

A TÁRSADALOMFÖLDRAJZ LOKÁLIS ÉS GLOBÁLIS KÉRDÉSEI

TISZTELETKÖTET
DR. MÉSZÁROS REZSŐ PROFESSZOR
70. SZÜLETÉSNAJJA ALKALMÁBÓL

Szerkesztette:
PÁL VIKTOR

Szeged

2012

Korrektúra: Dudás Renáta

Tördelés és kötetterv: Pozsár Tímea

Kiadja: SZTE TTIK Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék

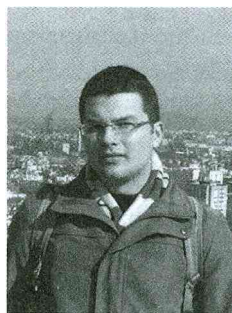
Felelős kiadó: Dr. Kovács Zoltán

Nyomdai munkálatok: Generál Nyomda, Szeged

ISBN 978-963-306-138-1

Szeged
2012

A SZOCIÁLIS FOGLALKOZTATÓK MINT „TERÁPIÁS HELYEK” KRITIKAI VIZSGÁLATA



FABULA SZABOLCS¹

Összefoglaló

A sérült embereket hátrányos helyzetbe hozó társadalmi viszonyrendszer kritikai földrajzi vizsgálatának Magyarországon is egyik fontos eleme lehet a hely jelentőségének tisztázása a probléma újratermelődésében. Jelen tanulmány W. M. GESLERNEK a különböző tájak (terek, helyek) és az emberi egészség kapcsolatáról alkotott koncepcióját felhasználva vizsgálja a hely és az általános „jól-lét” kapcsolatát dél-alföldi szociális foglalkoztatókban. Fő célja annak a kimutatása, hogy az eredetileg szociális és rehabilitációs célú intézményekben a különböző érdekek, szándékok és a személyes megélés hatására miként keletkeznek komplex helyek. Megváltozott munkaképességű emberekkel és különböző szakértőkkel készített interjúkra építő kutatás alapján a dolgozat fő megállapítása az, hogy a szociális foglalkoztatók valóban „terápiás helyeknek” tekinthetők, mivel megfigyelhetők a GESLER és követői által leírt jegyek.

Kulcsszavak: kritikai földrajz, terápiás hely, társadalmi konstrukció, egészség, sérült emberek.

Bevezetés

A hely a földrajz egyik központi kategóriája, és a sérült embereket hátrányos helyzetbe hozó *társadalmi viszonyrendszer* kritikai földrajzi vizsgálatának Magyarországon is egyik fontos eleme lehet a hely jelentőségének tisztázása a probléma újratermelődésében. Ez hozzásegíthet az említett viszonyrendszer jobb megértéséhez, és az elmozduláshoz egy igazságosabb társadalom felé. Gyakran hangoztatott tézis, hogy a sérült emberek társadalmi kirekesztődésének egyik leghatékonyabb ellenszere a fizetett munka. Bár egyesek vitatják, hogy a foglalkoztatás önmagában megoldást jelent (ABBERLEY, P. 1999), a munka jelentősége a piacgazdaság keretei között arra ösztönöz, hogy nagyobb hangsúlyt fektessünk a foglalkoztatás helyeinek (tereinek) – akár mikro-léptékű – kutatására.

¹ Fabula Szabolcs PhD hallgató, SZTE Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék

Sérült emberek megélt tapasztalatairól nyert információk szerint egyes munkahelyek jelentős pozitív hatást gyakorolnak az ott dolgozók fizikai és mentális állapotára. Ebből kiindulva jelen tanulmány W. M. GESLERNEK a különböző tájak (terek, helyek) egészséggel való kapcsolatáról alkotott koncepcióját („*therapeutic landscapes*”) felhasználva vizsgálja a hely és az egészség kapcsolatát Békés és Csongrád megyei szociális foglalkoztatókban. *Alapvető célja*, hogy bemutassa, az eredetileg szociális és rehabilitációs célú intézményekben a különböző érdekek, szándékok és a személyes megélés hatására miként konstruálódnak komplex – sőt, olykor ellentmondásos – helyek.

