

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

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

Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

Fabula Szabolcs

Témavezető
Dr. Timár Judit
tudományos főmunkatárs

Szeged
2014

I. A témaválasztás indoklása

A fogyatékoság a 21. század korai időszakának egyik jelentős és egyre növekvő fontosságú globális kérdése (UN 2011; WHO 2011). A fogyatékoság és számos kísérőjelensége súlyos társadalmi problémaként értelmezhető, ugyanakkor ezek a jelenségek elválaszthatatlanok a társadalmi tértől és bizonyos térfolyamatoktól. Ennek megfelelően számos tényező a fogyatékoság kritikai társadalomföldrajzi kutatásának relevanciáját támasztja alá, amely tényezőknek három csoportját tartom fontosnak kiemelni: földrajztudomány-elméleti, demográfiai és szociális-jóléti.

A fogyatékoság *földrajztudományi* 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* (disability geography, geography of disability, geographies of disability) egyre inkább önálló szub-diszciplínaként tekintenek.

Mindazonáltal megállapítható, hogy globális léptékben jelentős eltérés mutatkozik a fogyatékoság jelenségének koncentrációja és a téma földrajztudományi reprezentációja között. Egyrészt ugyanis a fogyatékosággal élőként kategorizált emberek kétharmada már a nyolcvanas 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 szerint az arány már közel nyolcvan százalék (O'REILLY, A. 2007; UN ENABLE 2008). Másrészt, a fogyatékoság-földrajzi kutatások többsége „nyugati” (nyugat-európai, észak-amerikai) kontextusból származik. Következésképpen nemcsak a fentebb említett fejlődő országokban, hanem például Kelet-Közép-Európában is nagyrészt hiányoznak azok a tanulmányok, amelyek a fogyatékoság és a tér kapcsolatát vizsgálják.

A *demográfiai* tényező alapeleme a fogyatékosnak tartott emberek száma és ennek a számnak a változásai. A fogyatékos népesség globálisan már az 1980-as évek végén is több mint 500 millió főt számlált (ABBERLEY, P. 1987; DESPOUY, L. 1991 in OLIVER, M. J. 1999), amely szám 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 több mint 14%-át bizonyos szempontból fogyatékosnak lehet tekinteni (WHO 2011). Magyarországon 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 csökkent, azonban ekkor már a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) a fogyatékoság mellett elkülönítette a „tartósan beteg” kategóriát, amelybe összesen 1 648 424 fő sorolta magát. A fogyatékoság tehát nem egy szűk társadalmi csoport belügye, hanem széles társadalmi réteget, sőt, végső soron szinte mindenkit érint, legalábbis bizonyos életszakaszokban.

A *szociális-jóléti* tényező alapvetése, hogy egy fogyatékos személy életkörülményei általánosságban kedvezőtlenebbek a hasonló demográfiai (pl. nem, életkor) karakterrel bíró ép társainál. Ez meglehetősen normatív megfogalmazás, mindazonáltal a fogyatékoság és a szegénység a 21. század elején még mindig szorosan kapcsolódó jelenségek (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/kielégítetlenségét (GIDDENS, A. 2008) a középpontba helyező koncepciókkal, mint amilyen például a szegénység.

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. (1998) álláspontja szerint ennek az állapotnak a megszüntetéséhez két követelményt kell teljesíteni: egyrészt az anyagi nélkülözés megszüntetését, másrészt a társadalmi-térbeli kirekesztettség felszámolását. Ezért is tartom fontosnak megvizsgálni, hogy Magyarországon milyen tényezők járulnak hozzá a sérült emberek társadalmi-térbeli hátrányos helyzetének kialakulásához.

II. Célkitűzések és kutatási kérdések

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 alkalmazhatóságáról. Dolgozatomban ezért jelentős hangsúlyt kap a tudományelméleti kérdések tárgyalása.

1. Milyen értelmezési lehetőségei vannak a fogyatékoságnak és milyen koncepcionális megközelítésekkel írható le ez a jelenség?
2. Milyen módjai léteznek a fogyatékoság társadalomföldrajzi kutatásának, amelyeket a magyarországi geográfiában eddig nem alkalmaztak?
3. Milyen fontosabb témák fordulnak elő a fogyatékoság-földrajzban a nemzetközi szakirodalom alapján?

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 előidéznek a fogyatékos emberek hátrányos helyzetét, illetve hozzájárulnak ennek a hátrányos helyzetnek a fennmaradásához. Ezen túlmenően a feltárt jelenségeket a kritikai társadalomföldrajz szemléletével elemzem és interpretálok. Az előzőhöz hasonlóan ez is összetett kérdéskör, hiszen lényeges, hogy miként fejeződik ki és képződik újra a fogyatékos emberek hátrányos helyzete különböző léptékekben.

1. Milyen összefüggések mutathatók ki a fogyatékoság és más társadalmi-gazdasági tényezők regionális eloszlásában?
2. Hogyan képződnek a fogyatékos emberek számára akadályokkal teli települési terek, és milyen akadályok találhatók a települési környezetben?
3. Mi jellemzi ebből a szempontból a társadalmi tér egyes részeit (pl. munkavégzés, közterek, otthon)?
4. Az egyének és csoportok szintjén milyen szerepe van a fogyatékoságnak a testek és az identitások formálódásában?
5. 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 tevékenységemmel hosszú távon szeretnék hozzájárulni a fogyatékosnak tekintett és hátrányos helyzetben lévő emberek életkörülményeinek javításához és a kedvezőtlen helyzetüket okozó társadalmi viszonyok

megváltoztatásához. 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 ennek a célkitűzésnek a megvalósítását támogatja.

