

PÁL VIKTOR:<sup>\*</sup>

## Új megközelítési módok, kutatási irányok a nemzetközi egészségföldrajzban

### *Abstract*

In the last decade a lot of changes were noticeable in geography of health. These changes were partly approach-like, and – on the other hand – the former topics increased. In the paper I survey the most important changes. I enhance the question of „place”, the role of social science theories, appearance of critical approach, and some new research subject and trend.

I survey the theories' influence on the new trends. In the course of this, I demonstrate the diseases' political ecology, the nursing's geography of health, the regional medicometry, the handicapped people's geography of health. These patterns demonstrate the changes of the international geography of health.

On the other hand, the paper hasn't got the purpose of demonstrating the process of medical geography turning into geography of health.

### **1. Bevezetés**

Az utóbbi évtizedben a nemzetközi egészségföldrajzban számos változást lehetett megfigyelni. Ezek egyrészt szemléleti jellegűek voltak, másrészt a korábbi témák kibővülésével jártak. Az egészségföldrajz szemléletmódja a társadalomföldrajzéval párhuzamosan változott: ugyanazok az elméleti változások zajlottak le az egészségföldrajzban is, mint a társadalomföldrajz egészében.<sup>1</sup>

Általánosságban elmondható, hogy a szemléletmódban bekövetkezett változások leginkább a kutatások alapkérdéseit érintették (orvosföldrajzból egészségföldrajz), azonban emellett igen lényeges volt a „hely” felértékelődése, a társadalmi kulturális elméletek adaptációja, illetve a kritikai álláspont megjelenése. Lényegében ezek alapozták meg számos új kutatási témát és irányzatot.<sup>2</sup>

Az alábbi írásban nem térek ki arra, hogy hogyan alakult át a korábbi orvosföldrajz egészségföldrajzzá, hanem azokat az egyéb jelenségeket érintem, amelyek részben kísérték, részben kiegészítették a folyamatot. Ezek tekinthetők az egészségföldrajz új vonásainak.

Ki kell ugyanakkor emelni, hogy az egészségföldrajznak továbbra is megmaradt a két nagy, hagyományos területe: a betegségek eloszlásának tanulmányozása és az egészségügyi szolgáltatások térbeliségének kutatása. Szintén független az alábbiaktól, hogy a tanulmányok többsége az utóbbi időben az egészségföldrajz globális és összehasonlító perspektíváinak fontosságát hangsúlyozza.<sup>3</sup>

<sup>\*</sup> PhD, egyetemi adjunktus – Szegedi Tudományegyetem TTIK Társadalom- és Gazdaságföldrajzi Tanszék.

## 2. Néhány elmélet és megközelítési mód hatása az egészségföldrajzra

Az egészségföldrajzot ért hatások közül kiemelten három kérdéssel célszerű foglalkozni: a „hely” szerepének felértékelődésével, a társadalomtudományi elméletek szerepének növekedésével, illetve a kritikai szemléletmód megjelenésével.

### 2.1. A „hely” szerepe az új egészségföldrajzban

Az új egészségföldrajz számára a „hely” (place)<sup>4</sup> sajátos jelentéssel és jelentőséggel bír. A helyet az újabb kutatások komplex társadalmi konstrukcióként értelmezik, amelynek nagy jelentősége van az egészség-betegség-egészségügy kérdésében, ám ennek konkretizálásában nagyon eltérő utakat követnek az egyes elemzések.

Egyik csoportjuk egyes lokalitásokhoz kapcsolódó kérdésekkel foglalkozik: pl. a közösségek válasza az egészséget fenyegető veszélyekre, az egészségügy átalakításának helyspecifikus aspektusai. Az ilyen típusú munkák – bár szolgálnak általános tanulságokkal – mégis helyhez kötött tapasztalatokkal bővítik az ismereteket. Ez azt jelenti, hogy sokat tudunk bizonyos helyek egészségföldrajzáról, azonban keveset az őket körülvevő helyekéről.