Sérült és megváltozott munkaképességű egyének és szakemberek körében végzett terepmunka alapján a tanulmány *fő megállapítása* az, hogy a szociális foglalkoztatókat „terápiás helyeknek” tekinthetjük, mivel itt is megfigyelhetők a GESLER és követői által leírt jegyek. A dolgozat *felépítését* tekintve négy fő szerkezeti elemre tagolódik. Először néhány elméleti megfontolás szükséges, amelyek segítségével tisztázható, hogy a tanulmány a célját tekintve miként profitálhat az egészségföldrajzi szemlélet alkalmazásából, és milyen megközelítésben vizsgálja a sérült embereket. Mivel Magyarországon GESLER elmélete még viszonylag kevésbé ismert, ezért a következő részben a koncepció rövid bemutatására kerül sor. Ezután a magyarországi szociális foglalkoztatók létrejöttének társadalmi, politikai hátterének vizsgálata, majd pedig a terepmunka során nyert információknak az elméleti keret alapján történő elemzése következik.

Az egészségföldrajz átalakult szemlélete a helyről és az emberi testről

A sérült embereket hátrányos helyzetbe hozó társadalmi viszonyrendszer kritikai földrajzi vizsgálatához egy alapvetően *egészségföldrajzi* elméletet alkalmazni ellentmondásosnak tűnhet², azonban figyelembe kell vennünk, hogy az egészségföldrajz a közelmúltban jelentős átalakuláson ment keresztül (bővebb magyar nyelvű összefoglalóért lásd pl. PÁL V. 2005, 2006). Az átalakulásnak a része, hogy az egészségföldrajzon belül is erősödött a *kritikai szemlélet*, ennek eredményeként pedig a társadalmi igazságosság kérdése, az alávett csoportok emancipálása és a politikai változtatás igénye hangsúlyos elemek lettek a kutatásokban (KEARNS, R. – MOON, G. 2002), ami jól összeegyeztethető jelen tanulmány szerzőjének törekvéseivel is.

Az ún. „újfajta egészségföldrajz” egy másik jellemzője a *hely* (place) szerepének növekedése és átalakulása (KEARNS, R. – MOON, G. 2002). Szintén a kritikai nézőpont erősödését fejezi ki, hogy a helyet komplex társadalmi konstrukcióként értelmezi, a megélés, az emberi érzések mellett a hatalmi struktúrák szerepét is figyelembe véve (CRESSWELL, T. 2009). A vizsgálatoknak több csoportja van, jelen tanulmány számára a legfontosabb az, amelynek központi kategóriája a *táj* (landscape). Az angol nyelvű

2 Angolszász országokban például jellemzően inkább a földrajz egy viszonylag fiatal ága, a „disability geography” (fogyatékoság földrajza) foglalkozik a témával.

kifejezés jelentése nehezen megfogható, többféleképpen jelenik meg a vizsgálatokban, ami viszont közös, az a kultúra, a politikai-gazdaságtani tényező kiemelt szerepe a hely (tér) és az egészség kapcsolatrendszerében (KEARNS, R. – MOON, G. 2002). Bizonyos szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy ha a helyet társadalmi konstrukciónak tekintjük, akkor már nem is különíthető el élesen a tértől (KEARNS, R. A. – JOSEPH, A. E. 1993), amely szemlélethez jelen tanulmány is igazodik. Szintén fontos, hogy az egészségföldrajzban intenzívebbé vált a különböző *társadalmi-kulturális elméletek* alkalmazása. Többen hangsúlyozzák, hogy a szubdiszciplína korábban sem volt ateoretikus (LITVA, A. – EYLES, J. 1995), KEARNS és MOON szerint azonban továbbra is vannak olyan témák, amelyekre a szükségesnél kevesebb figyelmet fordít az egészségföldrajz, ezek egyike az emberi *test* (KEARNS, R. – MOON, G. 2002). Fontos azonban, hogy az egyes emberek ne pusztán térképi pontok formájában jelenjenek meg, hanem egy olyan megközelítés kell, amely alapján a test egyszerre anyagi valóságként megtapasztalt és társadalmilag konstruált (PARR, H. 2002).

