő), Pusztatottlaka (2 fő), Szabadkígyós (1 fő), Szarvas (1 fő).

A *szakértőként* felkért interjúpartnerek nemek szerinti megoszlása: 14 nő és 11 férfi. Közülük heten civil szervezeti képviselők, heten szociális intézményi szakemberek, hatan közpolitikai szereplők, öten munkáltatók (közülük 4 fő védett foglalkoztatás céljára létrehozott vállalat képviselője). A 25 fő szakértő közül hetet a szociális, ötöt a vállalati²², nyolcat a civil, ötöt pedig a közpolitikai szférába sorolok. 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), Pusztatottlaka (3 fő).

4.2. A fogyatékoság társadalmi terének magyarországi vizsgálata makroszintű megközelítésben

A vizsgálattal az volt a célom, hogy az épségnormativitás magyarországi jelenlétének minél több makroszintű összefüggését kimutassam, ehhez a feladathoz pedig különböző statisztikai és grafikus módszereket használtam fel. A kutatást arra a feltevésre alapoztam, hogy a fogyatékos, illetve egészségkárosodott emberek területi eloszlása és a területi (társadalmi-gazdasági) fejlettség mértéke között statisztikailag is kimutatható összefüggés áll fenn. A korábbi nemzetközi vizsgálatok ugyanis rávilágítottak arra a globális összefüggésre, amely szerint a fogyatékosnak tekintett vagy fogyatékosként nyilvántartott személyek között felülreprezentáltak a szegénység által érintettek, és a fogyatékos emberek többsége fejlődő országokban él (ABBERLEY, P. 1987; DAVIS, L. J. 2001; BRAITHWAITE, J. – MONT, D. 2009). A szakirodalmi előzmények áttekintésekor látható volt, hogy statisztikai módszerekkel hasonló összefüggéseket lehet feltárni különböző léptékeken. A társadalmi-gazdasági fejlettségben megmutatkozó területi egyenlőtlenségek ugyanis kapcsolatban állnak a fogyatékoság előfordulásának (mikro- vagy makro-) regionális különbségeivel (pl.

²² Ebbe a kategóriába soroltam a szociális foglalkoztatás céljára létrehozott gazdasági szervezeteket, ugyanakkor a szociális foglalkoztatást is végző – rendszerint önkormányzati – szociális intézményeket nem.

HUGG, L. [1979] vagy MCCOY, J. et al. [1994] fentebb hivatkozott kutatásai). Ezekről az alapokról kiindulva több lépésben végeztem el a kvantitatív vizsgálatot.

Az analízis során először a fogyatékossgal kapcsolatos választott mutatók kistérségi szintű adatsorainak térképi ábrázolását és a kapott ábrák elemzését végeztem el. Ezzel a lépéssel bonyolultabb statisztikai számítások nélkül is áttekinthetjük egy vizsgált jelenség területi mintázatát. Jelen esetben azt, hogy mely térségekben koncentrálnak nagyobb mértékben az egészségkárosodott, illetve fogyatékos emberek. A 2001. évre vonatkozóan a választott mutató az önmagukat fogyatékosnak vallók népességen belüli aránya volt, és ebben az esetben megállapítható, hogy a gazdaságilag kedvezőtlenebb helyzetű kistérségekben nagyobb valószínűséggel lesz magas ennek a mutatónak az értéke (1. térkép). A fogyatékos személyek területi eloszlása több ponton összefügg a gazdasági fejlettségnek az ezredforduló környékén jellemző országos térszerkezetével (lásd pl. KISS J. 1998; FALUVÉGI A. 2004; KOVÁCS Z. 2004; CSITE A. – NÉMETH N. 2007; NAGY G. 2007; TIMÁR J. 2007). 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. Ebben az esetben tehát párhuzam mutatkozik a területi fejlettséggel: az ország gazdaságilag legkedvezőbb helyzetű makrotérsége szinte homogén a fogyatékossg alacsony előfordulási gyakoriságát tekintve. Ezt a megállapítást erősíti, hogy az ország legversenyképesebb kistérségeiben – Budapest és agglomerációja, a Balaton környéke, Győr-Moson-Sopron megye – a legalacsonyabbak a mutató értékei.

A 2000-es évek országos szintű területi elemzéseiben gyakran emlegetett BB-vonal (Balassagyarmat-Békéscsaba) a fogyatékos személyek eloszlásában is tükröződik. Mindazonáltal a képzeletbeli vonaltól keletre fekvő országrészen belül jelentős különbségek figyelhetők meg. Békés megye, a Közép-Tisza-vidék és az Észak-magyarországi régió határmenti kistérségei például igen magas értékekkel rendelkeznek, jelentős kontrasztban Hajdú-Bihar megye északi és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye nyugati részével. A gazdasági fejlettség térszerkezetéhez hasonló vonás, hogy a megyei jogú városok értékei eltérnek a környező kistérségektől: Békéscsaba és Salgótarján kivételével alacsonyabbak azoknál. A déli országrész (vagyis a fenti két területen kívül eső kistérségek) a gazdasági fejlettség térszerkezetéhez hasonlóan meglehetősen mozaikos. Ebből a térségből kiemelném a Baranya megyén belül tapasztalható egyenlőtlenségeket: míg a megye északi részén igen magas értékekkel rendelkező kistérségek találhatók, addig az Ormánságban az arány lényegesen alacsonyabb.

Az egészségkárosodottság 2011. évi térszerkezete nagymértékben hasonlít a fogyatékossg 2001-es mintázatához, azonban a fentebb említett három nagy területi egység már nem minden esetben rajzolódik ki olyan markánsan (2. és 3. térkép). Az északnyugati országrészben 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 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 (KRAJKÓ GY. 1982) és innovációs zónáinak (RECHNITZER J. 1993) futásához.

A keleti és déli országrészben ugyanakkor némi eltérés mutatkozik a 2001. évihez képest az egészségkárosodott népesség területi eloszlásában. A leginkább szembevetendő 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, Nyíregyházai 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 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 mutatók térképi ábrázolása alapján a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők arányának térszerkezete lényegesen kisebb „mozaikosságot” mutat, mint a másik két mutató esetében megfigyelhető. Ebből arra következtethetünk, hogy előbbi esetében a területi autokorreláltság is nagyobb mértékű lesz, mint az utóbbi kettőnél, amelyek inkább egymáshoz lesznek hasonlóak. A feltételezés alátámasztására a továbbiakban a három mutató adatsoraival végzett területi autokorrelációs számítások eredményeit tekintem át.

A területi autokorrelációs vizsgálat is megerősíti, hogy az egészségkárosodás által leginkább érintett népesség területi eloszlására számottevő egyenlőtlenségek jellemzők (9-11. táblázat). Mindhárom mutató mért értékei eltérnek a tökéletes területi autokorrelátlanság állapotára jellemzőtől²³: mindegyik pozitív autokorreláltságot jelez,

²³ A lineáris korrelációval szemben a területi autokorreláció Moran-féle I mérőszáma esetében az autokorreláltság hiányának értéke nem nulla, hanem a megfigyelési egységek számával együtt változik. Területi autokorrelátlanságról ezek szerint akkor beszélhetünk, ha a Moran I értéke egyenlő $-1/(n-1)$ értékével, ahol „n” az elemszámot jelöli.

és a legtöbb közepes erősségű, míg néhány már kifejezetten erősnek tekinthető. Megfigyelhető, hogy míg a fogyatékos személyeknél és a mozgáskorlátozottak támogatásában részesülőknél a területi autokorreláltság hasonló nagyságú, addig a rokkantsági és rehabilitációs járadékban részesülőknél jóval nagyobb. Ez összhangban van a mutató területi adatsorának térképi ábrázolásával nyert képpel: a leghatározottabb területi mintázat ebben az esetben áll fenn, az alacsony és magas értékek viszonylag nagymértékű koncentrációjával. Látható, hogy a mutatók kiválasztása nagy hatással van az eredményekre: a mozgáskorlátozott támogatásban részesülők esetében a 2001. évihez igen hasonló térbeli mintázatra következtethetünk, míg a rokkantsági és rehabilitációs járadékos személyek arányával való számolás eredményei jelentős koncentrálódást sugallnak.

Az autokorrelációs vizsgálatok egyik kulcskérdése a megfelelő szomszédsági mátrix kiválasztása. Valamennyi mutató esetében a bináris mátrixszal végzett számítások eredményezték a legalacsonyabb Moran I értékeket, amelyekhez képest a sornormalizálás és a súlyozás is az értékek növekedését vonták maga után. A növekedés főként a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők esetében volt jelentős: a távolságérték reciprokaival való súlyozás ebben az esetben okozta a legnagyobb mértékű növekedést a bináris mátrixhoz képest. Ebből arra következtethetünk, hogy a területi tényezőnek, vagyis a kistérségek szomszédságának és kistérségi központok közötti távolságnak a szerepe ebben az esetben a legnagyobb.

A területi autokorrelációs vizsgálatok másik igen fontos tényezője a területi tagoltság mértéke, vagyis a megfigyelési egységek száma. Kutatásomhoz a területi keretet Magyarország tervezési-statisztikai kistérségi rendszere jelentette, amelyet létrehozása óta három esetben bővítettek. A számításokat a három mutatóval mind a négyféle kistérségi felosztásra elvégeztem. A tapasztalatok alapján a területi konfiguráció finomításával, azaz egyre több kistérségből álló felosztások bevezetésével a globális Moran I értékek is növekedtek. Ez a fejlemény megfelel előzetes feltevésemnek, miszerint a területi autokorreláltság mértéke függ a megfigyelési egységek számától (részben azért, mert a nagyobb szomszédsági mátrixok eredményeként több részművelet értékeit foglalja magába a Moran I mutatószám).

A területi autokorrelációs számításokat az adott társadalmi jelenség térszerkezeti változásainak időbeli vizsgálatához érdemes több év adatai alapján elvégezni. A kutatásom során ezért megvizsgáltam a longitudinális elemzés lehetőségeit is. A fogyatékos személyek létszámáról és egyéb jellemzőiről azonban nem állítható össze hosszabb időbeli adatsor, mivel erre vonatkozó országos összeírás a rendszerváltozás óta csak 2001-ben és 2011-ben született²⁴. Utóbbi időpontra ráadásul a dolgozat készítésének idején még nem álltak rendelkezésre települési vagy kistérségi szintű adatok az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók számáról. A 2001-es és 2011-es állapot összehasonlítása és a következtetések megfogalmazása esetén tehát érdemes figyelembe venni az adathiányból fakadó korlátokat.

A területi autokorreláció Moran I mérőszáma – akárcsak a lineáris korreláció Pearson-féle együtthatója – egyetlen szám, amely a területi egyenlőtlenségek általános

²⁴ Az 1990. évi népszámlálás ilyen szempontú hiányosságára a fentiekben már kitértem.

leírására szolgál. Ez a mérőszám azonban nem tájékoztat a területi differenciáltság lokális sajátosságairól. Ennek a hiányosságnak a kiküszöbölésére az autokorreláció Moran I-féle globális mérőszáma mellett annak lokális változatát is felhasználtam, és ez utóbbi kistérségi különbségeit térképen is ábrázoltam. A mátrixok közül a továbbiakban a kistérségi központok közötti távolságértékek reciprokaival súlyozottakat a 175-ös kistérségi beosztással veszem figyelembe. A mátrixokat ezen kívül sornormalizáltam is a könnyebb interpretálhatóság érdekében (ANSELIN, L. 1995). A választást indokolja egyrészt, hogy az egyes mátrixokhoz kapcsolódó Moran I értékek változási sémái között nincs számottevő különbség, viszont a távolsággal súlyozottnál a „területiségre” nagyobb hangsúly kerül. Másrészt, a 175 kistérségből álló rendszer a lehető legrészletesebb területi felbontást biztosítja.

A kistérségek Lokális Moran I értékeinek térképi ábrázolásával lehetőség nyílik arra, hogy megállapítsuk, az egyes kistérségek mennyire hasonlítanak szomszédságukra, vagyis kirajzolódnak a homogén és mozaikos térségek (4-6. térkép). Ez a kép tájékoztat ugyan a hasonló és ellentétes szomszédsággal bíró kistérségek elhelyezkedéséről, arról azonban nem, hogy a választott mutatók alacsony vagy magas értékeinek koncentrálódását takarják-e. Ezen a ponton érdemes kitérni a statisztikai vizsgálathoz kapcsolt értékválasztásra. A mutatók jellegéből adódóan (egészségkárosodásról, illetve szociális ellátás meglétéről) ebben az esetben az alacsony értékek koncentrálódását a társadalmi fejlettség szempontjából pozitív, míg a magas értékeket negatív jelenségeként értelmezem²⁵. A kapott térképeket az eredeti mutatók adatsorait ábrázoló térképekkel összevetve azonban megadhatók az adott jelenség „forrópontjai” (más elnevezéssel: forrófoltok, hot-spotok) vagyis a hasonlóan magas vagy alacsony értékek koncentrálódási térségei, és ennek megfelelően a „hidegpontok” is.

A lokális autokorreláltság vizsgálata megerősíti az előzetes térképezésnek a három mutató térszerkezeteinek hasonlóságára vonatkozó fentebb ismertetett eredményeit. Két gócpont tűnik állandónak, amelyek mindhárom esetben megtalálhatók: Budapest és agglomerációja egyértelműen forró foltként (a „forró” alacsony fogyatékosági, illetve egészségkárosodási rátát jelez, mint az a fentebb értékválasztásból is következik) jelenik meg, míg Békés megye (vagy annak nagy része) mindhárom esetben hideg folt. Ezek a foltok azonban eltérő méretűek: a 2001-es állapothoz képest a 2011-es agglomerációs lényegesen kiterjedtebb, míg a Békés megyei gócpont esetében a 2001. évi kép a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülőkéhez hasonlít jobban.

A három térszerkezet közül – ahogy a fentebb részletezett vizsgálatoknál is tapasztalhattuk – a legnagyobb mértékben az önmagukat fogyatékosággal élőknek vallóké és a mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában részesülőké hasonlítanak egymásra. A többi említett gócponton kívül ugyanis mindkettőnél megfigyelhető egy északnyugat-dunántúli (pozitív, vagyis a mutatók értékei alacsonyak), valamint egy Közép-Tisza-vidéki és egy északkelet-magyarországi (negatívak) koncentrálódási térség

²⁵ Az egészségkárosodottsággal és a fogyatékosággal mint esetleges pozitív identitásokkal kapcsolatos kérdések vizsgálatára a statisztikai számítások eredményeinek értékelése álláspontom szerint kevésbé alkalmas, ezért az értékválasztást erre az esetre fenntartom, az identitások vizsgálatára pedig a kvalitatív módszerrel nyert adatok elemzésénél térek ki bővebben.

is. Ennél a két mutatónál azonban, a rokkantsági és rehabilitációs járadékban részesülők lokális autokorreláltságaival ellentétben, nem figyelhetők meg olyan markáns Szabolcs-Szatmár-Bereg és Baranya megyei gócpontok. Mint arra a globális Moran I értékekből is következtetni lehetett, a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők esetében a forró- és hidegpontok némileg élesebben különülnek el környezetükről. A fogyatékossgal élőknel például szétdaraboltabb északi-északkeleti és kisebb különálló balatoni, míg a mozgáskorlátozottak támogatásában részesülőknel kiterjedtebb, de nem túl markáns gócpont figyelhető meg. A fentiekből látható, hogy bár az egyes mutatók térszerkezete jelentősen hasonlít egymásra, azok között nincsen determinisztikus kapcsolat.

Az alacsony Local Moran I értékek tekintetében szintén a fogyatékossgai ráta és a mozgáskorlátozottak támogatásában részesülők arányának térszerkezete mutat nagyobb hasonlóságot. A Dél-dunántúli régió, valamint Bács-Kiskun, Jász-Nagykun-Szolnok megyék nagy része, továbbá Borsod-Abaúj-Zemplén megye középső területei mindkét esetben kicsi lokális autokorreláltságot mutat. Ezzel szemben a rokkantsági és rehabilitációs járadékban részesülőknel Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megyék, valamint az Észak-magyarországi régió kistérségeinek többsége az alsóbb kategóriákba került. Az eddig ismertett vizsgálatok alapján arra következtethetünk, hogy egyrészt a 2011-re választott proxy-változók megfelelően helyettesítik a 2001-re alkalmazottat, másrészt, ezeknek a jelenségeknek nemcsak egymáshoz, hanem az általános gazdasági fejlettségéhez is jelentősen hasonlít a térszerkezete.

Ebben a gondolatmenetben következő lépésként az egészségkárosodott emberek térszerkezetét más, a társadalmi-gazdasági fejlettségi szintet reprezentáló mutatók térszerkezetével hasonlítottam össze. Feltételezésem szerint ugyanis a fogyatékos emberek regionális eloszlása és a fejlettségbeli területi különbségek között összefüggés van – ahogy azt globális, illetve más országokban készült vizsgálatok is kimutatták. Az összehasonlításhoz a területi keresztkorreláció módszerét alkalmaztam, a számítások elvégzése előtt azonban az egyes mutatók adatsorai közötti lineáris korreláció nagyságát számoltam ki. A számítások közül azoknak az eredményeit ismertetem, amelyek 175 kistérségből álló felosztásra, hiányos és hiánytalan adatsorokra készültek.

A lineáris korreláció számítása a mutatók nagy részénél szignifikáns eredményt hozott, bár többnyire gyenge vagy közepes erősségű kapcsolatról van szó (12-17. táblázat). A szignifikáns értékekről általánosságban elmondható, hogy az úgynevezett pozitív jelentéstartamú mutatók adatsoraival negatív lineáris kapcsolat, míg a társadalmi fejlettség szempontjából rendszerint negatívnak értékelt mutatók adatsoraival pozitív kapcsolat áll fenn. A 2001. évi mutatók közül egyedül a válások aránya jelent kivételt ez alól, 2011-ből pedig a válások mellett az éttermek és a házi orvosok fajlagos száma. Ez alátámasztani látszik azt a feltevést, amely szerint a kedvező társadalmi-gazdasági fejlettségi értékek az egészségkárosodott, illetve fogyatékos emberek magasabb arányával járnak együtt.

A lineáris korrelációs együttható értékei a 2001. és 2011. évi adatsorok esetében igen hasonló képet eredményeztek. A 2001. év adatsoraira kiszámított pozitív korrelációs együtthatókat (12-13. táblázat) vizsgálva megállapítható, hogy az egészségügyi és szociális szférához, valamint a foglalkoztatáshoz kapcsolódó mutatók

állnak a legszorosabb kapcsolatban a fogyatékoság jelenségével. Amennyiben a negatív kapcsolatokat szemléljük, már némileg eltérő a helyzet: a gazdasági (pl. vállalkozásokkal kapcsolatos) mutatók itt is a legnagyobb abszolút értékűek között vannak, azonban megjelennek a demográfiai (pl. természetes szaporodás, vándorlási különbözet) és a lakáshelyzettel kapcsolatosak is. A 2011. évi adatokat (14-17. táblázat) illetően a pozitív korrelációs együttthatók között növekedett a foglalkoztatással kapcsolatosak jelentősége, de az egészségügyi és szociális jellegűek nagyjából megtartották pozíciójukat. A negatív előjelű együttthatóknál a demográfiai és lakás-mutatók mellett megjelentek az infrastrukturálisak is (18-20. táblázat).

A kapott korrelációs értékek többféle interpretációra adnak lehetőséget. Egyrészt, az egészségügyi mutatókkal való összefüggés alighanem kapcsolatban áll azzal a jelenséggel, miszerint a fogyatékoságot – Magyarországon is – alapvetően egészségügyi jelenséggént értelmezik és kezelik. A foglalkoztatottsági és vállalkozási adatoknak a fogyatékos emberek arányával mutatott korrelációi alapján azonban a fogyatékoság és egészségkárosodás térszerkezeti összefüggésben állnak a gazdasági fejlettség területi különbségeivel, és tükrözhetik a nyílt munkaerőpiacról való kirekesztődés problematikáját is. Mindazonáltal érdemes szem előtt tartani, hogy a korrelációs együtttható értékei közül alig van olyan, amely a társadalomföldrajzi kutatásban is erősnek minősíthető²⁶.

A keresztkorreláció lehetővé teszi, hogy két különálló jelenség térszerkezetét egyetlen módszerrel vizsgálhassuk. A következőkben a fogyatékoságot és egészségkárosodást reprezentáló mutatók kapcsolatát vizsgálom azokkal a mutatókkal, amelyekkel a legmagasabb lineáris korrelációs értékek adódtak. Magyarázatként egy példával élve: egy adott kistérségen belül az önmagukat fogyatékosnak vallók népességen belüli arányát mekkora mértékben befolyásolja a szomszédos kistérségek munkanélküliségi helyzete. Ennek megfelelően a következő mutatókat vontam be a számításba: a 2001. évre a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők aránya, a foglalkoztatott nélküli háztartások aránya és a munkanélküliek aktív korú népességen belüli aránya; míg 2011-re a munkanélküliek aktív korú népességen belüli aránya, a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők aránya, a személygépkocsik aránya és a vándorlási különbözet. A keresztkorrelációs számításokat mind a négyféle szomszédsági mátrixra és kistérségi felosztásra elvégeztem (21-27. táblázat).

A 2001. évi adatokkal végzett számítások eredményei az egészségüggyel és a gazdasági fejlettséggel kapcsolatos korábbi megállapításokat látszanak erősíteni (21-23. táblázat)²⁷. A pozitív korreláció alapján a fogyatékos emberek magas arányával jellemezhető kistérségek szomszédságában a munkanélküliek és a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők aránya is magas lesz. A keresztkorreláció globális mérőszámának képletéből adódóan a művelet kommutatív, vagyis hasonló megállapítás tehető, ha például egy kistérség munkanélküliségi helyzetét viszonyítjuk a

²⁶ Legerősebb pozitív korreláció: 100 aktív korú lakosra jutó munkanélküliek száma; legerősebb negatív korreláció: 1000 lakosra jutó személygépkocsik száma (mindkettő 2011, mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában részesülők 1000 állandó lakosra jutó száma).

²⁷ A számítások eredményei alapján 2011-re nem mutatható ki keresztkorreláció (14-17. táblázat), ezért itt csak a 2001. évi állapottal foglalkozom.

szomszédsága fogyatékosági adataihoz. Ugyanakkor érdemes megjegyezni, 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. Az eredmények alapján tehát egy kistérségben a fogyatékos emberek koncentrációját jobban befolyásolja a szomszédos térség fogyatékosági rátája, mint munkanélküliségi helyzete. Szintén említésre méltó, hogy a számítások szerint a 2011. évi adatsorokra nem mutatható ki keresztkorreláció (24-27. táblázat), annak ellenére sem, hogy Pearson-féle korreláció erősebb volt, mint a másik időpont 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 fejlettség szempontjából periférikus térségekkel, ezzel a fogyatékoság gazdasági meghatározottságát sugallva. Ez utóbbi állítást támasztják alá a lineáris és keresztkorrelációs együtthatók is.

4.3. A fogyatékoság társadalmi terének magyarországi jellemzői az interjúk felmérés alapján

A következőkben az interjúk felmérés alapján elemzem a társadalmi tér épségnormatív elemeit. A fejezetet az analitikai keret ismertetésekor megadott térfelosztás kategóriái szerint tagolom: az emberi test; a fizetett munkavégzés terei; intézményi terek; közterek- és kvázi-közterek; az otthon terei.

4.3.1. Az emberi test

Mint azt az elméleti alapok tárgyalásánál is kifejtettem, az emberi testet – a bioszociális modell miatt is – egyszerre tekintem materiális és diszkurzív entitásnak. Ebből következően – a társadalmi tér más alrendszereihez hasonlóan – több aspektusát emelem ki a vizsgálat során: (1) a testnek az érintettek által megélt biológiai-fizikai valóságát; (2) az egyének tevékenységeit, amelyek jellegükből adódóan szorosan kapcsolódnak a testhez; (3) a pozicionálásokat és identitásokat, amelyek egy része szintén a testhez köthető. A három aspektus elkülönítése mellett érdemes figyelembe venni, hogy ezek kölcsönhatásban állnak egymással, hiszen például az emberek testi jólléte, érzései befolyásolhatják az általuk folytatott aktivitás jellegét, az így szerzett tapasztalatok pedig hatással lehetnek az önkép alakulására, az identitás változásai viszont arra készíthetik az egyént, hogy a testi tapasztalatokat is folyamatosan átértékelje.

A test *biológiai-fizikai valóságát* illetően fontos kiemelni, hogy a testi jellemzők, főként az egészségkárosodás, számottevően hozzájárulhatnak a fogyatékoság

kialakulásához. Ez az állítás azonban nem univerzális: egyrészt, a bioszociális megközelítést tükrözi, vagyis szemléletfüggő; másrészt, érvényessége csak adott társadalmi-gazdasági fejlettségi szint mellett igazolható. A dolgozat elméleti áttekintéséből látszik, hogy a kapitalizmus viszonyai között ezt több esetben igazolták már. Hasonlóképpen, az interjúk felmérés tapasztalatai is alátámasztják a bioszociális modell relevanciáját a 21. századi Magyarországon.

A testi állapot sokféleképpen befolyásolja a sérült emberek mindennapi életét. A nem „szakértő” interjúpartnereim kiválasztásánál nem volt ugyan kritérium a reprezentativitás, de fontos szempont volt, hogy több jellegzetes egészségkárosodási típus is megjelenjen a kutatásban. Részben ennek is köszönhető a megkérdezettek csoportjának heterogenitása, ugyanakkor több közös jellemzőt is érdemes kiemelni. Az egészségkárosodás súlyosságát²⁸ illetően – a nagymértékű változatosság mellett – érdemes figyelembe venni, hogy a sérülés következtében minden más testi kondíció másodlagos jelentőségűvé válhat. Ahogy egyik interjúpartnerem kifejtette:

„nem is a szemem fáj, hanem az arcom, a fülem, a fejem, és én ezt a fájdalmat senkinek nem kívánom, még az ellenségeimnek sem. ...ezt tényleg csak az tudhatja, aki ebben benne van. Az, hogy elveszítettem már a jobb szemem világát, még ez sem tudatosult bennem. Tehát amikor volt ez a bakteriális fertőzés; pokoli fájdalmaim voltak, hát ez az antibiotikumos injekció belül olyan volt, hogy szétmarta mindent, tehát mindent kéken láttam, meg folytak a könnyeim” (egészségkárosodással élő interjúpartner 25).

Mint később látható lesz, a hasonló tapasztalatoknak jelentős következményei vannak az érintett személyek térbeli magatartására és önértékelésére is (lásd pl. CROOKS, V. A. 2006, 2007; CROOKS, V. A. et al. 2008).

Az interjúk során azonban felmerült az emberi test és az egészségkárosodások dinamikus jellegének fontossága is. Az időbeli változások a megkérdezettek elbeszélései alapján különböző léptékeken mehetnek végbe: életciklushoz, évszakokhoz vagy napszakokhoz igazodva, de akár gyorsabban is. A változások azonban nem feltétlenül progresszív jellegűek, hanem fluktuálhatnak is: az érintettek szempontjából váltokozóan enyhébb és súlyosabb szakaszok követik egymást. Az eltolódások nem mindig szabályos időközönként következnek be, amely jelenségre több interjúpartnerem is panaszkodott.

„... egyszerűen nem lehet tudni, hogy mitől gyullad be a szemem. Bármilyen idegesség, időjárás-változás, nagyon sok minden előhozhatja. És sajnos arra még nem jött rá a klinika sem... hogy esetleg nincs-e ez a konkrét ok, ami előhozza, hanem ezzel együtt kell élni. Bármilyen előhozhatja, úgyhogy így élek” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31).

A fentebb leírtakhoz hasonló tapasztalatok egy, a sérült emberek körében igen gyakori problémára hívják fel a figyelmet, a testi állapot és a testi folyamatok kiszámíthatatlanságára (lásd pl. DYCK, I. 1995; CROOKS, V. A. 2007, 2010).

²⁸ Gyakorlatilag az alapfogalmak magyarázata során bemutatott „illness” jelensége.

Az időbeli változások mindazonáltal számos esetben nem választhatók el élesen a térbeli dinamikától. A környezet jellege ugyanis az interjúk tanúsága alapján is fontos befolyásoló faktor, legyen szó természeti vagy társadalmi tényezőkről.

„Nagy problémát jelent nekem mondjuk a fényből a sötétbe, ha megyek, az a fényváltozás. Ugyanígy ez vissza, tehát főleg így a nyári időszakban” (egészségkárosodással élő interjúpartner 25).

„... ha busszal utazom, legyen akárhova megyek, az az igazság, hogy jobban elfáradok, mint ha egész nap kapáltam volna. Tehát nagyon érdekes ez a buszozás. Régebben nem foglalkoztam vele, mert, ó, sokáig bejártam Békéscsabára busszal, akkor nem tudott lefárasztani az utazás, de most meg, iszonyat” (egészségkárosodással élő interjúpartner 37).

A hasonló tapasztalatokat a bioszociális modellel interpretálva látható, hogy a test és a környezet interakciója miként válik disszonánssá, és eredményez „problémás” szituációkat. Ez utóbbiak az egyének testi tapasztalatainak befolyásolásával hátrányos helyzet érzését kelthetik, így hozzájárulhatnak a fogyatékosság kialakulásához. Emellett a társadalmi tér egyes részeinek karaktere sajátos hatással lehet az interjúpartnerek állapotváltozásaira is.

Az állapotváltozások az interjúpartnerek elbeszélései alapján is szorosan kapcsolódnak a térbeli tevékenységekhez. Az egyének ugyanis a testükön keresztül élik meg a teret és a különböző helyeket. Az egészségkárosodás és a tevékenységek kapcsolatában két lényeges motívum fedezhető fel az interjúkban. Az egyik az egészségi állapot miatti megváltozott (többnyire csökkent) képességeké, a másik az adott állapot ellenére is megőrzött kapacitása.

„Nagyon sok mindenre nem vagyok képes megcsinálni, tehát nincs is fizikai erőm hozzá” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

„... gyakorlatilag ezt a bénulást kivéve nincs egészségügyi problémám. Az van tulajdonképpen, hogy én mindent meg tudok csinálni... Én mindent el tudok végezni. Kivétel a fáramászás. Tehát azért mondom, hogy jól lehet kívülről látni ezt, meg vannak bizonyos dolgok, amiket nem tudok. Tehát jobb kezemmel nem tudom befűzni a cérnát a tübe, de hát ez egy pitiáner dolog” (egészségkárosodással élő interjúpartner 23).

A tevékenységeknek – illetve az elvégzésüket lehetővé tevő testi képességeknek – tehát fontos szerepe van a személyes jóllét szempontjából. Az interjúpartnerek elbeszélései alapján ugyanis a képességmegőrzés biztosítja a saját test és a környezet feletti kontrollt. A kontroll elvesztése a társadalmi tér egyes részeiben más-más következményekkel jár, amelyek közül némelyek igen súlyosak (pl. kirekesztődés a fizetett munkavégzésből; gondozásra való rászorultság), így az érintettek rendszerint törekszenek az önállóság fenntartására.

A cselekvés egyik típusa, és így a tér alakításának és a helyek konstrukciójának egyik eszköze ezért az *alkalmazkodás*, vagyis az egyének által a testük és a környezet megváltozott viszonyára adott válaszreakciók összessége. Mivel az egyén egy meghatározott tulajdonságokkal bíró, dinamikus társadalmi térben létezik, ezért az alkalmazkodással folyamatosan újra-, illetve átpozicionálja önmagát ebben a térben. A

környezettel való ilyen kommunikációnak CROOKS, V. A. (2010) nyomán két típusát veszem figyelembe. Az egyik a „külső” környezettel való kapcsolat (át)strukturálását (problem-focused coping), a másik a „belső”, érzelmi-identitásbeli (át)pozicionálást (emotion-based coping) takarja. Előbbi egyaránt jelentheti a különböző terek és helyek fizikai és társadalmi struktúrájának, illetve az egyén aktivitási terének, például a napi rutinnak és a térpályáknak a módosítását (pl. több pihenőidő bevezetése az egészségi állapotból fakadó fáradtság leküzdésére, amit CROOKS saját kutatásai során szintén leírt). Az interjúpartnerek mindkettőre említettek példákat, de lehetőségeiket meghatározza, hogy a társadalmi tér mely szférájában, és milyen erőforrások bevonásával kísérelnek meg változásokat előidézni.

A saját testükkel és egészségkárosodásukkal kapcsolatos tapasztalatok jelentős hatással vannak az interjúpartnerek *önértékelésére, identitásaira*. Az interjúk elemzése során végig figyelemmel kísértem, hogy az egyéni és kollektív identitások milyen módokon fejeződnek ki az elbeszélésekben, ugyanakkor az interjúk készítése során explicite identitással kapcsolatos kérdéseket is tettem fel²⁹. Az identitások közül az egészségkárosodással és fogyatékossgal kapcsolatosakat helyeztem a vizsgálat középpontjába. A kettő elkülönítését részben igazolják a 2011. évi népszámlálás eredményei is. Míg ugyanis tíz évvel korábban az önbesorolás csupán arra vonatkozott, hogy az illető „fogyatékossgal élőnek” vallja-e magát, a legutóbbi lekérdezéskor már egy másik kategória, a „tartósan betegek” is megjelent, és a két csoport létszáma jelentős eltérést mutat: előbbivel lényegesen kevesebben (561 247 fő) azonosultak, mint utóbbival (1 648 424 fő) (KSH 2011). Feltételezhető volt tehát, hogy az interjúpartnerek körében is eltéréseket tapasztalok majd az egészségkárosodással és a fogyatékossgal kapcsolatos identitások terén.

Az érintettek különböző identitásokat fejlesztettek ki az egészségkárosodással és fogyatékossgal kapcsolatban, és ezek egy része pozitív, felszabadító, míg más része negatív jellegű. A sérült interjúpartnerek közül mindenki *egészségkárosodással* élőnek tekinti magát, de nem mindenki interpretálta ezt az állapotot azonos módon. Az egészséges/beteg összevetésben két jelentős csoport különíthető el. Azok a megkérdezettek, akiknek valamilyen tartós és jól látható testi változáson (pl. teljes látásvesztés, végtag sérülése) kívül nincsen más egészségkárosodásuk, többnyire egészségesnek vallják magukat³⁰. A képet árnyalja, hogy ezeknek a személyeknek egy része fogyatékosügyi civil szervezeti tag, és – miként az interjúkból is kiderült – a hasonló csoportok és mozgalmak egyik célja a fogyatékossg és a betegség fogalmi elkülönítése (WENDELL, S. 2001). Jelen esetben azonban az interjúpartnereknek ez a hozzáállása nem feltétlenül a társadalmi modell hatása. A másik csoportot azok a – többnyire krónikus – egészségkárosodással élők alkotják, akiknek nincs, vagy csak gyenge kapcsolatuk van fogyatékosügyi civil szervezetekkel, és akik nagyobb

²⁹ Az interjúalanyokat egyaránt megkértem egészségi állapot (egészséges – beteg) és fogyatékossg (fogyatékos – nem fogyatékos) szerinti öndefiníálásra, illetve arra, írják le, kiket tekintenek fogyatékos embereknek, függetlenül attól, hogy önmagukat hogyan pozicionálták.

³⁰ Önmaguk helyzetére vonatkoztatva gyakran inkább az „állapot” kifejezést használják a „betegsg” helyett.

valószínűséggel vallják magukat betegnek. Hangsúlyozom azonban, hogy a két csoport lényegesen komplexebb annál, mint amit e rövid leírás tükröz.

Vannak ugyanis olyan személyek, akik nem követik ezeket a tipikusnak tekintett öndefiníciós formákat, ennek pedig több oka lehet. Egyrészt, az első csoport tagjainak gondolkodását befolyásolhatja, hogy tartós egészségkárosodással élni többnyire „átmedikalizált” létet jelent: mivel életükben kitüntetett szerepe van az egészségügynek, így egyesek tartós állapotukat is könnyebben fogják fel betegségként. Másrészt, „atipikus” jelleget idézhet elő az érzelmi-identitásbeli átpozicionálás (lásd fentebb) is.

„Hát, nem vallom magam betegnek, megmondom őszintén, mert én úgy vagyok vele, hogy én optimista vagyok. Tehát ha az ember azt mondja magáról, hogy na, egészséges vagyok, akkor szerintem sokkal jobb a napja is, meg jobban bír mindent. Mert ha csak a betegséggel foglalkoznék, akkor szerintem már lehet, hogy nem is élnék” (egészségkárosodással élő interjúpartner 37).

Ez egyben rávilágít az egészségkárosodással kapcsolatos identitás dinamikus jellegére is.

„Mert ha akkor kérdezik meg, amikor nem vagyok jól, akkor nem biztos, hogy azt mondom, hogy egészséges” (egészségkárosodással élő interjúpartner 40).

Mivel a testi állapot térben és időben változhat, a test alapján történő önértékelésben is előfordulnak hasonló változások. Az egészségkárosodással kapcsolatos identitás tehát egy összetett és változó jelenség – akárcsak a fogyatékossgal kapcsolatos.

Az egészségkárosodással ellentétben a megkérdezettek jelentős része elutasította a *fogyatékossg* vállalását³¹. Igen gyakori stratégia az interjúpartnerek között a másság defenzív konstrukciója (defensive othering; lásd SCHWALBE, M. et al. 2000), vagyis egy adott különbözőségtől való elhatárolódás, és annak másokra való áthárítása. A megkérdezettek egy része például annak ellenére sem vallotta magát fogyatékosnak, hogy elismerte: egészségkárosodott állapotából fakadóan társadalmilag hátrányos helyzetben van.

„... nem vagyok fogyatékkal élő, hanem beteg ember vagy sérült. Nem érzem magam fogyatékkal élőnek, mert beteg vagyok. Ez egy állapot, tehát így gondolom. Mert hogy hátrányosabb helyzetben vagyunk mi, ilyen beteg emberek, az biztos, tehát sok tekintetben. Tehát akár munka szempontjából is, ha azt nézzük. Főleg abban leginkább talán” (egészségkárosodással élő interjúpartner 38).