Az elemzések második csoportja nehezen megfogható és definiálható – kissé kaotikusnak tűnő rendszert alkot. Központi fogalma a „landscape”,<sup>5</sup> melyet – talán kissé szabad fordításban – „tér”-ként értelmezhetünk. Maga a fogalom számos értelmezésre nyújt lehetőséget, ám minden esetben lényeges elem a hely kulturális értelmezése. Példaként említhetjük az egészség és egészségügyi ellátás különböző típusú tereinek vizsgálatát, így azokat a tereket, amelyeket életpályájuk végén használnak az emberek.

Az idetartozó munkák harmadik szegmense, a többszintű modellezést használja. Az ilyen kutatások erős kvantitatív háttérrel rendelkeznek. A modellek megalkotása során konceptualizálják a helyet, ami egyszerre erőssége és korlátja az ilyen típusú megismerésnek. A modellek jól lehatárolják a létező (területi és társadalmi) hierarchiákat, kapcsolatot, s ezáltal lehetőséget nyújtanak a komplexitás értelmezésére. Az adatgyűjtés módja és a rendelkezésre álló adatok köre korlátozza azonban a valóság teljes megismerését.<sup>6</sup>

### 2.2. A társadalomtudományi elméletek az egészségföldrajzban

Az egészségföldrajz és a társadalomtudományi elméletek közti kapcsolatot még az 1990-es évek elején Kearns, R. írta le. Az orvosföldrajz eredetileg az orvostudomány egyik eszköze volt az egészségi állapot és az egészségügy jelenségeinek térképi megjelenítésére, és az orvostudományi elméletek bizonyítására. Az orvosföldrajz társadalomtudományokhoz való közeledése során fokozatosan megjelentek az egyes társadalomtudományi elméletek. Ezek egyrészt eredményei, másrészt katalizátorai voltak e változásnak.<sup>7</sup>

Az egészségföldrajz elméleti alapjait lényegileg napjainkig a pozitívizmus és a kvantitatív szemlélet adja. Az új egészségföldrajz azonban számos társadalomelméletet használ fel, ami összefügg azzal, hogy az egészséget és az egészségügyet alapvetően, mint társadalmi jelenséget vizsgálja.<sup>8</sup>

Ehhez kapcsolódóan Litva, A. és Eyles, J. vitáznak azzal az állásponttal, mely szerint a társadalomföldrajzi és különösen az egészségföldrajzi kutatások nélkülöznek a társadalomtudományi elméleteket. Álláspontjuk szerint akarva vagy akaratlanul a társadalomtudományi kutatás szükségszerűen valamilyen elméleten alapul. A szakirodalmat elemezve három nagy társadalomtudományi elméletcsoport hatását különítették el az egészségföldrajzban: a strukturális funkcionalizmusét, a konfliktuselméletét, illetve a szimbolikus interakcionizmusét. A három elméletcsoport különbözik mind módszerei, mind a társadalmi valóságról alkotott kép és a hangsúlyok tekintetében.

A geográfusok nemcsak alkalmazzák ezeket az elméleteket, hanem a térbeli szemlélet beépítésével gazdagítják és tovább is fejlesztik azokat. Ez gyakran rendkívül előremutató, és nemcsak a földrajz számára használható új megközelítésekhez vezet. Példaként lehet említeni a kritikai epidemiológiát vagy a medikalizáció egészségföldrajzi alkalmazását.<sup>9</sup>

Az elméletek adaptációja nyomán az egészségföldrajz nyitottá vált, sok elméleti megközelítést és módszert vett át a szociológiából, a kultúranropológiából, a viselkedéstudományból, s a földrajzon belül a kulturális földrajzból és a szociálgeográfiából. A kutatások közös jellemzője, hogy nem abszolút igazságok keresésére törekednek.<sup>10</sup>

### 2.3. A kritikai földrajz az egészségföldrajzban

Az egészségföldrajzban tapasztalható változások egyik legfontosabb jele a radikális, illetve kritikai földrajzi szemlélet megjelenése.