FOUCAULT munkáiból tudjuk, hogy a 17. századtól teret hódító medikális szemlélet és diskurzus fontos szerepet játszott a „normálistól” eltérő testek konstrukciójában (FOUCAULT, M. 1996, 2000), mint például a különböző károsodással rendelkezők (sérült emberek). A kapitalista termelési mód sajátosságainak köszönhetően pedig e testek léte összekapcsolódott a hátrányos helyzettel (így lett a károsodásból fogyatékoság), ami kétségkívül földrajzi probléma is (GLEESON, B. 1999). Mivel jelen tanulmány a hátrányos helyzetben lévő sérült emberek „jól-létét” vizsgálja, ezért a fogyatékoság *bioszociális modelljét* részesíti előnyben, amely a társadalmi környezet és a test jelentőségét sem hagyja figyelmen kívül (JACOBSON, D. 2006). Egyesíti magában a különböző egészségi, környezeti (pl. társadalmi helyzet, attitűd) és egyéni (pl. személyes tapasztalat) faktorokat, amelyek meghatározók a sérült személy életszínvonalára szempontjából (WHO 2002). Az (egészség)károsodás ennek megfelelően a fenti tényezők kapcsolatrendszerében válik fogyatékosággá (IMRIE, R. 2004). A kapcsolat fogyatékoság és egészség között problematikus: a károsodás (és közvetetten a fogyatékoság) oka sokszor krónikus betegség, de különbséget kell tenni egészséges és beteg sérült emberek között (WENDELL, S. 2001), és olyan elméletet kell használni, amely nem csak a helyre, hanem a testre és az egészségre is „érzékeny”.

A „terápiás helyekről”

A „*therapeutic landscapes*” elméletet GESLER 1992-ben írta le, és eredetileg olyan speciális helyekre fókuszált, amelyek történelmileg kialakult hírnévre tettek szert az egészséggel való kapcsolatuk miatt (pl. gyógyfürdők). A koncepció eredetét a geográfia kulturális fordulatában (1980-as évek) és az orvosföldrajz 1990-es évekbeli változásaiban kell keresnünk, de több lábon áll: a kulturális ökológia, a különböző társadalomelméletek (főként a strukturalizmus és posztstrukturalizmus) és a humanisztikus szemlélet egyaránt hatott a létrejöttére (GESLER, W. M. 2009). Mivel GESLER saját magát inkább az „új

kulturális földrajz”, nem pedig az egészségföldrajz képviselőjének tekintette, elvetette a táj statikus jellegét, és hangsúlyozta, hogy abban az emberi szándékok, cselekvés és a társadalmi struktúrák tükröződnek (GESLER, W. M. 1992).

A földrajz kulturális fordulata mellett legalább olyan fontos volt, hogy az egészségügyben korábban uralkodó biomedikális modellel szemben a nyugati társadalmakban is egyre inkább előtérbe kerüljön az ún. holisztikus gyógyászat (szokás kiegészítő vagy alternatív gyógyászatnak is nevezni). Míg előbbi az emberi egészséget lényegében a betegség hiányával azonosítja, addig utóbbi szerint az egészség és jól-lét az egyén fizikális, mentális és spirituális állapotának egyensúlyából fakad (CURTIS, S. 2004). Ez sokkal közelebb áll az Egészségügyi Világszervezet meghatározásához, amely értelmében „az egészség a komplett fizikai, mentális és társadalmi jól-lét állapota, nem pusztán a betegség vagy károsodás hiánya” (WHO, 1948: 2).

A „therapeutic landscape” eredeti koncepciója az elmúlt 20 évben sokkal árnyaltabb lett. Általánosságban egy olyan analitikai keret, amellyel azt vizsgálják, hogy a fizikai, társadalmi és szimbolikus környezet milyen összefüggésben áll az egyén egészségével adott helyeken³. Ezeknek a helyeknek számos aspektusát vizsgálhatjuk: a fizikai környezetet (EVANS, J. D. et al. 2009), a hely spirituális jelentését (WILLIAMS, A. 2010), de akár ezek irodalmi reprezentációját is (TONNELIER, F. – CURTIS, S. 2005), azonban egyes szerzők arra figyelmeztetnek, hogy a számos tényező egyidejű, összetett hatása miatt szükség is van efféle elkülönítésekre. Az egyes típusok kapcsolatban állnak és átfedik egymást, ami az ilyen helyek rendkívül komplex – olykor ellentmondásos (KEARNS, R. A. 2007) – természetét támasztja alá. Végeredményben, bár a hely miatt kétségkívül földrajzának minősül, az efféle vizsgálódás mindenképp interdiszciplináris kell, hogy legyen (GESLER, W. M. – KEARNS, R. A. 2002).