A fogyatékos-identitás elutasítása szorosan összefügg a fogyatékossg *értelmezési módjaival*. Ez ugyanis egy olyan címke, amelyhez a magyar társadalom többsége negatív képzeteket társít, és az interjúpartnerek egy része nyíltan el is utasította a terminus használatát (többnyire annak sértő mivoltára hivatkozva). A negatív megítélés egyik oka a fogyatékossg *medikális modelljének dominanciája*, az interjúpartnerek

³¹ Bár a civil szervezeti tagok közül egyesek vállalták ezt a címkét.

körében és általában a magyar társadalomban³². A megkérdezettek többsége ok-okozati kapcsolatot feltételez a sérülés és a fogyatékoság között, de csak bizonyos egészségkárosodási típusok esetében. Megállapítható tehát, hogy a fogyatékoságot az interjúpartnerek általában nem társadalmi viszonyoknak tekintik, hanem az egészségkárosodott állapot egyik fajtájának.

Mivel a megkérdezettek többsége elhatárolódik a fogyatékoságtól, lényeges kérdés, hogy milyen ismérvekkel ruházzák fel azt az absztrakt mezőt, amelybe elkülönítik a fogalmat. A megkérdezettek többféle *kritériumot* említettek, amelyek alapján valakit fogyatékosnak tekintenek. Ezek között gyakoriak voltak a mentális egészségkárosodás és a testi hiányosságok: például fogyatékosnak tekinthető az, aki valamely végtagját teljesen vagy részben elvesztette. Egyesek számára differenciáló tényezőt jelent az egészségkárosodás kialakulásának ideje, vagyis az, hogy az érintett személy születésétől fogva sérült, vagy későbbi életszakaszban vált azzá (erről lásd még: KOGON M. 1991): többnyire az előbbieket tekintik fogyatékosoknak (és gyakran éppen az utóbbi csoporthoz tartozók). Ugyancsak fontos szempont a tevékenységek elvégzésére való képesség: egyesek szerint a fogyatékoság feltétele az önálló életvitel hiánya³³. Mások igen konkrét feltételt szabtak meg: aki a foglalkozása körében végzett munkákat nem tudja elvégezni, fogyatékosnak minősül (ez a kritérium többnyire szociális foglalkoztatókban – lásd később – merült fel). Elmondható, hogy bár az érintettek egy része a „fogyatékos” címkét is vállalta, többeknél érvényesült a fogyatékos emberektől való elkülönülés és az épségnormatív standardokhoz való közelítés kettős törekvése, amelyek CAMPBELL, F. A. K. (2008a) szerint az „internalizált épségnormativitás” (internalized ableism) két fő eleme.

Bár az egészségkárosodás és a fogyatékoság megítélése a jelenlegi társadalmi viszonyok között általában negatív, egyes interjúpartnerek számára ezek pozitív identitás alapjaivá váltak.

„Én teljesen egészséges vagyok, tehát én jól érzem magam a bőrömben, és... én tök boldog életet élek. Én örülök, hogy így alakult, így látok, mert nem ilyen ember lennék, aki most vagyok. Tehát ebből a szempontból teljesen meg vagyok elégedve önmagammal” (egészségkárosodással élő interjúpartner 35).

Az ilyen pozitív én-kép némelyik interjúpartner elbeszélésében már kollektívitentitás-képző tényezőként jelenik meg. Ebben Magyarországon – hasonlóan más országokhoz (lásd pl. SHAKESPEARE, T. 1993) – különösen nagy szerepe lehet a közösségi részvételnek, elsősorban a fogyatékosügyi civil szervezetekben. A civil szerveződésekén kívül mások is válhatnak a pozitív kollektív identitást erősítő terekké

³² Az 1998-ban elfogadott ún. fogyatékosügyi törvény jelenleg is hatályos definíciója is a medikális modellen alapul. A törvény szövege szerint ugyanis fogyatékos személynek minősül „az, aki érzékszervi – így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott, és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során.” (1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról).

³³ Interjúpartnereim között olyan is van, aki éppen azért „ismerte el” fogyatékoságát, mert önállósága az egészségkárosodásának progressziója miatt jelentősen csökkent.

és helyekké, ahogy azt például a sérült emberek számára létrehozott szociális foglalkoztató intézmények esetében tapasztaltam. A kollektív identitás léte pedig lényeges a politikai cselekvés és az épségnormatív elképzelésekkel szembeni ellenállás szempontjából is.

„... igazából van erre egy nagyon jó mondás; tehát aki nem fogadja el a fogyatékkal élők társadalmát, illetve hát a jogait, az az igazi fogyatékos”
(egészségkárosodással élő interjúpartner 25).

Mindezek mellett érdemes figyelembe venni, hogy az egészségkárosodás és a fogyatékoság nem kizárólagos identitásképző tényezők. Az interjúk során több más pozicionálás is felmerült, de ezek közül kettőt emelek ki jelentőségük miatt. Az egyik az életkor: az idősebb, de még aktív korú (50-60 év) interjúpartnerek szerint életkorukból adódóan társadalmi hátrány éri őket, elsősorban a munkaerőpiacon, vagyis az épségnormativitás összekapcsolódik az életkor szerinti elnyomó hatalmi viszonytal (ageism). A másik a lokalitás: egyesek szerint lakóhelyük (elsősorban Békés megye, és főleg a rurális területek esetében) gazdasági helyzete számottevően rontja boldogulási esélyeiket, vagyis ebben az esetben az épségnormativitás okozta helyzetet a területi egyenlőtlenségek is súlyosbítják. Az interjúkban tehát általában az alávetettség egyes dimenzióinak egymást erősítő hatására (lásd pl. CRENSHAW, K. 1989; STUART, O. 1993; FRASER, N. 1995; WEST, C. – FENSTERMAKER, S. 1995; MEEKOSHA, H. 2005; YUVAL-DAVIS, N. 2006), és ezen belül a térbeli aspektus fontosságára is találhatók példák.

4.3.2. A fizetett munkavégzés terei

GLEESON, B. J. (1999a) modelljében a munkahely a fogyatékoság társadalmi terének elsődleges *centrifugális* csomópontja. Napjainkban valóban axiómának hat, hogy a fogyatékos emberek nagyobb valószínűséggel rekesztődnek ki a fizetett munka világából, mint nem-fogyatékos embertársaik, és ezt a globális szintű statisztikák is alátámasztják (O'REILLY, A. 2007; UN 2011; WHO 2011). A történelmi materialista szemlélet szerint azonban ez a kirekesztődés nem csak a hátrányos helyzetük egyik aspektusa, hiszen a termeléshez való sajátos viszony idézi elő a fogyatékoságot. Számos közelmúltbeli vizsgálat eredménye alátámasztja, hogy a sérült emberek szempontjából a kapitalizmus terei közül a fizetett munkavégzése a legtaszítóbbak között vannak (pl. BARNES, C. 1992; MOSS, P. – DYCK, I. 1996; ABBERLEY, P. 1999; DYCK, I. 1999; HALL, E. 1999; HANSEN, N. 2002; WILTON, R. D. 2004; CROOKS, V. A. 2007; BUTCHER, S. – WILTON, R. D. 2008).

Az empirikus kutatás során nyert adatok elemzése előtt érdemes megjegyezni, hogy a fizetett munkavégzés szférája nem homogén, hanem több *alszférára* osztható. Ezek bizonyos esetekben összekapcsolódhatnak egymással, miként a társadalmi tér más szféráival is, mindazonáltal elkülönítésük azért is indokolt, mert egyes térbeli jellemzőikben számottevően eltérhetnek egymástól. Kutatásaim alapján két ilyen alszférát tartok fontosnak kiemelni: a nyílt munkaerőpiacét és a védett (szociális) foglalkoztatását.

4.3.2.1. Nyílt munkaerőpiac

Az *interjúpartnerek tapasztalatai* szerint a nyílt munkaerőpiacon általános a sérült emberek marginalizációja³⁴, és ennek egyik oka a munkavégzés tereinek és helyeinek *fizikai és társadalmi struktúrája*. GLEESON, B. J. (1999a) történelmi materialista megközelítéssel a munkahelyi struktúrát elsősorban a kialakuló gyáripari termelés esetében vizsgálja. Mindazonáltal 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. Főleg, hogy ha rosszabb stádiumban voltam, nem tudtam ezt úgy követni. Meg a neon, ami még nekem nagyon rossz volt, tehát hogy az is befolyásolt, sokkal többet begyulladt [a szemem]” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31).

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.

„Igyekeztem, amennyire tudtam, de nekem akkor még nem volt olyan jó a gyorsaságom” (egészségkárosodással élő interjúpartner 22)³⁵.

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

Az interjúk során szintén fontos szempontként merült fel a munkáltatók sérült emberekkel kapcsolatos *attitűdje*. Bár egyes kutatások szerint Magyarországon a vállalati szféra képviselői – legalábbis egy szegmensben belül (lásd pl. MÉSZÁROS Z. – VÁRHALMI Z. 2011) – alapvetően pozitívan viszonyulnak a fogyatékos személyek foglalkoztatásához, 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).

³⁴ Ebben a kérdésben érdemes kiemelni a lokalitás jelentőségét: az interjúpartnerek jelentős része a Dél-Alföldön él, többségük Békés megyében, és körükben általános az a vélekedés, hogy a térség gazdaságilag kedvezőtlen helyzete számottevően befolyásolja lehetőségeiket a fizetett munkavégzés szférájában.

³⁵ Az idézett interjúpartner az 1990-es évek közepén dolgozott teljesítményalapú bérezéssel egy vállalatnál, azonban rövid idő múlva elhagyta azt munkáltatója javaslatára.

Az interjúpartnerek elbeszélései alapján a testi megjelenésnek jelentős szerepe van a nyílt munkaerőpiac kulcsfontosságú tereiben és helyein. Egyesek tapasztalatai alapján a munkáltatók által az egészségkárosodott testről alkotott preconcepciók hozzájárulnak hátrányos helyzetbe az érintetteket, nem saját testi képességeik: „*az előítéletek miatt volt olyan is, hogy tudtam, hogy azt a munkát el tudnám végezni, és nem alkalmaztak*” (egészségkárosodással élő interjúpartner 27).

A munkahelyeknek, a munkavégzés tereinek számos eleme akadályként értékelhető, amelyek a sérült embereket (és segítőiket) különféle *válaszreakciókra* készítetik. Egyes megoldások ennek a környezetnek az átstrukturálására vonatkoznak, és az interjúpartnerek említettek is példákat ilyen megoldásokra.

„... azonnal megkérdezte, hogy mit szólok az épülethez, hogy van akadálymentesítve, kaptam-e parkolót kint. A főszerkesztőm azonnal elintézte nekem, hogy parkolóm legyen kint ott, ahonnan be tudok jönni. Tehát így tényleg egy olyan nyitottságot tapasztaltam, amit amúgy nem” (egészségkárosodással élő interjúpartner 52).

A hasonló tevékenységek önmagukban nem feltétlenül változtatják meg a termelés kapitalizmusban rögzült rendszerét, és nem szüntetik meg a sérült emberek kollektív alávetettségét. Az egyén számára azonban pozitív eredménnyel járhatnak: segítenek visszanyerni a munkahelyi környezet feletti kontrollt, vagyis megszüntetik a fogyatékosra tévő jelleget, képessé teszik az egyént az adott viszonyok közötti munkavégzésre, így javítják az illető életminőségét.

Mások a környezet átalakítása helyett inkább az épségnormatív elvárásokhoz közelítenek. Ez a magatartás különösen akkor lehetséges, ha az egészségkárosodás nem látható a külső szemlélő számára.

„Nagyon jó helyem volt végül is, de ott is már utóbbi időben már nagyon rosszul láttam, és nagyítót használtam. Itt is van nálam egy kézi nagyító, de otthon van vagy hét, tehát különböző nagyítási fokú meg nagyobb területű. Ott utána úgy volt már, amikor jött a rendszerváltás, hogy elég sok embert küldtek el egymás után, és nagyon sokszor úgy kellett a munkámat megcsinálni, hogy én ott maradtam munkaidő után, és nem tudtam megcsinálni időben, mert nagyítóval dolgoztam, az lassította a munkát. És ha valamit odaadtak, már a végén olyan volt, hogy odaadtak egy levelet, hogy olvassam el. Mondtam, – főnöknek – hogy elviszem a helyemre, és majd ott elolvasom. 'Olvasd el itt! Miért nem olvasod el?' Mondom – nem akartam azt mondani, hogy nem látom” (egészségkárosodással élő interjúpartner 29).

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. Először is, mivel a foglalkozás az egyik legfontosabb egzisztenciaképző tényező, megszűnése az egyének számára, az esetleges kirekesztődés a munkavégzés tereiből törést okozhat a korábbi, munkahelyhez köthető identitásban, és a társadalmi kitaszítottság érzetét keltheti. Másodszer, egyesek saját egészségi

állapotuknak tulajdonítják a munkavégzésre való alkalmatlanságot, míg a környezet szerepét többnyire alulértékelik, ami alighanem a medikális modell már említett dominanciájának tudható be. A megkérdezettek ezért gyakran tesznek nyíltan különbséget fogyatékos és nem-fogyatékos (illetve egészséges és nem-egészséges) állapot között.

Ezzel kapcsolatban két téma merült fel gyakran. Egyrészt, a munkavégzésből kirekesztődött interjúpartnereknek az a meggyőződése, hogy egészségkárosodottként számos olyan tevékenység elvégzésére képtelenek, amelyeket egészséges embertársaik el tudnak végezni. Másrészt, Magyarország és különösen Békés megye kedvezőtlen gazdasági adottságai miatt többen úgy érzik, „még az egészséges embereknek is nehéz” elhelyezkedni a nyílt munkaerőpiacon. Kritikai földrajzi szemlélettel interpretálva a tapasztaltakat tehát feltételezhető, hogy a fizetett munka tereiből való kirekesztődés, az emberi testről és képességeiről való épségnormatív elképzelések, valamint a globális és lokális társadalmi-gazdasági viszonyok (pl. világgazdasági recesszió, hátrányos helyzetű kis települések problémái) meghatározók az egyéni identitás szempontjából.

A fizetett munkavégzéssel kapcsolatban ugyanakkor pozitív képek is kialakulhatnak, mind az egyén önértékelését, mind a munkahelyet illetően. Interjúpartnereim 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 mozgássérültek ezt mondják. Vagy bármilyen fogyatékos, hogy azért, mert nincsen számára megfelelő hely. Van” (egészségkárosodással élő interjúpartner 52).

4.3.2.2. Védett foglalkoztatás

Az elsődleges munkaerőpiacon való marginalizálódást a sérült emberek egy csoportja számára ellensúlyozhatja, ha sikerül a *védett* (vagy szociális) *foglalkoztatás* szférájában elhelyezkedni. Az elmúlt években végzett kutatások alapján a szociális foglalkoztatás és annak háttérében meghúzódó hatalmi viszonyok geográfiai szempontú vizsgálata jelentősen hozzájárulhat a fogyatékos és az épségnormativitás társadalmi képződésének megértéséhez (pl. FABULA SZ. 2011, 2012; TIMÁR, J. – FABULA, SZ. 2013).

A mindenkor magyarországi központi kormányzat törekvései 1983³⁶ óta arra irányultak, hogy a fogyatékos (pontosabban: megváltozott munkaképességű³⁷)

³⁶ A 8/1983. (VI. 29.) EüM-PM együttes rendelet kihirdetésétől kezdve a munkáltatók számára lehetővé vált, hogy megváltozott munkaképességű dolgozójuk foglalkoztatáshoz központi kormányzati forrásból pénzügyi támogatást igényeljenek, amely lépés a gazdasági szereplőket volt hivatott ösztönözni a sérült emberek rehabilitációjában és munkaerő-piaci (re)integrációjában.

³⁷ A magyar jogszabályok a foglalkoztatás lehetőségét a megváltozott munkaképességűeknek garantálják, és ezen a csoporton belül megkülönböztetik a fogyatékosokkal élők mellett az egészségkárosodott embereket is. Megfigyelhető, hogy a munkáltatók gyakran az utóbbiakat részesítik előnyben, mivel kevésbé súlyos állapotuk miatt az ő foglalkoztatásuk kisebb mértékű alkalmazkodást igényel az érintett

személyeknek a nyílt munkaerőpiacon érdekelt vállalatok, illetve úgynevezett célvállalatok (KOGON M. 1991) keretein belüli foglalkoztatását elősegítsék. Az említett cél érdekében az egymást váltó kormányok a központi költségvetés egy jelentős részét fordították a szociális foglalkoztatás finanszírozására. Ez a forrásallokáció a foglalkoztató szervezetek számára számottevő (pénzügyi) haszonnal kecsegtetett, sőt, a jogi szabályozás elégtelenségei miatt visszaélésekre is lehetőséget adott.

„Igen, ha nagyon őszinték akarunk lenni, azért nagyon sok magánember gondolkodásában, szándékában a fogyatékosügy előbb-utóbb biznisz lett. Tehát ebben pénzt láttak, és effektíve az ilyen típusú cégek megjelenése és a korábbi védett szervezeteknek egyfajta felhígulása és az a rengeteg probléma, ami jelentkezett, szerintem az kényszerítette rá az akkori [2006-2010] kormányzatot, hogy próbáljon valamit tenni és egy másfajta finanszírozás mellett, új szigorított eljárás mellett átfésülni a cégeket” (szakértő interjúpartner 5).

2006-tól³⁸ a jogszabályi környezet lehetővé tette a települési önkormányzatok által működtetett szociális intézményeken belüli foglalkoztatást. Bár ez a lehetőség valamennyi települési önkormányzat számára nyitva állt, a foglalkoztatásban mégis jelentős területi egyenlőtlenségek jelentkeztek, és főleg Békés megye rendelkezett kiugró értékekkel (28. táblázat). A központi kormányzat viszont 2009-ben a támogatások összegének csökkentése és a szociális foglalkoztatáshoz szükséges engedélyeztetési eljárás megváltoztatása (pályázati rendszer bevezetése) mellett döntött. Ennek eredményeként foglalkoztatók bezárására és dolgozók elbocsátására is sor került, különösen érzékenyen érintve több Békés megyei települést. Az intézkedések ellen, főként helyi (párt)politikai szereplők vezetésével ellenállás bontakozott ki, és az ehhez kapcsolódó események elemzése a földrajzi aspektus fontosságára hívja fel a figyelmet.

28. táblázat: A szociális foglalkoztatást végző intézmények, a szociális foglalkoztatásra kiadott engedélyek és a szociális foglalkoztatottak száma néhány megye és régió viszonylatában (2009)³⁹

Területi egység	Intézmények száma	Engedélyek száma	Foglalkoztatottak száma
Megye			
Bács-Kiskun	11	25	658
Békés	36	92	2518
Csongrád	7	12	369
Régió			
Dél-Alföld	54	129	3545
Dél-Dunántúl	35	68	1683
Nyugat-Dunántúl	7	68	1432
Észak-Alföld	52	94	2117

Forrás: DÉL-ALFÖLDI REGIONÁLIS ÁLLAMIGAZGATÁSI HIVATAL SZOCIÁLIS ÉS GYÁMHIVATALA (é.n.)

vállalatok részéről. A fogyatékossgal élők elhelyezkedését tehát a jogszabályok direkt módon nem támogatják, és ez erősíti a csoport tagjainak hátrányos helyzetét (KOZICZ Á. – OTTROK V. 2013).

³⁸ Lásd a 2005. évi CLXX. (a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosításáról szóló) törvényt.

³⁹ A 174/2009. (VIII. 29.) kormányrendelet elfogadása előtti állapot.

Lényeges ugyanis, hogy a tiltakozás ebben a társadalmi térben milyen, különböző léptékű folyamatok kölcsönhatásának eredménye, és milyen hely-specifikus jellemzőkkel bír. A *globális* léptékhez kötődően felmerült a 2008-ban bekövetkezett világgazdasági recesszió hatása, például a válság nyomán a szupranacionális és országos szereplők körében előtérbe kerülő pénzügyi megszorító intézkedések szerepe⁴⁰. *Országosan* lényeges a szociális foglalkoztatást szabályozó szakpolitikák 2009-re kialakult liberális jellege és forrásallokációja, illetve a központi kormányzat 2009-ben bevezetett költségvetési szigorításai és új szabályozó mechanizmusai. Szintén megemlítené a megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató vállalkozások tevékenysége, amely bizonyos vállalatok esetén túlmutatott a lokális, települési kereteken (pl. a telephelyek és a termékek értékesítési helyeinek eloszlását vagy a jelentős központi támogatások felhasználását tekintve).

Lokálisan több tényező is szerepet játszott, így például Békés megye Magyarország más térségeihez viszonyítva kedvezőtlen gazdasági helyzete és a Békés megyei önkormányzatoknak az a gyakorlata, amely szerint a szociális foglalkoztatás intézményét a helyi szociális-társadalmi feszültségek enyhítésére használták fel. Ezen kívül érdemes megemlíteni a speciális települési és településközi politikai és szakmai viszonyokat, kapcsolatokat. Egyrészt ugyanis egyes interjúpartnerek szerint ezek a kapcsolatok hozzájárultak ahhoz, hogy a szociális foglalkoztatás mint munkanélküliség-csökkentő módszer viszonylag gyorsan elterjedt a Békés megyei települések egy bizonyos körében. Másrészt, a 2006. évi önkormányzati választások eredményeként a Békés megyei települések többségében az akkori legtöbb országgyűlési mandátummal rendelkező ellenzéki párt (Fidesz) tagjai kerültek kulcspozíciókba, ami kiélezte az ellentéteket a központi kormányzat és a települések, valamint a kormányoldali és ellenzéki vezetésű települések között⁴¹.

A *háztartások és egyének* léptékein fontos a gazdasági elmaradottság lokális megélése, illetve a rokkant státusznak egyfajta túlélési stratégiaként történő alkalmazása. A nyílt munkaerőpiacon hátrányos helyzetbe került, és többnyire valóban egészségi problémákkal küzdő emberek egy csoportjának ez nemcsak az esetleges inaktív keresői jövedelmek, hanem a szociális foglalkoztatásban való részvételi jogosultság megszerzése miatt is megoldást kínálhatott, és erre az interjúpartnerek közül többen saját példájukat említették. A szociális foglalkoztatók és a megélhetés veszélyeztetettsége emellett sajátos kollektívidentitás-képző tényezőkké is váltak, amelyek elősegítették a tiltakozóakció kibontakozását.

⁴⁰ Bár az akkori magyar kormány retorikájában megjelent a válságra való hivatkozás, az interjúpartnerek közül nem mindenki látott direkt kapcsolatot a támogatáscsökkentés és a válság között. Többen inkább a költségvetés állapotában látták a fő problémát, megint mások pedig a kormány ellenzéki vezetésű településekkel szembeni attitűdjében.

⁴¹ Különösen Battonya akkori kormánypárti vezetése és Békés megye déli részének Fidesz-párti települései viszonylatában. A főszervező ellenzéki politikusok részéről például jelentős diszkurzív elem volt Battonya akkori kormánypárti polgármestere (és országgyűlési képviselője) felelősségének hangsúlyozása. Megjegyzendő, hogy az említett szocialista polgármester nem a szociális foglalkoztatást ítélte el, csupán annak a véleményének adott hangot, hogy azt egyes önkormányzatok „*kiskapunak*” használták, hogy „*kiegészítsék normatívájukat*”, és ezzel tulajdonképpen „*lejáratták ennek az egésznek a lényegét*”.

A tiltakozás mindazonáltal lokális maradt, és ebben nagy szerepe volt a (párt)politikai hatalmi viszonyoknak. Az interjúpartnerek közül többen (főként Békés megye északi részén és más megyékben élők) eleve semmilyen vagy csak kevés információval rendelkeztek a megmozdulásról. Mások szerint a tiltakozás teljes egészében a pártpolitikai küzdelmek részét képezte, és egyes szervező politikusok a mozgósításkor visszaéltek pozíciójukkal (nyomást gyakoroltak azokra, akik eredetileg nem kívántak részt venni). A sérült embereket támogató civil szervezetek között pedig volt olyan, amely éppen a pártpolitikai befolyás miatt maradt távol⁴². Bár történtek kísérletek a megmozdulás országos léptékre emelésére (pl. a köztársasági elnöknek címzett segítségkérő-levéllel), 2010 tavaszára az ellenállás lényegében megszűnt⁴³. Ezeket a körülményeket figyelembe véve feltételezhető, hogy a sérült emberek érdekében szervezett, és részvételükkel zajlott ellenállás inkább erősítette, semmint gyengítette a társadalmi tér elnyomó, épségnormatív jellegét (lásd bővebben: TIMÁR, J. – FABULA, SZ. 2013).

A különböző léptékű folyamatok mellett vizsgáltam a *szociális foglalkoztató egységek* jellemzőit is. A nyílt munkaerőpiaccal 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 interjúpartnereim 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.

Ezzel a megállapítással azonban nem minden megkérdozett értett egyet. Többen arról számoltak be, hogy az adott szociális munkahelyen a termelés jellege hasonló a nyílt munkaerőpiac profitorientált vállalatainál jellemzőhöz. Az ilyen kritikák egybecsengenek a védett foglalkoztatást más kontextusban ért bírálatokkal, amelyek szerint a foglalkoztatók működésére az eredeti, rehabilitációs cél helyett számos esetben a kizsákmányolás lett a jellemző (BARNES, C. 1992; GLEESON, B. J. 1998; QUINN, G. et al. 2002). Továbbá, érdemes figyelembe venni, hogy a védett foglalkoztatás keretében többnyire alacsony végzettséget igénylő, könnyű fizikai munkát végeznek az érintettek, és egyes interjúpartnereim 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 (FABULA, SZ. 2012).

Az interjúpartnerek közül mindazonáltal többen úgy vélték, hogy a szociális foglalkoztatók és az ott végzett munka jelentős pozitív hatásokkal bírnak. Ezek közül a

⁴² A Battonya környékére szervezett tüntetésről egyesek a „rossz időjárás” miatt maradtak távol (a tiltakozás főként december hónapban zajlott). Az időjárás emellett a résztvevők egy részének is komoly problémákat okozott, egészségi állapotuk miatt. A tüntetés helyszíne tehát nem volt akadálymentes, ami pedig alapvető fontosságú lenne egy, a sérült emberek érdekében rendezett megmozdulás esetén.

⁴³ Bár a 2010. évi országgyűlési választásokat 2/3-os többséggel nyerte meg a Fidesz, amelynek tagságából került ki az ellenállás néhány főszervezője, a megmozdulásnak nem volt folytatása; sőt, az utóbbi években inkább a rokkantossági követelményrendszer szigorodásának lehetünk tanúi. A tiltakozások eredményeiről megoszlanak az interjúpartnerek véleményei: egyesek szerint hozzájárultak a munkahelyek egy részének megmentéséhez, mások szerint nem volt érzékelhető hatásuk.

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 G. 2010; FABULA SZ. 2012). Ezeknek sajátos geográfiai vonzatai is vannak, ami a különböző terek, helyek és léptékek egymáshoz való viszonyát illeti. A jövedelem révén például a munkavégzés hatással van a háztartásra, mivel nagyobb kontrollt biztosíthat 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 – saját elmondásuk szerint – többeknek is számottevően javult a kedélyállapota, és csökkent a depresszióra való hajlama. Ezek a hatások pedig befolyásolják az egyének önmagukhoz, a sérült emberek csoportjához és a munkahelyhez fűzött jelentéseket.

A vizsgálatom során felkeresett szociális foglalkoztatók több szempontból is *sajátos jelentéstartalmú* csomópontoknak, *helyeknek* tekinthetők (FABULA SZ. 2012). Az elbeszélések egy részében megállapítható a „terápiás hely” (GESLER, W. M. 1992, 2005, 2009 nyomán) mint diskurzuselem jelenléte, mivel egyes interjúpartnerek állapotjavulásukban nagy szerepet tulajdonítanak a foglalkoztatók lokális jellemzőinek⁴⁴ (hasonló tapasztalatokról számolnak be pl. PHILO, C. et al. 2005; BUTCHER, S. – WILTON, R. D. 2008). Ezen kívül a szociális foglalkoztatásban való részvétel többeknél egy kollektív, „egészségkárosodott” identitás kifejlődését is elősegítette.

4.3.3. Intézményi terek

GLEESON, B. J. (1999a) modellje szerint az intézmény a fogyatékoság társadalmi terének elsődleges *centripetális* csomópontja. Történelmi-materialista megközelítésben ennek legfőbb oka, hogy a feudalista termelési módból a kapitalistába való átmenet magával hozta a sérült emberek nyílt munkaerőpiacról való tömeges kirekesztődését és elhelyezésüket nagy befogadó képességű, zárt intézetekben. A 20. század második felében a nyugati társadalmakban zajló deinstitutionalizáció és a polgárjogi mozgalmak (pl. önálló életvitel mozgalom) hatására még a súlyosan egészségkárosodottnak minősített személyek jelentős része is kikerült a zárt intézetekből, és a gondozás színtere egyre inkább a helyi közösségekbe tevődött át. Az intézmények nagy része szintén átalakult; kisebb befogadóképességű, modernbb épületek jelentek meg. A szférát emellett kettősség is jellemzi. Egyes kutatók szerint ugyanis az intézmény szimbolikus jelentősége sokkal nagyobb volt, mint az egészségkárosodott emberek csoportjára gyakorolt valódi hatás, hiszen például utóbbiak közül sokan elkerülték az elzárást (HALL, E. – KEARNS, R. 2001), amint azt GLEESON, B. J. (1999a) is megjegyzi. Továbbá – miként dolgozatom elméleti részében is látható – a deinstitutionalizáció számos esetben nem szünteti meg a kirekesztődést; ellenkezőleg: további szegregációhoz vezet. Mindemellett, bár a fejlett országok többségében a jelenlegi trend szerint a közösségi gondozás és integráció kerültek előtérbe, egyes felmérések szerint a zárt intézetek továbbra is jelentős súllyal bírnak az ellátásban (MANSELL, J. et al. 2007).

⁴⁴ Ilyenek lehetnek például az ott végzett tevékenységek vagy a munkahelyi kollektíva.

Magyarországon a sérült emberek (elsősorban pszichiátriai betegek) számára létrehozott intézmények némiképp eltérő fejlődési utat jártak be a 20. század folyamán. Egyes kutatások szerint itt eleinte kevesebb zárt intézmény épült, és már a 19. század közepétől létrejött a közösségi ellátás bizonyos formája, azonban az államszocializmus évtizedében létrehozott pszichiátriai szociális otthonok nagymértékű térbeli elkülönítést eredményeztek (HARANGOZÓ J. et al. 2001). A rendszerváltozás után az egészségügyi és szociálpolitikai diskurzusban ugyan előtérbe kerültek a közösségi ellátási formák, de a sérült emberek egyes csoportjai esetében még a közelmúltban is igen gyakori volt a zárt intézetekben való elhelyezés. Ez főként a pszichiátriai betegekre igaz, akik közül a zárt intézetekben lakók aránya az 1990-es évek kezdetétől alig változott (BÁNYAI B. – LÉGMÁN A. 2009; BUGARSZKI Zs. 2011). Dolgozatomban azonban az intézményt nem kizárólag a zárt egészségügyi intézetekkel azonosítom.

A tágabban értelmezett intézményi szférába sorolom a súlyosan egészségkárosodott emberek kezelését végző zárt egységek mellett általában az egészségügyi és szociális ellátás tereit is. Ezek együtt egy olyan komplex társadalmi teret képeznek, amelynek kulcsszereplői az egészségkárosodások minősítése, kategorizálása révén közrejátszanak a fogyatékosok társadalmi konstrukciójában. Ez a tér meghatározott (ugyanakkor dinamikus) térbeli struktúrával – az intézmények makroszintű eloszlásától a mikro-terek elrendezéséig – és sajátos hatalmi viszonyokkal rendelkezik. Továbbá, túlmutat a szűkebben értelmezett intézményrendszer korlátain, mivel hatással van olyan tényezőkre, mint a sérült emberek materiális életkörülményei (pl. szociális juttatások odaítélése) és önértékelése (hasonló megközelítésért lásd pl. MANION, T. – FLOWERDEW, R. in PHILO, C. – PARR, H. 2000).

Az intézményi terek Magyarországon is fontos szerepet töltenek be az egészségkárosodott emberek életében, ami összhangban van GLEESON, B. J. (1999a) fentebb hivatkozott állításával. Az interjúk során felmerülő egyik gyakori téma ugyanis 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 műtétem. 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, és akkor szteroidokat, meg különböző gyulladáscsökkentőket, meg most már van injekció” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31).

Az intézményi terekkel szemben – amennyiben azokkal valóban a fogyatékos emberek jól-létét kívánják szolgálni – alapvető elvárás, hogy *fizikai és társadalmi struktúrájuk* ne hozza hátrányos helyzetbe az egészségkárosodással élőket. Ennek ellenére az akadályok mind a mai napig problémát okoznak ebben a szférában – bár erre vonatkozóan viszonylag kevés adat áll rendelkezésre (HAHN, H. 2003). 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.

„Vagy itt volt a nőgyógyászati vizsgálataim. Hát, olyan pici vagyok, hogy nekem az a nőgyógyászati szék az akkora nagy, olyan nehezen tudok elhelyezkedni, hogy az nem kifejezés. Tehát a termetem miatt is, a látásom miatt is, és hát elvértve akad ott a nővér vagy az orvos, hogy segítene. De vizsgálni, azt már csak így sitty-sutty, valamelyik már csak úgy rohanna. Úgy kell kérni, hogy hát, 'doktor úr, tessék már egy kis türelmesen lenni, hát látja, hogy milyen nehezen'. Mert azért eleve látnak egy ilyen tizennégy dioptriás szemüveget, csak gondolhatták, hogy azért az az ember... Ugye ott föl kell lépkedni, billeg az ember, alig bír. Na, most ha még nem is látja teljesen, hát most nem azért, de... Úgyhogy nehéz, nehéz dolgok” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

Mivel az említett orvosi eszköz kialakítása nem felel meg az idézett interjúpartner testi adottságainak, annak használata jelentős nehézséget okoz az érintett számára. Mindezt bevallása szerint súlyosbítja a segítő szándék hiánya a személyzet részéről, még a jól látható testi differencia (kis testméret, magas dioptriaszámú szemüveg) ellenére is.

A fizikai kialakításon túl az intézményi tér *társadalmi struktúrájára* többnyire a hierarchikus rend és az egyenlőtlen hatalmi viszonyok jellemzők (lásd pl. CROOKS, V. A. 2006; CROOKS, V. A. – CHOUINARD, V. 2006; CROOKS, V. A. et al. 2008). Ebben a helyzetben rendszerint az egészségügyi szakember a domináns, hatalmat birtokló és gyakorló, míg az egészségügyi ellátást/szolgáltatást igénybe vevő az alárendelt személy. Az interjúpartnerek több ízben is említettek olyan szituációkat, amelyekben az egészségügyi szakemberek – amellet, hogy nem ismerhették őket személyesen – nem kezelték őket egyenlő félként⁴⁵. 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).

Ezekben a helyzetekben valószínűleg nem önmagában a hatalmi egyenlőtlenség jelenti a problémát, hanem az a mód, ahogyan a páciensek ezt megélik. Több interjúpartner megjegyzéseiből is arra következtethetünk, hogy az ilyen tapasztalatok hátráltatják az egészségkárosodással kapcsolatban egy pozitív identitás kifejlődését, és így tulajdonképpen fogyatékoságot idéznek elő.

A hatalmi viszonyok azonban igen diffúzak, és bizonyos feltételek mellett gyorsan változhatnak (lásd pl. CROOKS, V. A. 2006; CROOKS, V. A. – CHOUINARD, V. 2006). A változás egyfajta kiegyenlítődést hozhat, sőt, a páciensek bizonyos esetekben domináns pozícióba is kerülhetnek az orvos-beteg interakciók során. Ilyen változások eléréséhez az eredetileg alárendelt helyzetben lévő személyek különböző erőforrásokat alkalmaznak: pénzügyi eszközöket felhasználva, vagy a saját állapotukról és a lehetséges kezelési módokról szerzett tudás segítségével érik el, hogy a kezelésekből a

⁴⁵ Az egészségügy tereire jellemző hatalmi viszonyok azonban általában nem csak a fogyatékos emberek számára egyenlőtlenek.

hierarchikus döntéshozatal helyett a kooperáció kerüljön előtérbe. Ugyanakkor az interjúk során a társadalmi kapcsolatok mint erőforrások szerepére is akadt példa.

„Akkor az apukám, aki nagyon ellenzi ezt az újságírás témát mai napig, egyszer csak hallottam, hogy így a dokinak mondta, hogy hát igen, egyébként az [interjúpartner neve] újságíróként dolgozik, és egyedül lakik itt meg itt. És utána hirtelen változott a hozzáállás, és megkérdeztem tőle, hogy mi volt, mert ő ezzel nem szokott hencegni. És akkor mondta, hogy azért mondta el, mert annyira lekezeltek, úgy kezeltek, mint egy ilyen ápolásra szoruló embert, hogy ő ezzel így, tehát akarta éreztetni, hogy nem, tehát hogy ez nem arról szól, hogy rá lehet legyinteni. Hogy én nem egy ilyen felesleges tagja vagyok a társadalomnak tulajdonképpen” (egészségkárosodással élő interjúpartner 52).

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.

„... egy évben kétszer megyek kórházba. Gyulára szoktam menni a szanatóriumba. Ott van légzés-rehabilitációs osztály, és ősszel, úgy késő ősszel, meg úgy a tél vége fele. Akkor (jobb) egy kicsit, a fél évre. Az egy három hetes kúra, és az sokat jelent” (egészségkárosodással élő interjúpartner 40).

Ez nemcsak az érintettek aktivitásának tér- és időbeli mintázatában idéz elő változásokat, hanem jelentős hatással lehet a materiális életkörülményeikre is. Ilyen hatás például a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök fokozott használata (amely gyakran jelent meg az interjúkban), vagy a megnövekedett mobilitási igény, amely szükségessé teheti bizonyos erőforrások mozgósítását.

„Tehát akárhová megyek, az maximum bicikli, vagyis minimum bicikli, de általában a férjem el szokott vinni, hogy ha úgy ő is éppen ráér, hogy orvoshoz kell menni” (egészségkárosodással élő interjúpartner 11).

Az intézmény nem csupán azért kulcsfontosságú csomópont a fogyatékoság társadalmi terében, 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, V. A. – CHOUINARD, V. 2006; CROOKS, V. A. 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. Az egészségügy tereiben végbemenő kategorizálás például befolyással van az érintettek önértékelésére (ezért is tartottam fontosnak a fogyatékoság fogalmának tisztázásánál ezt a tényezőt is figyelembe venni; lásd 2.2.2. alfejezet).