III. Alkalmazott módszerek

Az egyes kutatási kérdések megválaszolásához egyaránt alkalmaztam terepközeli és tereptávoli (LETENYEI L. 2006), kvantitatív és kvalitatív vizsgálati módszereket.

1. A tudományelméleti célkitűzéshez alkalmazott módszerek

A dolgozat elméleti keretének kialakításakor másodlagos források elemzését végeztem el. A tudományelméleti célkitűzésen belül az egyes kérdések tárgyalása a témához kapcsolódó nemzetközi (kizárólag angol nyelvű), illetve kisebb részben magyar szakirodalom elemzésén alapul. A téma interdiszciplináris jellege miatt egyaránt építettem a geográfia és más tudományok eredményeire, a szakirodalom mellett pedig forrásként használtam fel különböző jogszabályok, egyezmények, jelentések és tervdokumentumok szövegeit.

2. A fogyatékoság és más társadalmi jelenségek makroszintű összefüggéseinek vizsgálatához alkalmazott módszerek

A felhasznált statisztikai módszereket három nagyobb csoportba sorolom: leíró jellegű statisztikai számítások, lineáris korrelációs műveletek, valamint globális és lokális területi autokorrelációs és keresztkorrelációs mérések. Az elemzéseket a *Központi Statisztikai Hivatal* (KSH) népszámlálási és a *Területi Statisztikai Adatok Rendszerének* (T-STAR) adatainak felhasználásával két időpontra (2001, 2011), különböző területi szinteken végeztem (országos, megyei, kistérségei, települési), amely utóbbiak közül a tervezési-statisztikai kistérségeknek szántam kitüntetett szerepet.

A *leíró* statisztikai számítások keretében társadalmi-gazdasági jelenségek jellemzésére szolgáló mérőszámok adatsoraiból fajlagos mutatókat számoltam. Ez utóbbiakat a kistérségek fejlettségét/elmaradottságát mérő komplex mutató kiszámításához, valamint a TEIR rendszerében a területi elemzésekhez használt mérőszámok közül jelöltem ki. A kiszámolt mutatók között kitüntetett szereppel bírnak az egészségkárosodással, illetve fogyatékosággal kapcsolatosak. 2001-re az 1000 állandó lakosra jutó, önmagukat fogyatékosággal élőknek valló emberek számát adtam meg, 2011-re viszont nem állt rendelkezésemre kistérségi szintre ilyen adat, így két helyettesítő változót alkalmaztam: a súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásában részesülők 1000 fő népességre jutó számát, valamint a rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők 1000 fő népességre jutó számát.

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

Harmadik módszerként *területi auto- és keresztkorrelációs* számításokat alkalmaztam. A területi autokorreláció globális és lokális Moran-féle I mérőszámát (ANSELIN, L. 1995; TRAN, H. – YASUOKA, Y. 2001) kiszámoltam mindhárom fentebb említett mutató esetében. Ez a módszer lehetőséget nyújt a különböző társadalmi jelenségek térbeli eloszlásában mutatkozó szabály- vagy véletlenszerűségek kimutatására (NEMES NAGY J. 1998, 2009; DUSEK, T. 2004). A *területi keresztkorreláció*-számítás során a fogyatékoságot leíró mutatók adatsorainak 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

fogyatékosokra jellemző mutatóval a legmagasabb szignifikáns korrelációs értékekkel rendelkeztek.

3. A társadalmi tér és a települési terek alrendszerének vizsgálatához használt módszerek

Az ide sorolt kérdések megválaszolásához kvalitatív módszert, félig-strukturált és narratív interjút alkalmaztam. Az interjúkat 2010. április 13. és 2012. október 2. között készítettük témavezetőmmel, Timár Judittal¹. A kutatás folyamán 70 interjú keretében összesen 74 személyt szólaltattunk meg, akiket két nagy csoportba soroltam: egészségkárosodott személyek (54 fő) és „szakértők” (25 fő); emellett öt fő mind a két csoportnak tagja.

Mivel az ide vonatkozó kutatási kérdéseket elsősorban a *sérült emberek szempontjából* vizsgáltam, ezért ez a csoport az interjúpartnerek között is felülreprezentált. Esetükben a kiválasztási stratégia az egészségkárosodás megléte volt, amely állapot egyaránt jelenthette a hivatalos, hatóság általi diagnózis és/vagy az egyén által megtapasztalt tünet-együttes fennállását az illetőre. A *szakértői interjúk* alanyai olyan szereplők voltak, akik a felmérés időpontjában kormányzati vagy nem-kormányzati szervezetekben betöltött vezető pozíciójuk révén jelentős tapasztalatokkal bírtak az egészségkárosodással, fogyatékosággal kapcsolatos szakpolitikai kérdésekben, így a fentebb áttekintett egészségkárosodott csoport tagjaitól némiképp eltérő nézőponttal szolgáltak.

IV. A kutatás eredményeinek összefoglalása

A tudományelméleti célkitűzéshez kapcsolódó eredmények

1. A szakirodalom elemzése alapján megállapítottam, hogy a fogyatékoság jelenségének lényegét a társadalomtudományokban igen sokféle módon határozzák meg. Az egyes irányzatok által megfogalmazott alapelemeket általában *modellek* keretében strukturálják, amelyek közül többet a társadalomföldrajz is adaptált, sőt eredményeivel bővítette azokat, illetve újabbakat hozott létre (GLEESON, B. 1999; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Dolgozatomban a fogyatékoság modelljeit három csoportba soroltam: individuális, társadalmi és bioszociális.