A kritikai földrajz az utóbbi évtizedekben meghonosodott álláspont a földrajzban, mely bírálja a földrajz fő vonulatának „uralkodó tanácsadója”<sup>11</sup> szerepét, a kvantitatív szemléletet, támogatja a progresszív társadalmi változásokat és a társadalomtudományi elméletek alkalmazását a társadalomföldrajzban. Úgy véli, hogy a tudománynak mindent meg kell tennie, hogy a társadalom igazságosabban működjön. Érzékeny a globális különbségek és folyamatok iránt, interdiszciplináris perspektívákban gondolkodik, a kutatások relevanciáját hangsúlyozza.<sup>12</sup>

Egy napjainkban megjelent társadalomföldrajzi szótár szerint: a kritikai földrajz „gyorsan változó elméletek és gyakorlatok összessége a társadalomföldrajzban kapcsolódva az emancipációs politikához a tudományterületen belül és azon túl egyaránt. Célja a progresszív társadalmi változások elősegítése és a kritikai elméletek fejlesztése, illetve alkalmazásuk elősegítése a földrajzi és a politikai gyakorlatban.”<sup>13</sup>

A kritikai földrajz a társadalmi igazságosságot kívánja előmozdítani a kutatásaival, és ellene van az egyenlőtlen hatalmi kapcsolatoknak. Az egyenlőtlenségek feltárása, a területi esélyegyenlőség és a szolidaritás az egészségügyi földrajz hagyományos kutatási témái közé tartozik, ezért a kritikai megközelítés iránt az egészségföldrajz erőteljes empátiával rendelkezik.<sup>14</sup>

Az egészségügyben a kritikai földrajzi szemlélet többféleképpen is megjelenik. Az egyik markáns témakör az 1990-es évektől a pénzügyi hatékonyságot szem előtt tartó neoliberais egészségpolitika által okozott egyenlőtlenségek feltárása és kritikája. Így igen sok vizsgálat született az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés és az egészségi állapot területi különbségei témákban.

A kritikai földrajz egyik fontos eszméje, hogy a kutatásoknak nem öncélúnak kell lennie, hanem együtt kell járnia a cselekvéssel: alkalmazhatóknak és relevánsnak kell lenniük. Ez a cselekvés többféleképpen értelmezhető. Egyrészt a kutatási eredményeikkel olyan egészségpolitikásokat támogatnak, akik szolidaritást hirdetnek és az egyenlőtlenségek mérséklését tűzik programjuk zászlajára, másrészt nagy hangsúlyt helyeznek az oktatásra (a főiskolai, egyetemi hallgatók megismertetése a társadalmi esélyegyenlőtlenségekkel, szociális érzékenységük növelése), harmadrészt a kutatási eredmények megismertetése a civil szférával, s végül a civil szféra bevonása a döntéshozatal előkészítésébe, sok esetben a hatalommal szemben.

Probléma ugyanakkor a kritikai földrajz egészségföldrajzi alkalmazásával, hogy mind a földrajzosoknak, mind az orvosoknak hamis képük (sztereotípiák) van a másik tudományról, ami nehezíti a közös kutatásokat. Kritikai földrajzi megközelítéssel lényegesen több kutató készíti a munkáit, mint ahányan kritikai földrajzosnak definiálják magukat. Többen azt állítják, hogy ha a kritikai szemlélet kimaradna az egészségföldrajzból, akkor az a fennálló területi és társadalmi egyenlőtlenségek elfogadása lenne.<sup>15</sup>

Összességében azonban megállapítható, hogy a kritikai földrajz hasonló szerepet képvisel az egészségföldrajzban, mint a társadalomföldrajz egészében: a földrajz fő vonulata (a „mainstream”) az alkalmazott földrajz marad, a kritikai megközelítések azonban javíthatják a földrajz problémafelismerő- és megoldó képességét. Így a kritikai paradigma megjelenése az egészségföldrajzban megerősítette a társadalomtudományok szerepét, miáltal csökkent az orvostudomány dominanciája. Ennek következtében kiemelkedő szerepe van az orvosföldrajz egészségföldrajzzá alakulásában és a társadalomtudományi kötődések erősítésében.

Lényegében a kritikai szemlélet vagy kritikai paradigma a legtöbb újonnan megjelent kutatási irányzatra, vagy témára hatással volt. Bár nem sok új elem jelent meg a hagyományos egészségföldrajzi gondolkodásban, de az új témák és megközelítési módok nagy része vagy a kritikai egészségföldrajz, vagy áttételesen a kritikai szemléletmód hatására fogant.