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

A kategorizálás ugyancsak számottevően befolyásolja az érintettek materiális életkörülményeit. Az interjúpartnerek közül többen említették, mennyire fontos számukra, hogy egészségkárosodásukat hivatalosan is elismerjék, és ezzel bizonyos külön-jogosultságokra tegyenek szert (pénzbeli és egyéb juttatások, mint pl. a közlekedési vagy segédeszköz-támogatás; jog a szociális foglalkoztatásban való részvételre; stb.).

A hasonló, életminőséget befolyásoló folyamatok azonban nem csupán az emberi test léptékén értelmezhetők, hanem akár globálisan is. Ezt jól példázzák a magyarországi intézményi szféra 1990-es évek eleji folyamatai. Akkoriban ugyanis a piacgazdasági átmenet miatt megnövekedett munkanélküliségre adott „válaszként” számottevően emelkedett az inaktív keresők száma és aránya. Általánosan elfogadott nézet, hogy az inaktív, például rokkantnyugdíjas státusz megszerzése („leszázalékolás, rokkantositás”) egyfajta túlélési stratégiaként szolgált a nyílt munkaerőpiacon marginalizálódó rétegek számára (TAUSZ, K. – LAKATOS, M. 2004). Egyes interjúpartnerek személyes tapasztalatokkal is rendelkeznek ezzel kapcsolatosan.

„De utána meg, hogy nem volt munka, akkor beadtam a leszázalékolást. Tehát ha lett volna munkahelyem, nem foglalkoztam volna a leszázalékolással. De hát rákényszerítették az embert, hogy valami jövedelmet a három gyerek mellé kellett szerezni, mert akkor vitték volna, az állam viszi a gyerekeket, ha nincs munkahely. Tehát jövedelemnek kellett, hogy jöjjön. Addig nem foglalkoztam vele, meg megoldottam a bejárást” (egészségkárosodással élő interjúpartner 24).

Több interjúpartner is arra hívta fel a figyelmet, hogy ennek a gyakorlatnak a kialakulásában nemcsak az egészségkárosodott, munkahelyét veszített népességnek volt jelentős szerepe, hanem az egészségügyi szféra kulcsszereplőinek is.

„Akkor bejött a baleset. Na, akkor utána az orvos, háziorvosom javaslatára elindítottam. Én, saját magam azt is, hogy na, akkor megpróbáljuk. Mondom, veszíteni nem veszítek vele. Megpróbáltam. Hát nem akartam én nyugdíjas lenni, úgyhogy... vagyis nem így akartam nyugdíjas lenni, de voltaképp nem a balesetből kifolyólag vagyok leszázalékolva, nem kimondottan abból. Úgyhogy nekem más, nem csak az a tényező volt. Csak ugye az is jött, akkor ugye nem láttam már aztán más kiutat” (egészségkárosodással élő interjúpartner 7).

A fent leírtak nem tekinthetők egyedülállónak az interjúpartnerek körében. A megkérdezettek ugyanis még a 2000-es évek folyamán is tapasztaltak olyan hozzáállást egészségügyi szakemberek és munkáltatók részéről, amellyel a sérült embereket az inaktív státusz megszerzésére ösztönözték. Emellett egyesek szerint az általuk korábban végzett fizikai munkák is előidézhettek bizonyos fajta egészségkárosodást, mint az ízületi betegségek vagy az asztma (a jelenségről lásd pl. PETRÁS E. 2006). Mindezek alapján egy olyan társadalmi tér képe rajzolódik ki, amelyben a különböző struktúrák és intézmények működése az egészségkárosodás és fogyatékoság kialakulásának bizonyos tipikus mintázatait eredményezik, amely folyamat hasonlít a brit marxisták

által leírt fogyatékoság-termelésre⁴⁶ (illetve ABBERLEY, P. [1987] nyomán az egészségkárosodás termelésére).

Érdemes megjegyezni, hogy a jelenlegi magyar központi kormányzatnak a fogyatékosügy terén végzett talán legszembetűnőbb és legtöbb vitát kiváltó tevékenysége a segélyezési politika reformja. A változtatásokban alighanem fontos szerepet játszott a 2008-ban kezdődött világgazdasági recesszió és a jóléti kiadások túlságosan terebélyesnek ítélt rendszere. Előtérbe került a korábban megváltozott munkaképességűnek nyilvánított emberek minél nagyobb arányú munkaerő-piaci reintegrációja is. Emellett fontos retorikai elem volt a rokkantsági támogatásokkal kapcsolatos visszaéléseknek – amely probléma a mindennapi élet egyik közhelyévé vált – a támogatási rendszerből való kizárása.

„Mert ugye szeret a magyar állam most ilyenekre hivatkozni, hogy csalók vannak a rendszerben, amiről már hál’ istennek bebizonyosodott, és már a Nemzeti Rehabilitációs Hatóság főigazgatója is nyilvánosan nyilatkozott, hogy nem találtak csalókat a rendszerben. ... Nem találtak csalókat a rendszerben. Olyanokat találtak, aki a szigorított feltételek mellett ellátásra nem jogosult. Ami nem véletlen, mert úgy állapították meg a szigorított feltételeket, hogy minél kevesebben legyenek jogosultak ellátásra. ... Hát ez tipikusan politika. Ha valamit vissza akarok vonni, és a közhangulattal el akarom fogadtatni, akkor azt kell mondani, hogy csalnak, és a csalások visszaszorítása miatt kell szigorításokat bevezetni. Hát ez teljesen politikai PR. Ez így működik. Ha Önnek azt mondják, hogy a megváltozott munkaképességű emberek ellátását csökkenteni akarom és az állami kiadásokat, ezzel nem tud azonosulni. De nincs olyan ember, aki azzal nem tud azonosulni, hogy a csalókat szűrjék ki a rendszerből. Hát, épeszű ember erre nem mondhatja azt, hogy de ne szűrjék ki a csalókat a rendszerből” (szakértő interjúpartner 23).

Ezek a változtatások jelentős hatással voltak az egészségkárosodott emberekre, főként azokra, akiknek a megélhetése a támogatás nélkül veszélybe kerül, így az interjúpartnerek egy részére is. Egyrészt, a felülvizsgálat eredményétől függően kikerülhettek a kedvezményezettek közül (a megkérdezettek körében ez meg is történt), ami anyagi lehetőségeik további szűkülését vonhatta maga után⁴⁷. Másrészt, a sajtó számos esetben számolt be indokolatlanul szigorú felülvizsgálati eljárásról, sőt, megalázó bánásmódról.

„... az is egy nagyon megalázó szitu volt, amikor azt mondta nekem, hogy álljak föl, és mutassam be, hogy tényleg nem tudok járni. Szóval azért ez is elhangzott azért, mert nekem van két mankóm, és valóban föl tudok állni időnként egy lábra. És akkor na jó, elhitte, hogy nem tudok járni, akkor fölírta” (egészségkárosodással élő interjúpartner 52).

⁴⁶ Ezért is terjedhetett el Magyarországgal kapcsolatban a „rokkantország” elnevezés a hétköznapi és zurnalisztikai szóhasználatban.

⁴⁷ Lásd: 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról, amely lényegében megszüntette a rokkantsági nyugdíj intézményét, és helyette bevezette a rehabilitációs és a rokkantsági ellátást.

A felülvizsgálatok bevezetésével tehát nemcsak sajátos helyek képződtek („a bizottságok”), hanem megváltozott a fogyatékos társadalmi tere is. Ennek a térnek a folyamatai révén átértékelődik a sérült emberek materiális helyzete. Ugyanakkor jelentős az identitásukra kifejtett hatás is, hiszen a felülvizsgálatok miatt megkérdőjeleződhet egyesek sérült és/vagy fogyatékos állapota. Bár a kép korántsem tekinthető teljesnek, a jövőbeli kutatásoknak érdemes lenne nagyobb figyelmet fordítani annak a vizsgálatára, hogy a magyarországi társadalmi tér milyen jellemzőkkel bír és bírt az elmúlt korszakokban a fogyatékos termelését illetően.

4.3.4. Közterek és kvázi-közterek

GLEESON, B. J. (1999a) modelljében *utcának* (street) nevezi a közterek szféráját, amely a korabeli források alapján a kapitalista termelési mód kialakulásával igen frekvenciát vált az egészségkárosodott emberek életében. Ez a fejlemény egyaránt lehetett a kirekesztés 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 (lásd a 3.2. fejezetben áttekintett vizsgálatok közterekre vonatkozó részeit).

Magyarországon a sérült emberek (a súlyosan sérült személyek is) a rendszerváltozás után egyre gyakoribb szereplőivé váltak a köztereken folyó társadalmi életnek. Ennek ellenére egyes források még a közelmúltban is a közterek kirekesztő jellegének egyes aspektusairól számoltak be (pl. TARDOS K. 1991; KOVÁTS A. – TAUSZ K. 1997; ORSZÁGOS FOGYATÉKOSÜGYI PROGRAM 2006). A mindenkori központi politikai vezetésnek a közterek befogadóbbá tételére irányuló törekvései – a hátrányos megkülönböztetés általános tilalma mellett – leginkább az *akadálymentesítés és hozzáférhetőség* kérdéskörét érintő jogszabályokban érhetők tetten. A szocialista éra utáni első Alkotmány, majd a 2011-ben elfogadott Alaptörvény is rendelkezik a mozgás és a tartózkodási hely megválasztásának szabadságáról a törvényesen Magyarországon tartózkodó személyek részére. Ezt interpretálhatjuk egyfajta akadálymentesítési törekvésként is, hiszen mind a korábbi Alkotmány, mind az Alaptörvény különböző társadalmi dimenziók – így fogyatékoság – szerinti különbségtétel nélkül garantálja az alapvető jogok érvényesítésének lehetőségét az egyének számára⁴⁸.

Az első jogszabályokat, amelyek kimondottan akadálymentesítési célkitűzéseket fogalmaztak meg, az 1990-es évek második felében fogadták el. Az épített környezetről szóló törvény⁴⁹ általános célokat tűzött ki (pl. mindenki számára hozzáférhető épített környezet), de kiemelte a „közhatalmat épületek” csoportját⁵⁰. Még ugyanabban az

⁴⁸ Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.).

⁴⁹ Megjegyzendő, hogy a súlyosan mozgáskorlátozott személyek egyéni mobilitásának növelése érdekében már korábban is hoztak jogszabályt: 164/1995. (XII. 27.) kormányrendelet a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről (módosítva a 102/2011. (VI. 29.) Kormányrendelet keretében), amely céljánál fogva közterekből való kirekesztődés veszélyét hivatott csökkenteni.

⁵⁰ 1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről.

évben fogadta el az Országgyűlés az OTÉK-ról szóló kormányrendeletet⁵¹, amely szintén a közhasználatú építmények körében rendelkezett az akadálymentességről, és specifikus akadálymentesítési elemeket is tartalmazott a komplexitás jegyében (pl. személyszállító felvonók, tájékozódást segítő akusztikus, vizuális és tapintható jelzések). Emellett az OTÉK külön segédletben határozta meg az akadálymentesítés során követendő építési, méretbeli standardokat, főként mozgáskorlátozott személyek szükségleteire tekintettel (pl. kerekesszékes emberekére; de a gyermekkocsikkal történő közlekedés lehetőségeiről is említést tesz).

A fogyatékosügyi törvényben⁵² az akadálymentesség már nem csupán a(z épített) környezet egyik aspektusa, hanem az „*akadálymentes, továbbá érzékelhető és biztonságos épített környezethez*” való jog a fogyatékos személyeket megillető alapvető jogok egyike. A törvény szerint az annak kihirdetésekor már meglévő középületek akadálymentesítését fokozatosan, de legkésőbb 2005. január 1-ig kellett elvégezni, bár a 2007. évi XXIII. törvényben már új határidőt szabtak meg (az állam által fenntartott közintézmények esetében 2010. december 31.).

Hasonló elveket fogalmaz meg a 2007–2013 közötti időszakra vonatkozó Országos Fogyatékosügyi Program⁵³, amely kiemeli a „*közlekedés, a közterületek és a közhasználatú épületek*” komplex akadálymentesítésének szükségességét. Az általános akadálymentesség mellett a két dokumentum külön említést tesz egyes speciális közterekről (pl. kultúrához, a sporthoz és a művelődéshez kapcsolódóan). Egyes jogszabályok pedig önmagukban is specifikusnak számítanak (pl. a postai szolgáltatások hozzáférhetőségéről szóló⁵⁴). A fenti rövid áttekintésből is látszik, hogy Magyarországon az 1990-es évek közepétől az egyes kormányzatok szakpolitikai célkitűzése volt egy, a sérült emberek számára is hozzáférhető társadalmi tér létrehozása, amely törekvés több szempontból érintette a köztereket⁵⁵. Mindazonáltal az *interjúpartnerek* tapasztalatai alapján a közterek fizikai jellege még így is számos tekintetben hagy kívánnivalót maga után.

A sérült emberek alávétettségének egyik legfontosabb előidézője ugyanis a köz- és kvázi-közterek *fizikai és társadalmi struktúrája* (lásd pl. HAHN, H. 1986; ZOLA, I. K. 1989; GILDERBLOOM, J. I. – ROSENTRAUB, M. S. 1990; BUTLER, R. – BOWLBY, S. 1997). A hozzáférhetőség érdekében hozott 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

⁵¹ 253/1997. (XII. 20.) kormányrendelet az országos településrendezési és építési követelményekről.

⁵² 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.

⁵³ Lásd még: 10/2006. (II. 16.) OGy. határozat az Új Fogyatékosügyi Programról.

⁵⁴ 14/2004. (IV. 24.) IHM rendelet a postai szolgáltatás minőségének a fogyasztók védelmével és a fogyatékos személyek postai szolgáltatásokhoz való hozzáféréseivel összefüggő követelményeiről. A 2012. évi CLIX. törvény (a postai szolgáltatásokról) 31. § (1) pontjában rendelkezik a postai szolgáltatónak a szolgáltatások akadálymentességét érintő kötelezettségéről, bár nem nevezi meg a fogyatékos személyeket mint kedvezményezett csoportot.

⁵⁵ A 2007-2013 programozási időszak Nemzeti Stratégiai Referenciakerete (NSRK) például összesen 18 533 millió forinttal támogatta az akadálymentesítési célú projekteket (a teljes szerződésállomány 0,32%-a). Mindazonáltal az akadálymentesítési intézkedéseket számos kritika éri, például a határidők be nem tartása vagy a túlzottan fizikai szemlélet miatt (CSITE A. et al. 2012).

megkérdozettek 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, kifícamodott a lábam. Meg ha rosszabbul látok, nem ez a fotocellás ajtó van, hanem nekem kell kinyitni az üvegajtót, van, amikor nekimentem, mert nem láttam, hogy ott van üvegajtó” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31).

Dolgozatomban nem célozom valamennyi fizikai akadály felsorolása, hiszen ezeknek a köre az interjúpartnerek testi állapotainak változatossága miatt meglehetősen széles. A különböző jogszabályoknak és terveknek a sérült emberek csoportjának sokszínűsége miatt is vált fontos elemévé a komplex akadálymentesítés irányelve. Az univerzális kialakítást és az akadályok teljes felszámolását nehezíti, hogy az igények a differenciált felhasználói rétegnek megfelelően igen sokrétűek. Az egyik – aktív civil szervezeti tag – interjúpartnerem szerint azonban létezik a többség számára kielégítő megoldás.

„Lehet megfelelő kompromisszumokat kötni... nekem az tetszik a legjobban, hogy vannak ezek a leguruló részek, tehát rendesen megvan a szegély... És akkor ott a babakocsit is le lehet tolni szépen, és nem a fal mellett, hanem egész a forgalomhoz viszik azt a részét, és akkor így. Vagy pedig akkora szegélyt csinálnak, hogy azon még a kerekesszékekkel vagy babakocsival könnyen le lehessen gördülni meg föl, de azért a fehér bottal is észre lehessen venni, vagy a vakvezető kutya is észrevegye. Mondom, a fejben lévő akadálymentesítés, vagy, hogy ésszerű beruházásokat csináljanak, és ne látványberuházásokra szórják a pénzt” (egészségkárosodással élő interjúpartner 26).

Egyesek szerint ugyanakkor a fizikai környezet rugalmatlansága mellett a jogi szabályozás sem elég szofisztikált ahhoz, hogy a differenciált szükségleteknek meg tudjon felelni.

„... rettenetesen rossz dolog, amikor... egy szakorvos azt mondja az embernek, hogy nem mozgáskorlátozott, mert megkérdezi, hogy milyen segédeszközt használok, és megkérdezem tőle, hogy a sámlit az az. Mert ugye azzal tudok fölszállni egy buszra vagy egy mikrobuszba vagy akár egy vonatra. Mert ha nem, akkor valakinek fel kell, hogy tegyen. És ez nem, nincs a rendeletekbe, tehát tényleg nincs ilyesmi, hogy akik mondjuk törpébb növések vagy alacsonyok, azok hogy szálljanak fel a közlekedési eszközökre” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

Ez elvezet az egyetemes tervezés megvalósíthatóságához mint diskurzustémához (ZOLA, I. K. 1989; SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002; SHAKESPEARE, T. 2006; BROMLEY, R. D. F. et al. 2007), amelyre a korábbiakban már utaltam. Jelenlegi ismereteink alapján kétséges, hogy kialakítható olyan környezet, amely egyetlen testtel való interakció során sem hozza valamiképp hátrányos helyzetbe az érintettet.

Dolgozatomban nem célozom értékelni ennek megvalósíthatóságát, mindazonáltal az interjúalanyok által említett számos fizikai akadály jelenléte alighanem a magyarországi közterek épségnormatív jellegét tükrözi, és ebből a szempontból több hasonlóság is mutatkozik a „nyugaton” leírt tapasztalatokkal.

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 jellegüknél fogva távol tarthatják az egészségkárosodott személyeket. A helyeknek ez a szabályozó funkciója (CRESSWELL, T. 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 leszállni; vagy tudom azt, hogy mennyit megy a busz, akkor hol kell leszállni, meg úgy nagy vonalakban azért csak fölismerem, hogy hol vagyok” (egészségkárosodással élő interjúpartner 27).

A közterekben való boldogulást nagyban befolyásolja, hogy az érintettek milyen *erőforrásokat* tudnak mozgósítani annak érdekében. Az interjúk során felmerülő erőforrások közül jelentős az anyagiak szerepe, azon belül is a mobilitási (pl. tömegközlekedési, gépjárműszerzési), illetve a különböző közterekhez való hozzáférést segítő (pl. kedvezményes belépődíjak) támogatásoké.

„Az utazási kedvezményeket. Azokat egyértelmű. Meg... múzeumokba, kiállításokra, különböző rendezvényekre, ahova fogvatékos ember bemehet a kedvezménnyel, akkor azt igénybe veszem. Meg külföldön is. Nem csak én, hanem a kísérőm is. Mindig megkérdezzük, hogy van-e vakoknak kedvezmény, és akkor általában van” (egészségkárosodással élő interjúpartner 26).

Szintén erőforrásként jöhetnek szóba a különböző társadalmi kapcsolatok. Az interjúk során gyakran merült fel például a rokonok szerepe, akik támogatásukkal (pl. gépjármű) növelik az érintettek mobilitását. Ugyancsak érdemes megemlíteni a kevésbé tartós kapcsolatok jelentőségét, a sérült emberek számára ugyanis ezek alkalmi segítségként szolgálhatnak. A különböző erőforrások tehát növelhetik a sérült emberek aktivitási szintjét a közterekben.

A közterekben folytatott *tevékenységekkel* kapcsolatban a társadalmi *interakcióknak* fontos szerepe lehet a sérült emberek megélt tapasztalatai szempontjából (BUTLER, R. – BOWLBY, S. 1997). Az interakciók tekintetében az interjúpartnerek által felvetett egyik jellemző téma a „látni és láttatni” kérdésköre. A találkozások lezajlása

szempontjából ugyanis fontos kérdés, hogy az egészségkárosodás az érintett egyénen kívül mások számára is észlelhető-e, mivel a testi jegyek alapvető fontosságúak a társadalmi különbségek kijelölésében. A „jól látható” egészségkárosodással vagy egyéb, átlagostól eltérő testi jellemzővel bíró interjúpartnerek olyan esetekről számoltak be, amelyek során mások különbözőnek jelölték őket.

„És akkor jött egyszer egy olyan, nagyon rossz élmény volt, hogy későn jöttem én is haza a munkából, és valaki, egy anyuka vitte az óvodából haza a gyermekét, ilyen hat óra előtt. Mentünk mindketten a bolt fele. Biztos kenyeret vett ő is, mint én is, vagy mit tudom én mit. És a kislány megjegyezte, hogy 'anyu, nézd milyen pici néni'” (egészségkárosodással élő interjúpartner 27).

Szintén lényeges elemként merült fel az interjúk során az egészségkárosodott testek által lehetővé tett *gesztikuláció* formája. Mivel a közterekben való megjelenést és cselekvést különböző kulturális kódok, előírások szabályozzák, bizonyos testi viselkedési formák feltűnővé, adott esetben nemkívánatossá válhatnak, és válaszreakciót vonhatnak maguk után.

„Hát, azt kell, hogy mondjam, hogy volt már ebből kellemetlen tapasztalat is, hogy például boltban, ugye mindent közelről nézek, és volt már rá példa, hogy azt hitték, hogy lopni akarok vagy valami, és akkor odajött a biztonsági ember, és akkor mondta, hogy mi van” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

Ugyancsak szükséges megemlíteni az egészségkárosodással és fogyatékossgal kapcsolatos diszkurzív elemek és társadalmi interpretációik, így például az *előítéletek és prekonceptiók* interakciókat meghatározó hatását (lásd pl. BUTLER, R. – BOWLBY, S. 1997; KRUSE, J. 2001, 2003, 2010). Több interjúpartnerem szerint gyakori, hogy a sérült emberekről – függetlenül az egészségkárosodás típusától – más személyek mentális egészségkárosodást is feltételeznek.

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

„Látható” egészségkárosodással élő emberek ugyanakkor a közterekben kapcsolatba kerülhetnek más, szintén „látható” egészségkárosodással élőkkel.

„Vagy például nekem van egy barátnőm, akinek van egy hatalmas – nem tudom most pontosan, mi a neve, de egy ilyen – nagy daganat itt az arcán. Nagyon durva, tehát engem sokkolt. Engem, érted? A barátaimat nem. Mindegyik meglepődött, de basszus, nem szóltak. Én addig nem ismertem azt a fotós lányt, mert őket fotózta, és senki nem szólt nekem. És akkor utána hívtam föl őket, hogy 'halljátok, miért nem értesítettek, hogy ennek a szegény lánynak mi van a fején?' És azt mondták, hogy: 'hát, mi is meglepődtünk, de hát tök jó fej. Olyan, mint te'” (egészségkárosodással élő interjúpartner 52).

A fent idézett, kerekesszéssel közlekedő válaszadó nézőpontja ugyan nem tekinthető általánosnak, a hasonló esetek mégis arra hívják fel a figyelmet, hogy a testi megjelenés és a másság kérdését valószínűleg túlzottan esszencialista lépés lenne leszűkíteni egy sérült – nem-sérült dichotómiára. Az ilyen tapasztalatok miatt is tekintem indokoltnak, hogy az analitikai keretben – részben feladva az egy adott megközelítés jelentette magyarázóerő előnyét – bevontam olyan elméleteket, amelyek a társadalmi-térbeli határok fluid, dinamikus jellegét hangsúlyozzák.

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 sorstársak 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. Tehát én nem nagyon tapasztaltam ezt a diszkriminációt” (egészségkárosodással élő interjúpartner 26).

Ha ugyanis valakit fogyatékosként kategorizálnak, akkor azok a viselkedési formák, amelyek a közterekben egyébként szokatlannak (deviánsnak) minősülnek, számos esetben elfogadhatóvá válnak a többségi társadalom számára (BUTLER, R. – BOWLBY, S. 1997).

A hasonló változások pozitív jelenségeként is értékelhetők, azonban a magyarországi társadalmi tér épségnormativitásáról szerzett korábbi tapasztalatok fényében is érdemes értékelni azokat. Mivel az interjúpartnerek példáiban a környezet attitűdjének változása az egészségkárosodás deklarálása után történt, valószínűsíthető, hogy az „ép” emberek nem a különbözőség természetességét fogadják el (HANSEN, N. – PHILO, C. 2007), hanem inkább a sérült emberekkel szembeni elvárásaikat csökkentik, amely jellemző épségnormatív gyakorlat (LEVI, S. J. 2006). A fentihez hasonló tapasztalatoknak kettős hatása lehet. Egyrészt, növelhetik a sérült emberek kiszolgáltatottságát, mivel segítségre szoruló, nem pedig nagyobb fokú önállóságra törekvő egyénként szocializálják őket. Másrészt, az egészségkárosodás vállalása fontos lépés lehet annak pozitív identitásképző tényezőként való elfogadásához.

A korai kapitalizmusban a köztér a fogyatékoság társadalmi terének ellentmondásos része volt, hiszen a kirekesztődés mellett az *ellenállás* színterévé is vált (GLEESON, B. J. 1999a). Interjúpartnereim beszámolóí alapján a test és a közterek napjainkban is az ellenállás színterei lehetnek a sérült emberek számára, és ez a jelenség különböző léptékeken érvényesülhet. Az interjúk során gyakori motívumként jelent meg az érintettek elutasító magatartása a velük szembeni negatív feltételezésekre, sztereotípiákra vagy megnyilvánulásokra vonatkozóan. Az egyéni akciókon túl hatékonyabb lehet a kollektív cselekvés, és ebből a szempontból különösen fontos szereplőkké léphetnek elő a civil szervezetek. A Vakok és Gyengénlátók Békés Megyei

Egyesülete tagjainak elbeszélései alapján például az egyesület rendszeresen szervez olyan rendezvényeket, amelyeken ép emberek számára demonstrálják a látássérültek mindennapi problémáit (ún. érzékenyítő programok). Ezek során az önkéntes résztvevők szemét gyakran bekötik, majd bottal, illetve személyi segítővel kell különböző tevékenységeket végezniük. Az események olykor az utcákon, köztereken zajlanak. A helyi politikusok és a sajtó képviselői – vagyis a mindennapi élet számos szférájában nagy hatalommal bíró személyek – voltak az alanyai az alább leírt programnak.

„Volt vakbusz-járatunk is, amikor a döntéshozókat elhívtuk, bekötöttük a szemüket. Először ők vezettek minket, aztán mi őket. Bekötött szemmel, hogy menjenek busszal egy kicsit, jöjjenek vissza, intézzenek el egy ügyet. Tehát ilyen érzékenyítő programokat szervezünk, ezt így mondjuk” (egészségkárosodással élő interjúpartner 26).

A hasonló megmozdulások fő célja a figyelemfelkeltés a látássérült emberek problémái iránt, és a társadalmi szemléletformálás, azonban geográfiai szempontból két tényezőt tartok fontosnak kiemelni. Egyrészt, az egészségkárosodott emberek a saját testüket is használhatják ellenállási színtérként, de át is helyezhetik az ellenállást az ép testekre is. Másodszor, a hasonló akciók segítenek megkérdőjelezni a fennálló társadalmi-térbeli határok relevanciáját. Mivel a résztvevőket ideiglenesen megfosztották látásuktól, olyan helyzetbe kerültek, amelyben kevésbé voltak épek, mint látássérült segítőik. Ez jól demonstrálta számukra az ép–sérült választóvonal fluiditását és dinamikusságát; végeredményben a fogyatékos–nem-fogyatékos dichotómia fenntartásának kérdőjeleit. Emellett, a hasonló akciók hatása magasabb léptékekre is kiterjedhet, hiszen például a nagyhatalmú résztvevők szemléletváltozása következtében a települési terek épségnormatív jellege is megváltozhat. A fenti eset is jól példázza, hogy miként alkalmazhatók a különböző testek és közterek az ellenállás céljaira, és hogyan lehet küzdeni az épségnormatív hatalmi viszonyok ellen, pontosan ott, ahol azok leggyakrabban megjelennek.

4.3.5. Az otthon terei

Az otthon, vagy a tágabb értelemben vett otthoni környezet (MOSS, P. – DYCK, I. 1996; MOSS, P. 1997) kulcsfontosságú csomópontnak számít a fogyatékos társadalmi terében. A történelmi materialista szemlélet szerint például az ipari kapitalizmus kibontakozásával a termelés központjaivá váló városok egyik jellegzetessége az otthon és a munkahely éles térbeli elkülönülése. Az így képződő mobilitási akadály közvetlenül hozzájárult az egészségkárosodott emberek széles rétegeinek marginalizálódásához, mivel a társadalmi tér szerveződése nem tette lehetővé, hogy munkaerejüket az otthonon kívül áruba bocsássák. Az érintettek közül, mivel nagyrészt kirekesztődtek a termelésből, 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 frekvenciátalabbak, addig mások számára az otthon vált fontosabbá (GLEESON, B. J. 1999a, 2001).

Az otthon azonban egy meglehetősen ellentmondásos színtérként értékelhető. Egyrészt, a modern társadalmak fejlődésével számos család vált meg egészségkárosodott tagjától, átengedve utóbbiakat a közterekbe vagy az intézményi szférába. Másrészt, sok egészségkárosodással élő ember számára az otthon (és az ottani, pl. családi, társadalmi kapcsolatok) egy biztonságos hellyé vált, amelyben egyaránt elkerülhették a kirekesztődést és az elzárást. Mindazonáltal maga az otthon egyaránt lehet a személyes szabadság és biztonság, valamint a bezártság és társadalmi izoláció színtere (GILDERBLOOM, J. I. – ROSENTRAUB, M. S. 1990; DYCK, I. 1995; GLEESON, B. J. 1999a, 2001; CROOKS, V. A. 2004, 2007).

Az *interjúpartnereim* közül többeknek az elbeszélései alátámasztják a fentebb leírtakat. Esetükben tehát gyakori, hogy jelentősen megnövekszik az otthoni környezetben töltött idő nagysága a mindennapi térhasználat során, ami nem szükségszerűen pozitív jelenség szemszögükből. Bizonyos esetekben egy tartós társadalmi kirekesztődés okáról és okozatáról van szó. Az egyik – volt ruhaipari dolgozó – interjúpartnerem például a következőképpen nyilatkozott életének leszázalékolás utáni szakaszáról.

„... negyven éves koromban le kellett, hogy százalékoljanak, mert a textilpor tönkretette a tüdőt, kiújult az asztmám. Ebbe biztos belejártam a két terhesség is. Nagyon csúnyán kiújult az asztmám, ami azt jelenti, hogy most negyvenhét évesen nagyon sok gyógyszert szedek, időnként elég sok szteroidot, aminek a jelei már mutatkoznak. Oxigénpalackom van, és hét évig nem dolgoztam. ... Állandóan otthon voltam, hét évig, mindig (egészségkárosodással élő interjúpartner 40).

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, 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 nagyon fontos, 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. A *fizikai környezet* milyensége rendszerint igen fontos kérdés a sérült emberek számára, hiszen a társadalmi tér egyes részeit számos akadály jellemzi. Feltételezhetően a probléma nem kevésbé jelentős az otthon esetében sem. Egyes nyugat-európai és észak-amerikai tapasztalatok szerint például a lakóépületek kialakításakor még napjainkban is igen erősen érvényesülnek bizonyos épségnormatív feltételezések, míg az emberi test–épített környezet kapcsolat sokféleségének vizsgálata rendszerint kívül esik a lakáspiaci szereplők (pl. tervezők, építésszek, ingatlanfejlesztők) látókörén (IMRIE, R. 2003, 2006, 2010). Ennek

eredményeként még a nyugati társadalmak népességének jelentős része is olyan lakóépületekben él, amelyek kialakítása az „ép átlag” testi jellemzőihez igazodik.

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 szembetűnő 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. Azt kéne átalakítani. Akkor hát az előszoba is nem egészen csúszásmentes mozaikokkal van lerakva, de oda legalább egy ilyen futószőnyeget, egy ilyen keményebb anyagból, azt szeretnék” (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 egészségkárosodott egyének által folytatott *tevékenységek* jellegére. Ebben a tekintetben az interjúpartnerek egyik csoportját azok a személyek alkotják, akik szerint tevékenységeik kivitelezése az átlagosnak felel meg. Egy másik csoport tagjai ugyanakkor arról számoltak be, hogy a különböző tevékenységek elvégzése az otthoni környezetben nehézségekkel jár számukra, hasonlóan a más terekben tapasztaltakhoz. Több interjúpartner is említett olyan eseteket, amelyekben egészségkárosodott állapotuk miatt egyes tevékenységeket egyáltalán nem, illetve az átlagosnál lassabban, vagy a megszokotthoz képest más módon hajtottak végre. A test és az otthoni környezet kapcsolatának megváltozása pedig az interjúpartnerek egy részét válaszlépésekre ösztönzi.

Más terekhez hasonlóan ugyanis az otthon esetében is jellemző az *alkalmazkodás*, amely egyaránt lehet külső és belső (CROOKS, V. A. 2010). Az első, materiális jellegű alkalmazkodás esetén az érintettek az otthonként szolgáló lakásnak és környezetének *fizikai struktúráját változtatják meg*. A közterekkel szemben az otthonok kialakítása rugalmasabb, nagyobb kontrollt biztosítva az ott élők számára. Ez különösen akkor igaz, ha az egészségkárosodott lakó (vagy hozzátartozója) magántulajdonáról van szó, hiszen ebben az esetben az érintett számos kérdésben önállóan dönthet, és akár kisebb idő- és anyagi befektetéssel is gyors és hatékony változtatásokat hajthat végre. Az interjúpartnerek esetében ez többnyire kismértékű beavatkozást jelentett (pl. berendezési tárgyak megfelelő elrendezése, ajtóküszöbök eltávolítása, világítótestek cseréje). Az alkalmazkodás lehetséges a mindennapi *gyakorlatok, tevékenységek megváltoztatása* révén is, amelyet az interjúpartnerek közül szintén többen alkalmaznak.

„Hát azért jöttem ide, mert itten ha nem bírtam járni, kibírtam mégis mászni az udvarra, tehát levegőzni, tehát énnekem a negyedik emeletről a földszinti ház az már egy főnyeremény volt. Meg ha nem bírtam menni, el bírtam mégis mászni a boltba. Tehát ott közel van a bolt. Tehát ez nekem így; hát bent a fürdőszobát átalakítottam, nagyobbra tettem, mert nem lehetett járni benne, mert kicsi volt. Úgyhogy az is át lett alakítva. Hát amúgy a többi nem” (egészségkárosodással élő interjúpartner 24).

A belső, *emocionális* alkalmazkodás szintén fontos a sérült emberek számára, mert nemcsak saját testük változásait, hanem a testi változások mentén az otthoni környezet átalakulását is segíthet kezelni. Az alább idézett interjúpartnerem például egy komplex megoldást vázol fel.

„... 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, hogy én ottan semmit az égardta világon ne tevékenykedjek a konyhában, úgyhogy ezt már így is készítem el a dolgokat, tehát felkészülök rá tulajdonképpen, hogy minél kevesebb gondja legyen a férjemnek” (egészségkárosodással élő interjúpartner 32).

Az alkalmazkodási stratégiák nem minden esetben lennének sikeresek megfelelő *erőforrások* nélkül. Utóbbiaknak igen nagy szerepe van abban, hogy az egészségkárosodott emberek számára az otthon milyen mértékben válik felszabadító, pozitív jellegű színtérré. Az erőforrások egyik csoportját az anyagi jellegűek jelentik, amelyek közül az interjúk alapján kiemelt fontosságú a lakások fizikai akadálymentesítéséhez pályázat útján elnyerhető támogatás⁵⁶. Ennek segítségével többeknek sikerült megfelelő változtatásokat végrehajtaniuk lakásukban, bár bizonyos problémák is felmerültek a támogatással kapcsolatban, mint például a potenciális kedvezményezettnek köre⁵⁷, vagy a támogatási mechanizmus bürokratikus jellege.

Az erőforrások közül szintén fontosak a társadalmi kapcsolatok, amelyek több funkciót is betöltenek. Egyrészt, mivel áthatolhatnak az otthon fizikai keretein, fenntartásukkal csökkenthető az egészségkárosodott egyén társadalmi elszigeteltsége. Másrészt, a társadalmi kapcsolatok segítségével jelentősen növekedhet a sérült egyén mobilitása, és ezzel együtt szintén csökkenhet izoláltsága, életvilága kitágulhat. Harmadrészt, a társadalmi kapcsolatok révén olyan toleráns otthoni környezet is kialakítható, amelyben a sérült egyén nem kerül hátrányos helyzetbe.

⁵⁶ A támogatás legmagasabb összege meglévő lakás akadálymentesítése esetén 150000 forint, míg új lakás építése vagy vásárlása esetén 250000 forint (12/2001. (I. 31.) Korm. rendelet a lakáscélú állami támogatásokról).

⁵⁷ Az említett támogatás mozgáskorlátozott személyek részére ítélt meg, az elbírálás során pedig a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ) álláspontját veszik figyelembe (12/2001. (I. 31.) Korm. rendelet a lakáscélú állami támogatásokról).

„... hogyha úgy fel is porszívózik, hát lehet, hogy nem annyira tökéletesen, mert mit tudom én, de azért úgy megpróbálom, meg hát tolerálja a család is, hogy ha mit tudom én, valamit mégsem úgy látok, akkor vagy ők megcsinálják, hogy ha, mit tudom én, kihagyok véletlenül, vagy a bevásárlásnál is a férjem az maximálisan segít, meg elhord kocsival, tehát énnekem ez nem okoz gondot. Úgy a magam környezetében én úgy érzem, hogy jobban is látok, mint így, ha kimegyek az utcára, tehát mint ha térben lennék. Megszokott helyen van úgy nagyjából minden, meg mondom, hogy úgy is érzem tényleg, hogy otthon azért jobb” (egészségkárosodással élő interjúpartner 31).

A társadalmi kapcsolatok hatása még az otthoni környezet jelentésének megváltozásában is tetten érhető. Az alább idézett interjúpartnerem elmondása szerint egészségi állapotától függően emeleti lakásának megközelítése és elhagyása egyaránt problémát jelenthet számára. Mindezek ellenére a gyermekével való kapcsolat arra ösztönzi, hogy átértékelje az otthon – mint hely – jelentését.