A helyet társadalmi konstrukciónak tekintő szemléletnek megfelelően fontos megvizsgálni az egyénnek a szélesebb természeti és társadalmi környezettel létesített kapcsolatrendszerét, mert adott esetben ez fontosabb lehet a gyógyhatás szempontjából, mint maguk a hely jellemzői (CONRADSON, D. 2005). A kapcsolati rendszerek után a hálózatok jelentőségét hangsúlyozza DUFF, aki szerint az egészség nem természetes állapot, hanem olyan minőség, amelynek fenntartása forrásokat és kapacitásokat kíván, és azoknak a hálózatoknak és szereplőknek a vizsgálata, amelyek ezeket létrehozzák, segít megérteni, hogyan keletkeznek maguk a helyek (DUFF, C. 2011). Ebben kulcsszerep juthat a fizikai és társadalmi határvonalaknak, amelyek egyben a „mátság” kialakításának és a kirekesztésnek az eszközei lehetnek (WILTON, R. D. 1998; PARR, H. 2000). CURTIS és munkatársai FOUCAULT hatalmi viszonyokról és kontrollról szóló írásait, valamint a cselekvő-hálózat-elméletet (ANT: Actor-Network-Theory) felhasználva világítanak rá, hogy az egészségügyi intézmények (pl. kórházak, ápoló-gondozó otthonok) határai fizikailag és társadalmilag elmosódnak: kevésbé a kezelték elzárására, mint inkább a nem kívánt hatások kirekesztésére tevődött a súlypont (CURTIS, S. et al. 2009). A fizikai,

3 A nemzetközi szakirodalomban jellemző a „landscape” szó többféle értelmezése a koncepción belül. Jelen dolgozat a továbbiakban a „terápiás hely” elnevezést használja erre.

társadalmi és szimbolikus környezet a terápiás helyek esetében is a normalizáció és a kontroll eszköze lehet, és újratermelheti az integráció – kirekesztés dichotómiát (СМУТН, F. 2005). Egy hely tehát jelentését tekintve könnyen válhat ellentmondásossá, mert a szándék hiába az „odabent lévő” védelme, ha ez hozzájárul a status quo fenntartásához.

FOLEY, R. szerint, bár a hely testileg megtapasztalt, annak terápiás jellege az időben ismétlődő társadalmi gyakorlatok révén termelődik újra (FOLEY, R. 2011). Hogy mi minősül kedvező hatásnak az egészség szempontjából, az nemcsak idő-, hanem helyfüggő is (GESLER, W. M. 2005). Problémát okoz, hogy az elmélet kapcsán született tanulmányok túlnyomó része a „nyugati” (Nyugat-Európa, Észak-Amerika, Ausztrália és Új-Zéland) tapasztalatokat írja le, bár vannak kivételek. MADGE, C. például egy gambiai rurális közösségben vizsgálata során arra a következtetésre jutott, hogy a gyógyhatású terület a különböző léptékű folyamatok kölcsönhatásában formálódik, mint a globális hatalmi viszonyok és geopolitikai események, az országos politikák bevezetése, a város és vidéke közötti migrációból eredő társadalmi változások vagy az egészséggel kapcsolatos generációkon át öröklődő tudás (MADGE, C. 1998). WILSON, K. kanadai őslakos indiánok körében folytatott kutatása kapcsán arra hívja fel a figyelmet, hogy a geográfusoknak nem egyszerűen bele kell helyezniük a „nem nyugati” kultúrák képviselőit ebbe a keretbe, hanem tekintettel kell lenniük sajátos kulturális közegükre is (WILSON, K. 2003), amit poszt-szocialista és magyarországi viszonylatban szintén nem téveszthetünk szem előtt.