### **3. Új irányzatok, megközelítési módok és kutatási témák**

E szemléleti és filozófiai változások hatására az egészségföldrajz számos új kutatási témával és megközelítési móddal egészült ki az elmúlt bő évtized során. Természetesen az itt tárgyaltaktól több újdonság is megfigyelhető, azonban ezek a legjellegzetesebbek, s ezek szolgálnak a legjobb példaként egy-egy szemléletmód megjelenésére.

#### **3.1. A betegségek politikai ökológiája**

A politikai ökológia legelőször az agrárrendszerek földrajzi elemzése kapcsán bukkant fel a társadalomföldrajzban, majd onnan vált általánossá. Egyik előzményének a kulturális ökológia tekinthető s attól nem is választható el. Lényege, hogy az egyes társadalmi-térbeli folyamatokat kulturális, illetve politikai kontextusában vizsgálja. A politikai ökológia üzenete, hogy sok társadalmi-környezeti jelenség a politika és a hatalom (akár gazdasági hatalom, akár konkrét politikai hatalom) által determinált, így azok valós magyarázata csak úgy lehetséges, ha feltárjuk a jelenséget vagy folyamatot mozgató, generáló hatalmi mechanizmusokat. A társadalmi jelenségeknek és folyamatoknak ugyanakkor visszahatásuk is van a hatalmi szférákra. Ennek alapján a politikai ökológia alapvető célkitűzései ezeknek a hatásoknak és kontextusoknak a feltárása.<sup>16</sup>

A betegség politikai ökológiája a kontextuális megértésen alapul, mely nem idegen az egészségföldrajztól, hiszen az egyik markáns orvosföldrajzi kutatási irányzat, a betegség-ökológia a betegségek megjelenését és terjedését az ember-környezet viszonyának alakulásával magyarázza.<sup>17</sup> A betegség ökológia megszületése szükségszerű következménye volt annak, hogy a kutatók szembetalálták magukat a betegségek biológiai okaira koncentrááló magyarázatok korlátaival: az egyes betegségek elterjedését (elsősorban fertőző betegségeket) nem lehetett pusztán csak biológiai okokkal magyarázni, mivel azok a társadalomba, a gazdaságba és a kultúrába ágyazottan (annak kontextusában) hatnak. A betegségek politikai ökológiája lényegében ebbe a módszerbe vonja be a hatalmi, politikai tényezőket.

A politikai ökológiai vizsgálatok az egészségföldrajzban több témát is érintenek. A témák egyik csoportját a politikai ökológia és az egészségi állapot rejtett kapcsolatai jelentik. Számos kutatás (pl. éhínség, erdőirtások) eljut a természet és társadalom kölcsönhatásának, továbbá politikai kontextusának elemzéséhez, azonban nem vonja le az egészségügyi (mortalitási és morbiditási) konzekvenciákat. A másik fontos csoportot a HIV és az AIDS politikai ökológiai vizsgálata képezi. A HIV terjedése egészen más a gazdaságilag fejlett, szabályozott USA-ban és egészen más Afrikában. Míg Afrikában az egész társadalomra kiter-

jedő probléma, addig az USA-ban körülhatárolható, térben is többnyire koncentrálnó társadalmi csoportokat érint.

A harmadik témacsoport az új és az újra megjelenő fertőzésekkel kapcsolatos.<sup>18</sup> E kutatások alapproblémája, hogy egyes fertőző betegségek – bár kórokozójuk létezik – csak akkor okoznak tömeges megbetegedéseket vagy járványokat, ha az ember érintkezik azokkal a földrajzi terekkel (és azokkal a vektorokkal), ahol a kórokozó jelen van. Mivel a világ globalizálódása során az intenzív közlekedés, a migráció, s az eddig többé-kevésbé érintetlen terekbe való behatolás felerősödik, egyre gyakrabban fordul elő ilyen fertőző betegségek felbukkanása vagy újra megjelenése. Más ilyen betegségek a földhasználat megváltozása vagy az agrártevékenység kiterjesztése miatt terjednek el, s megint mások (pl. az úgynevezett „urbanizált betegségek”) a vízellátás, a vízfelhasználás, a mezőgazdaság és az egészségügy kapcsolata miatt. E betegségek kialakulásának környezeti mechanizmusába nem egy esetben kimutathatók politikai vagy gazdasági döntések.