„... így lépett be az ajtón, és akkor éreztem, hogy ennek a gyereknek ez tényleg édes otthon. Akkor énnekem is boldognak kellennem, mert akkor mégsem úgy tekint a gyerek, hogy jaj, hogy hát ez egy csonka lakás” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

Egészségkárosodott emberek körében gyakori, hogy a testi állapot változásai és az azokkal kapcsolatos tapasztalatok nyomán megváltozik az otthon *jelentése*. A nyugati kultúrában az otthonhoz kapcsolt jelentések többnyire pozitívak (pl. biztonság, meghittség), azonban az egészségkárosodott emberek esetében ezek a domináns jelentések destabilizálódhatnak, és újak kerülhetnek a helyükre (DYCK, I. et al. 2005; IMRIE, R. 2010). Ezzel kapcsolatban az interjúk során felmerülő egyik legfőbb téma a *bezártság*, amely igen gyakori érzés a sérült emberek körében.

„Hát, van amikor, volt olyan két hét is, hogy nem voltam lent az otthonomból. Az viszont azért komoly fébiákhoz, meg egyéb problémákhoz vezethetne, tehát nagyon oda kell figyelnem, hogy, hogy mit csináljak magammal” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

A másik jelentős téma a *kontroll* kérdése. A társadalmi tér csomópontjai közül az otthon az, amelynek alakítására a sérült embereknek általában a legnagyobb befolyásuk van, mindazonáltal az egészségi állapot változásai és az azok következtében aktiválódó akadályok (lásd pl. fentebb) eredményeként gyakran még az otthon fölötti ellenőrzés is veszélybe kerül. Bár egy társadalmi sztereotípia szerint a sérült emberek rendszerint gondoskodásra szorulók, a megkérdezettek egy csoportja egyértelműen kifejezte, hogy az önállóság, vagyis a saját testük és annak közvetlen környezete fölötti ellenőrzés biztosítása kulcsfontosságú az egyéni identitásuk integritásának fenntartásához.

„Tehát én olyan dolgokat csinálok odahaza, hogy néha a családom is csodálkozik, hogy ráérős szabadidőmben fát fűrészelek, fát vágok. Amit tudok, azt elvégzem, tehát sokkal, ööö; próbálom feljűk is azt sugallni, hogy most nem kell engem, hogy sajnáljanak, de hát azért jól jön, hogy néha

azért vannak az életnek olyan területei, amikben támaszra szorulok, tehát”
(egészségkárosodással élő interjúpartner 25).

A nagyobb kontroll révén az otthon – mint színtér és hely – és a háztartás – mint lépték – fontos szerepet tölthet be az épségnormatív hatalmi viszonyokkal szembeni *ellenállásban*. 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 testek 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).

A fenti idézet különösen jól szemlélteti a hatalmi viszonyok megváltozását, mivel egy olyan személy (egészségügyi szakember) került a megváltozott környezetbe, aki egyrészt ép-testűnek minősül, másrészt a sérült emberekkel való interakciók során többnyire a magasabb hatalmi pozíciót tölti be. A lakás fizikai kialakítása tehát ezúttal nem a sérült, hanem az ép testeket rekeszti ki, illetve – CRESSWELL, T. (1996) terminológiájával élve – tartja a nekik szánt helyeken.

A fenti eset ugyanakkor jó példa a léptékek közötti átjárhatóságra is. Amikor a fent idézett interjúpartner le kívánta cserélni emeleti lakását egy földszintire, akkor a helyi önkormányzat részéről értékcsökkentnek minősítették azt, annak ellenére, hogy az átalakítások anyagi és munkaráfordítást igényeltek.

„Amiért ugye ráköltöttem százötvenezeret, attól lett értékcsökkent. Mitől lett volna értékcsökkent? De ő úgy gondolta, mert hogy az én magasságomhoz van mérve, akkor már értékcsökkent” (egészségkárosodással élő interjúpartner 34).

Bár a fenti eset nem tekinthető általánosnak még az interjúpartnerek körében sem, a térbeli szemlélettel segíti megérteni az épségnormativitás és az azzal szembeni *ellenállás* egyes mechanizmusait. A lakások kialakításánál érvényesítendő standardokat az érintett interjúpartnerem egyfajta testi kényszer hatására írta felül, de az átalakításokat nem negatív, „abnormális”, hanem természetes változtatásként értékeli. Sőt, az átlagtól eltérő test és az aszerint átstrukturált otthoni környezet egyfajta pozitív identitás alapjává vált, ez az identitás pedig arra ösztönözte az illetőt, hogy megkérdőjelezze az otthoni környezetben gyakran érvényesülő épségnormatív elvárásokat.

Összegzés

A disszertáció további részében kifejttem a munkám elején megfogalmazott kutatási kérdésekre adandó válaszaimat. (1) *Tudományelméleti* szempontból alapvető célként a magyar társadalomföldrajzban eddig kevésbé vagy egyáltalán nem használt elméletek, koncepciók és fogalmak bemutatását és továbbfejlesztését határoztam meg. Ezen belül három alacsonyabb szintű kérdéskörre koncentráltam: (a) a fogyatékoság értelmezési lehetőségeire; (b) a fogyatékoság társadalomföldrajzi vizsgálatának módjaira és a szemléletbeli különbségekre; (c) a földrajzi kutatásokban előforduló témákra, különös tekintettel a kritikai szemléletűekre.

Az első kérdéskörben (a) a szakirodalom alapján megállapítottam, hogy a fogyatékoság jelenségének lényegét a társadalomtudományokban sokféle módon határozzák meg. Az egyes irányzatok által kialakított alapelemeket különböző *modellek* keretében strukturálják, amelyek közül többet a társadalomföldrajz is adaptált, sőt eredményeivel bővítette azokat, illetve újabbakat hozott létre (GLEESON, B. J. 1999a; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). A modellek használata a fogyatékoság-tudományi tanulmányokban általánosan elterjedt, ezért a dolgozatomban elsődleges témájaként választott jelenség sokféle értelmezéseinek bemutatásához is ezeket vettem alapul. A modellek tételes felsorolása és ismertetése mellett törekedtem azok magasabb kategóriákban történő elhelyezésére és az elnevezésbeli ellentmondások kiküszöbölésére is.

A modelleket a dolgozatban három nagy csoportba sorolva mutatom be: az individuális, a társadalmi és a bioszociális jellegűekre. Az elkülönítés alapja az az értékválasztás, amelyre építve az egyes vizsgálatokban a fogyatékoságot különböző forrásokból származtatják. Az *individuális* modellek általános jellemzője, hogy a fogyatékoságot az egyén szintjéről eredeztetik, többnyire az illető valamilyen testi jellemzőjéből. Ezen a csoporton belül, jelentősége miatt, a biomedikális vagy medikális modellt tárgyaltam nagyobb részletességgel, amely a fogyatékoság okát az egyén élettani, egészségügyi állapotára vezeti vissza. Emellett az individuális modellek közé soroltam a morális vagy vallási felfogáson alapulót, a személyestratégia-értelmezést, valamint a szakértői vagy rehabilitációs és a fogyasztói modellt.

A *társadalmi modellek* ezzel szemben áthelyezik a hangsúlyt az egyénről a társadalmi környezetre, és a fogyatékos emberek alávetett helyzetét a társadalom strukturális jellemzőivel magyarázzák (erre igen jó példa a brit történelmi-materialista modell). Ezen a csoporton belül két jelentős irányzat azonosítható, nevezetesen a főként marxista alapokra építő brit és a jelentős részben a funkcionalizmus és szimbolikus interakcionizmus eredményeit felhasználó amerikai vonulat. Mindkettőn belül elkülönítettem egy-egy altípust: előbbinél az affirmatív, utóbbinál a kisebbségcsoport-modellt. A harmadik nagyobb csoportba a kulturális modelleket soroltam, amelyek összefoglaló elnevezésére a dolgozatban a „*bioszociális*” (WATSON, N. 2004 és PHILO, C. 2009 alapján) kifejezést használom. A modell az individuális és társadalmi megközelítések egyes elemeit ötvözi, vagyis figyelembe veszi az egyéni testi tapasztalatokat, ugyanakkor megtartja a társadalmi környezettel szembeni kritikai szemléletet. A modellekről szerzett ismereteim alapján a saját empirikus

vizsgálataimhoz a bioszociális modellt választottam, elsősorban annak komplex jellege miatt.

A fogyatékoság modelljei után áttekintettem azoknak a fogalmaknak a tartalmát, amelyek használatára a dolgozat további részében nagymértékben támaszkodtam: egészség és betegség; egészségkárosodás, fogyatékoság és rokkantság; alávett helyzet és elnyomás; épségnormativitás. Ebben az alfejezetben meghatároztam a saját kutatási szemléletemhez legközelebb álló *fogyatékoság-definíciót* is. A szakirodalom elemzése alapján leszögezhetjük, hogy az egészségkárosodott emberek hátrányos helyzetét okozó viszonyrendszernek egy külön elnevezése alakult ki. Ez az angol *ableism* terminus, amelynek hazai helyettesítésére egy magyar nyelvű kifejezést javaslok, az *épségnormativitást*.

Kutatásom lehetséges *korlátai* közül a modellekkel és az alapfogalmakkal kapcsolatosan néhányat fontosnak tartok kiemelni. Először is, a fogyatékoság mint kifejezés egy társadalmi konstrukció, tehát egy bizonyos célra hozták létre, és eltérő kontextusokban, különböző csoportok számára más-más módon interpretálható. Továbbá, a fogyatékosághoz kötődő társadalmi elképzelésekre nagy hatása van a tudományos szférán belüli hatalmi viszonyoknak és a különböző irányzatok disszeminációs lehetőségeinek. A fogyatékoság szó használata tehát meghatározó a kutatásban, viszont mivel jelenleg nem rendelkezek megfelelő alternatív kifejezéssel, a terepmunka során törekedtem a jelenség minél sokoldalúbb, adott esetben indirekt megközelítésére. Másodszor, a modellek jellegükből adódóan nem foghatják át az egészségkárosodással élés valamennyi aspektusát. Erre még az általam választott bioszociális modellel sincs lehetőség, és a redukcionista jelleget érdemes szem előtt tartani. A bioszociális modellel szemben kritikaként merülhet fel, hogy kevésbé radikális, mint a társadalmi. Mindazonáltal továbbra is kérdés, mekkora relevanciája van a társadalmi modelleknek napjaink posztmodern és kulturálisan sokszínű miliójében (lásd 2.1. fejezet). Harmadszor, az „épségnormativitás” kifejezés szintén mérsékeltbnek tűnhet, mint például a Hernádi Ilona által javasolt „épségterror”. Utóbbival talán hatékonyabban lehet mozgósítani a hátrányos helyzetet eredményező hatalmi viszonyokkal szemben, azonban az épségnormativitás kifejezéssel szándékomban állt érzékelteni az említett hatalmi viszonyok mélyreható és gyakran nem is közvetlen cselekvésben megnyilvánuló jellegét.

A második tudományelméleti kérdéskört (b) illetően arra a megállapításra jutottam, hogy a fogyatékoság-kutatás, bár nem számít a társadalomföldrajz tradicionális ágának, több évtizede szolgáltat eredményeket az egészségkárosodással kapcsolatos térbeli jelenségekről. Emellett elmondható, hogy napjainkban a fogyatékoság társadalomföldrajzi vizsgálatán belül igen jelentős a kritikai vonal súlya. Mivel saját vizsgálataim során kritikai szemléletet követtem, ezért a fogyatékoság-földrajz szakirodalmi előzményeinek áttekintésében is ennek az irányzatcsoportnak szenteltem nagyobb figyelmet.

Részben a kritikai fogyatékoság-földrajz határainak kijelölésére a szakirodalom alapján elkülönítettem azokat a kutatásokat, amelyeket nem tekintek kritikainak. Ennek eredményeként a szakirodalmi előzményeket egy *pre-kritikai* és egy *kritikai* csoporton belül tárgyaltam (bár utóbbi csoportra egyes szerzők a poszt-pozitívista, mások az

interpretatív jelzőt is alkalmazzák). A kettő közötti alapvető különbség a politikai aktivitás meglétében van. Míg az előbbi képviselői a fogyatékossgot mint térbeli jelenséget az egészségkárosodott emberek területi eloszlásával és térbeli cselekvéseivel azonosítják, és nem törekszenek a fennálló társadalmi viszonyok megváltoztatására, addig utóbbi követői a fogyatékos emberek hátrányos helyzetének megszüntetéséhez alapvetőnek tekintik a gyökeres társadalmi változásokat, főként a kapitalista termelési-elosztási viszonyokét.

A tudományelméleti célkitűzés harmadik kérdéskörére (c) áttérve: meglátásom szerint témák tekintetében számos hasonlóság van a pre-kritikai és a kritikai kutatások között. Az előbbi csoportnál kiemelt témák, azaz a fogyatékos emberek területi megoszlása, a települési környezet akadályokkal teli jellege és a (de)institutionalizáció például a kritikai vizsgálatok esetében is lényegesek. A szakirodalom elemzése alapján azonban két tendenciát fontosnak tartok kiemelni. Az egyik a hangsúlyok eltolódása a témák között, a másik a politikai aktivitás növekedésével együtt a kritikai társadalomelméletek bevonása az elemzésekbe. A kritikai csoporton belül, éppen a domináns társadalomelméleti irányzatok segítségével, öt alcsoportot különítettem el. Az első a városi terek fizikai hozzáférhetőségével, a fogyatékos emberek kirekesztettségével és az építészeti apartheid kérdésével foglalkozik, vizsgálva az említett jelenségek mögött meghúzódó folyamatokat, például a tervezői vagy az építész szakmán belül. A második alcsoportot gyakorlatilag GLEESON, B. J. (1999a) történelmi-materialista elmélete jelenti, míg a harmadikat a poszt-strukturalista, a negyediket a pszichoanalitikai, az ötödiket pedig a feminista elméletek és kutatások alkotják.

Fogyatékossg-öldrajzi elméleti szempontból a kutatás egyik lehetséges *jövőbeli iránya* a meglévő elméletek szintetizálása, továbbiak integrálása, valamint az általam használt mellett más csoportosítási lehetőségek megvizsgálása, különös tekintettel a pre-kritikai–kritikai dimenzióra. Ezzel kapcsolatban azonban szükségesnek tartom megjegyezni egyrészt, hogy a szakirodalomban található csoportosításokra támaszkodva választottam ki azt, amelyiket a dolgozatom célkitűzései szempontjából a leginkább megfelelőnek ítéltam (más szerzők esetében találhatunk példát egészségkárosodástípusok szerinti beosztásra is). Másrészt, a differenciálás inkább szemléletbeli eltérést, semmint időbeli lehatárolást takar. Bár egyesek az 1993. évet (vagy az 1990-es évek közepét) jelölik meg a kritikai fogyatékossg-öldrajz megjelenésének időpontjaként (CHOUINARD, V. et al. 2010 nyomán; lásd ehhez: GOLLEDGE, R. G. 1993; BUTLER, R. 1994; GLEESON, B. J. 1996; IMRIE, R. 1996b), azt nem tagadják, hogy a nem-kritikai irányzatok továbbra is jelen vannak a geográfián belül.

2. *Gyakorlati-empirikus* szempontból az első célkitűzésem az volt, hogy olyan témában végezzek vizsgálatot, amilyenre még nem volt példa a magyar geográfia történetében. A szakirodalom elemzése alapján a hazai társadalomföldrajz eddig igen korlátozott mértékben foglalkozott a fogyatékossg kérdéskörével. A nyugati elméletek adaptálásával az egészségföldrajzi szubdiszciplína képviselőinek köszönhetően megjelent ugyan a lehetséges kutatási témák között, de néhány földrajzi epidemiológiai és az egészségügyi intézményrendszer területi különbségeivel kapcsolatos kérdésen túl a kritikai fogyatékossg-öldrajz teljes mértékben hiányzik a magyar társadalomföldrajzból.

A továbbiakban így a másik fő gyakorlati-empirikus célkitűzésre koncentráltam, vagyis a magyarországi társadalmi tér egyes jellemzőire, amelyek előidézik a fogyatékos emberek hátrányos helyzetét, illetve hozzájárulnak a hátrányos helyzet fennmaradásához különböző léptékekben. Ezen a célkitűzésen belül az első kutatási kérdésem (d) arra vonatkozott, hogy milyen összefüggések mutathatók ki a fogyatékos és más társadalmi-gazdasági tényezők regionális eloszlásában. A vizsgálathoz statisztikai (lineáris korrelációs, területi auto- és keresztkorrelációs) számításokat és térképi ábrázolást végeztem a fogyatékossgal élő, illetve egészségkárosodott népességet, valamint a társadalmi fejlettséget reprezentáló mutatók felhasználásával. A számítások Magyarország esetében is megerősítik a gazdasági fejlettség regionális különbségei és a fogyatékos emberek területi eloszlása közötti ismert kapcsolatot, mely szerint a fogyatékos népesség felülreprezentált a kevésbé fejlett térségekben. Ezt a fogyatékossgal élő emberek népességen belüli arányának kistérségi különbségei és a különböző fejlettségi mutatókkal való lineáris korrelációs együtthatók is alátámasztották. A fogyatékossg térszerkezetének bizonyos elemei tartós jelleget is mutatnak. Számottevő például a hasonlóság a fogyatékos népesség 2001. és 2011. évi magas (pl. Békés megye), illetve alacsony (pl. Budapest és agglomerációja, Északnyugat-Magyarország) koncentrációs térségei között.

A makroszintű összefüggések statisztikai elemzése után a társadalmi tér vizsgálatához GLEESON, B. J. (1999a) modelljének kis mértékben módosított változatát alkalmaztam analitikai keretként, négy alrendszeret különítve el: fizetett munkavégzés alrendszere (nyílt munkaerőpiac és védett foglalkoztatás), intézményi szféra (egészségügy), közterek és kvázi-közterek, valamint az otthon. A települési terek jellemzőire és az ott található akadályokra vonatkozó (e) kérdés kapcsán az az álláspontom, hogy napjainkban Magyarországon a települési tér, a települési környezet számos tényező miatt épségnormatívnak tekinthető. Az interjúk és szakpolitikai dokumentumok áttekintése után három ilyen összetevőt emelek ki: az épített környezet konfigurációja, a jogi szabályozás és politikai aktivitás tartalma és hatékonysága, továbbá a társadalmi attitűd és a mindennapi interakciók jellege.

A társadalmi tér egyes részei (f) sokban hasonlítanak a GLEESON, B. J. (1999a) által leírtakhoz, ugyanakkor lokális sajátosságok is kiemelhetők. A *fizetett munkavégzés* szférája az interjúk alapján továbbra is a fogyatékossg társadalmi terének legfontosabb centrifugális csomópontja. Ez a *nyílt munkaerőpiacon* főként a munkahelyek fizikai és társadalmi struktúrájának, valamint az egészségkárosodott emberekkel szembeni diszkriminációnak köszönhető, amit például Békés megye – és különösen a rurális települések – esetében súlyosbít a térség gazdasági fejlettségének országos átlagnál alacsonyabb szintje. A fizetett munkavégzés terén belül sajátos helyet foglalnak el a *védett foglalkoztatást* végző munkahelyek, amelyek a nyílt-munkaerőpiacinál sok szempontból kedvezőbb feltételeket kínálnak az egészségkárosodott munkavállalóknak. A szociális foglalkoztatás kapcsán végzett vizsgálataim azonban rávilágítottak arra, hogy ezek a munkahelyek is állandóan formálódnak a különböző léptékű folyamatok kölcsönhatásában. Ilyen folyamatok lehetnek például a világgazdasági recesszió, a szociális foglalkoztatás állami forrásallokációjának változásai, az országos és helyi pártpolitikai küzdelmek, a helyi önkormányzatok munkanélküliség-kezelési stratégiái, a

szociális foglalkoztatásban érdekelt vállalatok magatartása vagy éppen a marginalizálódott, egészségkárosodott emberek túlélési stratégiái. A különböző folyamatok hatására a szociális foglalkoztatók, fennmaradásuk érdekében, rákényszerülhetnek a nyílt munkaerő-piaci viszonyokhoz való közeledésre, ezzel veszélyeztetve az eredeti célkitűzéseik teljesülését és az épségnormatív standardok kiküszöbölését.

A munkahelyekkel szemben az egészségügyi *intézmények* jelentős centripetális csomópontnak minősülnek. Az interjúpartnerek körében például általános jelenség volt az egészségügy tereinek megnövekedett szerepe a mindennapi térbeli gyakorlatokban. A megkérdezettek beszámolóí alapján azonban a fizikai kialakítás itt sem mindig felel meg testi szükségleteiknek. Az intézményi terek társadalmi struktúrájára alapvetően a hierarchikus rend, az orvos és az ellátott közötti egyenlőtlen hatalmi viszony jellemző, amelyre az interjúpartnerek is több példát említettek. Különösen fontossá 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 *közterek és kvázi-közterek* jelentősége a rendszerváltozás óta lényegesen megnőtt a sérült emberek életében. Az áttekintett szakpolitikai dokumentumok alapján 1990 óta a mindenkor magyar központi kormányzat is számottevő akadálymentesítési intézkedésekkel igyekszik segíteni társadalmi részvételüket. Mindazonáltal az *interjúpartnerek* tapasztalatai alapján a közterek még így is számos akadályozó tényezővel bírnak. 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, vagy az egészségkárosodás elismerése az egyén és környezete által.

A társadalmi tér négy alrendszere közül az egészségkárosodott emberek az *otthon* fölött rendelkeznek a legerősebb ellenőrzéssel. Az interjúk alapján azonban ezt a képességüket jelentősen rontják a lakóépületek épségnormatív szerkezeti és berendezési elemei, a saját anyagi forrásaik szűkössége, valamint a kormányzati támogatások és szabályozás hiányosságai. A felsorolt tényezők következtében egyes interjúpartnerek számára az otthon nem csupán a kontroll, hanem a kiszolgáltatottság és bezártság színtere is.

A következő kérdéssel (g) arra kerestem a választ, hogy az egyének és csoportok szintjén milyen szerepe van a fogyatékoságnak a testek és az identitások formálódásában. Az interjúpartnerek különböző identitásokat fejlesztettek ki egészségkárosodásukkal kapcsolatban, amely identitások egy része pozitív, más része negatív jellegű. A megkérdezettek közül mindenki egészségkárosodással élőnek tekinti magát, de nem mindenki interpretálta ezt az állapotot azonos módon. Gondolkodásukban általános az egészséges/beteg dichotómia, a két kategória valamelyikébe történő önbesorolásukat pedig jelentősen befolyásolja saját egészségkárosodásuk típusa, illetve a fogyatékosügyi civil szervezetekhez való viszonyuk. Az egészségkárosodással ellentétben a megkérdezettek jelentős része elutasította a fogyatékoság vállalását. A jelenség fő okának a medikális modell

dominanciáját tartom, amely a fogyatékossgot az egyén hiányosságaként értékeli, és így a kifejezés használata többnyire negatív képzetársításokat eredményez. Szintén lényegesnek tartom az egészségkárosodott- és a fogyatékos-identitás megkülönböztetését, hiszen a megkérdezettek egy része a kifejezés negatív jelentéstartalma miatt nem kívánt azonosulni a fogyatékossgal. Emiatt is szükségesek a „fogyatékossg” terminus esetleges helyettesítéséről, illetve a modellek szélesebb társadalmi megismertetésének lehetőségeiről szóló további tudományos viták.

A fenti tényezők mellett a társadalmi tér egyes alrendszerei is fontos szerepet játszhatnak az identitásformálásban. A fizetett munkavégzés tereiben végzett, társadalmilag hasznosnak tekintett tevékenységek pozitív, míg a munkavégzésből való kirekesztődés negatív hatással vannak az önértékelésre. Az intézményi terek a kategorizálás vagy az orvos-beteg interakciók révén szintén befolyásolhatják az egyének identitását, mégpedig a modern egészségügy hatalmi viszonyainak megfelelően gyakran épségnormatív elemekkel. A közterek esetében az interjúpartnerek elbeszélései arra engednek következtetni, hogy az egészségkárosodott állapot vállalása és tudatosítása a társadalmi környezetben egy jelentős lépés a pozitív fogyatékossg-identitás felé.

Az interjúpartnerek életminőségével és térbeli gyakorlataikkal kapcsolatos kérdésben (h) kiemelném az érintettek túlélési stratégiáit és az ellenállási tevékenységek szerepét. Az első fogalomkörön belül különösen fontosnak tekintem a rokkanttá minősítés vállalását a jövedelemnövelés érdekében. Kutatási eredményeim alapján ennek a túlélési stratégiának az elterjedésében az egészségkárosodások előfordulása, a munkaerő-piaci kirekesztődés és a lokális gazdaság gyenge teljesítménye mellett mostanáig az intézményi szféra rokkantosítást támogató gyakorlata is fontos szerepet játszott. Véleményem szerint ezért az egészségkárosodás és a fogyatékossg termelésének egy sajátos (poszt-szocialista) változatáról van szó. A civil szféra erősödésével az egyének ellenállási akciói mellett a kollektív fogyatékossg-politikai cselekvés is egyre jelentősebbé válik Magyarországon. Kutatásom alapján azonban arra a megállapításra jutottam, hogy a jövedelmi helyzet még a névleg fogyatékosügyi mozgalmak esetében is nagyobb mozgósító erő lehet, mint a kulturális alapú alávetettség. Emellett a fogyatékosügyi mozgalmak (párt)politikai erők általi befolyásoltsága könnyen veszélyeztetheti a mozgalmak eredeti célkitűzéseit, és inkább erősíti a társadalom épségnormatív jellegét, semmint megszüntetné azt.

A dolgozat gyakorlati-empirikus célkitűzéseire kapott válaszok kapcsán is több lehetséges *jövőbeli kutatási irány* említhető. A későbbiekben például az egészségkárosodásra vonatkozó adatok gyarapodásával érdemes lehet megvizsgálni a longitudinális vizsgálatok lehetőségét vagy alaposabban elemezni a proxy-változók hatását a számítások eredményeire. Az interjús felméréshez kiválasztott települési kör szintén bővíthető, és célszerű lenne a jövőben az ország más térségeire kiterjeszteni a kutatásokat. Továbbá, a magyarországi társadalmi tér másfajta analitikai keretek segítségével történő vizsgálata számos új eredményt hozhat, és közelebb vihet az épségnormatív térelemek és térfolyamatok megismeréséhez.

3. Kutatási eredményeim alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a magyarországi társadalmi tér alapvetően épségnormatív jellegű, amely jelentős hasonlóságot mutat a „nyugati” társadalmakéval, ugyanakkor rendelkezik bizonyos sajátosságokkal. A jövőbeni kutatások egyik tárgya lehet annak feltárása, hogy ezek a

sajátosságok speciálisan magyarországiak, vagy esetleg más poszt-szocialista országokban is felfedezhetők. *Politikai* célként ennek az épségnormatív társadalmi térnek a megváltoztatását és az egészségkárosodott emberek hátrányos helyzetének felszámolását tűztem ki. Megvalósulását hiábavaló lenne ettől az egyetlen dolgozattól várni, ezért is helytállóbb hosszútávú kutatói programról beszélni. Ennek a programnak a beteljesülését egy igazságos társadalom létrejötte jelenti, amelyben az épségnormativitás már nem társadalmi-tér-képző faktor. Reményeim szerint kritikai szemléletű vizsgálataimmal és a kutatási eredményeim közvetítésével sikerül hozzájárulnom ilyen jellegű változásokhoz (a kutatói álláspont pozicionálásért lásd KITCHIN in TIMÁR J. 2009).

Summary

In this dissertation disability as a physiological *as well as* social phenomenon is examined with a critical geographical approach in post-socialist Hungarian context. My doctoral research had three main *objectives*: a theoretical, an empirical and a political. The first one was to present and improve theories and ideas which were frequently used in disability studies but had been rarely employed by Hungarian geographers. This objective was supplemented by three research questions. How disability can be defined and what conceptual approaches of this socio-spatial phenomenon exist according to the international literature? How disability can be examined from a geographical perspective (with special attention to those approaches which have not been employed in Hungary)? What are the most important topics in disability geography?

The second main objective was to provide an example for a critical geographical research on disability since such a research had never been conducted in Hungary. It was examined how the disadvantageous situation of people with impairment or chronic illness was manifested in the social space of Hungary and how this situation was produced and reproduced at different scales. This objective has been completed through answering the following questions. What similarities can be identified between the regional patterns of disability and other social and economic indicators? How barriers are created in urban spaces and what kind of barriers can be found in Hungarian cities and villages? What are the main features of the different parts of Hungarian social space (e.g. workplace, public spaces, home) from the perspective of disabled people? What is the role of disability in shaping individual and collective bodies and identities? What are the effects of the above mentioned spatial patterns and forms on disabled people's quality of life and on their spatial practices?

The third objective was to contribute to the improvement of disabled people's life circumstances and to the change of the socio-spatial factors causing their disadvantaged situation. This should be perceived as a long-term program rather than a concrete goal of this dissertation because the point is to support the struggle of disabled people against oppression, instead of providing policy recommendations for decision-makers. As a consequence, this thesis can be one step forward for a just society in which ableism is not a factor in the production of space any more.

For the sake of data collection, quantitative as well as qualitative *methods* have been employed. Regarding the theoretical objective, analysis and synthesis of secondary sources (e.g. academic literature, legal material, policy documents) were made. Since the topic of the thesis is complex, results of geography as well as other sciences were taken into consideration. Statistical methods were applied for the analysis of relationships between the regional patterns of disability and other social and economic indicators. These methods were sorted into three groups: descriptive statistics, linear (Pearson) correlation indices, global and local spatial auto- and cross-correlation indices. Finally, between 13 April 2010 and 2 October 2012 70 semi-structured and narrative interviews were conducted with 74 people of whom 54 persons were impaired or chronically ill and 25 were 'experts' (five persons were members of both groups). Regarding the first group, the primary sampling criterion was the existence of

impairment or chronic illness experienced by the interview partners and/or diagnosed by public authorities. It was also important that the group became as mixed as possible regarding the type of impairment. ‘Experts’ are those officials who are in leading positions at governmental and non-governmental organisations. They have significant experience in disability policy issues and they have a different point of view than impaired people in general. At the time of the research most of the interview partners were inhabitants of Békés County. The rationale behind this sampling was that impaired and disabled people are overrepresented in this part of the country. Nevertheless, some of the respondents were residents of other counties (8 people from Csongrád County, 4 from Budapest, 1 from Győr-Moson-Sopron County).

Hereafter, the main *results* of the research will be presented. Regarding the first research question, it can be stated that in social sciences disability is defined in several ways. In this thesis, three main groups of the *models of disability* are distinguished: the individual, the social and the biosocial. The most important feature of the *individual models* is that they locate the cause of disability within the individual. Amongst them, I put special emphasis on the (bio)medical model because of its dominance in scientific and public discourses. According to this model, disability is a ‘loss or defect’ which stems from the physiological characteristics (i.e. functional limitations) of a person. Besides the medical model, the basic elements of the following concepts are highlighted in the same chapter: the moral or religious, the personal tragedy theory, the expert or rehabilitation and the consumer models.

In contrast, the *social models* shift the focus from the individual to the social environment. They stress that disability is a form of oppression, the source of which can be found in structural factors. Within this group, I identified two main approaches: the social model of the British disability movement, based on Marxist theory; and the North American school, adopting elements of functionalism and symbolic interactionism. One example from each approach is presented: the affirmative (British) and the minority group (American) models. Finally, the cultural or *biosocial models* combine different components of the above mentioned two concepts: they emphasise the importance of bodily differences and individual experiences but also retain a critical perspective towards the social environment. Taking into consideration the main features of the different approaches, I chose the biosocial model for my own empirical research because of its complexity.

In the next subchapter, I presented those basic concepts which I used most frequently in the dissertation: health, illness and disease; impairment, disability and handicap; oppression; ableism and disableism. I would like to pick out two of these notions which I enhanced in my work. Firstly, I define disability as a situation in which the individual, living with impairment or some kind of bodily/mental differences, experiences disadvantage as a result of the interaction between her/his impaired body and the social environment, and this adverse situation is reflected by her/his identity or an official categorisation. Secondly, ableism refers to those ‘*ideas, practices, institutions and social relations that presume ablebodiedness, and by so doing, construct persons with disabilities as marginalised and largely invisible others*’

(CHOUINARD, V. 1997: 380). My contribution in this case is that I propose a term to replace the original English word in Hungarian language: *épségnormativitás*.

Regarding the second theoretical research question, it can be concluded that disability geography, although it is not a traditional branch of human geography, has been providing relevant data on the spatiality of impairments and chronic illnesses for decades. In addition, critical approach is relatively strong within disability geography nowadays. Since I adopted a critical standpoint for my research, I put greater emphasis on this approach within the review of disability geography literature (sub-chapters 3.1. and 3.2.). I divided this literature into two main parts: pre-critical and critical disability geography. The fundamental difference between these categories is the existence or lack of political activity inside and/or outside the academy. In pre-critical research disability is mainly defined according to the medical model and scholars do not intend to change the existing social relations, while representatives of critical geography aims at changing the status quo and the uneven power relations in research.

There are several similarities between pre-critical and critical disability geography in respect of research topics (third research question). The three main issues identified within the first group are the spatial distribution of impaired or chronically ill people (disease ecology); disabled people's spatial behaviour and their negotiations with the built environment in urban context; the spatiality of mental illnesses, psychiatric institutions and deinstitutionalisation. Such themes are also prevalent in critical disability geography. However, two differences should be mentioned: firstly, a shift in emphasis between the different topics and secondly, the influence of critical social theory on research. I discuss the main results of critical disability geography distinguishing five topics. The first one examines the factors and mechanisms behind the exclusion of disabled people from urban spaces and the oppressive, inaccessible character of the cities what IMRIE (1996) calls 'design apartheid'. The second topic is the socio-spatial production of disability in capitalist cities, based on the historical-materialist concept of GLEESON (1999). The last three topics include poststructuralist, psychoanalytic and feminist research on disability.

The *second main objective* of the thesis was to provide an example for such a research which had not been conducted in Hungary. Analysing the relevant literature, it can be stated that Hungarian human geographers have largely neglected disability. In fact, with the adaptation of social theories from international literature, and with the mediation of health geography, it appeared as a possible research topic. However, with the exception of some studies on epidemiology and health-care system, disability geography (especially critical research) is almost entirely absent from Hungarian human geography.

It was also a goal to shed light on the ableist elements of the Hungarian social space and my research brought the conclusion that this social space is ableist in several respects. It bears similarities to that of 'Western' countries but at the same time it has some peculiarities. The first research question concerned with the relationships between the regional patterns of disability and other social and economic phenomena. The results of statistical calculations are in concordance with past research on the spatial distribution of disabled people: this group is overrepresented in economically less

developed regions. This is underpinned by the linear correlation coefficients between the proportion of disabled people from total population and other variables. Moreover, some elements of this spatial pattern show a permanent character. For example, there is a significant resemblance between the locations of hot- (the proportion of disabled people from total population is high; e.g. in Békés County) and cold-spots (the proportion of disabled people is low; e.g. in the Budapest agglomeration) of disability in 2001 and 2011. Such findings point to the ableist character of the social space in Hungary which contributes significantly to the disadvantaged position of people with disabilities.

For the analysis of urban spaces, I employed GLEESON's (1999) model as a framework which, following LEFEBVRE's typology, embodies four key nodes of the 'social space of disability': the workplace, the institution, the home and the street. I considered necessary to modify the original model from several aspects. Firstly, Gleeson tailored his typology to the conditions of early capitalism and especially of the cities in commonwealth countries but today's urban areas have several new elements comparing to early capitalist cities (e.g. shopping malls as semi-public spaces and new nodes of consumption). Secondly, the different parts of social space often create overlapping and fluid abstract spaces without fixed boundaries. For instance, spaces of work can exist outside the workplace since people can do paid work also in the home or even on the street. Taking such factors into consideration, my analytical framework distinguishes the following spheres: spaces of paid work, institutional spaces, public and semi-public spaces, spaces of the home (or domestic environment).

The above mentioned spheres of social space in Hungary show notable similarity to the nodes in GLEESON's model. *Spaces of paid work* are the most important centrifugal nodes of social space. In the primary labour market, this character is mainly attributed to the physical and social structures of the workplace and the discriminative attitude towards people with impairments. Moreover, in Békés County, and particularly in rural areas, the marginal position of disabled people is exacerbated by the adverse economic situation of the region. Within the sphere of paid work, *sheltered workplaces* have a special status since they offer more favourable working conditions than those in the primary labour market. Evidence from interviews and secondary sources, however, suggests that spaces of sheltered employment are also in constant change due to processes at different scales. During my research, the importance of the following processes became evident: the global economic recession after 2008; changes in the allocation of financial resources from the national budget to sheltered workplaces; national and local party-political struggles, the strategies of local governments to decrease unemployment, the behaviour of companies involved in sheltered employment, or disabled people's survival strategies. It can be stated that several enterprises and institutions offering sheltered employment have been put under pressure because of increasing market competition and financial cut-backs. Adapting to the changing economic climate, several of these workplaces had to make more profit to make ends meet, and as a consequence they became more similar to those of the primary labour market, including ableist elements.

In contrast to spaces of paid work, the *institutional sphere* is a node of capitalist social space with very strong centripetal forces (see GLEESON, B. J. 1999). For example, it is common among the interview partners that they spend more time in spaces of health care. According to the respondents, however, in several institutions the physical layout does not fit to the bodily needs of an impaired person. In addition, the power relations between health care professionals and patients are unequal in institutional spaces. What makes institutions more important is that being spaces and places of categorisation they have a significant effect on impaired people's identity and life chances.

The importance of *public and semi-public spaces* for disabled people has increased notably since the change of regime in 1990. According to policy documents, the Hungarian central governments have made considerable efforts in the last two decades to make public spaces accessible for persons with impairments and to help their public participation. Nevertheless, as the interview partners revealed, public and semi-public spaces still incorporated several barriers. Besides physical layout, they emphasised inconveniences stem from interactions with other people. The course of public encounters is influenced by several factors, like the visibility of impairment or chronic illness, bodily behavioural forms, prejudices against disabled people, or the admission of impairment by the person and its recognition by the social environment.

Among the four sub-systems of the social space in Hungary, embodied by my analytical framework, spaces of *home* are the most controllable by disabled people. According to the interviews, however, this ability is hampered by the ableist structural elements and pieces of furniture, disabled people's scarce financial resources, and the shortcomings of governmental support system and regulation. As a consequence, for several interview partners, home is not a place of control and safety but a scene of dependence and incarceration.

With the next research question I was looking for an answer to what is the role of disability in the formulation of *personal and collective bodies and identities*. The interview partners construct very different identities related to their impaired or ill status. All respondents perceive themselves as impaired or ill, but they interpret this status differently. The healthy/ill dichotomy is important in their thinking, and their self-categorisation is influenced by the type of their own impairment and their relationships with civil organisations, like disability advocacy groups. In contrast to impairment, disability as a personal attribute is rejected by most of the interview partners. Probably the primary cause of this behaviour is the negative connotation of the term 'disability' which stems, at least in part, from the dominance of the medical model and the personal tragedy theory. Therefore, separation of identities like 'disabled' and 'impaired' can be relevant in research.