A magyarországi szociális foglalkoztatók kialakulásának társadalmi-politikai körülményei

Látható, hogy a hely és az egészség kapcsolatát sokféle módon tanulmányozhatjuk, és sokféle lehet maga a hely is, amit vizsgálunk: egy természeti jelenség, például gyógyhatású forrás (FOLEY, R. 2011), kórházi váróterem (EVANS, J. D. et al. 2009) vagy akár az otthon is (WILLIAMS, A. 2002). Kevés példa van arra, hogy a munkahelyeket is ebben a keretben próbálják analizálni, viszont a sérült emberek elbeszéléseinek elemzése arra enged következtetni, hogy a fizetett munka helye is lehet terápiás hely. A tanulmány hátrálévő részében a szerző saját empirikus vizsgálatának bemutatására kerül sor, amelyben a szociális foglalkoztatókat – a hely társadalmi konstrukciós felfogásának megfelelő – komplexitásukban szemléli, egyaránt vizsgálva a makro-társadalmi környezet és az egyének tapasztalatainak jelentőségét.

A rendszerváltozás utáni⁴ szociális foglalkoztatás alapjait tulajdonképpen az 1991. évi IV. törvény tette le, amelynek 19. §-a szerint támogatás nyújtható minden olyan beruházáshoz, beruházásnak nem minősülő bővítéshez és egyéb fejlesztési célú kifizetéshez, amely megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását segíti

⁴ Természetesen a szociális foglalkoztatásnak voltak korábbi előzményei (lásd pl. a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról szóló 8/1983. (VI. 29.) EüM-PM együttes rendeletet).

elő. Az 1993. évi III. törvény már rendelkezik a szociális intézményen belül ellátottak foglalkoztatásáról. Ez a foglalkoztatás „az ellátott meglévő képességeire építve, korának, fizikai és mentális állapotának megfelelően munka-rehabilitáció vagy fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében biztosítható”, amennyiben az ellátott rendelkezik a szociális hatóság által kiadott engedéllyel. Az intézmény pedig a foglalkoztatott után támogatást igényelhet. Ekkor határozták meg a szociális foglalkoztatás két típusának, a munka-rehabilitációnak és a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásnak a feladatait is (99/D. §). Előbbi célja az ellátott személy „munkakészségének, valamint testi és szellemi képességeinek munkavégzéssel történő megőrzése, illetve fejlesztése, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés”, amely utóbbi pedig már a védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzést készíti elő. 2006. június 1-jétől a szociális intézményeknek már normatív támogatást biztosítottak, és az erre fordítható forrást akkor fél évre 4 milliárd Ft-ban határozták meg⁵.

Kialakult egy rendszer, amely a munkavégzést mint társadalmilag értékesnek elfogadott tevékenységet használta a sérült emberek állapotának javítására (amennyiben ez lehetséges volt) igazodva kapacitásaikhoz, és működtetéséhez a központi kormányzat jelentős anyagi támogatást adott. Ez a rendszer több szereplő számára is igen kedvező volt, és a statisztikák alapján Békés megyében 2009 előtt kiugró volt a foglalkoztatottak száma (2009-ben 2518 főt regisztráltak; összehasonlításként: ez több volt, mint a teljes Észak-alföldi régióé)⁶. Ez a példa is a hely fontosságát jelzi a társadalomföldrajzi gondolkodásban, a lényegét viszont csak terepmunka segítségével érthetjük meg.

Békés és Csongrád megyei szociális foglalkoztatók mint terápiás helyek

A terepi információgyűjtés félig strukturált interjúkkal történt, amelyeket a cikk szerzője TIMÁR JUDITTA (MTA RKK ATI) közösen készített el. A munka több fázisban történt. 2010. április 13. és szeptember 10. között 40 főt, 2011. július 14. és augusztus 11. között 21 főt, 2011. november 29-től kezdődően 8 főt sikerült megszólaltatni. Készültek szakértői interjúk politikusokkal, civil szervezetek képviselőivel, szociális intézmények munkatársaival és munkaadókkal is. A sérült és megváltozott munkaképességű emberek (a továbbiakban érintettek) esetében többnyire közvetett megkeresést alkalmaztunk, például foglalkoztatókon, civil szervezeteken keresztül, és a beszélgetéseknek – közös megegyezéssel – többnyire szintén ezek az intézmények voltak a helyszínei, eddig 11 Békés és 2 Csongrád megyei településen. Az interjúk felépítését tekintve a fókuszcsoporthoz ismert szakaszos standardizáláshoz (OBLATH M. 2007) hasonló megoldást alkalmaztunk, és a 2010-es tapasztalatok alapján finomítottunk a struktúráján. Az interjúk elején rövid összefoglalást adtunk a témáról, és válaszoltunk az