### 3.2. Az ápolás egészségföldrajza

Az egészségügyi ápolás és az egészségföldrajz kapcsolata meglehetősen szokatlan még az egészségföldrajzon belül is. Elsősorban nem földrajzosok, hanem olyan ápolással foglalkozó szakemberek és kutatók művelik, akik érdeklődnek a térbeli kérdések iránt.

Sok ápolástudományi tanulmány foglalkozik földrajzi kérdésekkel úgy, hogy nem definiálja munkáját egészségföldrajzianak. Ez nem egyedülálló jelenség, hiszen általában jellemző, hogy sok egészségföldrajzzal foglalkozó munka nem tekinti magát egészségföldrajzianak. Andrews, G. J. több mint 20 olyan tanulmányt talált az ápolástudományi szakirodalomban, amelyek nyíltan földrajzi szemléletet és módszereket használnak, és emellett rengeteg cikk használta a térbeli szemléletet anélkül, hogy magára a társadalomföldrajzra hivatkozott volna. Ugyanakkor a „Progress in Human Geography” hasábjain megjelent ápolással foglalkozó tanulmányok viszont nem hivatkoztak ezekre az ápolástudományi kutatásokra, mert vélhetően nem is ismerték azokat.

Andrews, G. J. úgy találja, hogy a változás, az ápolás és a hely három ponton találkozik. Az első az egészségügyi ellátás térbeli változásaihoz kapcsolódik, és az ápolás helyszínére (intézetek vagy otthoni ápolás) koncentrál. A második kapcsolódási pont az intézeteken (intézményeken) belüli ápolás és a hely összekapcsolódása. A harmadik kontextus az ápolók mindennapi munkájának színterén található és az ápoló-beteg kapcsolat változó térbeli jellemzőit vizsgálja.<sup>19</sup>

E megközelítések a mindennapi kutatói gyakorlatban gyakran együtt jelennek meg. Kiváló példát jelent erre az a kutatás, amely leginkább az „intézmények földrajza” kifejezéssel jellemezhető. A kutatások lényegileg egy-egy intézményben végzett empirikus vizsgálaton keresztül általános kérdésekre keresik a választ. E kutatások a teret egészen sajátosan értelmezik, a mikroszintet a lehető legvégsőkig szűkítik, és megszületik az „intézményi tér”, esetünkben a „kórházi tér” fogalma. Az egyik fontos kérdés volt, hogy a nővérek (ápolók) hogyan használják a kórházi teret. Megfigyelték, hogy az ápolók az orvosokkal összehasonlítva a kórházi tér lényegesen kisebb részében mozogtak, s kisebb térbeli szabadságuk is volt. Az ismert (gyakrabban használt) kórházi terekben az ápolók nagyobb sebességgel mozogtak, mint a kevésbé használt terekben. A kórházi téren belül vannak olyan részek, melyeket az ápolók sajátjuknak tekintenek, lényegileg ez az ő „felségterületük”. E terek felett ők diszponálnak, s lényegileg mind a menedzsmentnek, mind az orvosoknak egyfajta informális engedélyre van szükségük, hogy e tereket szabadon használhassák. A tér és a hatalom (még ha informálisan is) kifejeződnék az intézményeken belül is, és egyfajta helyi társadalmat alkotnak.

Egy másik ígéretes próbálkozás az a vizsgálat, amelyben a teret nem csupán egyetlen egészségügyi intézményre terjesztik ki. Ez azt jelenti, hogy egy adott kórházon belül vizsgálják a betegek, illetve az ápolószemélyzet mozgási szokásait. Részben arra kíváncsiak, hogy a betegek milyen tereket vesznek leggyakrabban igénybe a kórházakon belül, részben arra, hogy az ápolók hogyan viszonyulnak az intézményeken belüli térhez: az intézmény mely területein mozognak gyakrabban, gyorsabban, hogyan viszonyulnak a terekhez.<sup>20</sup>

### 3.3. A regionális medikometria

A regionális medikometria az egészségügy regionális fejlődésre gyakorolt hatásával foglalkozó fiatal tudományág. Inkább a regionális tudományhoz kötődik, de eredményei és szemléletmódja az egészségföldrajzhoz is kapcsolja.