The features of the spheres of social space also have effects on identities. For example, meaningful activities in spaces of paid work can facilitate a high self-esteem, while exclusion from these spaces strengthens negative identities. Institutions also have significant impact on the identities of impaired people, through categorisation or doctor-patient interactions for example. As a result of the unequal power relations existing in

modern Western medicine, this impact often reinforces the ableist elements of an impaired person's identity.

In connection with life chances and spatial practices, I would like to emphasise the survival strategies and resistance of the interview partners. Among survival strategies, going through the process of medical categorisation ('leszállékolás') for state support has become a prevalent solution among chronically ill and impaired people in Hungary in the last two decades. According to my research, the spread of this strategy was facilitated by several factors, like the Hungarian population's general health condition, severe unemployment, exclusion from primary labour market, and the institutional sphere's supportive stance towards categorising people as impaired persons. Consequently, it is possible that these factors point to the existence of a special (post-socialist, Hungarian) type of the production of (the social space of) disability. With the strengthening of civil movements, disability politics is also intensifying in Hungary. Nevertheless, according to my research, in peripheral regions like Békés County socio-economic status can be a stronger motive than a collective disabled identity for mobilising impaired people. In addition, colonisation of disability advocacy movements by party-political interests can hamper collective actions of disabled people; it rather reinforces the ableist character of the social space.

Finally, my third – *political* – objective was to contribute to the change of the ableist social space and to the improvement of disabled people's life chances. It is probably impossible to fulfil this goal with one single dissertation. Therefore, the political objective of the research is rather a long-term research agenda. This agenda will be considered successful with the advent of a just society in which ableism is absent from the production of space. I hope that I can contribute to such changes by conducting critical geographical research on disability and disseminating the results.

Felhasznált irodalom

1. ABBERLEY, P. 1987: The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. – Disability, Handicap & Society, 2. 1. pp. 5-19.
2. ABBERLEY, P. 1991: Disabled People – Three Theories of Abnormality. – In: Occasional Papers in Sociology No. 10, Letöltve: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Abberley/th%20abnormality.pdf> (2012.11.16.).
3. ABBERLEY, P. 1999: The significance of work for the citizenship of disabled people. – Paper presented at University College Dublin, April 15th 1999, Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Abberley-sigofwork.pdf> (2012.11.16.).
4. ABLON, J. 2002: The nature of stigma and medical conditions. – Epilepsy & Behavior, 3. 6. S2-S9.
5. ALBRECHT, G. 2002: American Pragmatism, Sociology and the Development of Disability Studies. – Heilpädagogik online, 3. 3. pp. 22-50, Letöltve: http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik_online_0303.pdf (2013.02.02.).
6. ALBRECHT, G. L. – DEVLIEGER, P. J. 1999: The disability paradox: high quality of life against all odds. – Social Science & Medicine, 48. 8. pp. 977-988.
7. AMUNDSON, R. – TAIRA, G. 2005: Our Lives and Ideologies. The Effect of Life Experience on the Perceived Morality of the Policy of Physician-Assisted Suicide. – Journal of Disability Policy Studies, 16. 1. pp. 53-57.
8. ANDERSON, P. – KITCHIN, R. 2000: Disability, space and sexuality: access to family planning services. – Social Science & Medicine, 51. 8. pp. 1163-1173.
9. ANDORKA, R. 2006: Bevezetés a szociológiába. – Osiris, Budapest, p. 786.
10. ANSELIN, L. 1995: Local Indicators of Spatial Association-LISA. – Geographical Analysis, 27. 2. pp. 93-115.
11. BABBIE, E. 2001: A társadalomtudományi kutatás gyakorlata (6. kiadás). – Balassi Kiadó, Budapest, p. 744.
12. BAKKER, K. – BRIDGE, C. 2006: Material worlds? Resource geographies and the 'matter of nature'. – Progress in Human Geography 30. 1. pp. 5-27.
13. BÁNFALVY CS. 2010: „...a szociológiát nem a fogyatékosok művelik...” A fogyatékoság jelensége a szociológiában. – In: ZÁSZKALICKY P. – VERDES T. (szerk.): Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékoság jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban. ELTE Eötvös Kiadó–ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, pp. 285-306.
14. BÁNYAI B. – LÉGMÁN A. 2009: Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. – Esély, 21. 2. pp. 68-84.
15. BARNES, C. 1991: Disabled People in Britain and Discrimination: A case for anti-discrimination legislation. – C. Hurst & Co., London, p. 264.
16. 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_and_emp.pdf) (2012.11.17.).
17. BARNES, C. 1997: A Legacy of Oppression: A History of Disability in Western Culture. – In: BARTON, L. – OLIVER, M. J. (eds.): Disability Studies: Past Present and Future. The Disability Press, Leeds, pp. 3-24.
18. BARNES, C. 2000: A working social model? Disability, work and disability politics in the 21st century. – Critical Social Policy, 20. 4. pp. 441–457.

19. BARNES, C. 2009: Disability in a Majority World Context: A materialist account. – Penultimate draft of a paper to be presented at the Disability and Economy Conference. Manchester Metropolitan University, Manchester, 29th – 30th April 2009. Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Barnes-majority-world-2.pdf> (2010.11.14.).
20. BARNES, C. 2012: The Social Model of Disability: Valuable or Irrelevant? – In: WATSON, N. – ROULSTONE, A. – THOMAS, C. (eds.): The Routledge Handbook of Disability Studies. Routledge, London, pp. 12-29.
21. BARNES, C. – MERCER, G. 2004: Theorising and Researching Disability from a Social Model Perspective. – In: BARNES, C. – MERCER, G. (eds.): Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research. The Disability Press, Leeds, pp. 1-17.
22. BARNES, C. – OLIVER, M. J. 1993: Disability: A Sociological Phenomenon Ignored by Sociologists. – Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Barnes-soc-phenomenon.pdf> (2013.03.19.).
23. BARNETT, C. 1998: The cultural turn: fashion or progress in human geography? – *Antipode*, 30. 4. pp. 379-394.
24. BARNETT, C. 2009: Cultural turn. – In: GREGORY, D. – JOHNSTON, R. – PRATT, G. – WATTS, M. J. – WHATMORE, S. (eds.): The dictionary of human geography (5th ed.). Blackwell Publishing, Chichester. pp. 134-135.
25. BARTAKOVICS M. 2007: Település-egészségtan. – In: EMBER I. (szerk.): Népegészségügyi orvostan. Dialóg Campus, Pécs, pp. 478-486.
26. BEALE, L. – FIELD, K. – BRIGGS, D. – PICTON, P. – MATTHEWS, M. H. 2006: Mapping for Wheelchair Users: Route Navigation in Urban Spaces. – *The Cartographic Journal*, 43. 1. pp. 68-81.
27. BICKENBACH, J. E. – CHATTERJI, S. – BADLEY, E. M. – ÜSTÜN, T. B. 1999: Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. – *Social Science & Medicine*, 48. 9. pp. 1173-1187.
28. BLOMLEY, N. 2009: Critical human geography. – In: GREGORY, D. – JOHNSTON, R. – PRATT, G. – WATTS, M. J. – WHATMORE, S. (eds.): The dictionary of human geography (5th ed.). Blackwell Publishing, Chichester, pp. 123-124.
29. BONDI, L. 2009: Psychoanalytic theory. – In: GREGORY, D. – JOHNSTON, R. – PRATT, G. – WATTS, M. J. – WHATMORE, S. (eds.): The dictionary of human geography (5th ed.). Blackwell Publishing, Chichester, pp. 595-597.
30. BONDI, L. – DAVIDSON, J. – SMITH, M. 2005: Introduction: Geography's 'Emotional Turn'. – In: DAVIDSON, J. – SMITH, M. – BONDI, L. (eds.): *Emotional Geographies*. Ashgate, Hampshire (UK)–Burlington (USA), p. 1-16.
31. BOORSE, C. 1975: On the Distinction between Disease and Illness. – *Philosophy & Public Affairs*, 5. 1. pp. 49-68.
32. BOORSE, C. 1977: Health as a Theoretical Concept. – *Philosophy of Science*, 44. 4. pp. 542-573.
33. BOROS L. 2010: Posztstrukturális elméletek: kihívások és lehetőségek a településföldrajz számára. – In: CSAPÓ T. – KOCSIS ZS. (szerk.): *A településföldrajz aktuális kérdései*. Savaria University Press, Szombathely, pp. 392-405.
34. 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, pp. 115-137.

35. 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. pp. 219-232.
36. BRENNER, N. 1998: Global Cities, Glocal States: Global City Formation and State Territorial Restructuring in Contemporary Europe. – Review of International Political Economy, 5. 1. pp. 1-37.
37. BROMLEY, R. D. F. – MATTHEWS, D. L. – THOMAS, C. J. 2007: 'City centre accessibility for wheelchair users: The consumer perspective and the planning implications'. – Cities, 24. 3. pp. 229-241.
38. BUDA, B. 1989: A betegszerep és a betegviselkedés. – In: MOLNÁR L. (szerk.): Orvosi szociológia. Medicina, Budapest, pp. 87-107.
39. BUGARSZKI ZS. 2003: A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. – Esély, 15. 1. pp. 67-86.
40. BUGARSZKI ZS. 2011: Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. – Esély, 23. 2. pp. 55-85.
41. BUTCHER, S. – WILTON, R. D. 2008: Stuck in transition? Exploring the spaces of employment training for youth with intellectual disability. – Geoforum, 39. 2. pp. 1079–1092.
42. BUTLER, J. 1988: Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory. – Theatre Journal, 40. 4. pp. 519-531.
43. BUTLER, R. 1994: Geography and vision-impaired and blind populations. – Transactions of the Institute of British Geographers, N. S., 19. 3. pp. 366-368.
44. 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. pp. 411-433.
45. CALLARD, F. 2003: The taming of psychoanalysis in geography. – Social & Cultural Geography, 4. 3. pp. 295-312.
46. CAMPBELL, F. A. K. 2008a: Exploring internalized ableism using critical race theory. – Disability & Society, 23. 2. pp. 151–162.
47. CAMPBELL, F. A. K. 2008b: Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. – M/C Journal, 11. 3. Letöltve: <http://journal.media-culture.org.au/index.php/mcjournal/article/viewArticle/46> (2013.04.11.).
48. CASTRODALE, M. – CROOKS, V. A. 2010: The production of disability research in human geography: an introspective examination. – Disability & Society, 25. 1. pp. 89-102.
49. CHOUINARD, V. 1994: Reinventing Radical Geography: Is All That's Left Right? – Environment and Planning D: Society and Space, 12. 1. pp. 2-6.
50. CHOUINARD, V. 1997: Making Space for Disabling Differences: challenging ableist geographies (guest editorial essay). – Environment and Planning D: Society and Space, 15. 4. pp. 379-386.
51. CHOUINARD, V. 1999: Body politics: disabled women's activism in Canada and beyond. – In: BUTLER, R. – PARR, H. (eds.): Mind and Body Spaces: Geographies of Illness, Impairment and Disability. Routledge, London–New York, pp. 269-294.
52. 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, pp. 1-21.
53. CLARK, D. 2005: Urban World/Global City (2nd ed.). – Routledge, London–New York, p. 235.

54. CLEAR, M. – GLEESON, B. J. 2002: Disability and materialist embodiment. – *Journal of Australian Political Economy*, 49. 1. pp. 34-55.
55. CRENSHAW, K. 1989: Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. – Letöltve: http://www-polisci.tamu.edu/upload_images/4/Crenshaw-Demarginalizing.pdf (2013.04.11).
56. CRESSWELL, T. 1996: *In place/out of place: geography, ideology, and transgression.* – University of Minnesota Press, Minneapolis–London, p. 216.
57. CRESSWELL, T. 2009: Discourse. – In: KITCHIN, R. – THRIFT, N. (eds. in chief): *International encyclopedia of human geography* (vol. 3). Elsevier, Oxford, pp. 211-214.
58. CROOKS, V. A. 2004: Income Assistance (the ODSP) and Women with Disabilities in Ontario, Canada: Limited Program Information, Restrictive Incomes and the Impacts upon Socio-Spatial Life [Electronic version]. – *Disability Studies Quarterly*, 24. 3. pp. 1-9.
59. CROOKS, V. A. 2006: “I Go On The Internet; I Always, You Know, Check To See What’s New”: Chronically Ill Women’s Use of Online Health Information to Shape and Inform Doctor-Patient Interactions in the Space of Care Provision. – *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies*, 5. 1. pp. 50-69.
60. CROOKS, V. A. 2007: Exploring the altered daily geographies and lifeworlds of women living with fibromyalgia syndrome: A mixed-method approach. – *Social Science & Medicine*, 64. 3. pp. 577-588.
61. CROOKS, V. A. 2010: Women’s Changing Experiences of the Home and Life Inside it after Becoming Chronically Ill. – In: CHOUINARD, V. – HALL, E. – WILTON, R. D. (eds.): *Towards Enabling Geographies, 'Disabled Bodies and Minds in Society and Space.* Ashgate, Farnham–Burlington, pp. 45-61.
62. 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. pp. 345-352.
63. CROOKS, V. A. – DORN, M. L. – WILTON, R. D. 2008: Emerging scholarship in the geographies of disability. – *Health & Place*, 14. 4. pp. 883-888.
64. CURTIS, S. 2004: *Health and inequality: geographical perspectives.* – SAGE Publications, Los Angeles–London–New Delhi, p. 344.
65. CSITE A. – NAGY Z. É. – LUKSANDER A. – MEGYESI G. B. – NÉMETH O. – PRÓKAI O. – SÖRÉS A. 2012: A középületek utólagos akadálymentesítését szolgáló NSRK-fejlesztések értékelése. – Értékelési zárójelentés, HÉTFA Csoport–Revita Alapítvány, Letöltve: <http://hetfa.hu/2013/02/a-kozepuletek-utolagos-akadalymentesiteset-szolgalo-nsrk-fejlesztések-ertekelese/> (2014.08.27.).
66. CSITE A. – NÉMETH N. 2007: Az életminőség területi differenciái Magyarországon: a kistérségi szintű HDI becslési lehetőségei. – *Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek* 3. MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest, p. 69.
67. DAVIDSON, J. – PARR, H. 2010: Enabling Cultures of Dis/order Online. – In: CHOUINARD, V. – HALL, E. – WILTON, R. D. (eds.): *Towards Enabling Geographies. 'Disabled Bodies and Minds in Society and Space.* Ashgate, Farnham–Burlington, pp. 63-84.
68. 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, pp. 535-545.

69. DAVIS, L. J. 2010: The End of Identity Politics: On Disability as an Unstable Category. – In: DAVIS, L. J. (ed.): The disability studies reader (3rd ed.). – Routledge, New York–London, pp. 301-315.
70. 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. pp. 455-480.
71. DORN, M. – LAWS, G. 1994: Social Theory, Body Politics, and Medical Geography: Extending Kearns's Invitation. – *Professional Geographer*, 46. 1. pp. 106-110.
72. DREYFUS, H. L. – RABINOW, P. 1983: Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics (2nd ed.). – The University of Chicago Press, Chicago, p. 271.
73. DUBOW, J. 2009: Identity. – In: GREGORY, D. – JOHNSTON, R. – PRATT, G. – WATTS, M. J. – WHATMORE, S. (eds.): The Dictionary of Human Geography (5th ed.). Wiley-Blackwell, Chichester, pp. 364-366.
74. 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.).
75. DÜRKHEIM, É. 2001: A társadalmi munkamegosztásról. – Osiris, Budapest, p. 436.
76. DYCK, I. 1995: Hidden geographies: the changing lifeworlds of women with multiple sclerosis. – *Social Science and Medicine*, 40. 3. pp. 307-320.
77. DYCK, I. 1999: Body troubles: women, the workplace and negotiations of a disabled identity. – In: BUTLER, R. – PARR, H. (eds.): Mind and Body Spaces: Geographies of Illness, Impairment and Disability. Routledge, London–New York, pp. 117-134.
78. DYCK, I. 2003: Feminism and Health Geography: twin tracks or divergent agendas? – *Gender, Place & Culture*, 10. 4. pp. 361-368.
79. DYCK, I. – KONTOS, P. – ANGUS, J. – MCKEEVER, P. 2005: The home as a site for long-term care: meanings and management of bodies and spaces. – *Health & Place*, 11. 2. pp. 173-185.
80. EDWARDS, C. – IMRIE, R. 2003: Disability and Bodies as Bearers of Value. – *Sociology*, 37. 2. pp. 239-256.
81. EISENHAUER, J. 2007: Just looking and Staring Back: Challenging Ableism Through Disability Performance Art. – *Studies in Art Education*, 49. 1. pp. 7-22.
82. FABULA, SZ. 2011: Challenges for Hungarian Geography: Perspectives of 'Disability Studies' in Hungary. – *Forum Geografic*, 10. 2. pp. 235-243.
83. FABULA SZ. 2012: A szociális foglalkoztatók mint „terápiás helyek” kritikai vizsgálata. – In PÁL V. (szerk.): A társadalomföldrajz lokális és globális kérdései. SZTE TTK Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged, pp. 231-241.
84. FALUVÉGI A. 2004: A társadalmi-gazdasági jellemzők területi alakulása és várható hatásai az átmenet időszakában. – KTI Műhelytanulmányok MT-DP. 2004/5, Magyar Tudományos Akadémia Közgazdasági Kutatóközpont, Budapest, Letöltve: <http://econ.core.hu/doc/dp/dp/mtdp0405.pdf> (2014.08.07).
85. FICSORNÉ KURUNCZI M. 2009: Az intellektuális fogyatékossgal élő emberek mozgalmának hazai története. – In: HEGEDÜS L. – FICSORNÉ KURUNCZI M. – SZEPESSY JUDIK D. – PAJOR E. – KÖNCZEI GY.: A fogyatékossgügy hazai és nemzetközi története. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, pp. 34-66.
86. FINKELSTEIN, V. 1975a: Phase 2: Discovering the person in 'disability' and 'rehabilitation'. – *Magic Carpet* (New Year 1975), 27. 1. pp. 31-38.
87. FINKELSTEIN, V. 1975b: More on Phase 2. – *Magic Carpet* (Spring 1975), 27. 2. pp. 16-17.

88. FINKELSTEIN, V. 1980: Attitudes and disabled people. – World Rehabilitation Fund, Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-attitudes.pdf> (2013.02.19.).
89. FINKELSTEIN, V. 1993: The commonality of disability. – Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-Commonality-of-Disability.pdf> (2013.02.19.).
90. FINKELSTEIN, V. 1998: Emancipating disability studies. – Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-Emancipating-Disability-1a.pdf> (2013.02.19.).
91. FOUCAULT, M. 1980: Power/knowledge: selected interviews and other writings (ed. C. Gordon). – Pantheon Books, New York, p. 288.
92. FOUCAULT, M. 1990: Felügyelet és büntetés: a börtön története. – Gondolat, Budapest, p. 424.
93. FOUCAULT, M. 1996: A szexualitás története I. A tudás akarása. – Atlantisz, Budapest, p. 162.
94. FOUCAULT, M. 1997: Elmebetegség és pszichológia: a klinikai orvoslás születése. – Corvina, Budapest, p. 330.
95. FOUCAULT, M. 1999a: Space, power and knowledge. – In: DURING, S. (ed.): The Cultural Studies Reader (2nd ed.). Routledge, London–New York, pp. 134-141.
96. FOUCAULT, M. 1999b: A szexualitás története II. A gyönyörök gyakorlása. – Atlantisz, Budapest, p. 260.
97. FOUCAULT, M. 2001: A szexualitás története III. Törődés önmagunkkal. – Atlantisz, Budapest, p. 258.
98. FOUCAULT, M. 2004: A bolondság története a klasszicizmus korában. – Atlantisz, Budapest, p. 770.
99. FRASER, N. 1995: From Redistribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a 'Post-Socialist' Age. – New Left Review, 212. 1. pp. 68-93.
100. FRENCH, S. – SWAIN, J. 2004: Whose tragedy? Towards a personal non-tragedy view of disability. – In: SWAIN, J. – FRENCH, S. – BARNES, C. – THOMAS, C. (eds.): Disabling Barriers – Enabling Environments (2nd ed.). SAGE Publications, London, pp. 34-40.
101. FREUND, P. 2001: Bodies, Disability and Spaces: The social model and disabling spatial organisations. – Disability & Society, 16. 5. pp. 689-706.
102. FULLER, D. – KITCHIN, R. 2004: Radical theory/Critical praxis: Academic Geography Beyond the Academy? – In: FULLER, D. – KITCHIN, R. (eds.): Radical Theory/Critical Praxis. Making a Difference Beyond the Academy? Praxis (e)Press, Victoria, BC (Canada), pp. 1-20.
103. GALVIN, R. D. 2003: The Paradox of Disability Culture: the need to combine versus the imperative to let go. – Disability & Society, 18. 5. pp. 675–690.
104. GANT, R. 2002: Shopmobility at the millennium. 'Enabling' access in town centres. – Journal of Transport Geography, 10. 2. pp. 123-133.
105. GATHORNE-HARDY, F. 1999: Accomodating difference: social justice, disability and the design of affordable housing. – In: BUTLER, R. – PARR, H. (eds.): Mind and Body Spaces: Geographies of Illness, Impairment and Disability. Routledge, London–New York, pp. 240-255.
106. GATRELL, A. C. – ELLIOTT, S. J. 2009: Geographies of Health (2nd ed.). – Wiley-Blackwell, London, p. 304.
107. GESLER, W. M. 1992: Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. – Social Science & Medicine, 34. 7. pp. 735–746.

108. GESLER, W. M. 2005: Therapeutic landscapes: An evolving theme. Editorial. – *Health & Place* 11. 4. pp. 295–297.
109. GESLER, W. M. 2009: Therapeutic landscapes. – In: KITCHIN, R. – THRIFT, N. (eds. in chief): *International encyclopedia of human geography* (vol. 11.). Elsevier, Oxford, pp. 229–230.
110. GIBSON, B. E. – SECKER, B. – ROLFE, D. – WAGNER, F. – PARKE, B. – MISTRY, B. 2012: Disability and dignity-enabling home environments. – *Social Science & Medicine*, 74. 2. pp. 211–219.
111. GIDDENS, A. 2008: *Szociológia*. – Osiris Kiadó, Budapest, p. 833.
112. GIGGS, J. A. 1973: The Distribution of Schizophrenics in Nottingham. – *Transactions of the Institute of British Geographers*, 59. 2. pp. 55–76.
113. GIGGS, J. A. 1975: The Distribution of Schizophrenics in Nottingham: A Reply. – *Transactions of the Institute of British Geographers*, 64. 1. pp. 150–156.
114. GIGGS, J. A. 1986: Mental disorders and ecological structure in Nottingham. – *Social Science & Medicine*, 23. 10. pp. 945–961.
115. 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. pp. 271–282.
116. GLEESON, B. J. 1996: 'A geography for disabled people?' – *Transactions of the Institute of British Geographers*, N. S., 21. 2. pp. 388–396.
117. GLEESON, B. J. 1997: Disability Studies: A historical materialist view. – *Disability & Society*, 12. 2. pp. 179–202.
118. GLEESON, B. J. 1998: Justice and the Disabling City. – In: FINCHER, R. – JACOBS, J. M. (eds.): *Cities of Difference*. The Guilford Press, New York, pp. 89–119.
119. GLEESON, B. J. 1999a: *Geographies of Disability*. – Routledge, London, p. 272.
120. GLEESON, B. J. 1999b: Can technology overcome the disabling city? – In: BUTLER, R. – PARR, H. (eds.): *Mind and body spaces. Geographies of illness, impairment and disability*. Routledge, London–New York, pp. 98–118.
121. GLEESON, B. J. 2001a: Disability and the Open City. – *Urban Studies*, 38. 2. pp. 251–265.
122. GLEESON, B. J. 2001b: Domestic space and disability in nineteenth-century Melbourne. Australia. – *Journal of Historical Geography*, 27. 2. pp. 223–240.
123. GOFFMAN, E. 1981: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. – *Gondolat*, Budapest, p. 787.
124. GOFFMAN, E. 2000: Az én bemutatása a mindennapi életben. – *Thalassa Alapítvány*, Budapest, p. 222.
125. GOLLEDGE, R. G. 1993: Geography and the disabled: a survey with special reference to vision impaired and blind populations. – *Transactions of the Institute of British Geographers*, 18. 1. pp. 63–85.
126. GOLLEDGE, R. G. – LOOMIS, J. M. – KLATZKY, R. L. – FLURY, A. – YANG, X. L. 1991: Designing a personal guidance system to aid navigation without sight: progress on the GIS component. – *International Journal of Geographical Information Systems*, 5. 4. pp. 373–395.
127. GOLLEDGE, R. G. – MARSTON, J. R. 1999: Towards an Accessible City: Removing Functional Barriers to Independent Travel for Blind and Vision Impaired Residents and Visitors. – California PATH Research Report, UCB-ITS-PRR-99-33, UC, Institute of Transportation Studies, Berkeley, CA.

128. GOLLEDGE, R. G. – MARSTON, J. R. – COSTANZO, C. M. 1997: Attitudes of Visually Impaired Persons Toward the Use of Public Transportation. – *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91. 5. pp. 446-459.
129. GOLLEDGE, R. G. – PARNICKY, J. J. – RAYNER, J. N. 1979: An experimental design for assessing the spatial competence of mildly retarded populations. – *Social Science & Medicine*, 13D 4. pp. 291-295.
130. GROSZ, E. 1994: Volatile bodies: toward a corporeal feminism. – *Indiana University Press*, Indianapolis, p. 250.
131. GROSZ, E. 1995: Space, time and perversion: essays on the politics of bodies. – *Routledge*, New York–London, p. 288.
132. GUNDER, M. 2010: Planning as the ideology of (neoliberal) space. – *Planning Theory*, 9. 4. pp. 298–314.
133. GYAPAY B. 2012: Változó terek – A társadalomföldrajz változó térszemlélete. – *Tér és Társadalom*, 26. 2. pp. 128-133.
134. 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*, p. 82.
135. HAHN, H. 1985: Towards a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies. – Letöltve: <http://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html> (2013.03.19.).
136. HAHN, H. 1986: Disability and the urban environment: a perspective on Los Angeles. – *Environment and Planning D: Society and Space*, 4. 3. pp. 273-288.
137. HAHN, H. 1994: The minority group model of disability: implications for medical sociology. – *Research in Sociology of Health Care*, 11. 1. pp. 3-24.
138. HAHN, H. 2003: Environmental Barriers and the Use of Health Care Facilities by Adults with Physical Disabilities. – *Disability Studies Quarterly*, 23. 1. pp. 75-95.
139. HAHN, H. – BELT, T. L. 2004: Disability Identity and Attitudes Toward Cure in a Sample of Disabled Activists. – *Journal of Health and Social Behavior*, 45. 4. pp. 453-464.
140. HAIDEGGER M. – KOZICZ Á. 2013: A fogyatékossgal élő személyek képzése az ombudsmani vizsgálatok tükrében. – *Esély*, 25. 1. pp. 120-124.
141. HALL, E. 1999: Refiguring the disability-employment debate. – In: BUTLER, R. – PARR, H. (eds.): *Mind and Body Spaces: geographies of illness, impairment and disability*. *Routledge*, London–New York, pp. 138-154.
142. HALL, E. – KEARNS, R. 2001: Making space for the ‘intellectual’ in geographies of disability. – *Health & Place*, 7. 3. pp. 237–246.
143. HALMOS SZ. 2009: Fizikai akadálymentesítés a munka világában. – *Esély*, 20. 2. pp. 17-45.
144. HANSEN, N. – PHILO, C. 2007: The normality of doing things differently: bodies, spaces and disability geography. – *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 98. 4. pp. 493–506.
145. HANSON, N. 2002: On Approval: The Geography of Disabled Women and Work. – Paper given at the New Directions in Disability seminar series. Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Hanson-On-Approval.pdf> (2013.10.17.).
146. HARANGOZÓ J. – TRINGER L. – GORDOS E. – KRISTÓF R. – WERNIG R. – SLEZÁK A. – LÖRINTZ ZS. – VARGA A. – BULYÁKI T. 2001: Paradigmaváltás a pszichiátriában.

- *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat*, 11. 8-9. Letöltve: <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0108/9.htm> (2013.10.15.).
147. HARAWAY, D. 1988: Situated Knowledges: the Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. – *Feminist Studies*, 14. 3. pp. 575-599.
 148. HARAWAY, D. 1991: *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature.* – Routledge, New York, p. 312.
 149. HARVEY, D. 1972: Revolutionary and Counter Revolutionary Theory in Geography and the Problem of Ghetto Formation. – *Antipode*, 4. 2. pp. 1-13.
 150. HARVEY, D. 1973: *Social Justice and the City.* – Blackwell Publishers, Oxford, p. 356.
 151. HARVEY, D. 1990: Between Space and Time: Reflections on the Geographical Imagination. – *Annals of the Association of American Geographers*, 80. 3. pp. 418-434.
 152. HARVEY, D. 1996: *Justice, Nature and the Geography of Difference.* – Wiley-Blackwell, Cambridge–Oxford, p. 480.
 153. HEGEDÜS L. 2009: Velünk élő történelem, avagy egy érdekérvényesítő polgári jogi mozgalom mindennapjai. – In: HEGEDÜS L. – FICSORNÉ KURUNCZI M. – SZEPESY-NÉ JUDIK D. – PAJOR E. – KÖNCZEI GY.: *A fogyatékosügy hazai és nemzetközi története.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, pp. 135-175.
 154. HEHIR, T. 2002: Eliminating Ableism in Education. – *Harvard Educational Review*, 72. 1. pp. 1-32.
 155. HEHIR, T. 2007: Confronting Ableism. – *Educational Leadership*, 64. 5. pp. 8-14.
 156. HELTAI E. – TARJÁNYI J. 2005: A mélyinterjú készítése – és az elkövethető hibák forrásai. – In: LETENYEI L. (szerk.): *Településkutatás. L'Harmattan–Ráció Kiadó, Budapest, Letöltve: <http://tettconsult.eu/books/TelkutHTML/szovgyujtpdf/11-tarjanyi.pdf>* (2012.10.27.).
 157. HÉRA G. – LIGETI GY. 2005: *Módszertan. A társadalmi jelenségek kutatása.* – Osiris Kiadó, Budapest, p. 372.
 158. HERBERT, S. 2010: Contemporary geographies of exclusion III: To assist or punish? – *Progress in Human Geography*, 35. 2. pp. 256–263.
 159. HINE, J. – MITCHELL, F. 2001: Better for Everyone? Travel Experiences and Transport Exclusion. – *Urban Studies*, 38. 2. pp. 319-332.
 160. HOLLOWAY, S. L. 2005: Articulating Otherness? White rural residents talk about Gypsy-Travellers. – *Transactions of the Institute of British Geographers*, 30. 3. pp. 351–367.
 161. HUGG, L. 1979: A map comparison of work disability and poverty status in the United States. – *Social Science & Medicine*, 13D 4. pp. 237-240.
 162. HUNT, P. 1966: A critical condition. – In: HUNT, P. (ed.): *Stigma: The Experience of Disability.* Geoffrey Chapman, London, pp. 143-159.
 163. HUNTER, J. M. 1992: Elephantiasis: a disease of development in North East Ghana. – *Social Science & Medicine*, 35. 5. pp. 627-649.
 164. IMRIE, R. 1996a: *Disability and the City: International Perspectives.* – Paul Chapman, London, p. 208.
 165. IMRIE, R. 1996b: Ableist geographies, disableist spaces: towards a reconstruction of Gollledge's 'Geography and the disabled'. – *Transactions of the Institute of British Geographers*, N. S., 21. 2. pp. 397-403.
 166. IMRIE, R. 1998: Oppression, Disability and Access in the Built Environment. – In: SHAKESPEARE, T. (ed.), *The Disability Reader: Social Science Perspectives.* Cassel, London, pp. 129-146.

- 167.IMRIE, R. 1999: The body, disability and Le Corbusier's conception of radiant environment. – In: BUTLER, R. – PARR, H. (eds.): *Mind and Body Spaces: geographies of illness, impairment and disability*. Routledge, London–New York, pp. 25-45.
- 168.IMRIE, R. 2001: *Barrierred and Bounded Places and the Spatialities of Disability*. – *Urban Studies*, 38. 2. pp. 231–237.
- 169.IMRIE, R. 2003: *Housing Quality and the Provision of Accessible Homes*. – *Housing Studies*, 18. 3. pp. 387-408.
- 170.IMRIE, R. 2004: *Demystifying disability. a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health*. – *Sociology of Health & Illness*, 26. 3. pp. 1–19.
- 171.IMRIE, R. 2006: *Independent lives and the relevance of lifetime homes*. – *Disability & Society*, 21. 4. pp. 359-374.
- 172.IMRIE, R. 2010: *Disability, Embodiment and the Meaning of the Home*. – In: CHOUINARD, V. – HALL, E. – WILTON, R. D. (eds.): *Towards Enalbing Geographies. 'Disabled Bodies and Minds in Society and Space*. Ashgate, Farnham–Burlington, pp. 23-44.
- 173.IMRIE, R. – EDWARDS, C. 2007: *The Geographies of Disability: Reflections on the Development of a Sub-Discipline*. – *Geography Compass*, 1. 3. pp. 623-640.
- 174.IMRIE, R. – HALL, P. 2001: *An Exploration of Disability and the Development Process*. – *Urban Studies*, 38. 2. pp. 333–350.
- 175.IMRIE, R. – KUMAR, M. 1998: *Focusing on Disability and Access in the Built Environment*. – *Disability & Society*, 13. 3. pp. 357-374.
- 176.JACOBSON, R. D. 1994: *Navigation for the visually impaired: Going beyond tactile cartography*. – *Swansea Geographer*, 31. 1. pp. 53-59.
- 177.JACOBSON, R. D. 1996: *Talking tactile maps and environmental audio beacons: An orientation and mobility development tool for visually impaired people*. – *Proceedings of the ICA Commission on maps and graphics for blind and visually impaired people*, 21-25 October, 1996, Ljubjiana, Slovenia, Letöltve: <http://www.immerse.ucalgary.ca/publications/llub1.pdf> (2013.04.05.).
- 178.JACOBSON, R. D. 1998: *Cognitive mapping without sight: four preliminary studies of spatial learning*. – *Journal of Environmental Psychology*, 18. 3. pp. 289-305.
- 179.JACOBSON, R. D. 2006: *Disability, geography of*. – In: WARF, B. (ed.): *Encyclopedia of human geography*. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA (USA)–London–New Delhi, pp. 109-111.
- 180.JACOBSON, R. D. – KITCHIN, R. M. 1995: *Assessing the configurational knowledge of people with visual impairments or blindness*. – *Swansea Geographer*, 32. 1. pp. 14-24.
- 181.JACOBSON, R. D. – KITCHIN, R. M. 1997: *GIS and people with visual impairments or blindness: Exploring the potential for education, orientation, and navigation*. – *Transactions in Geographic Information Systems*, 2. 4. pp. 315-332.
- 182.JOHNSTON, M. 1997: *Integrating models of disability: a reply to Shakespeare and Watson*. – In: BARTON, L. – OLIVER, M. J. (eds.): *Disability Studies: Past Present and Future*. The Disability Press, Leeds, pp. 281-287.
- 183.JOHNSTON, R. J. 2010: *Human Geography*. – In: BACKHOUSE, R. – FONTAINE, P. (eds.): *The History of the Social Sciences since 1945*. Cambridge University Press, Cambridge, p. 272.
- 184.JOSEPH, A. E. – HALL, G. B. 1985: *The locational concentration of group homes in Toronto*. – *Professional Geographer*, 37. 2. pp. 143-155.

185. JUN, H. 2010: Social Justice, Multicultural Counseling, and Practice: Beyond a Conventional Approach. – SAGE Publications, Los Angeles–London–New Delhi–Singapore–Washington D.C., p. 488.
186. 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.).
187. KEARNS, R. – MOON, G. 2002: From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. – Progress in Human Geography, 26. 5. pp. 605–625.
188. KINGSBURY, P. T. 2006: Psychoanalysis, Geography and. – In: WARF, B. (ed.), Encyclopedia of Human Geography. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA (USA)–London–New Delhi, pp. 387–388.
189. KINGSBURY, P. T. 2009: Psychoanalytic Theory/Psychoanalytic Geographies. – In KITCHIN, R. – THRIFT, N. (eds. in chief): International encyclopedia of human geography (vol. 8.). Elsevier, Oxford, pp. 487–494.
190. KIRBY, A. M. – BOWLBY, S. R. – SWANN, R. 1983: Mobility problems of the disabled. – Cities, 1. 2. pp. 117–119.
191. KISS J. 1998: Az ágazati gazdaság szerkezet szerepe a regionális differenciálódásban Magyarországon. – Tér és Társadalom, 12. 1-2. pp. 138–162.
192. KITCHIN, R. 1998: 'Out of Place', 'Knowing One's Place': Space, power and the exclusion of disabled people. – Disability & Society, 13. 3. pp. 343–356.
193. KITCHIN, R. M. – BLADES, M. – GOLLEDGE, R. G. 1997: Understanding spatial concepts at the geographic scale without the use of vision. – Progress in Human Geography, 21. 2. pp. 225–242.
194. KITCHIN, R. – LAW, R. 2001: The Socio-spatial Construction of (In)accessible Public Toilets. – Urban Studies, 38. 2. pp. 287–298.
195. KNOX, P. 1987: The Social Production of the Built Environment: Architects, Architecture and the Post-Modern City. – Progress in Human Geography, 11. 3. pp. 354–377.
196. KNOX, P. – PINCH, S. 2010: Urban Social Geography. An Introduction (6th ed.). – Routledge, London, p. 392.
197. KOBAYASHI, A. 2009: Identity politics. – In: KITCHIN, R. – THRIFT, N. (eds. in chief): International encyclopedia of human geography (vol. 5). Elsevier, Oxford, pp. 282–286.
198. KOGON M. 1991: A csökkent mozgásképességű emberek és foglalkoztatási rehabilitációjuk. – Esély, 3. 5. pp. 63–71.
199. KOVÁCS. É. 2007: Interjú módszerek és technikák. – In: KOVÁCS É. (szerk.): Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet. Néprajzi Múzeum–PTE-BTK Kommunikáció- és Médiatudományi Tanszék, Budapest–Pécs, pp. 269–277.
200. KOVÁCS, Z. 2004: Socio-economic transition and regional differentiation in Hungary. – Hungarian Geographical Bulletin, 53. 1-2. pp. 33–49.
201. KOZICZ, Á. – OTTOK, V. 2013: A fogyatékossgal élő személyek munkakörülményei – az ombudsmani vizsgálatok tükrében. – Esély, 25. 1. pp. 125–131.
202. KOVÁTS A. – TAUSZ K. 1997: Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről. – Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, p. 98.
203. KÖNCZEI GY. – HERNÁDI I. 2011: A fogyatékossgtudomány főfogalma és annak változásai hipotetikus kísérleti rekonstrukcióra. – In: NAGY Z. É. (szerk.): Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon.