Az *individuális* modellek általános jellemzője, hogy a fogyatékoságot az egyén szintjéről eredeztetik, míg a környezeti elemeknek nem tulajdonítanak jelentős szerepet. Ezen a csoporton belül, jelentősége miatt, a *biomedikális* vagy *medikális* modellt tárgyalom nagyobb részletességgel, amely a fogyatékoság okát az egyén élettani, egészségügyi állapotára vezeti vissza (OLIVER, M. J. 1990a; ABBERLEY, P. 1991; BARNES, C. 1992; FINKELSTEIN, V. 1998; BARNES, C. – MERCER, G. 2004; IMRIE, R. 2004; WILTON, R. D. – EVANS, J. 2009). Emellett az individuális modellek közé sorolom a *morális* vagy vallási felfogáson alapulót (KAPLAN, D. 2000; NIKORA, L. W. et al. 2004; JACOBSON, D. 2006: 110; SHAKESPEARE, T. 2006), a személyestratégia-értelmezést (OLIVER, M. J. 1990a, 1990b, 1999; BORSAY, A. 1997), valamint a szakértői vagy rehabilitációs (KAPLAN, D. 2000; NIKORA, L. W. et al. 2004) és a fogyasztói modellt (NIKORA, L. W. et al. 2004).

A *társadalmi* modellek a fentebb felsoroltakkal ellentétben áthelyezik a hangsúlyt az egyénről a társadalmi környezetre, és a fogyatékos emberek alávett helyzetét a társadalom jellemzőivel magyarázzák. Ezen a csoporton belül két jelentős irányzatot azonosítottam: a főként Marxista alapokra építő *brit* (FINKELSTEIN, V. 1993; ABBERLEY, P. 1999; OLIVER, M. J. 1999; BARNES, C. 2000), valamint a funkcionalizmus és szimbolikus interakcionizmus eredményeit felhasználó *amerikai* vonulatot. Mindkettőn belül elkülönítve tárgyaltam egy-egy

¹ Az interjúk közül négyet témavezetőm, 55 darabot én, míg 11 darabot közösen készítettünk.

altípust: előbbinél az affirmatív (SWAIN, J. – FRENCH, S. 2000), utóbbinál a kisebbségi csoport modellt (HAHN, H. 1985, 1986, 1994).

A harmadik nagyobb csoportba a kulturális jellegű modelleket soroltam, amelyek összefoglaló elnevezésére a dolgozatban a bioszociális (WATSON, N. 2004; PHILO, C. 2009) 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. Komplexitása miatt a bioszociális megközelítést tartom a legalkalmasabbnak a fogyatékoság földrajzi kutatásához, és saját empirikus vizsgálataimhoz is ezt a modellt alkalmazom.

2. A második tudományelméleti kérdéskört illetően arra a megállapításra jutottam, hogy 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. Tudomány-rendszertani határainak kijelölésére elkülönítettem azoknak a kutatásoknak a körét, amelyeket nem tekintek kritikainak, így 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). Míg az előbbihez sorolt kutatások képviselői a fogyatékoságot mint térbeli jelenséget az egészségkárosodott emberek területi eloszlásával és térbeli cselekvéseivel azonosítják, és nem törekszenek a fennálló társadalmi viszonyok megváltoztatására, addig utóbbi képviselői a fogyatékos emberek hátrányos helyzetének megszüntetéséhez alapvetőnek tekintik a gyökeres társadalmi változásokat, főként a kapitalista termelési-elosztási viszonyokét.