A regionális medikometria matematikai-statisztikai eszközöket és módszereket alkalmaz azoknak a térbeli folyamatoknak a vizsgálatára, amelyek az egészségügy regionális fejlődésre gyakorolt hatását jellemzik. Szemlélete komplex jellegű: nemcsak a hagyományos egészségügyi mutatókat használja fel, hanem újszerűeket is, s a hagyományokat is másképpen értelmezi.

Az egészségügyet a régiók (vagy másféle területegységek, pl. települések, közigazgatási egységek) szempontjából erőforrásnak tartja, a gazdaság olyan elemeként értelmezi, amely erőteljes multiplikátor hatással bír. Szembehelyezkedik azzal az elképzeléssel, mely az egészségügyet a nem termelő ágazatok közé sorolja, ugyanis korábban az egészségügyre a régiók szemszögéből, mint költségtenyezőre tekintettek. A medikometrikus megközelítés szerint, ha egy régió egészségügyi rendszere a régió kívülről érkező betegeket is ellát, akkor az a régió számára lényegileg export, tehát bevételként értelmezhető. A régióba érkező betegek ezen kívül más szolgáltatásokat is igénybe vesznek (közlekedés, kereskedelem, szállás), melyek tovább növelik a régiók GDP-jét.

A regionális medikometriával foglalkozó szakemberek fontosnak tartják kiemelni, hogy nemcsak közvetlen gazdasági hozzájárás van az egészségügynek egy-egy régió életében. Az egészségügy fontos munkaadó: olyan szolgáltatás, melynek viszonylag magas élők munkai igénye van. Ehhez kapcsolódóan kell kiemelni, hogy az egészségügyben dolgozó munkakerő rendkívül kvalifikált. Ennek hosszabbtávú hatásai is vannak: ha nő a régióban a képzetesebb munkavállalók aránya, akkor a fogyasztás iránti igény is nő, továbbá nagy hatása van a helyi társadalomra, hiszen növeli az elit, vagy a középrétegek részarányát. Ezáltal szervezettebb lesz a helyi civil élet, nő a társadalom koherenciája. Az egészségügy egy sor komplementer tevékenységet is indukál, melyek között célszerű megemlíteni az ápolást, a szociális tevékenységet, a kultúrát és egy sor gazdasági tevékenységet, melyek az egészségügy működéséhez kellenek.

Bailly, A. számos – elsősorban svájci – példát hoz arra, hogy milyen mértékben járul hozzá az egészségügyi ellátás egy régió GDP-jéhez és fejlődéséhez. Az egészségügy régióra gyakorolt multiplikátor hatásának mérésére egy ún. „multiplikátor-értéket” vezetett be, mely 1 és 2 közé esik. Minél közelebb helyezkedik el az adott régió értéke az egyhez, annál gyengébb az egészségügy más szektorokra gyakorolt fejlesztő hatása, s minél közelebb helyezkedik el a 2-höz, annál erősebb.<sup>21</sup>

A regionális medikometria sok gyakorlati eredményt is elkönnyvelhet. Az egészségügy multiplikátor hatásának kimutatása és alátámasztása segítette a helyi vagy regionális politika formálóját, hogy akár a nemzeti egészségpolitika céljaival ellentétesen is fenn tudjanak tartani olyan egészségügyi intézményeket, amelyek a régió számára fontosak voltak és bevételeket hoztak. E döntések helyességét maga az idő igazolta: némelyik „életben tartott” kórház komoly fejlődést tudott indukálni a régióban.