- Kutatási eredmények a TÁMOP 5.4.1 projekt kutatási pillérében. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, pp. 7-28.
- 204.KRAJKÓ GY. (1982). A gazdasági körzet fontosabb vonásai. Területi Kutatások 5, Budapest, FKI.
 - 205.KRUSE, J. 2001: Activity Spaces of Dwarfs: Research via the Internet. – The Geographical Bulletin, 43. 1. pp. 7-15.
 - 206.KRUSE, J. 2003: Narrating intersections of gender and dwarfism in everyday spaces. – The Canadian Geographer / Le Géographe canadien, 47. 4. pp. 494–508.
 - 207.KRUSE, J. 2010: Placing Little People: Dwarfism and the Geographies of Everyday Life. – In: CHOUINARD, V. – HALL, E. – WILTON, R. D. (eds.): Towards Enabling Geographies. 'Disabled Bodies and Minds in Society and Space. Ashgate, Farnham–Burlington, pp. 183-198.
 - 208.KULLMANN L. – KUN H. 2010: „...el kell-e felejtenünk az orvosi modellt...? A fogyatékoság jelensége az orvostudományban. – In: ZÁSZKALICZKY P. – VERDES T. (szerk.): Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékoság jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban (2. kiad.). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar; ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 67-90.
 - 209.LANG, R. 2001: The development and critique of the social model of disability. – Unpublished Working Paper, Overseas Development Group, Letöltve: http://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/lccstaff/raymond-lang/DEVELOPMENT_AND_CRITIQUE_OF_THE_SOCIAL_MODEL_OF_D.pdf (2013.03.19.).
 - 210.LANGTREE, I. 2010: Definitions of the Models of Disability. – Letöltve: <http://www.disabled-world.com/definitions/disability-models.php> (2013.03.19.).
 - 211.LÁSZLÓ K. 2006: Az orvos-beteg kapcsolat szociológiai megközelítése. – In: SZÁNTÓ Zs. – SUSÁNSZKY É. (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 117-128.
 - 212.LAWS, G. 1994: Oppression, knowledge and the built environment. – Political Geography, 13. 1, pp. 7-32.
 - 213.LEFEBVRE, H. 1991: The production of space. – Basil Blackwell, Oxford, 464.
 - 214.LETENYEI 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.).
 - 215.LEVI, S. J. 2006: Ableism. – In: ALBRECHT, G. L. (ed.): Encyclopedia of disability. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 1-4.
 - 216.LINTON, S. 1998: Disability Studies/Not Disability Studies. – Disability & Society, 13. 4. pp. 525-540.
 - 217.LITVA, A. – EYLES, J. 1995: Coming out: exposing in medical geography. – Health & Place, 1. 1. pp. 5-14.
 - 218.LIVINGSTON, K. 2000: When Architecture Disables: Teaching Undergraduates to Perceive Ableism in the Built Environment. – Teaching Sociology, 28. 3. pp. 182-191.
 - 219.LONGHURST, R. 1997: (Dis)embodied geographies. – Progress in Human Geography, 21. 4. pp. 486-501.
 - 220.LORIMER, H. 2005: Cultural geography: the business of being 'more-than-representational'. – Progress in Human Geography, 29. 1. pp. 83–94.
 - 221.LOVETT, A. A. – GATRELL, A. C. 1988: The geography of spina bifida in England and Wales. – Transactions of the Institute of British Geographers, 13. 3. pp. 288-302.

222. LYOTARD, J-F. 1999: Defining the Postmodern. – In: DURING, S. (ed.): The Cultural Studies Reader (2nd ed.). Routledge, London–New York, pp. 142-145.
223. MALINOWSKI, B. 2000: A funkcionális elmélet. – In: FELKAI G. – NÉMEDI D. – SOMLAI P. (szerk.): Olvasókönyv a szociológia történetéhez: Szociológiai irányzatok a XX. században. Új Mandátum, Budapest, pp. 14-27.
224. MANSELL, J. – KNAPP, M. – BEADLE-BROWN, J. – BEECHAM, J. 2007: Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report. – Tizard Centre, University of Kent, Canterbury.
225. MARX, K. 1867 [1955]: A tőke: a politikai gazdaságtan bírálata. – Szikra, Budapest, p. 824.
226. MARX, K – ENGELS, F. 1848: A kommunista párt kiáltványa. – Letöltve: <http://www.marxists.org/magyar/archive/marx/1848/communist-manifesto/> (2013.03.19.).
227. MASSEY, D. 1994: Space, Place and Gender. – University of Minnesota Press, Minneapolis, p. 288.
228. MATTHEWS, H. – BEALE, L. – PICTON, P. – BRIGGS, D. 2003: Modelling Access with GIS in Urban Systems (MAGUS): capturing the experiences of wheelchair users. – Area, 35. 1. pp. 34-45.
229. MATTHEWS, M. H. – VUJAKOVIC, P. 1995: Private worlds and public spaces: mapping the environmental values of wheelchair users. – Environment and Planning A, 27. 7. pp. 1069-1083.
230. MAYER, J. D. 1981: Geographical Clues about Multiple Sclerosis. – Annals of the Association of American Geographers, 71. 1. pp. 28-39.
231. MCCORMACK, C. – COLLINS, B. 2012: The affirmative model of disability: a means to include disability orientation in occupational therapy? – British Journal of Occupational Therapy, 75. 3. pp. 156-158.
232. MCCOY, J. L. – DAVIS, M. – HUDSON, R. E. 1994: Geographic Patterns of Disability in the United States. – Social Security Bulletin, 57. 1. pp. 25-36.
233. MEAD, G. H. 1973: A pszichikum, az én és a társadalom. – Gondolat, Budapest, p. 535.
234. MEADE, M. S. – EARICKSON, R. J. 2000: Medical geography (2nd ed.). – The Guilford Press, New York, p. 501.
235. MEEKOSHA, H. 2005: A feminist/gendered critique of the intersections of race and disability: the Australian experience. – Letöltve: <http://www.wwda.org.au/vancouver1.pdf> (2013.04.11.).
236. MERRIAM-WEBSTER'S ONLINE DICTIONARY é.n.: Ableism – Letöltve: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/ableism> (2013.03.19.)
237. MERTON, R. K. 2002: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. – Osiris, Budapest, p. 729.
238. MESTERHÁZI Zs. 2010: „...a mélyben folyamatosan ugyanaz a bűvópatak táplálta...” A gyógypedagógia elméletképzésének főbb irányai. – In: ZÁSZKALICZKY P. – VERDES T. (szerk.): Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékoság jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban (2. kiad.). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar; ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 17-65.
239. MÉSZÁROS Z. – VÁRHALMI Z. 2011: A munkaadók gyakorlata a diverzitás kezelésében és a roma alkalmazottakat érintő munkáltatói attitűdök. – Esély, 23. 2. pp. 28-54.
240. MILBURN, K. 1995: Never mind the quantity, investigate the depth! – British Food Journal, 97. 7. pp. 36-38.

241. MILLS, S. 2007: Geography, Gender and Power. – In: CRAMPTON, J. W. – ELDEN, S. (eds.): Space, Knowledge and Power: Foucault and Geography. Ashgate, Aldershot–Burlington, pp. 49-51.
242. MITCHELL, J. C. 1983: Case and situation analysis. – The Sociological Review, 31. 2. pp. 187-211.
243. MOSS, P. 1997: Negotiating Spaces in Home Environments: Older Women Living with Arthritis. – Social Science and Medicine, 45. 1. pp. 23-33.
244. MOSS, P. – DYCK, I. 1996: Inquiry into environment and body: women, work, and chronic illness. – Environment and Planning D: Society and Space, 14. 6. pp. 737-753.
245. 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, pp. 58-73.
246. NAGY E. – BOROS L. 2010: A kulturális fordulat és hatása a gazdaságföldrajzban. – In: MÉSZÁROS R. – BOROS L. – NAGY E. – NAGY G. – PÁL V.: A globális gazdaság földrajzi dimenziói. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 57-84.
247. NAGY G. 2007: Divergencia vagy konvergencia – az átmenet gazdasági térfolyamatainak mérlege földrajzos szemmel. – Tér és Társadalom, 21. 1. pp. 35-51.
248. NEMES NAGY J. 1998: A tér a társadalomkutatásban. – Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest, Letöltve: http://geogr.elte.hu/REF/REF_Kiadvanyok/Ter_a_tarskutban/A_Ter_a_tarsadalom_kutatasban_NNJ.htm (2014.03.20.).
249. NEMES NAGY J. 2009: Terek, helyek, régiók. – Akadémiai Kiadó, Budapest, p. 356.
250. NIKORA, L. W. – KARAPU, R. – HICKEY, H. – AWEKOTUKU, 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.).
251. OBLATH M. 2007: A fókuszcsoporthoz. – In: KOVÁCS É. (szerk.): Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet. Néprajzi Múzeum–PTE-BTK Kommunikáció- és Médiatudományi Tanszék, Budapest–Pécs, pp. 278-295.
252. OLIVER, M. J. 1986: Social Policy and Disability: some theoretical issues. – Disability, Handicap & Society, 1. 1. pp. 5-17.
253. OLIVER, M. J. 1989: Disability and Dependency: A Creation of Industrial Societies? – In: BARTON, L. (ed.): Disability and Dependency. – The Falmer Press, London–New York, pp. 6-22.
254. OLIVER, M. J. 1990a: 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.).
255. OLIVER, M. J. 1990b: The Politics of Disablement: A Sociological Approach. – Palgrave Macmillan, Basingstoke–London, p. 152.
256. 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.).
257. OLIVER, M. J. 2004: The Social Model in Action: if I had a hammer. – In: BARNES, C. – MERCER, G. (eds.): Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research. The Disability Press, Leeds, pp. 18-31.

- 258.O'REILLY, A. 2007: The right to decent work of persons with disabilities. – International Labour Office, Geneva, p. 149.
- 259.oxford online dictionaries é.n.: Ableism – Letöltve: <http://oxforddictionaries.com/definition/english/ableism?q=ableism> (2013.03.19.).
- 260.PAINTER, J. 2000: Critical human geography. – In: JOHNSTON, R. J. – GREGORY, D. – PRATT, G. – WATTS, M. (eds.): Dictionary of human geography. Wiley–Blackwell, Oxford–Malden, MA (USA), pp. 126-128.
- 261.PÁL V. 2005: Fogalmi kérdések, történeti csomópontok, kutatási irányzatok az egészségföldrajzban. – Földrajzi Értesítő, 53. 3-4. pp. 435-453.
- 262.PÁL V. 2006: Az egészségföldrajz a magyar társadalomföldrajzban: elméleti megközelítés és esettanulmányok. – Doktori (Ph.D.) értekezés. Pécsi Tudományegyetem Természettudományi Kar, Földrajzi Intézet, Földtudományok Doktori Iskola, Pécs.
- 263.PÁL V. 2007: The geography of health in the Hungarian human geography. – In: KOVÁCS, Cs. (ed.), From villages to cyberspace: in commemoration of the 65th birthday of Rezső Mészáros, Academician. Department of Economic and Human Geography, Szeged, pp. 417-425.
- 264.PÁL V. – TÓTH J. 2007: Egészségföldrajz. – In: EMBER I. (szerk.): Népegészségügyi orvostan. Dialóg Campus, Pécs, pp. 123-134.
- 265.PARK, D. C. – RADFORD, J. P. – VICKERS, M. H. 1998: Disability studies in human geography. – Progress in Human Geography, 22. 2. pp. 208-233.
- 266.PARR, H. 2002: Medical geography: diagnosing the body in medical and health geography, 1999-2000. – Progress in Human Geography, 26. 2. pp. 240–251.
- 267.PARR, H. – BUTLER, R. 1999: New geographies of illness, impairment and disability. – In: BUTLER, R. – PARR, H. (eds.): Mind and Body Spaces: Geographies of Illness, Impairment and Disability. Routledge, London–New York, pp. 1-24.
- 268.PARSONS, T. 1951: Illness and the role of the physician: a sociological perspective. – American Journal of Orthopsychiatry, 21. 3. pp. 452–460.
- 269.PARSONS, T. 1975: The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. – The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 53. 3. pp. 257-278.
- 270.PARSONS, T. 1985: A cselekvés elmélete. – In: RÉNYI Á. (szerk.): Válogatás Talcott Parsons cselekvéselméleti írásaiból. Szociológiai Füzetek 38, Művelődésügyi Minisztérium Marxizmus-Leninizmus Oktatási Főosztálya, Budapest, pp. 17-38.
- 271.PARSONS, T. 2000: A modern társadalmak rendszere. – In: FELKAI G. – NÉMEDI D. – SOMLAI P. (szerk.): Olvasókönyv a szociológia történetéhez: Szociológiai irányzatok a XX. században. Új Mandátum, Budapest, pp. 40-61.
- 272.PARSONS, T. – SHILS, E. A. 1988: Értékek, motívumok és cselekvésrendszerek. A társadalmi rendszer. – In: NÉMEDI D. (szerk.): A társadalmi rendszerről: válogatás. Szociológiai Füzetek 45, ELTE Szociológiai-Szociálpolitikai Intézet és Továbbképző Központ, Budapest, pp. 5-25.
- 273.PEET, R. 2006: Modern Geographical Thought. – Wiley–Blackwell, Oxford, p. 342.
- 274.PERKINS, C. 2002: Cartography: progress in tactile mapping. – Progress in Human Geography, 26. 4. pp. 521–530.
- 275.PETRÁS E. 2006: A homokhátsági tanyák népesedési adatai és társadalmának néhány jellemzője. – A Falu, 21. 2. pp. 63-70.
- 276.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, pp. 164-165.
- 277.PHILO, C. – PARR, H. 2000: Institutional geographies: introductory remarks. – Geoforum, 31. 4. pp. 513-521.

278. PHILO, C. – PARR, H. 2003: Introducing psychoanalytic geographies. – *Social & Cultural Geography*, 4. 3. pp. 283-293.
279. PHILO, C. – PARR, H. – BURNS, N. 2005: ‘‘An oasis for us’’: ‘in-between’ spaces of training for people with mental health problems in the Scottish Highlands. – *Geoforum*, 36. 6. pp. 778-791.
280. PHILO, C. – WOLCH, J. 2001: The ‘three waves’ of research in mental health geography: a review and critical commentary. – *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10. 4. pp. 230-244.
281. PILE, S. 1993: Human Agency and Human Geography Revisited: A Critique of ‘New Models’ of the Self. – *Transactions of the Institute of British Geographers*, 18. 1. pp. 122-139.
282. PINDER, R. 1995: Bringing back the body without the blame?: the experience of ill and disabled people at work. – *Sociology of Health & Illness*, 17. 5. pp. 605-631.
283. PRATT, G. 2009: Subject/subjectivity. – In: GREGORY, D. – JOHNSTON, R. – PRATT, G. – WATTS, M. J. – WHATMORE, S. (eds.): *The dictionary of human geography* (5th ed.). Blackwell Publishing, Chicester, pp. 728-731.
284. PRATT, G. – HANSON, S. 1994: Geography and the construction of difference. – *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, 1. 1. pp. 5-29.
285. PUTNAM, M. 2005: Conceptualizing Disability: Developing a Framework for Political Disability Identity. – *Journal of Disability Policy Studies*, 16. 3. pp. 188-198.
286. QUINN, G. – DEGENER, T. – BRUCE, A. – BURKE, C. – CASTELLINO, J. – KENNA, P. – KILKELLY, U. – QUINLIVAN, S. 2002: Human Rights and Disability. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability. – Letöltve: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf> (2012.09.18.).
287. RECHNITZER J. (1993). Szétszakadás vagy felzárkózás? A térszerkezetet alakító innovációk. – MTA RKK, Győr, p. 207.
288. SACK, R. D. 1993: The Power of Place and Space. – *Geographical Review*, 83. 3. pp. 326-329.
289. SAJTOS L. – MITEV A. 2007: SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. – Alinea Kiadó, Budapest, p. 404.
290. SCHWALBE, M. – GODWIN, S. – HOLDEN, D. – SCHROCK, D. – THOMPSON, S. – WOLKOMIR, M. 2000: Generic Processes in the Reproduction of Inequality: An Interactionist Analysis. – *Social Forces*, 79. 2. pp. 419-452.
291. SHAKESPEARE, T. 1993: Disabled People’s Self-organisation: a new social movement? – *Disability, Handicap & Society*, 8. 3. pp. 249-264.
292. SHAKESPEARE, T. 1996: Disability, identity and difference. In BARNES, C. – MERCER, G. (eds.): *Exploring the Divide: Illness and Disability*. – The Disability Press, Leeds, pp. 94-113.
293. SHAKESPEARE, T. 1997: Cultural Representation of Disabled People: dustbins for disavowal? – In: BARTON, L. – OLIVER, M. J. (eds.): *Disability Studies: Past Present and Future*. The Disability Press, Leeds, pp. 217-233.
294. SHAKESPEARE, T. 2000: Disabled Sexuality: Toward Rights and Recognition. – *Sexuality and Disability*, 18. 3. pp. 159-166.
295. SHAKESPEARE, T. 2006: The Social Model of Disability. – In: DAVIS, L. J. (ed.), *The Disability Studies Reader* (2nd ed.). Routledge, New York, pp. 197-204.
296. SHAKESPEARE, T. – WATSON, N. 2002: The social model of disability: an outdated ideology? – *Research in Social Science and Disability*, 2. 1. pp. 9-28.

297. SHARP, J. P. 2009: Subjectivity. – In: KITCHIN, R. – THRIFT, N. (eds. in chief): International encyclopedia of human geography (vol. 11.). Elsevier, Oxford, pp. 72-76.
298. SHILLING, C. 1993: The Body and Social Theory. – SAGE Publications, London, p. 336.
299. SIBLEY, D. 2001: The Binary City. – Urban Studies, 38. 2. pp. 239-250.
300. SIMONSEN, K. 2009: Body. – In: GREGORY, D. – JOHNSTON, R. – PRATT, G. – WATTS, M. – WHATMORE, S. (eds.): The Dictionary of Human Geography (5th ed.). Blackwell Publishing, Chicester, pp. 50-52.
301. SKELTON, T. – VALENTINE, G. 2003: 'It feels like being Deaf is normal': an exploration into the complexities of defining D/deafness and young D/deaf people's identities. – The Canadian Geographer / Le Géographe canadien, 47. 4. pp. 451-466.
302. SKELTON, T. – VALENTINE, G. 2010: 'It's my umbilical cord to the world...the Internet': D/deaf and Hard of Hearing People's Information and Communication Practices. – In: CHOUINARD, V. – HALL, E. – WILTON, R. D. (eds.): Towards Enabling Geographies. 'Disabled Bodies and Minds in Society and Space. Ashgate, Farnham-Burlington. pp. 85-106.
303. SMITH, A. M. 2002: Persons with Disabilities as a Social and Economic Underclass. – Kansas Journal of Law & Public Policy, 13. Letöltve: <https://litigation-essentials.lexisnexis.com/webcd/app?action=DocumentDisplay&crawlid=1&srctype=smi&srcid=3B15&doctype=cite&docid=12+Kan.+J.L.+%26+Pub.+Pol'y+13&key=f5171e271768b8dd8d1a075ee319c38b> (2012.10.29.).
304. SMITH, L. – FOLEY, P. F. – CHANEY, M. P. 2008: Addressing Classism, Ableism, and Heterosexism in Counselor Education. – Journal of Counseling & Development, 86. 3. pp. 303-309.
305. SMITH, N. 2003: Jelszavak és könyörtelen kritika: marxizmus és nemzetközi kritikai geográfia (ford.: MISKOLCZY L. – TIMÁR J.). – Tér és Társadalom, 17. 2. pp. 37-51.
306. SMITH, N. 2007: Nature as accumulation strategy. – Socialist Register, 43. 1. pp. 16-36.
307. SMITH, N. 2008: Uneven Development: Nature, Capital, and the Production of Space. – University of Georgia Press, Athens, GA (USA), p. 344.
308. SMITH, N. – O'KEEFE, P. 1980: Geography, Marx and the Concept of Nature. – Antipode, 12. 2. pp. 30-39.
309. SOJA, E. W. 1989: Postmodern Geographies. The Reassertion of Space in Critical Social Theory. – Verso, London-New York, p. 228.
310. STUART, O. 1993: Double oppression: an appropriate starting-point? – In: SWAIN, J. – FINKELSTEIN, V. – FRENCH, S. – OLIVER, M. J. (eds): Disabling Barriers – enabling environments. SAGE Publications, London, pp. 93-101.
311. SWAIN, J. – FRENCH, S. 2000: Towards an affirmation model of disability. – Disability & Society, 15. 4. pp. 569-582.
312. SWYNGEDOUW, E. 1996: Reconstructing Citizenship, the Re-scaling of the State and the New Authoritarianism: Closing the Belgian Mines. – Urban Studies, 33. 8. pp. 1499-1521.
313. SWYNGEDOUW, E. 2004: Globalisation or 'Glocalisation'? Networks, Territories and Rescaling. – Cambridge Review of International Affairs, 17. 1. pp. 25-48.
314. SZEPESSYÉ JUDIK D. 2009: A hallássérült emberek magyarországi mozgalmának története nemzetközi kitekintéssel. – In: HEGEDÜS L. – FICSORNÉ KURUNCZI M. – SZEPESSYÉ JUDIK D. – PAJOR E. – KÖNCZEI GY.: A fogyatékosügy hazai és

- nemzetközi története. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, pp. 3-33.
315. TARDOS K. 1991: Mozgáshátrányban (Társadalmi integráció, életforma és rehabilitáció a mozgássérültek körében). – *Esély*, 4. 5. pp. 44-62.
 316. TAUSZ K. – LAKATOS M. 2004: A fogyatékos emberek helyzete. – *Statisztikai Szemle*, 82. 4. 370-391.
 317. TERRY, P. M. 1996: Preparing Educational Leaders To Eradicate the 'Isms'. – Paper presented at the Annual Meeting of the International Congress on Challenges to Education (Palm Beach, Aruba, July 10-12, 1996). – Letöltve: http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED400612&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED400612 (2013.03.19.).
 318. TIMÁR, J. 2003a: Lessons from Postsocialism: What's Left for Emerging Critical Geography to Do in Hungary? – *Antipode*, 35. 1. pp. 24-33.
 319. TIMÁR J. 2003b: Szerkesztői előszó. – *Tér és Társadalom*, 17. 2. pp. 1-3.
 320. TIMÁR, J. 2006: The transformation of social and cultural geography during the transition period (1989 to present time) in Hungary. – *Social & Cultural Geography*, 7. 4. pp. 649-667.
 321. TIMÁR, J. 2007: Different Scales of Uneven Development – in a (No Longer) Post-socialist Hungary. – *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, 64. 22. pp. 103-128.
 322. TIMÁR J. 2009: Kritika és társadalomelmélet – Néhány érv a kritikai földrajz „védelmében”. – *Tér és Társadalom*, 23. 4. pp. 225-231.
 323. TIMÁR, J. – FABULA, SZ. 2013: Whose Identity Politics? – Lessons for Emerging Critical Disability Geography in Hungary. – *Geographica Helvetica*, 68. 3. pp. 171-179.
 324. 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.).
 325. UN ENABLE 2008: Fact Sheet on Persons with Disabilities. – Letöltve: <http://www.un.org/disabilities/documents/toolaction/pwdfs.pdf> (2012.10.16.).
 326. UNGAR, S. 2000: Cognitive mapping without visual experience. – In: KITCHIN, R. – FREUNDSCUHL, S. (eds.): *Cognitive Mapping: Past, Present and Future*. – Routledge, London, pp. 221-248.
 327. UNGAR, S. (é.n.). Disability and the Built Environment. – Letöltve: <http://homepages.phoncoop.coop/vamos/work/lecturenotes/sun/LectureNotes/city/> (2013.06.05.).
 328. UNITED NATIONS 2011: Disability and the Millenium Development Goals. – Letöltve: http://www.un.org/disabilities/documents/review_of_disability_and_the_mdgs.pdf (2012.09.21.).
 329. UPIAS 1974: Founding statement. – Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-UPIAS.pdf> (2013.03.19.).
 330. UPIAS 1976: Fundamental Principles of Disability. – Letöltve: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf> (2013.03.19.).
 331. UZZOLI A. 2001: Társadalmi konfliktusok bizonyítása az egészségföldrajz eredményeinek felhasználásával. – *Földrajzi Konferencia*, Szeged, Letöltve: <http://geography.hu/mfk2001/cikkek/Uzzoli.pdf> (2011.11.12.).
 332. UZZOLI A. 2008: Az egészségi állapot világméretű különbségei. – *Földrajzi Értesítő*, 57. 3-4. pp. 399-415.

333. UZZOLI, A. 2011: The Role of Unemployment in the Run of Life Chances in Hungary. – International Journal of Population Research, doi:10.1155/2011/130318, Letöltve: <http://www.hindawi.com/journals/ijpr/2011/130318/> (2011.11.12.).
334. UZZOLI, A. – SZILÁGYI, D. 2009: Life Expectancy and its Regional Inequalities in Hungary. *Geographica Pannonica*, 13. 4. pp. 127-136.
335. UZZOLI A. – VITRAI J. – BAKACS M. – GÉMES K. – KISS N. – KÖVI R. 2011: A lakóhelytől függ az esély a jobb minőségű ellátásra – Az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei Magyarországon, a szürkehályogműtétek példáján. – *Tér és Társadalom*, 25. 2. pp. 88-105.
336. VALENTINE, G. 2001: Whatever happened to the social? Reflections on the 'cultural turn' in British human geography. – *Norsk Geografisk Tidsskrift–Norwegian Journal of Geography*, 55. 1. pp. 166–172.
337. VALENTINE, G. – SKELTON, T. 2009: 'An Umbilical Cord to the World'. – *Information, Communication & Society*, 12. 1. pp. 44-65.
338. VÁRINÉ SZILÁGYI I. 1994: G. H. Mead eredeti szerepfogalma és későbbi változásai. – *Szociológiai Szemle*, 4. 4. pp. 3-20.
339. VUJAKOVIC, P. – MATTHEWS, M. H. 1994: Contorted, Folded, Torn: Environmental Values, Cartographic Representation and the Politics of Disability. – *Disability & Society*, 9. 3. pp. 359-374.
340. VUJAKOVIC, P. – MATTHEWS, M. H. – LIMB, M. 1995: Maps and landscapes of power: representing the environmental values of people with physical disabilities. – *Proceedings of the 17th Conference of the International Cartographic Association*, Barcelona, September, 1995, Letöltve: http://icaci.org/files/documents/ICC_proceedings/ICC1995/PDF/Cap207.pdf (2013.04.05.).
341. 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, pp. 101–117.
342. WENDELL, S. 2001: Unhealthy disabled: treating chronic illnesses as disabilities. – *Hypatia*, 16. 4. pp. 17-33.
343. WEST, C. – FENSTERMAKER, S. 1995: Doing Difference. – *Gender and Society*, 9. 1. pp. 8-37.
344. WILTON, R. D. 1996: Diminished worlds? The geography of everyday life with HIV/AIDS. – *Health & Place*, 2. 2. pp. 69-83.
345. WILTON, R. D. 1998: The Constitution of Difference: Space and Psyche in Landscapes of Exclusion. – *Geoforum*, 29. 2. pp. 173-185.
346. WILTON, R. D. 2000: Grounding hierarchies of acceptance: the social construction of disability in NIMBY conflicts. – *Urban Geography*, 21. 7. pp. 586-608.
347. WILTON, R. D. 2003: Locating physical disability in Freudian and Lacanian psychoanalysis: Problems and prospects. – *Social & Cultural Geography*, 4. 3. pp. 369-389.
348. WILTON, R. D. 2004: From flexibility to accommodation? Disabled people and the reinvention of paid work. – *Transactions of the Institute of British Geographers*, 29. 4. pp. 420-432.
349. WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009: Disability and chronic illness. – In: KITCHIN, R. – THRIFT, N. (eds. in chief): *International encyclopedia of human geography* (vol. 3). Elsevier, Oxford, pp. 205-210.

350. WILTON, R. D. – SCHUER, S. 2006: Towards socio-spatial inclusion? Disabled people, neoliberalism and the contemporary labour market. – *Area*, 38. 2. pp. 186–195.
351. WOLBRING, G. 2008: The Politics of Ableism. – *Development*, 51. 2. pp. 252–258.
352. WOLCH, J. – PHILO, C. 2000: From distributions of deviance to definitions of difference: past and future mental health geographies. – *Health & Place*, 6. 3. pp. 137–157.
353. WOODWARD, K. – DIXON, D. P. – JONES, J. P. III 2009: Poststructuralism/Poststructuralist Geographies. – In: KITCHIN, R. – THRIFT, N. (eds. in chief): *International encyclopedia of human geography* (vol. 8.). Elsevier, Oxford, pp. 396–407.
354. WORLD HEALTH ORGANIZATION 1948: Constitution of the World Health Organization. – Letöltve: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (2013.04.13.).
355. WORLD HEALTH ORGANIZATION 1980: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). – Letöltve: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455478> (2013.04.13.).
356. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2002: Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). – Letöltve: <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf> (2012.03.03.).
357. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2011: World Report on Disability. – Letöltve: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (2012.09.18.).
358. YOUNG, I. M. 1990: Justice and the Politics of Difference. – Princeton University Press, Princeton, N. J. (USA), p. 286.
359. YUVAL-DAVIS, N. 2006: Intersectionality and Feminist Politics. – *European Journal of Women's Studies*, 13. 3. pp. 193–209.
360. ZOLA, I. K. 1979: Toward the Necessary Universalizing of a Disability Policy. – *The Milbank Quarterly*, 67. 2. pp. 401–428.

Felhasznált források

1. DÉL-ALFÖLDI REGIONÁLIS ÁLLAMIGAZGATÁSI HIVATAL SZOCIÁLIS ÉS GYÁMHIVATALA (é.n.): A szociális foglalkoztatás tapasztalatai Békés megyében. – Nem publikált munkadokumentum.
2. KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL 2011: Népszámlálás. Részletes táblák. Országos Adatok. – Letöltve: http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_teruleti_00 (2013.10.15.).
3. Magyarország Alaptörvénye. – Letöltve: <http://www.parlament.hu/irom39/02627/02627.pdf> (2013.10.15.).
4. SEMMELWEIS EGYETEM é.n.: A fogyatékossgal élő ember. – Letöltve: <http://prevencio.semmelweis.hu/tartalom.php?action=alalmenu&fomenuid=9&id=4> (2014.08.26.).
5. 1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről. – Letölve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700078.TV (2013.10.15.).
6. 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026.TV (2012.11.22.).

7. 2005. évi CLXX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosításáról. – Letöltve: <http://www.complex.hu/kzldat/t0500170.htm/t0500170.htm> (2013.10.15.).
8. 2007. évi XXIII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról. – Letöltve: <http://www.complex.hu/kzldat/t0700023.htm/t0700023.htm> (2014.08.27.).
9. 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról. – Letöltve: <http://net.jogtar.hu/jr/gen/getdoc2.cgi?dbnum=1&docid=A1100191.TV> (2013.10.15.).
10. 2012. évi CLIX. törvény a postai szolgáltatásokról. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200159.TV (2013.10.15.).
11. 8/1983. (VI. 29.) EüM-PM együttes rendelet a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról. Letöltve: <http://www.megvaltozott.hu/docum/jogszabalyok/81983eumpmrend.pdf> (2013.10.15.).
12. 164/1995. (XII. 27.) kormányrendelet a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100102.KOR (2013.10.15.).
13. 253/1997. (XII. 20.) kormányrendelet az országos településrendezési és építési követelményekről. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700253.KOR (2013.10.15.).
14. 12/2001. (I. 31.) kormányrendelet a lakáscélú állami támogatásokról. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0100012.KOR (2013.10.15.).
15. 14/2004. (IV. 24.) IHM rendelet a postai szolgáltatás minőségének a fogyasztók védelmével és a fogyatékos személyek postai szolgáltatásokhoz való hozzáféréseivel összefüggő követelményeiről. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400014.IHM (2013.10.15.).
16. 10/2006. (II. 16.) országgyűlési határozat az Új Országos Fogyatékosügyi Programról. – Letöltve: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=1295> (2013.10.15.).
17. 67/2007. (VI. 28.) országgyűlési határozat a területfejlesztési támogatásokról és a decentralizáció elveiről, a kedvezményezett térségek besorolásának feltételrendszeréről. – Letöltve: <http://complex.hu/kzldat/o07h0067.htm/o07h0067.htm> (2014.03.22.).
18. 174/2009. (VIII. 29.) kormányrendelet egyes szociális tárgyú kormányrendeletek módosításáról. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0900174.KOR (2013.10.15.).
19. 102/2011. (VI. 29.) kormányrendelet a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről. – Letöltve: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100102.KOR (2013.10.15.).

Köszönetnyilvánítás

A disszertáció elkészítése során nagyon sok segítséget kaptam. Mindenekelőtt köszönetemet fejezem ki Dr. Timár Juditnak doktori kutatásom egészét végigkísérő témavezetői munkájáért, tanácsaiért és türelméért. Külön köszönettel tartozom az interjúk felmérésben való részvételéért, illetve a közös publikációs tevékenységért és konferencia-szereplésekért, amelyek igen értékes tapasztalatot jelentettek számomra.

Szintén szeretném megköszönni Dr. Kovács Zoltánnak, a Szegedi Tudományegyetem Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék vezetőjének sokoldalú támogatását, valamint a tanszék többi munkatársának, amiért észrevételeikkel és építő kritikáikkal hozzájárultak a dolgozat elkészültéhez.

Szeretném kiemelni Dr. Uzzoli Annamária és Dr. Boros Lajos kollégák segítségét, akik dolgozatom munkahelyi vitája alkalmából elkészített opponensi véleményeiken keresztül igen hasznos tanácsokkal láttak el.

Köszönöm Mészáros Bence tervező-elemző kollégának a kvantitatív módszerek alkalmazásához nyújtott nélkülözhetetlen segítségét.

Hálás vagyok továbbá mindazoknak, akik kutatásomat segítették, különösen az interjúk felmérésben válaszadóként vagy szervezőként közreműködő szereplőknek.

Végül, de nem utolsó sorban köszönettel tartozom Családomnak, valamint Menyasszonyomnak, amiért dolgozatom készítése során mindvégig támogattak.

Mellékletek

I. Interjúvázlat	141
II. Ábrák	145
III. Táblázatok	147
IV. Térképek	169

I. Interjúvázlat (egészségkárosodott emberek)

I. Narratíva (életút)

- „Mesélje el az élettörténetét!”

II. Félig strukturált interjú (amennyiben az életút ismertetése során nem kerül szóba)

1. Élettörténet, családi háttér, térbeli mozgás

- Születési ideje?
- Családi állapota?
- Kikkel él közös háztartásban?
- Mi az Ön szüleinek és testvéreinek foglalkozása?
- Ha külön élnek házas-/élettársával, mi ennek az oka?
- Születési helye?
- Mely településeken élt eddig?
- Nagyjából mettől meddig tartózkodott az egyes településeken?
- Mióta él ezen a településen?
- Élt-e azelőtt a település más részén?
- Mik voltak a költözések okai?

2. Egészségi állapot

- Van-e olyan a háztartásban, akinek egészségügyi problémái vannak?
- Gyakran fordul elő, hogy valamelyikük betegeskedik?
- Ön egészségesnek vagy betegnek mondaná magát?
- Ha vannak panaszai, melyek ezek?
- Mikor kezdődtek az egészségügyi problémái?
- Mit gondol, miért alakultak ki ezek?
- Voltak-e az életében olyan stresszhelyzetek, problémák, amelyek betegséget okozhattak?
- Hol vett/vesz részt egészségügyi kezeléseken?
- Kérem, mondja el a kezelésekkal kapcsolatos tapasztalatait!
- A betegségek milyen változásokat okoztak az Ön és családja mindennapi életében?
- A család jelenlegi helyzetét mennyiben befolyásolják az Ön, illetve családtagjainak betegségei?
- Mióta leszázalékolt?
- Hány százalékos? Mik a tapasztalatai a leszázalékolási eljárásról?
- Van más is a háztartásban, aki leszázalékolt? Hány százalékos? Mi ennek az oka?
- Milyen kedvezményeket vesznek igénybe, amelyek az egészségi állapottal kapcsolatosak?
- Ha most lenne a népszámlálás, fogyatékosnak vallaná-e magát? Legutóbb minek vallotta?

3. Foglalkozás

- Iskolai végzettsége?
- Egyéb képesítései?
- Mely településeken végezte az egyes képzéseket?
- Ha volt valamilyen különleges oka a településválasztásnak az egyes iskolák esetében, mi volt az?
- Dolgozik-e jelenleg? Mit?
- Korábbi munkahelyek (rendszerváltás előtt – után)?
- Hogyan befolyásolta elhelyezkedési esélyeit a leszázalékoltasága?
- Ha Ön szociális foglalkoztatott, mióta dolgozik/dolgozott itt (mármint a szociális foglalkoztatóban)?
- Hogyan került erre a munkahelyre?
- Konkrétan milyen munkát végez/végzett?
- Elégedett-e ezzel? Milyen (volt) itt dolgozni? Miért jó/miért rossz?
- Voltak konfliktusok a munkahelyen? Miből származtak ezek?
- Mi a véleménye a szociális foglalkoztatás rendszeréről?
- Ön mennyire ítéli produktívnak/gazdaságosnak/hasznosnak ezt a munkát?
- Mi a véleménye, miért van szükség ilyen munkahelyekre?
- Próbált-e esetleg más munkát találni? Ha igen, mik a tapasztalatai?
- Ha nem lenne leszázalékolt, el tudna helyezkedni? Mások el tudnak? Mik a tapasztalatai?