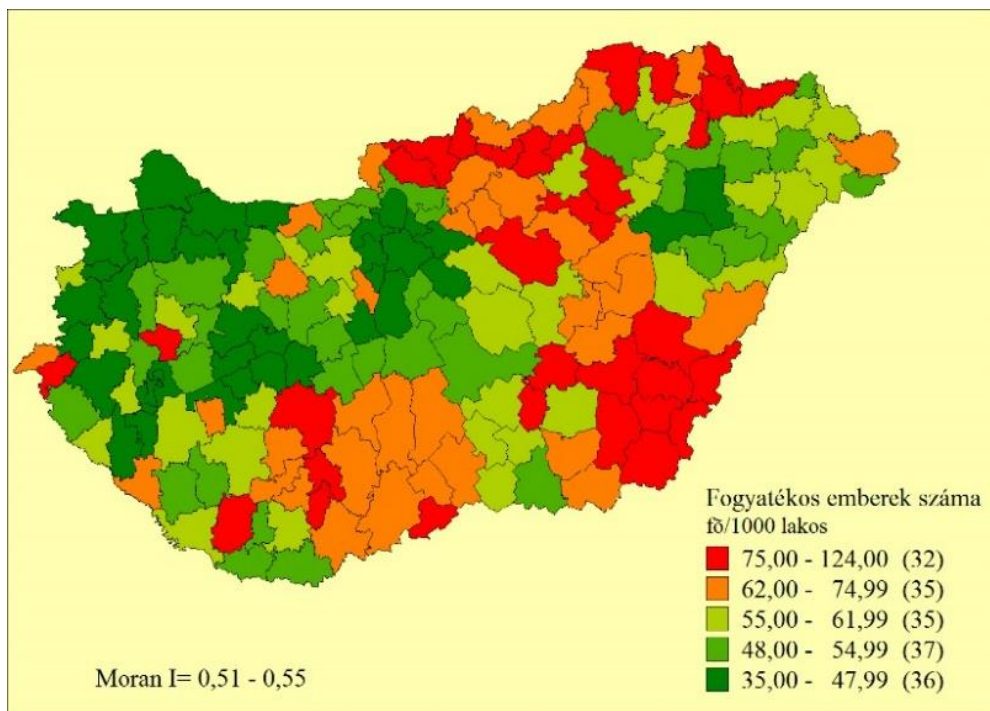
3. Kutatási témák tekintetében a pre-kritikai és a kritikai kutatások némileg hasonlítanak ugyan egymásra, de a szakirodalom elemzése alapján jelentős a témák közötti hangsúlyok eltolódása, illetve az eltérés a kritikai társadalomelméletekhez fűződő viszonyban. A pre-kritikai csoporton belül három irányzatot különítettem el: a földrajzi epidemiológiával és betegségökológiával foglalkozót (HUGG, L. 1979; MAYER, J. D. 1981; LOVETT, A. A. – GATRELL, A. C. 1988; HUNTER, J. M. 1992; MCCOY, J. L. et al 1994), a behaviourista és térbeli mobilitást vizsgáló irányzatot (pl. GOLLEDGE, R. G. et al. 1979; GOLLEDGE, R. G. et al. 1991, 1997; VUJAKOVIC, P. – MATTHEWS, M. H. 1994; MATTHEWS, M. H. – VUJAKOVIC, P. 1995; VUJAKOVIC, P. et al. 1995; JACOBSON, R. D. – KITCHIN, R. M. 1997; MATTHEWS, H. et al. 2003; BEALE, L. et al. 2006), valamint az értelmi és mentális egészségkárosodások földrajzát (pl. GIGGS, J. A. 1973, 1975, 1986; JOSEPH, A. E. – HALL, G. B. 1985; PHILO, C. – WOLCH, J. 2001). Utóbbi ugyan témáiban hasonlóságot mutat a betegségökológiai irányzattal, azonban kérdésfeltevése az intézmények makro- és mikroszintű vizsgálatával vagy a deinstitutionalizációval kapcsolatban mégis egyedivé teszi.

A kritikai csoporton belül a szakirodalom segítségével öt alcsoportot határoztam meg. Az első a városi terek fizikai hozzáférhetőségével, a fogyatékos emberek kirekesztettségével és az építészeti apartheid (IMRIE, R. 1996, 1998, 2001) kérdésével foglalkozik, és vizsgálja az említett jelenségek mögött meghúzódó folyamatokat, például a tervezői vagy az építész szakmán belül. A második alcsoportot gyakorlatilag GLEESON, B. (1999) történelmi-materialista elmélete jelenti. A harmadikat a poszt-strukturalista (pl. KITCHIN, R. 1998; ANDERSON, P.–KITCHIN, R. 2000; KITCHIN, R.–LAW, R. 2001), a negyediket a pszichoanalitikai (pl. DEAR, M. et al. 1997; WILTON, R. D. 1998, 2000, 2003), míg az ötödiket a feminista (pl. MOSS, P. – DYCK, I. 2003; CROOKS, V. A. – CHOUINARD, V. 2006; CROOKS, V. A. 2010) elméletek és kutatások jelentik.

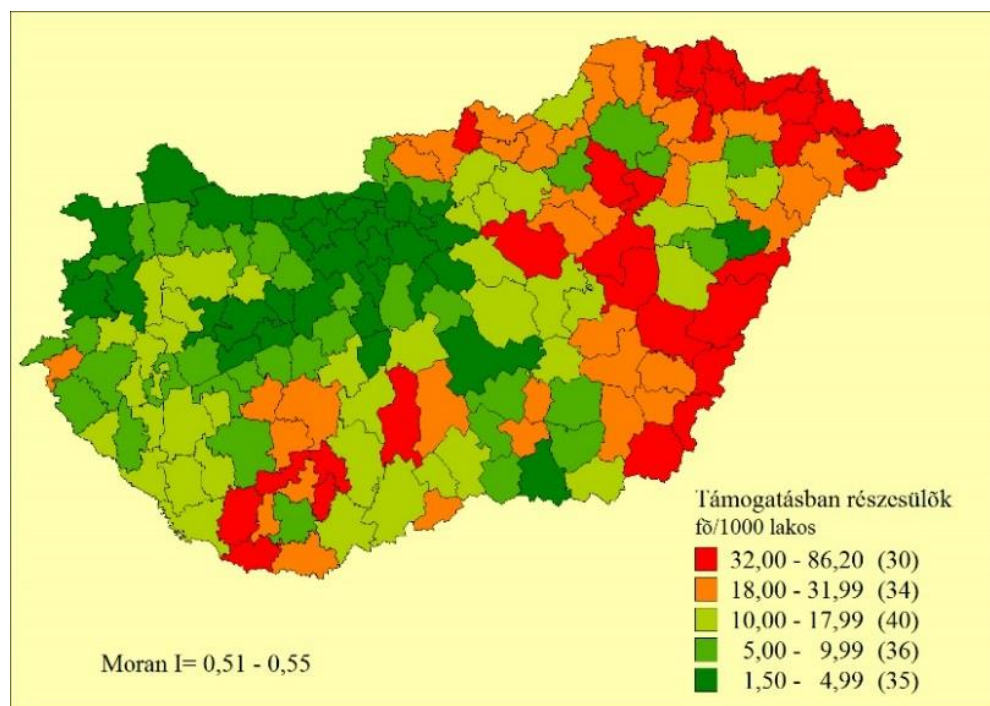
A gyakorlati-empirikus célkitűzéshez kapcsolódó eredmények