Már utaltunk rá, hogy a regionális medikometria viszonylag fiatal kutatási terület. Intézményesülésének fontos állomása volt, amikor 1992-ben Franciaországban az Orvostudományi Akadémia önálló tudományágként fogadta el. Létrejöttében nem kis szerepe volt az egészségügy egyre nehezebb finanszírozásának és az egyenlő hozzáférés elvének. Szemléletében és módszereiben egyaránt hasznosítja a földrajz, a járványtan, a szociológia és a regionális tudományok eredményeit és eszközeit. Ebből adódóan a regionális egészségügyi problematika sokoldalú megközelítésére törekszik.<sup>22</sup>

### 3.4. A fogyatékkal élők egészségföldrajza

A fogyatékkal élők egészségi és egészségügyi problémáinak földrajza a kritikai egészségföldrajz jellegzetes kutatási témája, mely nemcsak témájában, de kérdésfeltevésében és módszertanában is gyökeresen eltér a megszokottól. Smith, P. – hangsúlyozva ezt a másságot – arra hívja fel a figyelmet, hogy ezeknél a vizsgálatoknál korántsem elégséges a térségi összefüggések vizsgálata, hanem a mikro-, vagy egyenesen az egyéni szintek tanulmányozása szükséges, s a teret valójában elvontan kell értelmezni.<sup>23</sup>

A fogyatékkal élők el vannak zárva bizonyos terektől, s saját, zárt terekben kénytelenek élni. Ez egyaránt jelent valós fizikai elzártságot és egy elvont, de létező társadalmi térben történő elzártságot. A térbeli elzártságuk látszólag csökkent az 1960-as évek óta, hiszen a gondozóintézetekben élők száma csökkent, azonban figyelembe kell vennünk azt a tényt, hogy az értelmi fogyatékosok nagy része nem kerül az intézetekbe. Az USA-ban hagyományosan a családjuknál maradnak, akik elrejtik őket a társadalom elől. Így a kutatások arra a következtetésekre jutottak, hogy a hagyományos gondozóintézetek is és azok a települések, közösségek (mikroterek), amelyek szellemi fogyatékkal élőknek adnak otthont, lényegileg „fogyatékos gettók” tekinthetők. A kutatók megítélése szerint a megbélyegzésnek és a térbeli elkülönítésnek egyes esetek racionalitásán túl kulturális és gazdasági okai vannak. Eszmeileg a stigmatizálásra és az eugenikus gondolkodásmódra vezethető vissza, gazdaságilag pedig a gondozásukat fenntartani kívánó „fogyatékos ipar” támogatja.

Smith, P. kimutatta, hogy a valós (intézményi) vagy kulturális „fogyatékos gettókban” élő értelmi fogyatékosok egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint nem megbélyegzett embertársaiké, melynek részben az az oka, hogy nem megfelelő egészségügyi ellátást kapnak. Ez utóbbi oka részben szegénységük, részben a velük szembeni megkülönböztetés. A kutatások szerint várható élettartamuk alacsonyabb, magasabb arányban fordul elő náluk hallás- és látásromlás, túlsúly és lelki eredetű betegség. Lényegesen többször tapasztalnak életük során rossz bánásmódot, visszaéléseket és erőszakot az egészségügyi ellátás terén életükben, mint az átlagnépesség. Ráadásul a megelőzéssel kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások számukra alig elérhetők. Ennek az az oka, hogy a társadalom számára haszontalannak tekintik őket. Smith, P. szerint az eugenika gondolkodásmódjának továbbélése figyelhető meg annak ellenére, hogy a közvélekedés szerint az eugenika a nácizmussal együtt megszűnt.<sup>24</sup>

A fogyatékkal élők egészségföldrajza rávilágít arra, hogy a kritikai egészségföldrajzi vizsgálatoknál a térbeliséget a megszokottól másképpen kell értelmezni, és más – társadalomtudományokhoz jobban kötődő – módszereket is kell alkalmazni.

## 4. Összegzés

Az egészségföldrajz új irányzatainak összegzésekor felvetődik egy fontos kérdés: az egészségföldrajzban lezajlott változások, illetve az orvosföldrajz egészségföldrajzzá alakulása megerősítette-e a tudományág fontosságát a földrajzon belül? Kearns, R. és Moon, G.