4. A szociális foglalkoztatás jogi szabályozása (pl. 174/2009 korm. rend.) és annak hatásai, tiltakozás

- Mit tud a szociális foglalkoztatás törvényi szabályozásáról, illetve annak változásairól?
- Hallott-e a közelmúltbeli változásokról? Ön szerint mi lehetett az oka a változtatásoknak?
- Honnan értesült ezekről?
- Mi a véleménye róluk? Ha helyesli, miért? Ha ellenzi, miért?
- Vett-e részt bármiféle megmozdulásban, közösségi kezdeményezésben ezzel kapcsolatosan?
- Ha igen, hogyan került kapcsolatba a kezdeményezéssel? Ha nem, miért?
- Tudja-e, hogy mi lett a tiltakozás(ok) eredménye? Ha részt vett benne, mit várt ettől a dologtól?
- Tud-e jelenleg is szerveződő kezdeményezésről ebben a témában? Kérem, mondja el, mit tud róla!
- Ha lenne ilyen, részt venne-e? Válaszát kérem, indokolja!

5. Az otthon mint mikrotér

- Kérem, jellemezze jelenlegi életkörülményeit, mutassa be otthonát!

- Milyen típusú lakásban él/élnek (kertes, társasház, panel stb.)? Mikor épült és mekkora a lakás? Tulajdonviszonyok, komfort, felszereltség? Fenntartás?
- Hogyan jutottak hozzá a jelenlegi lakáshoz?
- Miért költöztek ebbe a lakásba?
- Történtek-e átalakítások az épületben, ill. közvetlen környékén? Miért? Ha igen, melyek voltak ezek?
- Miből tudják/tudták finanszírozni az átalakításokat?
- Honnan kapott információkat erre vonatkozóan?
- Tervez(nek)-e (további) átalakításokat? Melyek ezek?
- Ebben milyen segítségre, támogatásra számíthatnak?
- Milyennek ítéli a törvényi, építésügyi szabályozást ebből a szempontból? Mik a tapasztalatai?
- Tervezi-e, hogy új lakást vásárol(nak)? Ha igen, hol? Mi az oka? Mik az elképzelései az új lakásra vonatkozóan?

6. Közlekedés

- Általában hova szokott elmenni otthonról? Milyen gyakran hagyja el otthonát?
- Milyen célból?
- Az egyes céljai megközelítéséhez milyen útvonalakat vesz igénybe?
- Vannak-e „bejáratott” útvonalai? Ha igen, miért pont ezek?
- Hogyan szokott közlekedni (gyalogosan, személyautóval, tömegközlekedéssel, egyéb)?
- Szüksége van-e ilyenkor segítségre? Ha igen, miben merül ez ki?
- Milyen problémái szoktak lenni a közlekedés során?
- Mi a véleménye, mi/ki az oka, hogy ilyen problémákkal szembesül?

7. Térhasználat a közintézményekben

- Mely közintézményeket/közösségi épületeket látogatja rendszeresen?
- Milyenek a tapasztalatai a közintézményekről (pl. kialakítás, akadályok)?
- Ha Ön maga nem tud megbirkózni egy akadállyal, számíthat-e segítségre (alkalmazottak, ismerős vagy ismeretlenek részéről)?
- Tapasztalatai alapján mik azok a dolgok, amiken változtatna (épületek kialakítása, ügyintézés rendje stb.)?

8. Identitás

- Kérem, beszéljen arról, milyen a kapcsolata általában embertársaival!
- Milyen problémái szoktak lenni a hétköznapi társas érintkezésben? Mik az érzései ezzel kapcsolatban?
- Átélt-e már valamilyen megalázó/diszkriminatív szituációt?
- Ha igen, mi lehetett ennek az oka?

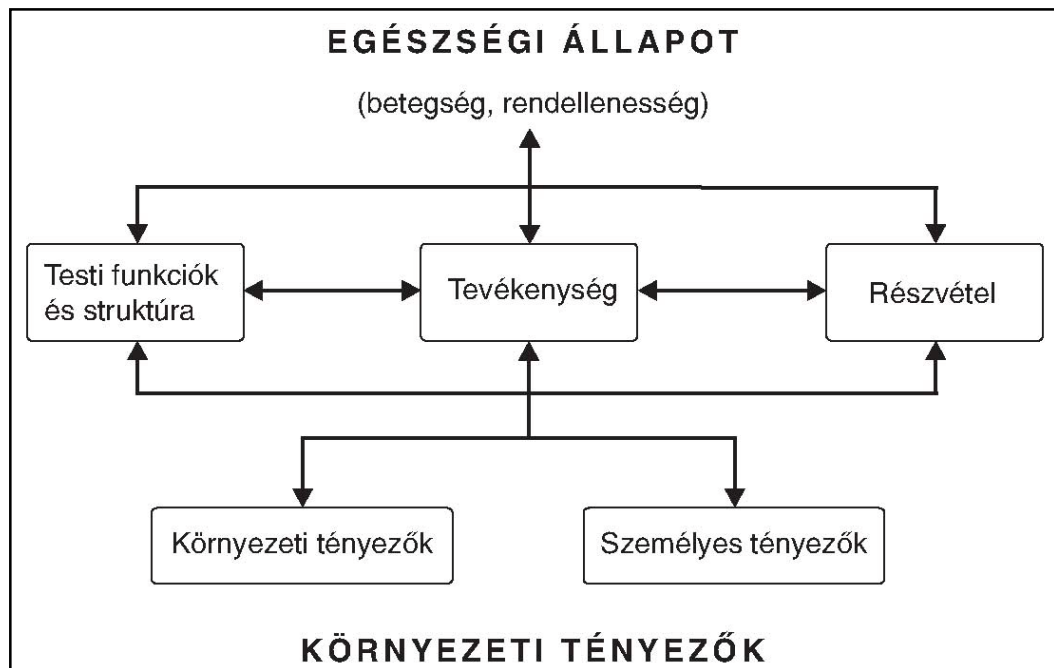
- Sérült emberekre gyakran használt kifejezés a „fogyatékos”. Ön kiket tekint fogyatékosnak?
- Mi a véleménye a „fogyatékos” kifejezés használatáról?
- Ismer Önhöz hasonlóan leszázalékolt vagy sérült embereket?

9. Mindennapi megélhetés (stratégia)

- Mekkora jövedelemmel rendelkezik Ön? Ez miből származik?
- Nagyjából mekkora pénzösszegből gazdálkodhat egy hónapban? (A háztartásban élő többi személy jövedelmét is beleértve.)
- Mire elegendő ez a pénz?
- Ha nem elegendő, honnan pótolja?
- Milyen segítségre számíthat?
- Melyek a legfontosabb kiadások, amelyeket mindenképpen ki szoktak fizetni? Van-e fontossági sorrend ezek között?
- Mennyire érzékeli a gazdasági válság hatásait? Milyen változtatásokat kellett végrehajtania az elmúlt időszakban?
- Voltak-e különösen nehéz periódusok, töréspontok az életében (pl. anyagi vagy személyes okokból)? Melyek voltak ezek?
- Anyagi szempontból hogyan értékeli életének jelenlegi periódusát? (Korábbiakhoz viszonyítva.)

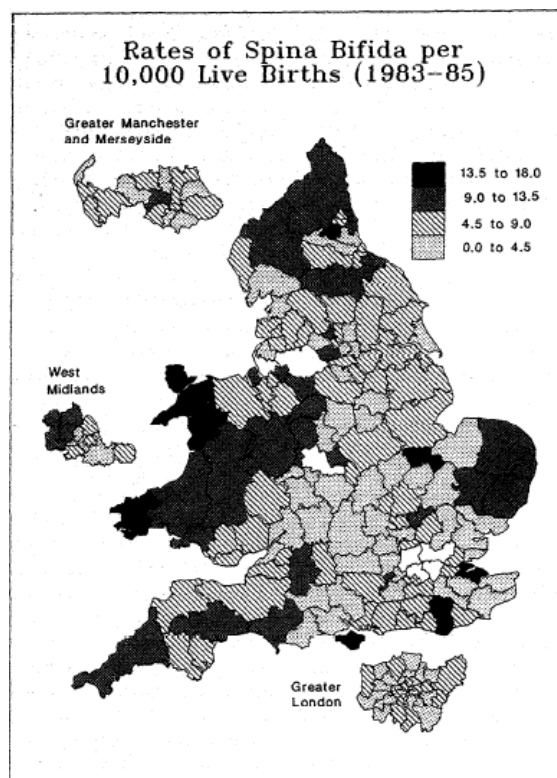
II. Ábrák

1. ábra: A fogyatékosság biopszichoszociális modellje



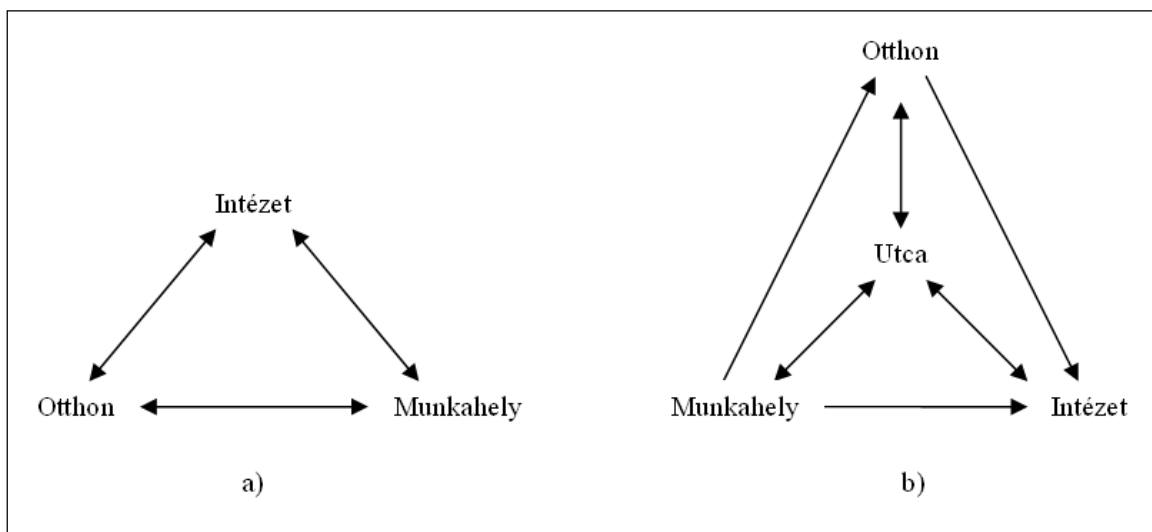
Forrás: KÖNCZEI GY. – HERNÁDI I. (2011)

2. ábra: A 10 000 élve születésre jutó nyitott gerinccel születettek aránya Anglia és Wales területén (1983-1985)



Forrás: LOVETT, A. A. – GATRELL, A. C. (1988)

3. ábra: Az egészségkárosodás feudalizmusbeli társadalmi terének (a) és a fogyatékoság kapitalizmusbeli társadalmi terének (b) modelljei



Forrás: GLEESON, B. J. (1999a) alapján a szerző saját szerkesztése

III. Táblázatok

4. táblázat: A 2001. évre vonatkozó választott mutatók

Mutató megnevezése	Mutató rövidített neve	Mértékegység
Az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók 1000 fő népességre jutó száma	fogy_1000lakos	fő
Egyéni		
A női lakosok 1000 fő férfi népességre jutó száma	no_1000ferfi	fő
Az aktív életkorúak aránya a teljes népességből	aktiv_ar	százalék
Az öregedési mutató 100 fő népességre vetített értéke	oreg_index	százalék
Az elveszületések 100 halálózásra jutó száma	szul_100hal	darab
A természetes szaporodás 1000 fő népességre jutó száma	termszap_1000lakos	fő
A vándorlási különbözet 1000 fő népességre jutó száma	vandkul_1000lakos	fő
Vándorlási különbözet: időszak közepi 1000 fő népességre jutó évi átlaga, 1997-2001	vandkul_atlag_1000lakos	fő
Az válások 1000 fő népességre jutó száma	valas_1000lakos	darab
A felsőfokú iskolai végzettségűek aránya a 25 éves és idősebb népességből	felsofok_ar	százalék
Munkahely		
A működő gazdasági szervezetek 1000 fő népességre jutó száma	mukgazdszerv_1000lakos	darab
A működő vállalkozások 1000 fő népességre jutó száma	mukvall_1000lakos	darab
A regisztrált vállalkozások 1000 fő népességre jutó száma	regvall_1000lakos	darab
A munkanélküliek aránya az aktív életkorú népességből	munknelk_ar	százalék
A foglalkoztatott nélküli háztartások aránya az összes háztartásból	foglalknelk_hazt_ar	százalék
A mezőgazdaságban foglalkoztatottak aránya az összes foglalkoztatottakból	mg_ar	százalék
A szolgáltatásban foglalkoztatottak aránya az összes foglalkoztatottakból	szolg_ar	százalék
Intézményi terek		
A működő háziorvosok 1000 fő népességre jutó száma	horvos_1000lakos	fő
Az évi gyógykezelési vizsgálati esetek 1000 fő népességre jutó száma a szakrendelési ellátásban, MÁV nélkül)	gyogykezel_1000lakos	darab
A háziorvosi ellátásban a megjelentek és a meglátogatottak 1000 fő népességre jutó száma	horvoskezel_1000lakos	fő
A háziorvosi ellátásban a megjelentek és a meglátogatottak 1 háziorvosra jutó száma	horvoskezel_horvos	fő
A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonok 1000 fő népességre jutó száma	bentlak_1000lakos	darab
A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonok működő férőhelyeinek 1000 fő népességre jutó száma	bentlakfhely_1000lakos	darab
A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonokban gondozottak 1000 fő népességre jutó száma	bentlakgond_1000lakos	fő
Az önkormányzat által rendszeres szociális segélyben részesítettek 1000 fő népességre jutó száma	szocseg_1000lakos	fő
Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők 1000 fő népességre jutó száma	kozgy_100lakos	fő
Közterek és kvázi-közterek		
Az elektromos háztartásicikk-szaküzletek 1000 fő népességre jutó száma	elektr_1000lakos	darab
Az élelmiszer jellegű üzletek és áruházak 1000 fő népességre jutó száma	elelm_1000lakos	darab

Az éttermek, cukrászdák 1000 fő népességre jutó száma	etterem_1000lakos	darab
Az iparcikk jellegű üzletek és áruházak 1000 fő népességre jutó száma	iparc_1000lakos	darab
A kiskereskedelmi hálózati egységek 1000 fő népességre jutó száma	kiskerhalegy_1000lakos	darab
A kereskedelmi és magánszálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák 1000 fő népességre jutó száma	vendej_1000lakos	darab
A külföldiek által a kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák 1000 fő népességre jutó száma	kulvendejker_1000lakos	darab
Az összes kereskedelmi szálláshely szállásférőhelyeinek 1000 fő népességre jutó száma	kerszallferh_1000lakos	darab
A kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák 1000 fő népességre jutó száma	vendejker_1000lakos	darab
A vendéglátóhelyek 1000 fő népességre jutó száma	vendlathely_1000lakos	darab
A személygépkocsik 1000 fő népességre jutó száma	szgepkocsi_1000lakos	darab
Otthon		
Az év folyamán épített lakások aránya a teljes lakásállományból	ujlak_ar	százalék
A 3 és annál több szobás lakások aránya a teljes lakásállományból	3_x_szoba_ar	százalék
A 100 négyzetkilométerre jutó közcsonahálózat hossza	kozcsat_ter	kilométer
A 100 négyzetkilométerre jutó gázcsőhálózat hossza	gazcso_ter	kilométer
A 100 négyzetkilométerre jutó közüzemi ivóvízhálózat hossza	kozviz_ter	kilométer
A háztartások részére szolgáltatott villamosenergia mennyisége 1000 fő népességre	villmenny_1000lakos	1000 kWh
A háztartások részére szolgáltatott vezetékes gáz mennyisége 1000 fő népességre	gazmenny_1000lakos	1000 m ³
A háztartásokból közcsonahálón elvezetett szennyvíz mennyisége 1000 fő népességre	szennyviz_1000lakos	1000 m ³
A gázzal fűtött lakások aránya a teljes lakásállományból	gazlak_ar	százalék
A közcsonahálózatba bekapcsolt lakások aránya a teljes lakásállományból	csatlak_ar	százalék
A közüzemi ivóvízhálózatba bekapcsolt lakások aránya a teljes lakásállományból	kozvizlak_ar	százalék
Az 1 km vízvezeték-hálózatra jutó csatornahálózat hossza	kozcsat_kozviz_ar	méter
A kábeltelevíziós hálózatba bekapcsolt lakások aránya a teljes lakásállományból	kabTVbekapcsolak_ar	százalék

5. táblázat: A 2011. évre vonatkozó választott mutatók

Mutató megnevezése	Mutató rövidített neve	Mértékegység
Súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó száma	mozgkorl_2011	fő
Rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő népességre jutó száma ⁵⁸	rokrehab_2011	fő
Egyéni		
A női lakosok 1000 fő férfi népességre jutó száma	no_1000ferfi	fő
Az aktív életkorúak aránya a teljes népességből	aktívkor_ar	százalék
Az öregedési mutató 100 fő népességre vetített értéke	oreg_index	százalék
Az elveszületések 100 halálzásra jutó száma	szul_100hal	darab
A természetes szaporodás 1000 fő népességre jutó száma	termszap_1000lakos	fő
A vándorlási különbözet 1000 fő népességre jutó száma	vandkul_1000lakos	fő
Vándorlási különbözet: időszak közepi 1000 fő népességre jutó évi átlaga, 1997-2001	vandkul_atlag_1000lakos	fő
Az válások 1000 fő népességre jutó száma	valas_1000lakos	darab
A felsőfokú iskolai végzettségűek aránya a 25 éves és idősebb népességből	felsofok_ar	százalék
Munkahely		
-	mukgazdszerv_1000lakos	
-	mukvall_1000lakos	
Regisztrált gazdasági szervezetek 1000 fő népességre jutó száma	reggazdszerv_1000lakos	darab
A regisztrált vállalkozások 1000 fő népességre jutó száma	regvall_1000lakos	darab
A munkanélküliek aránya az aktív életkorú népességből	munknelk_100lakos	százalék
A foglalkoztatott nélküli háztartások aránya az összes háztartásból	foglalknelk_hazt_ar	százalék
-	mg_ar	
-	szolg_ar	
Intézményi terek		
A működő háziorvosok 1000 fő népességre jutó száma	horvos_1000lakos	fő
-	gyogykezel_1000lakos	
A háziorvosi ellátásban a megjelentek és a meglátogatottak 1000 fő népességre jutó száma	horvoskezel_1000lakos	fő
A háziorvosi ellátásban a megjelentek és a meglátogatottak 1 háziorvosra jutó száma	horvoskezel_horvos	fő
A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonok 1000 fő népességre jutó száma	bentlak_1000lakos	darab
A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonok működő férőhelyeinek 1000 fő népességre jutó száma	bentlakfhely_1000lakos	darab
A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonokban gondozottak 1000 fő népességre jutó száma	bentlakgond_1000lakos	fő

⁵⁸ Mivel a 2011. évi népszámlálás fogyatékos személyekre vonatkozó adatai nem álltak rendelkezésre megyeinél alacsonyabb területi szintekre, ezért a 2001. évek között használt „az önmagukat fogyatékosnak vallók 1000 fő népességre jutó száma” mutatót ebben az esetben a súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők, illetve a rokkantsági és rehabilitációs eljárásban részesülők számával helyettesítettem. Ez a csere ugyan megnehezíti az időbeli összehasonlítást, azonban a fentebb említett ok, és a hasonló adattartalom miatt a számítások így is lényeges információkkal szolgálhatnak. A táblázatban - jellel jelöltem azokat a mutatókat, amelyeket adathiány miatt 2011-re nem számoltam ki.

Az önkormányzat által rendszeres szociális segélyben részesítettek 1000 fő népességre jutó száma	szocseg_1000lakos	fő
Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők 1000 fő népességre jutó száma	kozgy_100lakos	fő
Közterek és kvázi-közterek		
Az elektromos háztartásicikk-szaküzletek 1000 fő népességre jutó száma	elektr_1000lakos	darab
Az élelmiszer jellegű üzletek és áruházak 1000 fő népességre jutó száma	elelm_1000lakos	darab
Az éttermek, cukrászdák 1000 fő népességre jutó száma	etterem_1000lakos	darab
Az iparcikk jellegű üzletek és áruházak 1000 fő népességre jutó száma	iparc_1000lakos	darab
A kiskereskedelmi hálózati egységek 1000 fő népességre jutó száma	kiskerhalegy_1000lakos	darab
-	vendej_1000lakos	
A külföldiek által a kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák 1000 fő népességre jutó száma	kulvendejker_1000lakos	darab
Az összes kereskedelmi szálláshely szállásférőhelyeinek 1000 fő népességre jutó száma	kerszallferh_1000lakos	darab
A kereskedelmi szálláshelyeken eltöltött vendégéjszakák 1000 fő népességre jutó száma	vendejker_1000lakos	darab
A vendéglátóhelyek 1000 fő népességre jutó száma	vendlathely_1000lakos	darab
A személygépkocsik 1000 fő népességre jutó száma	szgepkocsi_1000lakos	darab
Otthon		
Az év folyamán épített lakások aránya a teljes lakásállományból	ujlak_ar	százalék
A 3 és annál több szobás lakások aránya a teljes lakásállományból	3_x_szoba_ar	százalék
A 100 négyzetkilométerre jutó közcsonahálózat hossza	kozcsat_ter	kilométer
A 100 négyzetkilométerre jutó gázcsőhálózat hossza	gazcso_ter	kilométer
A 100 négyzetkilométerre jutó közüzemi ivóvízhálózat hossza	kozviz_ter	kilométer
A háztartások részére szolgáltatott villamosenergia mennyisége 1000 fő népességre	villmenny_1000lakos	1000 kWh
A háztartások részére szolgáltatott vezetékes gáz mennyisége 1000 fő népességre	gazmenny_1000lakos	1000 m ³
A háztartásokból közcsonahálón elvezetett szennyvíz mennyisége 1000 fő népességre	szennyviz_1000lakos	1000 m ³
A gázzal fűtött lakások aránya a teljes lakásállományból	gazlak_ar	százalék
A közcsonahálózatba bekapcsolt lakások aránya a teljes lakásállományból	csatlak_ar	százalék
A közüzemi ivóvízhálózatba bekapcsolt lakások aránya a teljes lakásállományból	kozvizlak_ar	százalék
Az 1 km vízvezeték-hálózatra jutó csatornahálózat hossza	kozcsat_kozviz_ar	méter
A kábeltelevíziós hálózatba bekapcsolt lakások aránya a teljes lakásállományból	kabTVbekapcslak_ar	százalék

6. táblázat: A hiányzó adatok véletlenszerűségi vizsgálatának eredményei

Évszám	Kistérségi felosztás	Próbák száma	Eredmény nélküli próbák száma		Próba							
					P(2-tail)		t		df		Missing/Tabulated Patterns	Little's MCAR test
					Feltétel							
					szignifikáns (sig. ,01)		>2		<<N nem teljesül		hasonló mintázat	szignifikáns (sig. ,0001)
					db	%	db	%	db	%		
2001	150	289	171	59,2	12	4,2	27	9,3	11	3,8	igen	igen
	168	289	120	41,5	27	9,3	51	17,6	14	4,8	igen	igen
	174	289	100	34,6	36	12,5	78	27,0	20	6,9	igen	igen
	175	289	99	34,3	44	15,2	84	29,1	27	9,3	igen	igen
2011	150	64	29	45,3	16	25,0	15	23,4	13	20,3	igen	nem
	168	64	17	26,6	15	23,4	21	32,8	10	15,6	igen	nem
	174	144	65	45,1	11	7,6	25	17,4	3	2,1	igen	nem
	175	144	65	45,1	11	7,6	22	15,3	3	2,1	igen	igen

7. táblázat: Az egészségkárosodott interjúpartnerek főbb személyes adatai

Sorszám (időrend)	Interjú sorszáma (időrend)	Nem	Életkor	Családi állapot	Egészségkárosodások/tünetek
1.	6.	n	53	házas	egyéb belszervi
2.	6.	f	45	egyedülálló	"mozgásfogyatékos", lábműtét
3.	6.	n	53	elvált	tüdőrák
4.	11.	n	53	házas	gerinc-, sérv-, szív-, pajzsmirigy- problémák
5.	12.	n	59	elvált	gerinc-, ízületi problémák, depresszió
6.	13.	f	52	egyedülálló	baleseti lábtörés, gyomorfekély, vese- problémák, asztma
7.	16.	n	44	házas	baleseti törések; gerinc-, gyomorprobléma, érszűkület, asztma
8.	17.	n	56	elvált	trombózis, tüdőembólia, gerincbántalmak, sérv
9.	20.	n	50-60	elvált	idegrendszeri problémák
10.	21.	n	54	házas	nyelőcsőszűkület, gerincproblémák, tenziós fejfájás
11.	22.	n	53	házas	nyaki trombózis
12.	24.	n	52	özvegy	idegrendszeri problémák, veseproblémák (higanymérgezés), korábbi alkoholizmus
13.	25.	n	52	házas	gerincsérv
14.	26.	f	42	egyedülálló	agysorvadás
15.	28.	n	54	elvált	paranoid skizofrénia; gerincsérv és epekövések műtétek; egyik ujj baleset miatti csonkolása
16.	30.	n	54	házas	gyengénlátóként született
17.	31.	n	54	özvegy	ízületi problémák
18.	32.	n	30	házas	"nem sokat tud" erről; "máshol mindig azt mondták, lassú vagyok"
19.	33.	f	38	egyedülálló	sérv, vastagbél-, vakbélproblémák
20.	34.	n	27	egyedülálló	koraszüléssel kisagyi sérülés miatti mozgáskoordinációs problémák
21.	35.	f	23	egyedülálló	nyitott gerinccel születés
22.	36.	f	30	házas	dongaláb
23.	37.	f	58	egyedülálló	enyhe fokú, részleges bénulás
24.	38.	n	59	elvált	idegrendszeri, epe-, gerinc-, hallásproblémák
25.	39.	f	36	egyedülálló	baleseti látásvesztés (jobb: teljes; bal: részleges)
26.	40.	f	48	nős	Retinitis pigmentosa (teljes látásvesztés)
27.	41.	f	28	egyedülálló	tompalátás, rövidlátás, irreguláris szemmozgás
28.	42.	n	33	egyedülálló	szürke-, zöldhályog (jobb: teljes látásvesztés)
29.	43.	f	65	nős	centrális látásvesztesség
30.	44.	f	61	nős	született vakság
31.	45.	n	45	férjezett	baleseti szemsérülés (üvegszilánk), szürke-, zöldhályog; látóideg-sorvadás

32.	46.	n	64	férjezett	látás-, halláskárosodás, cukorbetegség
33.	47.	f	24	egyedülálló	született látáskárosodás
34.	48.	n	60	elvált	alacsony testméret (138 cm), látás-, reumatológiai és ortopédiai problémák
35.	49.	f	36	egyedülálló	született vakság
36.	50.	f	60	nős	cukorbetegségből kifolyólag lábamputáció
37.	51.	n	55	özvegy	asztdma, emésztés-, pajzsmirigyproblémák, csonttritkulás
38.	52.	n	56	elvált	baleseti könyök- és bokasérülés, tüdőproblémák
39.	53.	n	60	elvált	idegrendszeri problémák
40.	54.	n	45	elvált	asztdma (veleszületett)
41.	56.	n	60-70	férjezett	részleges, nagyfokú látásvesztesség (veleszületett)
42.	57.	n	43	egyedülálló	halláskárosodás (veleszületett)
43.	58.	f	34	egyedülálló	nyitott gerinccel születés
44.	59.	n	50-60	férjezett	csontvelő gyulladás + orvosi hiba (gipsz)
45.	60.	n	59	özvegy	PTX (pneumothorax, „légmell”), ízületi problémák, magas koleszterinszint
46.	61.	f	40	egyedülálló	porckorong sérv, magas vérnyomás
47.	62.	n	55	élettársi kapcsolat	gerincsérv, idegrendszeri problémák
48.	63.	n	46	elvált	idegrendszeri problémák (skizofrénia, bipoláris), pajzsmirigy-problémák, reumatikus tünetek
49.	64.	n	59	férjezett	gerincsérv, depresszió, epe- és gyomorproblémák
50.	65.	f	60-65 év	nős	érszűkület, idegrendszeri problémák
51.	66.	f	50-60	nős	gyermekbénulás
52.	67.	n	30	egyedülálló	nyitott gerinccel születés
53.	69.	n	42	elvált	látásvesztesség (veleszületett szürkehályog)
54.	70.	n	56	elvált	ízületi és idegrendszeri (bipoláris) problémák

8. táblázat: A „szakértő” interjúpartnerek

Sorszám	Interjú sorszáma	Nem	Státusz	Megjegyzés
1.	1.	n	igazgató-helyettes	
2.	1.	n	munkatárs	
3.	2.	n	ügyvezető	
4.	3.	f	igazgató	
5.	4.	n	igazgató	
6.	5.	f	megyei közgyűlési képviselő	
7.	7.	n	intézményvezető	
8.	7.	n	nappaliellátás-vezető, foglalkoztatás-szervező	
9.	8.	f	vezérigazgató	
10.	9.	f	alpolgármester	
11.	10.	f	polgármester	
12.	14.	n	intézményvezető	
13.	15.	f	polgármester	
14.	18.	n	intézményvezető	
15.	19.	f	tulajdonos, ügyvezető	
16.	20.	n	intézményvezető	egészségkárosodással élő
17.	23.	f	vezető	
18.	27.	n	igazgató	
19.	29.	f	polgármester	
20.	55.	n	intézményvezető	
21.	56.	n	elnök	egészségkárosodással élő
22.	59.	n	elnök	egészségkárosodással élő
23.	66.	f	elnök	egészségkárosodással élő
24.	68.	f	közpolitikai szereplő, párttag	
25.	69.	n	elnök	egészségkárosodással élő

9. táblázat: Az önmagukat fogyatékossgal élőnek vallók adatsorainak területi autokorreláltsága (Globális Moran I értékek), 2001

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa				-1/(n-1)
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)	
175	0,5143	0,5474	0,5501	0,5543	-0,0057
174	0,5151	0,5476	0,5534	0,5577	-0,0058
168	0,5091	0,5387	0,5387	0,5424	-0,0060
150	0,4879	0,5133	0,5030	0,5055	-0,0067

10. táblázat: A súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők adatsorainak területi autokorreláltsága (Globális Moran I értékek), 2011

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa				-1/(n-1)
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)	
175	0,5084	0,5521	0,5271	0,5247	-0,0057
174	0,5090	0,5527	0,5301	0,5278	-0,0058
168	0,4895	0,5350	0,5107	0,5071	-0,0060
150	0,4827	0,5389	0,5143	0,5143	-0,0067

11. táblázat: A rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők adatsorainak területi autokorreláltsága (Globális Moran I értékek), 2011

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa				-1/(n-1)
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)	
175	0,6900	0,7245	0,7898	0,7896	-0,0057
174	0,6902	0,7243	0,7932	0,7932	-0,0058
168	0,6866	0,7146	0,7749	0,7731	-0,0060
150	0,6478	0,6874	0,7349	0,7306	-0,0067

12. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei, az azokhoz tartozó szignifikancia-szintekkel és a megfigyelési egységek számával hiányos adatsorok esetén (az önmagukat fogyatékkal élőknek vallók 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2001)

Mutató	Pearson	Sig.	N
foglalk_nelk_ar	0,547	0,000	175
kozgy_100lakos	0,450	0,000	174
munknelk_100lakos	0,358	0,000	175
horvoskezel_1000lakos	0,348	0,000	175
gondozott_1000lakos	0,332	0,000	166
szocseg_1000lakos	0,307	0,000	175
ferohely_1000lakos	0,305	0,000	165
horvoskezel_horvos	0,277	0,000	174
otthon_1000lakos	0,246	0,001	165
mg_ar	0,208	0,006	174
oreg_index	0,198	0,009	175
no_1000ferfi	0,144	0,059	174
kerszallferh_1000lakos	0,093	0,242	161
gazlak_ar	0,066	0,383	175
horvos_1000lakos	0,063	0,407	175
gyogykezel_1000lakos	0,052	0,491	175
kozcsat_kozviz_ar	0,051	0,510	171
elelm_1000lakos	0,005	0,947	172
vendlathely_1000lakos	-0,034	0,661	168
3_x_szoba_ar	-0,038	0,622	175
vendej_1000lakos	-0,081	0,299	166
gazmenny_1000lakos	-0,108	0,157	174

vendejker_1000lakos	-0,110	0,158	165
etterem_1000lakos	-0,136	0,082	165
szolg_ar	-0,146	0,054	175
elektr_1000lakos	-0,159	0,038	170
iparc_1000lakos	-0,161	0,035	172
kulvendejker_1000lakos	-0,182	0,023	157
kiskerhalegy_1000lakos	-0,207	0,007	170
vandkul_atlag_1000lakos	-0,224	0,004	168
kabTVbekapcsolak_ar	-0,227	0,003	169
valas_1000lakos	-0,254	0,001	175
gazcso_ter	-0,269	0,000	170
villmeny_1000lakos	-0,269	0,000	174
kozvizlak_ar	-0,296	0,000	174
szul_100hal	-0,310	0,000	175
felsofok_ar	-0,318	0,000	174
kozviz_ter	-0,335	0,000	167
kozcsat_ter	-0,339	0,000	166
csatlak_ar	-0,339	0,000	172
szennyviz_1000lakos	-0,385	0,000	171
regvall_1000lakos	-0,399	0,000	173
ujlakatlag97_01_1000lakas	-0,400	0,000	173
vandkul_1000lakos	-0,409	0,000	173
mukgazdszerv_1000lakos	-0,413	0,000	175
munkkepes_ar	-0,417	0,000	175
mukvall_1000lakos	-0,425	0,000	175
szgepkocsi_1000lakos	-0,435	0,000	175
ujlak_ar	-0,446	0,000	168
termszap_1000lakos	-0,519	0,000	172

13. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei, az azokhoz tartozó szignifikancia-szintekkel és a megfigyelési egységek számával hiánytalan adatsorok esetén (az önmagukat fogyasztékosággal élőknek vallók 1000 fő népességre jutó számával korrelálva, 2001)

Mutató	Pearson	Sig.	N
foglalk_nelk_ar	0,547	0,000	175
kozgy_100lakos	0,450	0,000	174
munknelk_100lakos	0,358	0,000	175
gondozott_1000lakos	0,350	0,000	174
horvoskezel_1000lakos	0,348	0,000	175
szocseg_1000lakos	0,307	0,000	175
ferohely_1000lakos	0,301	0,000	172
horvoskezel_horvos	0,277	0,000	174
otthon_1000lak	0,255	0,001	174
mg_ar	0,208	0,006	174
oreg_index	0,198	0,009	175
no_1000ferfi	0,144	0,059	174

kerszallferh_1000lakos	0,129	0,102	161
vendlathely_1000lakos	0,104	0,184	164
vendej_1000lakos	0,100	0,204	162
gazlak_ar	0,097	0,205	174
vendejker_1000lakos	0,068	0,389	163
horvos_1000lakos	0,059	0,436	174
kozcsat_kozviz_ar	0,048	0,526	174
elem_1000lakos	0,005	0,947	172
3_x_szoba_ar	-0,038	0,622	175
gyogykezel_1000lakos	-0,077	0,315	173
gazmenny_1000lakos	-0,095	0,212	175
etterem_1000lakos	-0,136	0,082	165
kulvendejker_1000lakos	-0,136	0,085	162
szolg_ar	-0,146	0,054	175
iparc_1000lakos	-0,157	0,038	175
elektr_1000lakos	-0,169	0,026	175
kiskerhalegy_1000lakos	-0,207	0,007	170
kabTVbekapcsolak_ar	-0,211	0,005	175
vandkul_atlag_1000lakos	-0,224	0,004	168
valas_1000lakos	-0,254	0,001	175
gazcso_ter	-0,255	0,001	171
villmenny_1000lakos	-0,288	0,000	175
kozvizlak_ar	-0,296	0,000	174
szul_100hal	-0,310	0,000	175
felsofok_ar	-0,318	0,000	174
kozviz_ter	-0,338	0,000	170
csatlak_ar	-0,343	0,000	175
ujlakatlag97_01_1000lakas	-0,368	0,000	175
kozcsat_ter	-0,373	0,000	173
szennyviz_1000lakos	-0,384	0,000	175
regvall_1000lakos	-0,394	0,000	172
vandkul_1000lakos	-0,409	0,000	173
mukgazdszerv_1000lakos	-0,413	0,000	175
munkkepess_ar	-0,417	0,000	175
mukvall_1000lakos	-0,425	0,000	175
szgepkocsi_1000lakos	-0,435	0,000	175
ujlak_ar	-0,446	0,000	168
termszap_1000lakos	-0,513	0,000	171

14. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei, az azokhoz tartozó szignifikancia-szintekkel és a megfigyelési egységek számával hiányos adatsorok esetén (súlyosan mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2011)

Mutató	Pearson	Sig.	N
munknelk_100lakos	0,716	0,000	175
foglalk_nelk_ar	0,683	0,000	175
kozgy_100lakos	0,660	0,000	174
szocseg_1000lakos	0,617	0,000	175
horvoskezel_1000lakos	0,557	0,000	175
horvoskezel_horvos	0,481	0,000	175
etterem_1000lakos	0,340	0,000	174
otthon_1000lakos	0,267	0,001	166
kerszallferh_1000lakos	0,167	0,034	161
horvos_1000lakos	0,134	0,078	173
gondozott_1000lakos	0,122	0,115	168
ferohely_1000lakos	0,111	0,149	169
iparc_1000lakos	0,079	0,303	173
regvall_1000lakos	0,012	0,871	175
reggazdszerv_1000lakos	0,001	0,990	175
vendejker_1000lakos	-0,030	0,704	161
3_x_szoba_ar	-0,053	0,486	175
szul_100hal	-0,110	0,147	175
termszap_1000lakos	-0,142	0,062	175
vendlathely_1000lakos	-0,153	0,051	164
no_1000ferfi	-0,167	0,027	175
oreg_index	-0,182	0,016	175
kulvendejker_1000lakos	-0,216	0,007	154
kozcsat_kozviz_ar	-0,237	0,002	174
gazmenny_1000lakos	-0,257	0,001	175
gazlak_ar	-0,258	0,001	175
elektr_1000lakos	-0,262	0,001	160
valas_1000lakos	-0,273	0,000	175
kiskerhalegy_1000lakos	-0,281	0,000	172
elelm_1000lakos	-0,323	0,000	168
munkkepes_ar	-0,354	0,000	175
villmenny_1000lakos	-0,367	0,000	175
gazcso_ter	-0,369	0,000	169
kozviz_ter	-0,394	0,000	171
kozvizlak_ar	-0,421	0,000	170
csatlak_ar	-0,424	0,000	174
kozcsat_ter	-0,425	0,000	172
szennyviz_1000lakos	-0,441	0,000	174

ujlak_ar	-0,445	0,000	165
felsofok_ar	-0,463	0,000	175
ujlakatlag97_01_1000lakas	-0,471	0,000	170
kabTVbekapcsolak_ar	-0,482	0,000	175
vandkul_1000lakos	-0,505	0,000	175
vandkul_atlag_1000lakos	-0,613	0,000	175
szgepkocsi_1000lakos	-0,642	0,000	174

15. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei, az azokhoz tartozó szignifikancia-szintekkel és a megfigyelési egységek számával hiánytalan adatsorok esetén (súlyosan mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2011)

Mutató	Pearson	Sig.	N
munknelk_100lakos	0,716	0,000	175
foglalk_nelk_ar	0,683	0,000	175
kozgy_100lak	0,660	0,000	174
szocseg_1000lakos	0,617	0,000	175
horvoskezel_1000lak	0,557	0,000	175
horvoskezel_horvos	0,481	0,000	175
etterem_1000lak	0,340	0,000	174
otthon_1000lak	0,225	0,003	175
horvos_1000lak	0,166	0,029	174
gondozott_1000lak	0,134	0,079	172
ferohely_1000lak	0,122	0,110	172
kerszallferh_1000lak	0,109	0,164	164
iparc_1000lak	0,050	0,511	174
regvall_1000lak	0,012	0,871	175
reggazdszerv_1000lak	0,001	0,990	175
3_x_szoba_ar	-0,053	0,486	175
vendejker_1000lak	-0,062	0,429	164
szul_100hal	-0,110	0,147	175
termszap_1000lakos	-0,142	0,062	175
vendlathely_1000lakos	-0,153	0,051	164
no_1000ferfi	-0,167	0,027	175
oreg_index	-0,182	0,016	175
kozcsat_kozviz_ar	-0,226	0,003	175
kulvendejker_1000lak	-0,229	0,003	165
gazmeny_1000lakos	-0,257	0,001	175
gazlak_ar	-0,258	0,001	175
valas_1000lakos	-0,273	0,000	175
kiskerhalegy_1000lak	-0,281	0,000	172
elektr_1000lak	-0,314	0,000	174
elem_1000lak	-0,320	0,000	167
munkkepes_ar	-0,354	0,000	175
gazcso_ter	-0,360	0,000	167

villmenny_1000lak	-0,367	0,000	175
kozviz_ter	-0,381	0,000	169
csatlak_ar	-0,408	0,000	175
kozvizlak_ar	-0,409	0,000	172
kozcsat_ter	-0,419	0,000	173
szennyviz_1000lak	-0,431	0,000	175
ujlak_ar	-0,447	0,000	168
felsofok_ar	-0,460	0,000	173
ujlakatlag97_01_1000lakas	-0,471	0,000	170
kabTVbekapcsolak_ar	-0,482	0,000	175
vandkul_1000lakos	-0,508	0,000	174
vandkul_atlag_1000lakos	-0,613	0,000	175
szgepkocsi_1000lak	-0,642	0,000	174

16. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei, az azokhoz tartozó szignifikancia-szintekkel és a megfigyelési egységek számával hiányos adatsorok esetén (rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2011)

Mutató	Pearson	Sig.	N
kozgy_100lakos	0,676	0,000	174
foglalk_nelk_ar	0,649	0,000	175
munknelk_100lakos	0,546	0,000	175
horvoskezel_1000lakos	0,534	0,000	175
szocseg_1000lakos	0,438	0,000	175
horvoskezel_horvos	0,379	0,000	175
etterem_1000lakos	0,285	0,000	174
otthon_1000lakos	0,255	0,001	166
gondozott_1000lakos	0,250	0,001	168
horvos_1000lakos	0,240	0,001	173
ferohely_1000lakos	0,216	0,005	169
regvall_1000lakos	0,137	0,070	175
reggazdszerv_1000lakos	0,119	0,117	175
iparc_1000lakos	0,091	0,232	173
no_1000ferfi	0,039	0,608	175
kerszallferh_1000lakos	0,019	0,809	161
oreg_index	-0,024	0,748	175
vendejker_1000lakos	-0,072	0,363	161
3_x_szoba_ar	-0,084	0,267	175
vendlathely_1000lakos	-0,090	0,251	164
valas_1000lakos	-0,132	0,082	175
elektr_1000lakos	-0,134	0,091	160
kiskerhalegy_1000lakos	-0,166	0,029	172
munkkepes_ar	-0,193	0,011	175
szul_100hal	-0,246	0,001	175
villmenny_1000lakos	-0,255	0,001	175
termszap_1000lakos	-0,260	0,001	175

kulvendejker_1000lakos	-0,266	0,005	154
kozvizlak_ar	-0,269	0,000	170
gazlak_ar	-0,271	0,000	175
elem_1000lakos	-0,303	0,000	168
kabTVbekapcsolak_ar	-0,333	0,000	175
gazmenny_1000lakos	-0,351	0,000	175
gazcso_ter	-0,355	0,000	169
kozcsat_kozviz_ar	-0,399	0,000	174
szennyviz_1000lakos	-0,411	0,000	174
kozviz_ter	-0,422	0,000	171
csatlak_ar	-0,429	0,000	174
felsofok_ar	-0,489	0,000	175
vandkul_1000lakos	-0,507	0,000	175
kozcsat_ter	-0,516	0,000	172
ujlak_ar	-0,531	0,000	165
ujlakatlag97_01_1000lakas	-0,542	0,000	170
szgepkocsi_1000lakos	-0,552	0,000	174
vandkul_atlag_1000lakos	-0,589	0,000	175

17. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei, az azokhoz tartozó szignifikancia-szintekkel és a megfigyelési egységek számával hiányos adatsorok esetén (rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2011)

Mutató	Pearson	Sig.	N
kozgy_100lak	0,676	0,000	174
foglalk_nelk_ar	0,649	0,000	175
munknelk_100lakos	0,546	0,000	175
horvoskezel_1000lak	0,534	0,000	175
szocseg_1000lakos	0,438	0,000	175
horvoskezel_horvos	0,379	0,000	175
etterem_1000lak	0,285	0,000	174
otthon_1000lak	0,264	0,000	175
gondozott_1000lak	0,257	0,001	172
horvos_1000lak	0,250	0,001	174
ferohely_1000lak	0,241	0,001	172
regvall_1000lak	0,137	0,070	175
reggazdszerv_1000lak	0,119	0,117	175
iparc_1000lak	0,044	0,567	174
no_1000ferfi	0,039	0,608	175
kerszallferh_1000lak	-0,004	0,958	164
oreg_index	-0,024	0,748	175
3_x_szoba_ar	-0,084	0,267	175
vendejker_1000lak	-0,089	0,257	164
vendlathely_1000lakos	-0,090	0,251	164
valas_1000lakos	-0,132	0,082	175
elektr_1000lak	-0,153	0,043	174

kiskerhalegy_1000lak	-0,166	0,029	172
munkkepes_ar	-0,193	0,011	175
kulvendejker_1000lak	-0,240	0,002	165
szul_100hal	-0,246	0,001	175
kozvizlak_ar	-0,248	0,001	172
villmenny_1000lak	-0,255	0,001	175
termszap_1000lakos	-0,260	0,001	175
gazlak_ar	-0,271	0,000	175
elem_1000lak	-0,287	0,000	167
kabTVbekapcsolak_ar	-0,333	0,000	175
gazmenny_1000lakos	-0,351	0,000	175
gazcso_ter	-0,355	0,000	167
kozviz_ter	-0,381	0,000	169
kozcsat_kozviz_ar	-0,394	0,000	175
szennyviz_1000lak	-0,407	0,000	175
csatlak_ar	-0,421	0,000	175
felsofok_ar	-0,461	0,000	173
vandkul_1000lakos	-0,503	0,000	174
kozcsat_ter	-0,514	0,000	173
ujlak_ar	-0,526	0,000	168
ujlakatlag97_01_1000lakas	-0,542	0,000	170
szgepkocsi_1000lak	-0,552	0,000	174
vandkul_atlag_1000lakos	-0,589	0,000	175

18. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók nagyság szerinti sorszámainak átlagos értékei (az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2001)⁵⁹

Mutató	Átlagos sorszám (pozitív korr.)	Mutató	Átlagos sorszám (negatív korr.)
foglalk_nelk_ar	1,000	ujlak_ar	1,875
kozgy_100lakos	2,000	munkkepes_ar	3,625
munknelk_100lakos	3,125	szgepkocsi_1000lakos	3,625
horvoskezel_1000lak	4,125	mukvall_1000lakos	4,000
gondozott_1000lakos	5,375	termszap_1000lakos	4,750
szocseg_1000lakos	6,500	mukgazdszerv_1000lakos	6,375
horvoskezel_horvos	6,750	szennyviz_1000lakos	7,875
ferohely_1000lakos	7,125	regvall_1000lakos	8,375
otthon_1000lakos	9,000	ujlakatlag97_01_1000lakas	9,000
mg_ar	10,000	kozcsat_ter	10,875
oreg_index	11,000	vandkul_1000lakos	11,250
no_1000ferfi	12,500	csatlak_ar	11,750
gazlak_ar	13,875	szul_100hal	12,875
kerszallferh_1000lakos	14,500	kozviz_ter	13,000
horvos_1000lakos	16,125	felsofok_ar	13,625
kozcsat_kozviz_ar	16,250	kozvizlak_ar	15,250
vendlathely_1000lakos	17,250	villmenny_1000lakos	17,250
vendej_1000lakos	17,375	gazcso_ter	17,750
elem_1000lakos	18,875	valas_1000lakos	20,125
gyogykezel_1000lakos	19,625	kiskerhalegy_1000lakos	20,125
3_x_szoba_ar	20,000	kabTVbekapcsolak_ar	20,500
vendejker_1000lakos	20,500	vandkul_atlag_1000lakos	21,250
gazmenny_1000lakos	23,000	elektr_1000lakos	22,875
iparc_1000lakos	25,375	kulvendejker_1000lakos	24,375
szolg_ar	25,875	etterem_1000lakos	24,500
etterem_1000lakos	26,500	szolg_ar	25,000
kulvendejker_1000lakos	26,500	iparc_1000lakos	25,625
elektr_1000lakos	28,125	gazmenny_1000lakos	27,875
vandkul_atlag_1000lakos	29,750	vendejker_1000lakos	30,250
kabTVbekapcsolak_ar	30,500	3_x_szoba_ar	31,000
valas_1000lakos	30,750	gyogykezel_1000lak	31,375
kiskerhalegy_1000lakos	30,875	elem_1000lakos	32,125
gazcso_ter	33,000	vendlathely_1000lakos	33,625
villmenny_1000lakos	33,625	vendej_1000lakos	33,625
kozvizlak_ar	35,750	kozcsat_kozviz_ar	34,625
felsofok_ar	37,375	horvos_1000lakos	34,875
szul_100hal	38,000	kerszallferh_1000lakos	36,375

⁵⁹ A sorba rendezést elvégeztem valamennyi kistérségi felosztás esetében, továbbá mindegyik felosztásnál számítást végeztem a feltételezett adathiányos és a nullával való helyettesítés eseteire is (lásd a módszertani leírást), összesen tehát nyolc sorba rendezés értékeit átlagoltam.

kozviz_ter	38,000	gazlak_ar	37,125
csatlak_ar	39,125	no_1000ferfi	38,500
vandkul_1000lakos	39,750	oreg_index	40,000
kozcsat_ter	39,875	mg_ar	41,000
ujlakatlag97_01_1000lakas	41,875	otthon_1000lakos	42,000
regvall_1000lakos	42,625	ferohely_1000lakos	43,875
szennyviz_1000lakos	43,000	horvoskezel_horvos	44,250
mukgazdszerv_1000lak	44,625	szocseg_1000lakos	44,500
termszap_1000lakos	46,250	gondozott_1000lakos	45,625
mukvall_1000lakos	47,000	horvoskezel_1000lakos	46,875
munkkepes_ar	47,375	munknelk_100lakos	47,875
szgepkocsi_1000lakos	47,375	kozgy_100lakos	49,000
ujlak_ar	49,125	foglalk_nelk_ar	50,000

19. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók nagyság szerinti sorszámainak átlagos értékei (súlyosan mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2011)⁶⁰

Mutató	Átlagos sorszám (pozitív korr.)	Mutató	Átlagos sorszám (negatív korr.)
munknelk_100lakos	1,250	szgepkocsi_1000lakos	1,250
foglalk_nelk_ar	2,250	vandkul_atlag_1000lakos	1,750
kozgy_100lak	2,500	vandkul_1000lakos	3,000
szocseg_1000lakos	4,000	ujlakatlag97_01_1000lakas	4,875
horvoskezel_1000lakos	5,000	kabTVbekapcsolak_ar	5,250
horvoskezel_horvos	6,000	felsofok_ar	5,875
etterem_1000lakos	7,000	ujlak_ar	6,250
otthon_1000lakos	8,000	szennyviz_1000lakos	7,750
horvos_1000lakos	9,375	kozcsat_ter	9,875
gondozott_1000lakos	10,125	csatlak_ar	9,875
ferohely_1000lakos	11,250	kozvizlak_ar	10,250
kerszallferh_1000lakos	12,125	kozviz_ter	12,375
iparc_1000lakos	12,625	gazcso_ter	13,375
regvall_1000lakos	13,750	villmenny_1000lakos	13,500
reggazdszerv_1000lakos	14,750	munkkepes_ar	14,750
3_x_szoba_ar	16,250	elelm_1000lakos	16,000
vendejker_1000lakos	17,375	kiskerhalegy_1000lakos	18,125
szul_100hal	18,125	elektr_1000lakos	18,250
vendlathely_1000lakos	19,125	valas_1000lakos	18,500
termszap_1000lakos	19,375	gazlak_ar	20,250
no_1000ferfi	21,000	kozcsat_kozviz_ar	20,875
oreg_index	21,750	gazmenny_1000lakos	21,000

⁶⁰ A sorba rendezést elvégeztem valamennyi kistérségi felosztás esetében, továbbá mindegyik felosztásnál számítást végeztem a feltételezett adathiányos és a nullával való helyettesítés eseteire is (lásd a módszertani leírást), összesen tehát nyolc sorba rendezés értékeit átlagoltam.

kulvendejker_1000lakos	23,125	kulvendejker_1000lakos	22,875
gazmenny_1000lakos	25,000	oreg_index	24,250
kozcsat_kozviz_ar	25,125	no_1000ferfi	25,000
gazlak_ar	25,750	termszap_1000lakos	26,625
valas_1000lakos	27,500	vendlathely_1000lakos	26,875
elektr_1000lakos	27,625	szul_100hal	27,875
kiskerhalegy_1000lakos	27,875	vendejker_1000lakos	28,625
elem_1000lakos	29,875	3_x_szoba_ar	29,750
munkkepes_ar	31,250	reggazdszerv_1000lakos	31,250
villmenny_1000lakos	32,500	regvall_1000lakos	32,250
gazcso_ter	32,625	iparc_1000lakos	33,375
kozviz_ter	33,625	kerszallferh_1000lakos	33,875
kozvizlak_ar	35,750	ferohely_1000lakos	34,750
kozcsat_ter	36,125	gondozott_1000lakos	35,875
csatlak_ar	36,125	horvos_1000lakos	36,625
szennyviz_1000lakos	38,250	otthon_1000lakos	38,000
ujlak_ar	39,750	etterem_1000lakos	39,000
felsofok_ar	40,125	horvoskezel_horvos	40,000
kabTVbekapcsolak_ar	40,750	horvoskezel_1000lakos	41,000
ujlakatlag97_01_1000lakas	41,125	szocseg_1000lakos	42,000
vandkul_1000lakos	43,000	kozgy_100lakos	43,500
vandkul_atlag_1000lakos	44,250	foglalk_nelk_ar	43,750
szgepkocsi_1000lakos	44,750	munknelk_100lakos	44,750

20. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók nagyság szerinti sorszámainak átlagos értékei (rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő népességre jutó számával korreláltatva, 2011)⁶¹

Mutató	Átlagos sorszám (pozitív korr.)	Mutató	Átlagos sorszám (negatív korr.)
kozgy_100lakos	1,000	vandkul_atlag_1000lakos	1,000
foglalk_nelk_ar	2,000	szgepkocsi_1000lakos	2,875
munknelk_100lakos	3,000	ujlak_ar	3,250
horvoskezel_1000lakos	4,000	ujlakatlag97_01_1000lakas	3,250
szocseg_1000lakos	5,000	vandkul_1000lakos	5,000
horvoskezel_horvos	6,000	kozcsat_ter	5,625
otthon_1000lakos	7,500	felsofok_ar	6,625
etterem_1000lakos	7,500	csatlak_ar	8,000
gondozott_1000lakos	9,375	szennyviz_1000lakos	9,500
horvos_1000lakos	9,750	kozviz_ter	9,750
ferohely_1000lakos	10,875	kozcsat_kozviz_ar	10,750
regvall_1000lakos	12,000	gazcso_ter	12,000

⁶¹ A sorba rendezést elvégeztem valamennyi kistérségi felosztás esetében, továbbá mindegyik felosztásnál számítást végeztem a feltételezett adathiányos és a nullával való helyettesítés eseteire is (lásd a módszertani leírást), összesen tehát nyolc sorba rendezés értékeit átlagoltam.

reggazdszerv_1000lakos	13,000	gazmenny_1000lakos	13,125
iparc_1000lak	14,000	kabTVbekapcsolak_ar	14,250
no_1000ferfi	15,000	elem_1000lakos	15,000
oreg_index	16,500	gazlak_ar	15,750
kerszallferh_1000lakos	16,875	termszap_1000lakos	17,750
3_x_szoba_ar	18,250	villmenny_1000lakos	18,625
vendlathely_1000lakos	19,625	kozvizlak_ar	18,875
vendejker_1000lakos	20,500	szul_100hal	19,500
elektr_1000lakos	21,000	kulvendejker_1000lakos	20,750
kiskerhalegy_1000lakos	21,625	munkkepes_ar	21,500
valas_1000lakos	21,625	kiskerhalegy_1000lakos	24,250
munkkepes_ar	24,500	valas_1000lakos	24,375
kulvendejker_1000lakos	25,250	elektr_1000lakos	24,875
szul_100hal	26,500	vendejker_1000lakos	25,500
kozvizlak_ar	27,125	vendlathely_1000lakos	26,375
villmenny_1000lakos	27,375	3_x_szoba_ar	27,750
termszap_1000lakos	28,250	kerszallferh_1000lakos	29,125
gazlak_ar	30,250	oreg_index	29,500
elem_1000lakos	31,000	no_1000ferfi	31,000
kabTVbekapcsolak_ar	31,750	iparc_1000lakos	32,000
gazmenny_1000lakos	32,875	reggazdszerv_1000lakos	33,000
gazcso_ter	34,000	regvall_1000lakos	34,000
kozcsat_kozviz_ar	35,250	ferohely_1000lakos	35,125
kozviz_ter	36,250	horvos_1000lakos	36,250
szennyviz_1000lakos	36,500	gondozott_1000lakos	36,625
csatlak_ar	38,000	otthon_1000lakos	38,500
felsofok_ar	39,250	etterem_1000lakos	38,500
kozcsat_ter	40,125	horvoskezel_horvos	40,000
vandkul_1000lakos	40,875	szocseg_1000lakos	41,000
ujlak_ar	42,625	horvoskezel_1000lakos	42,000
ujlakatlag97_01_1000lakas	42,625	munknelk_100lakos	43,000
szgepkocsi_1000lakos	43,125	foglalk_nelk_ar	44,000
vandkul_atlag_1000lakos	45,000	kozgy_100lakos	45,000

21. táblázat: A közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők népességén belüli aránya és az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók aránya közötti területi keresztkorreláció Moran-féle I értékei (2001)

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa			
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)
175	0,2599	0,2723	0,2682	0,2681
174	0,2606	0,2730	0,2692	0,2691
168	0,2565	0,2648	0,2667	0,2668
150	0,2714	0,2809	0,2783	0,2759

22. táblázat: A foglalkoztatottal nem rendelkező háztartások aránya és az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók aránya közötti területi keresztkorreláció Moran-féle I értékei (2001)

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa			
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)
175	0,3670	0,3815	0,384854	0,384093
174	0,3676	0,3827	0,386674	0,385945
168	0,3741	0,3797	0,385485	0,384149
150	0,3649	0,3882	0,382259	0,382084

23. táblázat: A munkanélküliek aktív korú népességén belüli aránya és az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók aránya közötti területi keresztkorreláció Moran-féle I értékei (2001)

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa			
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)
175	0,2649	0,2756	0,273476	0,272429
174	0,2651	0,2760	0,274524	0,273488
168	0,2620	0,2673	0,266096	0,264644
150	0,2648	0,2772	0,27369	0,271326

24. táblázat: A munkanélküliek aktív korú népességén belüli aránya és a súlyosan mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában részesülők aránya közötti területi keresztkorreláció Moran-féle I értékei (2011)

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa			
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)
175	0,0429	0,0474	0,0278	0,0279
174	0,0058	0,0177	0,0482	0,0479
168	-0,0375	-0,0153	-0,0205	-0,0176
150	0,0557	0,0538	0,0541	0,0540

25. táblázat: A személygépkocsival rendelkezők népességen belüli aránya és a súlyosan mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában részesülők aránya közötti területi keresztkorreláció Moran-féle I értékei (2011)

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa			
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)
175	-0,0026	-0,0121	0,0212	0,0229
174	0,0175	0,0011	-0,0017	-0,0019
168	0,0758	0,0529	0,0744	0,0684
150	-0,0002	-0,0036	0,0097	0,0073

26. táblázat: A közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők népességen belüli aránya és a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők aránya közötti területi keresztkorreláció Moran-féle I értékei (2011)

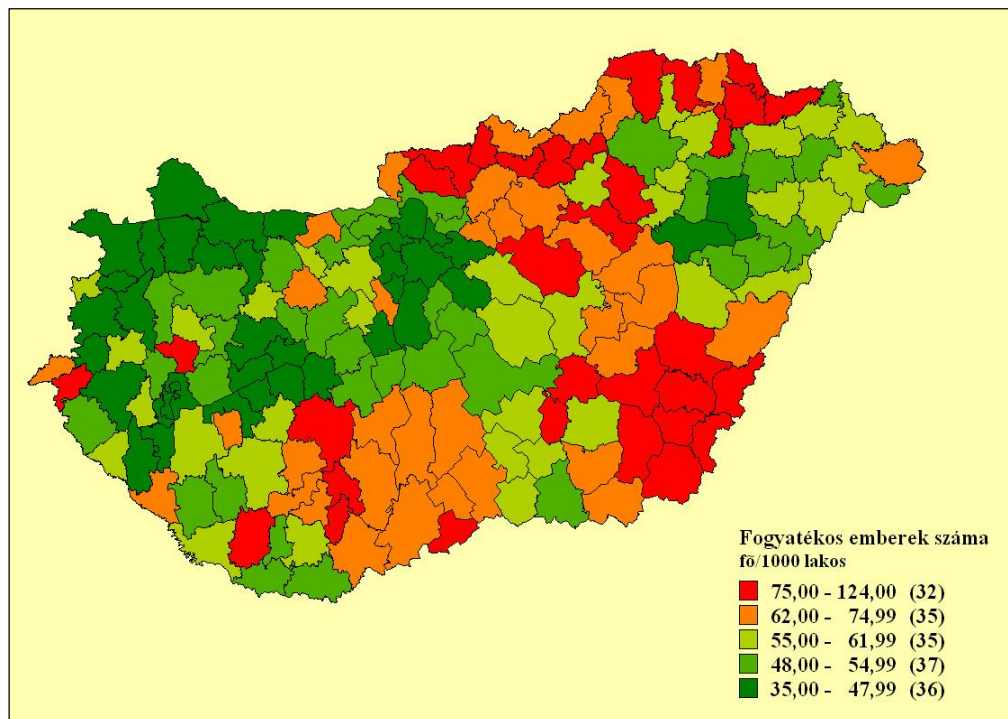
Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa			
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)
175	0,0124	0,0002	-0,0023	-0,0047
174	0,0205	0,0277	0,0243	0,0212
168	0,0688	0,0755	0,0753	0,0742
150	0,0502	0,0356	0,0474	0,0439

27. táblázat: A vándorlási különbözet időszak (2007-2011) közepi 1000 fő népességre jutó évi átlaga és a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők aránya közötti területi keresztkorreláció Moran-féle I értékei (2011)

Kistérségi felosztás	Szomszédsági mátrix típusa			
	Bináris	Sornormalizált	Súly: legrövidebb közúti távolság (kist. közp.)	Súly: leggyorsabb közúti távolság (kist. közp.)
175	0,0327	0,0281	0,0490	0,0503
174	0,0240	0,0200	0,0206	0,0212
168	0,0452	0,0341	0,0357	0,0339
150	0,0487	0,0412	0,0510	0,0492

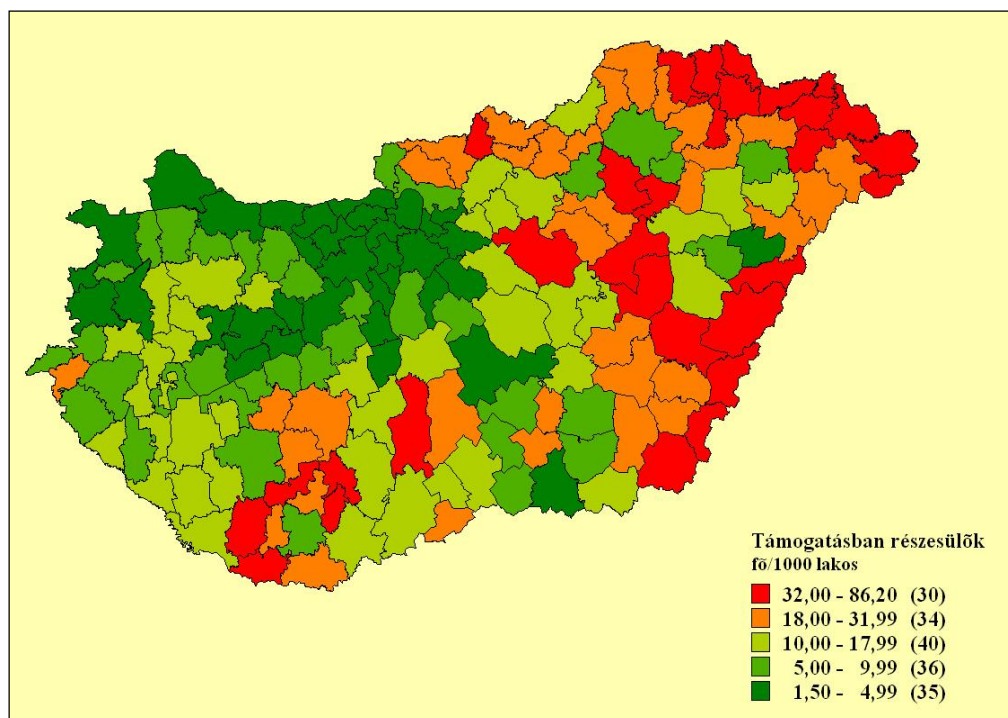
IV. Térképek

1. térkép: Az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók 1000 fő állandó népességre jutó átlagos száma kistérségeként (175), 2001



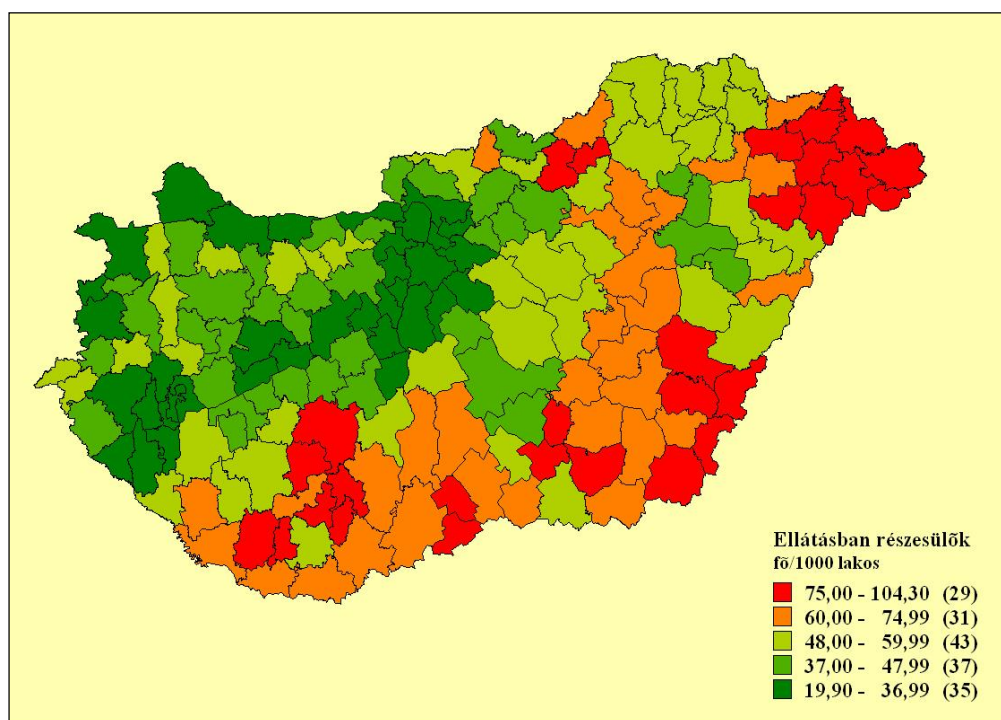
Forrás: KSH adatai alapján saját számítás és szerkesztés

2. térkép: A súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó átlagos száma kistérségeként (175), 2011



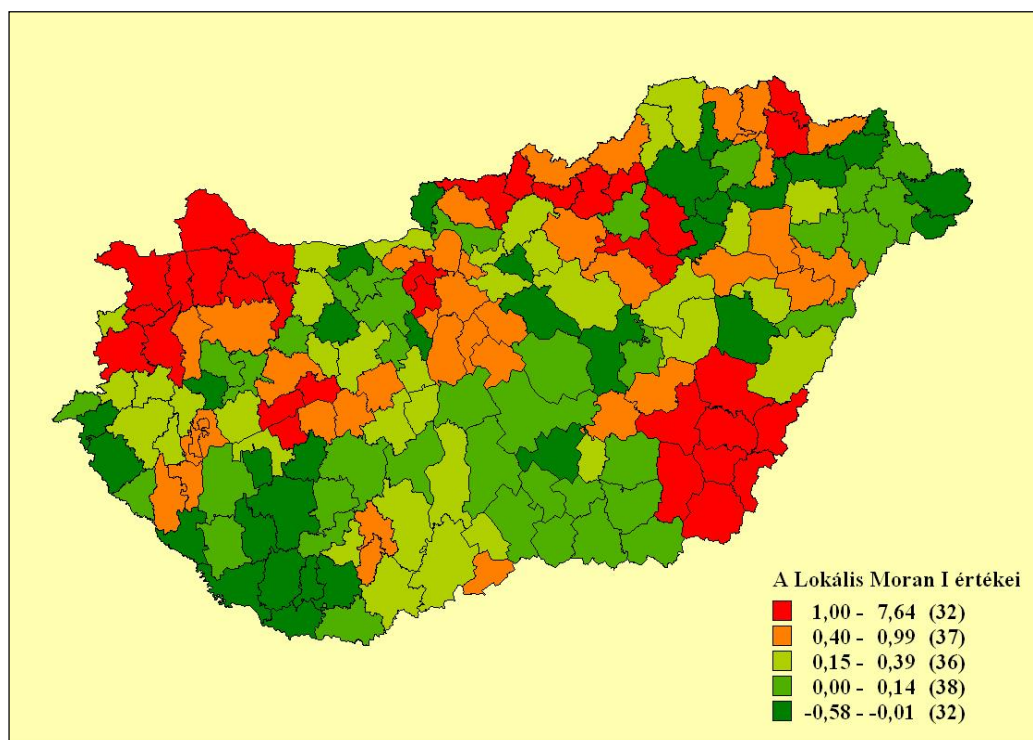
Forrás: KSH adatai alapján saját számítás és szerkesztés

3. térkép: A rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő állandó népességre jutó átlagos száma kistérségenként (175), 2011



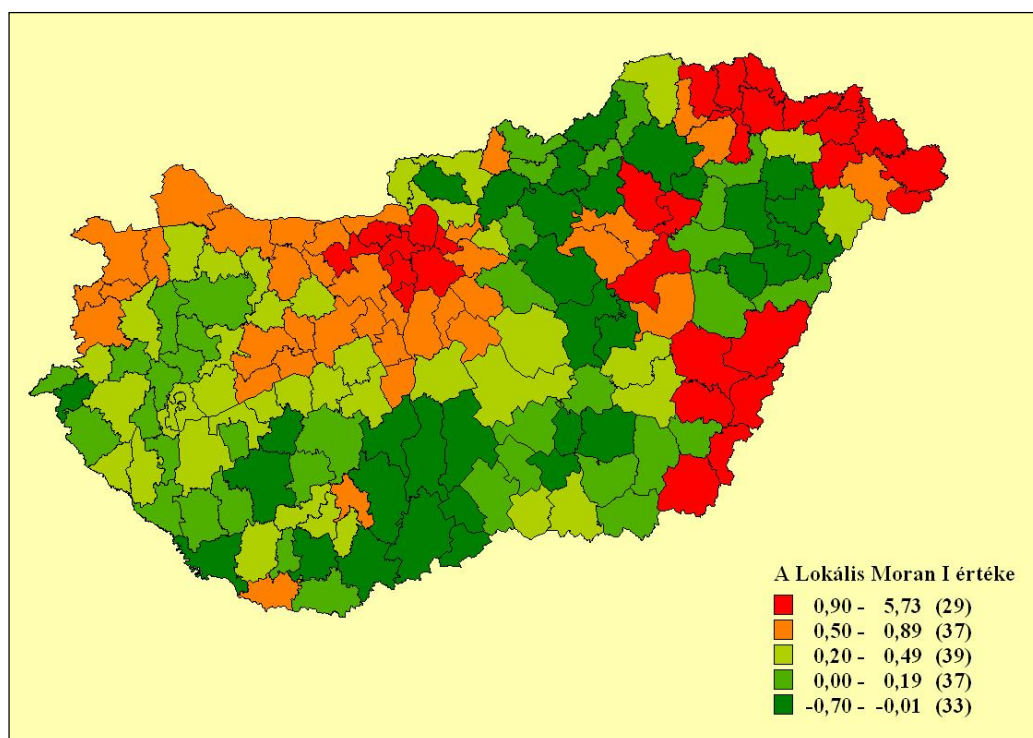
Forrás: KSH adatai alapján saját számítás és szerkesztés

4. térkép: Az 1000 lakosra jutó önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók számának lokális autokorreláltsága, 2001 (175 kistérség, kistérségi központok közötti távolságértékével súlyozott mátrix)



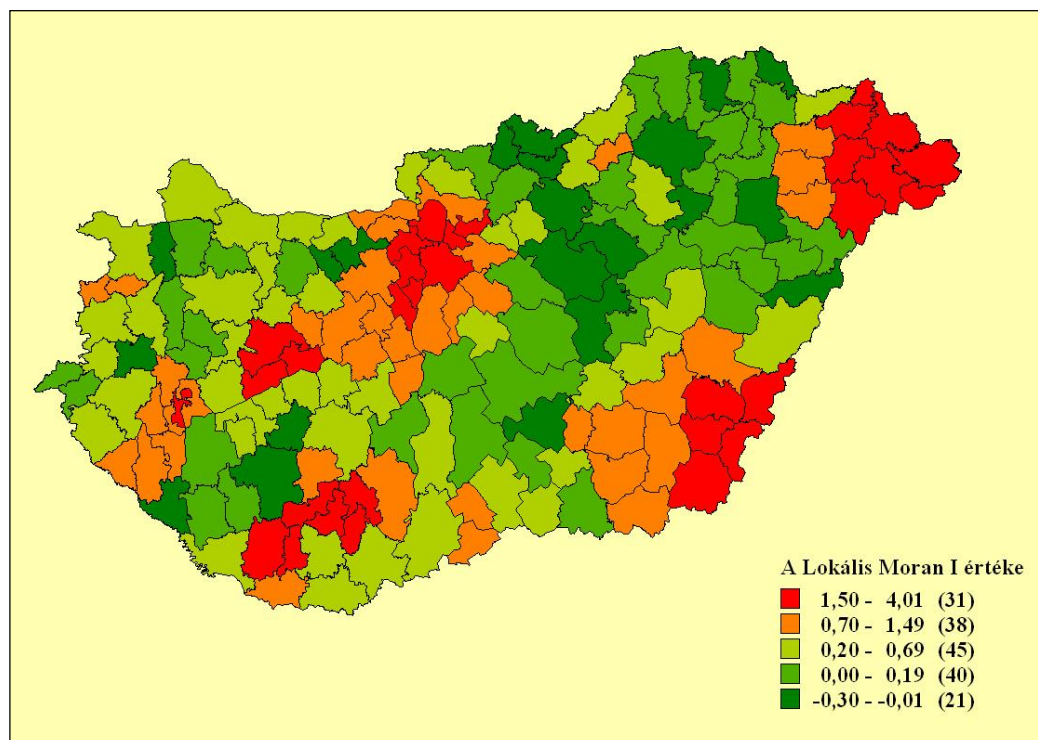
Forrás: KSH adatai alapján saját számítás és szerkesztés

5. térkép: Az 1000 lakosra jutó súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők számának lokális autokorreláltsága, 2011 (175 kistérség, kistérségi központok közötti távolságértékével súlyozott mátrix)



Forrás: KSH adatai alapján saját számítás és szerkesztés

6. térkép: Az 1000 lakosra jutó rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők számának lokális autokorreláltsága, 2011 (175 kistérség, kistérségi központok közötti távolságértékével súlyozott mátrix)



Forrás: KSH adatai alapján saját számítás és szerkesztés