1. A 2001. és 2011. évi adatok térképezése és a területi autokorrelációs vizsgálatok alapján a fogyatékos, illetve egészségkárosodott emberek területi eloszlásában számottevő koncentrálódás figyelhető meg. Az egészségkárosodás és fogyatékoság térszerkezete mindkét vizsgált év esetében több hasonlóságot mutat a társadalmi-gazdasági fejlettség területi különbségeivel. A fejlettebb térségekben, például a fővárosban és agglomerációjának kistérségeiben, valamint az Északnyugat-Dunántúlon alacsonyabb a fogyatékos emberek aránya. Ezzel szemben a kevésbé fejlett országrészekben, például Békés megyében vagy az északi és északkeleti külső perifériákon, ez az arány lényegesen magasabb (1-3. térkép). A statisztikai számítások és a térképi ábrázolás eredményei alapján tehát Magyarországon is megfigyelhető a gazdasági fejlettség regionális különbségei és a fogyatékos emberek területi eloszlása közötti ismert kapcsolat, amely szerint a fogyatékos népesség felülreprezentált a kevésbé fejlett térségekben (ABBERLEY, P. 1987; DAVIS, L. J. 2001; BRAITHWAITE, J. – MONT, D. 2009).

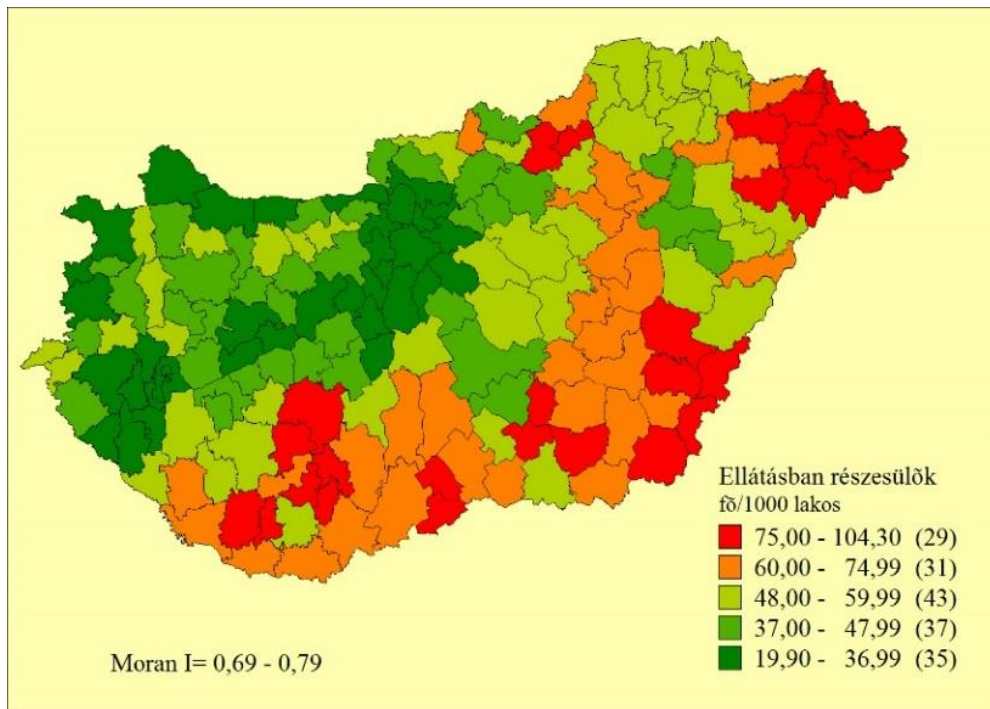
A fogyatékoság térszerkezetének és a különböző egyéb fejlettségi mutatók térszerkezeteinek összevetése megerősíti a fogyatékoság és a gazdasági fejlettség közötti fenti összefüggést. A lineáris korrelációs együttható kiszámítása a mutatók átlagosan több mint 60 százaléka esetében 0,01-nél nem magasabb szignifikanciaszintet eredményezett. 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. évre a fogyatékosággal élők számával a legszorosabb pozitív korrelációt az egészségügyi és szociális szférához, valamint a foglalkoztatáshoz kapcsolódó, a legszorosabb negatív korrelációt a gazdasági (főként vállalkozási), a demográfiai és a lakáshelyzettel kapcsolatos adatok mutatták. A 2011. évi adatokat illetően a pozitív korrelációs együtthatók között növekedett a foglalkoztatással kapcsolatos mutatók jelentősége, de az egészségügyi és szociális jellegűek nagyjából megtartották pozíciójukat. A negatív előjelű együtthatóknál a demográfiai és lakás-mutatók mellett megjelentek az infrastrukturális jellegűek is. A területi keresztkorrelációs számítások alapján a 2001. évre pozitív kapcsolat adódott a fogyatékosággal élők aránya, valamint a munkanélküliek és a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők aránya között. Ennek alapján a fogyatékos emberek magas arányával jellemezhető kistérségekkel szomszédos kistérségekben magas munkanélküliségi rátát és a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők magas arányát eredményezi, és viszont. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy viszonylag alacsony értékekről van szó (egyik sem nagyobb 0,4-nél), és hogy ezek az értékek alacsonyabbak, mint a fogyatékosággal élők aránya területi autokorreláltságának mértéke. A 2011. évi adatsorokra még a fentihez hasonló gyenge-közepes keresztkorreláció sem mutatható ki, annak ellenére, hogy Pearson-féle korreláció erősebb volt, mint a 2001-es adatsorok esetében.