értékelése szerint e folyamatok nem változtatták meg az egészségföldrajz pozícióját a társadalomföldrajzon belül, az továbbra is a társadalomföldrajz peremére szorul. Ugyanakkor e folyamatok – véleményük szerint – jótékony hatással voltak az egészségföldrajz belső világára: erősödött társadalomtudományi megalapozottsága, színesedtek a témák, megszűnően van dualitása (az orvosföldrajzi és egészségügy-földrajzi munkák elkülönülése), színesedett módszertani eszköztára, erősödött az interdiszciplinaritás.

Fontos kérdés, hogy elvárható-e, hogy az egészséggel kapcsolatos kérdések a társadalomföldrajz „mainstream”-jébe kerüljenek, avagy el kell fogadni azt a tényt, hogy az egészséggel kapcsolatos kérdések a földrajzban ugyanolyan pozíciót foglaljanak el, mint az egészségprobléma a társadalom értékrendjében, ahol felértékelődése ellenére sem vált a társadalmak központi kérdésévé.

### Jegyzetek

- <sup>1</sup> Mayer, J. D. (1996): The political ecology of disease as one new focus for medical geography. *Progress in Human Geography*, 4. pp. 441–456.
- <sup>2</sup> 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.
- <sup>3</sup> Uo.
- <sup>4</sup> Az egyes földrajzi szakkifejezések használata a magyar és az angol szakirodalomban más és más lehet, ezért tartom lényegesnek, hogy jelezzem az eredeti kifejezést is.
- <sup>5</sup> Maga a kifejezés elsősorban felszínt, környezetet, tájat jelent, ám a magyar földrajzban ezek a kifejezések szinte kizárólagosan természetföldrajzi jelentést hordoznak.
- <sup>6</sup> Kearns, R.–Moon, G. i. m.
- <sup>7</sup> Litva, A.–Eyles, J. (1995): Coming out: exposing social theory in medical geography. *Health & Place*, 1. pp. 5–14. – Brown, T.–Moon, G. (2004): From Siam to New York: Jacques May and the ‘foundation’ of medical geography. *Journal of Historical Geography*, 30. pp. 747–763.
- <sup>8</sup> Kearns, R.–Moon, G. i. m.
- <sup>9</sup> Litva, A.–Eyles, J. (1995): i. m.
- <sup>10</sup> Kearns, R.–Moon, G. i. m.
- <sup>11</sup> Aron, R. háromféle társadalomkutatói szerepet különít el: a „tudomány főpapja”, az „uralkodó tanácsadója” és a „nép orvosa”.
- <sup>12</sup> Parr, H. (2004): Medical geography: critical medical and health geography? *Progress in Human Geography*, 2. pp. 246–257.
- <sup>13</sup> Painter, J. (2000): Critical human geography. In: Johnston, R. J.–Gregory, D.–Pratt, G.–Watts, M. ed.: *The dictionary of Human Geography* (fourth edition), London, Blackwell pp. 126–128.
- <sup>14</sup> Kearns, R.–Moon, G. i. m.
- <sup>15</sup> Kearns, R.–Moon, G. i. m. és Parr, H. (2004): i. m.
- <sup>16</sup> Mayer, J. D. (1996): The political ecology of disease as one new focus for medical geography. *Progress in Human Geography*, 4. pp. 441–456.
- <sup>17</sup> Brown, T.–Moon, G. (2004): i. m.
- <sup>18</sup> Mayer, J. D. (1996): i. m.
- <sup>19</sup> Andrews, G. J. (2004): Geographies of health in nursing. *Health & Place*, (In Press)
- <sup>20</sup> Uo.
- <sup>21</sup> Bailly, A.–Coffey, W. (1990): Regional Medicometry: Health Expenditures, Regional. Disparities, Problems and Policies. In: BOYCE, D. and others ed.: *Regional Science* Springer Verlag, pp. 469–485.
- <sup>22</sup> Bailly, A. (2005): Activites de sante et developpement regional: Une approche medicometrique. Akadémiai székfoglaló előadás. 2005. április 14. Budapest, www.mta.hu
- <sup>23</sup> Smith, P. (2004): Off the map: a critical geography of intellectual disabilities. *Health and Place*, 11. pp. 87–92.
- <sup>24</sup> Uo.