1. térkép: Az önmagukat fogyatékossgal élőknek vallók 1000 fő állandó népességre jutó átlagos száma kistérségenként (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 kistérségenként (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)

2. A magyarországi társadalmi tér fogyatékos-szemponjú vizsgálatához GLEESON, B. (1999) modelljét alkalmaztam analitikai keretként, aki a fogyatékos kapitalizmusbeli társadalmi terének négy csomópontját határozta meg: munkahely, intézet, utca, otthon. Saját elemzésemhez kisebb elnevezésbeli és tartalmi módosítást hajtottam végre, így a társadalmi tér következő négy alrendszerét vizsgáltam: fizetett munkavégzés terei (nyílt munkaerőpiac és védett foglalkoztatás), intézményi (egészségügyi) terek, köztterek és kvázi-köztterek, otthoni tér. Ez a keret alkalmas a települési terek vizsgálatához, hiszen ennek segítségével maga GLEESON is több elemzést készített kapitalista városok példáin.

Kutatásom alapján napjainkban Magyarországon a települési tér, a települési környezet számos tényező miatt hozzájárul a sérült emberek marginalizációjához. Az interjúk felmérés, valamint szakpolitikai dokumentumok segítségével számos olyan elemet sikerült azonosítani, amelyek akadályoknak tekinthetők az egészségkárosodott emberek társadalmi részvétele előtt. Ezeket az elemeket három nagyobb csoportba sorolom: az egyes terek fizikai és társadalmi konfigurációja; a jogi szabályozás és politikai aktivitás tartalma és hatékonysága; továbbá a társadalmi attitűd és a mindennapi interakciók jellege.

3. A társadalmi tér egyes részei több tekintetben hasonlítanak a GLEESON, B. (1999) által leírtakhoz, ugyanakkor lokális sajátosságok is kiemelhetők. A *fizetett munkavégzés tere* a fogyatékos társadalmi terének elsődleges centrifugális csomópontja, ahol jelentős mértékben érvényesül a kirekesztődés, ami elsősorban a *nyílt munkaerőpiacra* igaz. Ennek egyik oka a munkahelyek fizikai kialakítása és a sérült emberek testi jellemzői közötti feszültség. Az interjúpartnerek több olyan esetet említettek, amelyekben a munkahelyi környezet egyes fizikai elemei és saját egészségkárosodott testük interakciója nehezítette munkavégzésüket. A munkahelyek társadalmi struktúrája szintén igen fontos tényező. Az interjúk során többször felmerült a kapitalista termelés tér- és időbeli kereteinek, a munkavégzés ütemezésének a kérdése, amelyek nem mindig egyeztethetők össze az egészségkárosodott test kapacitásával. Említésre méltó továbbá a sérült emberekkel szembeni

attitűd, például a munkaadók részéről, hiszen az interjúpartnerek több olyan esetről is beszámoltak, amelyekben testi állapotukhoz fűződő diszkrimináció miatt kerültek hátrányos helyzetbe a munkaerőpiacon.

A munkavégzés terén belül sajátos helyet foglalnak el a *védett vagy szociális foglalkoztatást* végző munkahelyek, amelyek a nyílt munkaerő-piacinál kedvezőbb feltételeket kínálnak a sérült munkavállalóknak. A szociális foglalkoztatás kapcsán végzett vizsgálataim azonban rávilágítottak arra, hogy ezek a terek 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. Kutatásaim alapján a különböző folyamatok hatására a szociális foglalkoztatók rákényszerülhetnek a nyílt munkaerő-piaci viszonyokhoz való közeledésre, ezzel veszélyeztetve az eredeti célkitűzéseik teljesülését.

Az *intézményi terek* alrendszerbe sorolom a súlyosan egészségkárosodott emberek ellátását/rehabilitációját végző „speciális” zárt ellátási egységek mellett általában az egészségügyi és szociális ellátás tereit is, amelyek együtt alkotják az intézményi szféra komplex társadalmi terét (MANION, T. – FLOWERDEW, R. in PHILO, C. – PARR, H. 2000). A munkavégzésével szemben ezek a terek jelentős centripetális csomópontnak minősülnek. Az interjúpartnerek körében például általános jelenség volt az egészségügy tereinek megnövekedett szerepe a mindennapi térbeli gyakorlatokban. A megkérdezettek beszámolóit 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 fontosá teszi az intézményeket az a tény, hogy az egészségügyi kategorizálás helyeiként is funkcionálnak, ennél fogva pedig jelentős befolyásuk van az interjúpartnerek identitására és materiális életkörülményeire.

Magyarországon a sérült emberek a rendszerváltozás után egyre gyakoribb szereplőivé váltak a *köz- és kvázi-köztereken* folyó társadalmi életnek. Az áttekintett dokumentumok alapján a központi kormányzat ezt jelentős akadálymentesítési tevékenységgel igyekszik segíteni. 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, az egészségkárosodás elismerése az egyén és környezete által (hasonló eredményekre jutott BUTLER, R. – BOWLBY, S. 1997 is a saját vizsgálatuk során).

Az interjúk alapján az *otthoni tér* kulcsfontosságú számos egészségkárosodott ember számára, hiszen jelentősen megnövekedhet az az idő, amelyet otthonukban töltenek. Továbbá, rendszerint az otthon az a tér, amely felett az érintettek a legerősebb kontrollal rendelkeznek. A megkérdezettek szerint azonban ezt a képességüket jelentősen rontják a lakóépületek „ép” emberekre tervezett fizikai elemei, az átalakításra fordítható 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 (hasonló eredményekért lásd pl. (GILDERBLOOM, J. I. – ROSENTRAU, M. S. 1990; DYCK, I. 1995; GLEESON, B. 1999, 2001; CROOKS, V. A. 2004, 2007).

4. Az interjúpartnerek különböző *identitásokat* fejlesztettek ki az egészségkárosodással és fogyatékossgal kapcsolatban, és ezek egy része pozitív, felszabadító, míg 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 nagy része elutasította a fogyatékossgal való vállalását. A jelenség fő okának a medikális modell dominanciáját tartom, amely a fogyatékossgat az egyén hiányosságaként értékeli, és így a kifejezés használata többnyire negatív képzetársításokat eredményez.

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 révén szintén befolyásolhatják az egyének identitását. A közterek esetében az interjúpartnerek elbeszélései arra engednek következtetni, hogy az egészségkárosodott állapot vállalása és tudatosítása a társadalmi környezetben egy jelentős lépés a pozitív fogyatékossgal-identitás felé.

5. Az interjúpartnerek életminőségével és térbeli gyakorlataikkal kapcsolatos kérdésben kiemelném az érintettek túlélési stratégiáit és az ellenállási tevékenységek szerepét. Az első fogalom alatt a hivatalos rokkanttá minősítés vállalását értem 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, vagyis az inaktív keresők számának emelése mint munkanélküliség-kezelés, is fontos szerepet játszott. Ezért véleményem szerint az egészségkárosodás és a fogyatékossgal termelésének egy sajátos (poszt-szocialista) modelljével állunk szemben. Az egyének ellenállási akciói mellett a civil szféra erősödésével a kollektív fogyatékossgal-politikai cselekvés is egyre jelentősebbé válik Magyarországon. Kutatásom alapján azonban arra a megállapításra jutottam, hogy a jövedelmi helyzet még a névleg fogyatékos-ügyi mozgalmak esetében is nagyobb mozgósító erő lehet, mint a kulturális alapú alávetettség. Emellett a fogyatékos-ügyi mozgalmak pártpolitikai erők általi befolyásoltsága könnyen veszélyeztetheti a mozgalmak eredeti célkitűzéseit, és inkább erősíti a társadalom elnyomó jellegét, semmint megszüntetné azt.

A politikai célkitűzéssel kapcsolatos tanulságok

Politikai szempontból azt tűztem ki célként, hogy kutatási tevékenységgel hosszú távon hozzájáruljak a fogyatékosnak tekintett és hátrányos helyzetben lévő emberek életkörülményeinek javításához és a kedvezőtlen helyzetüket okozó társadalmi viszonyok megváltoztatásához. 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).

V. Az eredmények hasznosíthatóságának lehetőségei

A dolgozat eredményei elméleti és gyakorlati értelemben többféleképpen hasznosíthatók.

- Kutatásom elméleti eredményei felhasználhatók a fogyatékoságtudományi tanulmányokban, a földrajzban és más diszciplínákban is. Mindeztidáig ugyanis kevesen vizsgálták a kritikai fogyatékoság-földrajzhoz kapcsolódó elméleteket Magyarországon. A disszertációban összegyűjtött elméletkészlet újabb kutatások és tudományos viták kiindulópontjául szolgálhat.
- Az elméleti eredmények szintén felhasználhatók a fogyatékos emberek és érdekképviselői csoportjaik részéről. A kritikai társadalomelméletek alkalmazása ugyanis segíthet a társadalmi szemléletformálásban, a medikális megközelítések túlsúlyának csökkentésében. Emellett a fogyatékos emberek számára lehetőséget teremt hátrányos helyzetük okainak jobb megértésére, elősegítve politikai cselekvésüket.
- Kutatási módszereim vitákat generálhatnak, amelyek elősegíthetik új vizsgálati technikák kialakítását és a fogyatékoság, különösen pedig a fogyatékoság térbeliségének jobb megértését.
- Mind a kvantitatív, mind a kvalitatív vizsgálat hasznosítható eredményekkel szolgálhat a szociálpolitika, a terület- és a településfejlesztés számára. A makroszintű elemzés például új szempontokkal bővítheti a regionális egyenlőtlenségekről szóló ismereteket, míg a települési terek akadályainak térképezése segítheti a tervezett fejlesztési beavatkozásokat.
- Az interjúk felmérés eredményei számot tarthatnak települési vezetők érdeklődésére. A közterekkel kapcsolatos információk például segíthetnek a szemléletformálásban, növelve ezzel a település lakosságának toleranciaszintjét a sérült emberek iránt.
- A gyakorlati-empirikus eredményeket hasznosíthatják a munkaadói oldal szereplői is, akik jobban megismerhetik az egészségkárosodott emberek álláspontját és szükségleteit. Ezáltal hosszabb távon növekedhet a sérült személyek foglalkoztatottsága.
- A kvalitatív felmérés szintén hasznos eredményekkel szolgálhat a civil társadalom, a fogyatékos emberek csoportjai számára, amelyek a kapott információkat felhasználhatják jövőbeni tevékenységükhöz. Különösen tanulságosak lehetnek ebből a szempontból a dolgozat politikai aktivitásról és ellenállási technikákról szóló részei.

VI. A kutatás további lehetséges irányai

A dolgozat elméleti keretéhez, módszertanához és az empirikus kutatáshoz kapcsolódóan is több lehetséges kutatási irány jelölhető ki.

- A fogyatékoság elméleti vizsgálatánál főként a nyugati értelmezéseket vettem alapul. A továbbiakban érdemes lehet más kontextusban is megvizsgálni a jelenség tartalmát.

- A dolgozatban a fogyatékoság-földrajz szakirodalmi előzményeinek áttekintésekor elsősorban a kritikai irányzatokra koncentráltam. Lényeges lehet ezért megvizsgálni, hogy a nem-kritikainak tekintett irányzatok napjainkban milyen jellemzőkkel bírnak, illetve milyen a viszonyuk a kritikai irányzatokhoz.
- Módszertani értelemben a kvantitatív vizsgálat tovább bővíthető új mutatóknak az elemzésbe való bevonásával, illetve más módszerek (pl. regressziós modellek) alkalmazásával.
- A kvalitatív kutatás kiterjeszthető Békés és Csongrád megyéken kívül az ország más részeire is. Jelentős eredményekkel szolgálhatna például különböző gazdasági fejlettségű térségekben kijelölt mintaterületeken végzett felmérések adatainak összehasonlítása.
- Lényeges lehet az időbeli lépték kiterjesztése, időbeli összehasonlító vizsgálatok elvégzése. A fogyatékoság államszocializmusbeli és kapitalizmusbeli társadalmi tereinek összehasonlítása például véleményem szerint méltán tarthatna számot a nemzetközi tudományos közeg érdeklődésére is.
- Az empirikus vizsgálatokba érdemes lehet nagyobb mértékben bevonni egyes társadalmi csoportokat (pl. munkáltatók), illetve kiterjeszteni a kutatást más aktorokra is (pl. egészségügyi szakemberek, az építészeti szakma képviselői).

VII. A témában eddig megjelent publikációk

1. **FABULA SZ.** 2009: A fogyatékkal élők térhasználatának néhány problémája Békéscsabán. – In: BELANKA CS. – DURAY B. (szerk.): IV. Alföld kongresszus (2008. nov. 27-28.): Helyünk a világban – Alföldi válaszok a globalizáció folyamataira. MTA-RKK ATI, Békéscsaba, pp. 148-152.
2. **FABULA SZ.** 2010a: Az esélyegyenlőség és a fogyatékkal élők helyzetének területi különbségei Magyarországon. – Jelenkori társadalmi és gazdasági folyamatok, 5. 1-2. pp. 39-43.
3. **FABULA SZ.** 2010b: A magyarországi fogyatékkal élők hátrányos helyzetének néhány területi, települési vonatkozása. – In: CSAPÓ T. – KOCSIS ZS. (szerk.): VI. Településföldrajzi Konferencia (2009. dec. 3-4.): A településföldrajz aktuális kérdései. Savaria University Press, Szombathely, pp. 204-215.
4. **FABULA SZ.** 2011a: Az ellenállás terei (?) – A megváltozott munkaképességűek szociális foglalkoztatása körüli konfliktusok Békés megyében [CD-ROM]. – SZTE TTIK Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged.
5. **FABULA, SZ.** 2011b: Challenges for Hungarian Geography: Perspectives of 'Disability Studies' in Hungary. – Forum Geografic, 10. 2. pp. 235-243.
6. **FABULA SZ.** 2012a: A sérült emberek társadalmi kirekesztődésének és a hozzáférhetőség problematikájának földrajzi vizsgálata települési léptékben. – In: NYÁRI D. (szerk.): Kockázat – Konfliktus – Kihívás: A VI. Magyar Földrajzi Konferencia, a MERIEXWA nyitókonferencia és a Geográfus Doktoranduszok Országos Konferenciájának Tanulmánykötete. SZTE TTK Természeti Földrajzi és Geoinformatikai Tanszék, Szeged, pp. 212-227.
7. **FABULA SZ.** 2012b: 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.
8. **FABULA, SZ.** 2013: Body politics and urban spaces: disabled people's encounter with and resistance to disabling urban environments in Hungary. – In: ILIES A. – KOZMA, G. – KOVÁCS, Z. – POPA, N. (eds.): Regional development and cross border cooperation. Editura Universitatii din Oradea, Oradea, pp. 10-20.
9. TIMÁR, J. – **FABULA, SZ.** 2013: Whose Identity Politics? – Lessons for Emerging Critical Disability Geography in Hungary. – Geographica Helvetica, 68. 3. pp. 171-179.

VIII. Egyéb publikációk

1. **FABULA SZ.** – PÓCSI G. – PAP Á. 2011: Beszámoló a Magyar Földrajzi Társaság 64. Vándorgyűlését követő külföldi tanulmányútról. – Földrajzi Közlemények, 153. 3. pp. 313-316.
2. **FABULA, SZ.** 2014: Report on the 2014 Annual Meeting of the Association of American Geographers. – Hungarian Geographical Bulletin, 63. 2. pp. 224-228.
3. **FABULA, SZ.** – Horváth, D. – Kovács, Z. 2014: Urban Policies on Diversity in Budapest, Hungary. – University of Szeged, Szeged.