5 Szociális és Munkaügyi Minisztérium adatai alapján.

6 Dél-alföldi Regionális Államigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala által rendelkezésre bocsátott munkadokumentumokból.

esetleges kérdésekre. A beszélgetéseket a partnerek előzetes beleegyezésével hangszalagra rögzítettük. A felvetett témák között szerepeltek a szociális foglalkoztatás általános rendszerére és az érdekviszonyokra, illetve a munkahelyre mint megélt térre vonatkozók is.

Az érintettekkel és szakemberekkel való beszélgetések során a szociális foglalkoztatás társadalmi hasznát illetően több dolog is szóba került. A kapott információk rendszerezése a már említett *bioszociális modell* alapján történt, amelynek első tényezője a *test* fiziológiája és az egészségi állapot. A foglalkoztatottak nem véletlenül kerülhettek ezekbe az intézményekbe, ugyanis az egészségügyi problémák számukra a mindennapi valóság részét képezik; az interjúkban a legkülönbélebb egészségkárosodásokat említették: „*gerinc-, meg ideg, meg epilepsziások. Meg cukrosok. Meg idegrendszeri betegek*” (egy védett foglalkoztató „érintett” intézményvezetője, kisváros, 2010.08.04).

A „hivatalosan elismert” egészségkárosodáson túl nagyon fontos tényező az egyén *megélt tapasztalata*. Ha az emberi testet és elmét egy egységként közöljük, akkor a munkavégzés mindenképpen egy testileg meghatározott és megtapasztalt tevékenység (HALL, E. 1999). A „normálistól” eltérő testek hátrányos helyzetét sok esetben éppen az okozza, hogy a munkahelyek többségének struktúrája a normáknak felel meg, nem pedig az ő képességeiknek. Ebből is következően sérült vagy krónikus beteg emberek térbeli tapasztalatai az ilyen helyekkel kapcsolatban meglehetősen negatívak (ДУСК, I. 1999; CROOKS, V. A. – CHOUINARD, V. 2006). A szociális foglalkoztatás lényege, hogy a munkahelyet idomítsák a képességekhez, ez pedig láthatóan jó hatással van az érintettek fizikai és mentális állapotára.

„...mikor a kezem begyulladt, már nem bírtam koszorút kötni, mert nagyon megerőltettem, utána már csak ragasztottam vagy valami, ami könnyebb munka...” (érintett, nő, 59 éves, község, 2010.07.26).

„A foglalkoztató azért volt jó, mert leülhetett az ember, felállhatott, mikor hogy érezte magát” (érintett, nő, 56, község, 2010.08.02).

A személyes tapasztalatoknak köszönhetően a dolgozók bizonyos esetekben szimbolikus jelentőséget is tulajdonítanak a helynek.

„Ez olyan, mint egy kórház, mert itt az embereket gyógyítjuk” (egy védett foglalkoztató „érintett” intézményvezetője, kisváros, 2010.08.04).

A bioszociális modell harmadik eleme az egyén *társadalmi környezete*. Mint arra korábban rámutattak, a közös tevékenység rendszerint csökkenti a társadalmi elszigeteltséget (MILLIGAN, C. et. al. 2004), és a szociális foglalkoztatókban nem csak a foglalkoztatottak kapcsolatai, hanem önbecsülésük is erősödött.

„Nekem az a jó most is, hogy emberek között vagyok... abban a 6 órában kikapcsolódom... nem érzem magam feleslegesnek” (érintett, nő, 52, kisváros, 2010.08.05.).

„Szerintem ez nagyon jó, mert nem vagyunk annyira lenézve vagy nem tudom, csak szűkség van ránk...” (érintett, nő, 53, község, 2010.07.26)

A szociális foglalkoztatásba bekerült személyek életszínvonalára és egészsége a munkabérek köszönhetően növekedett, táplálkozásuk javult, gyógyászati költségeik is csökkentek.

„...a ruházzkodás megváltozik, a kedélyállapot megváltozik, és általában 1-2 kiló is fel szokott jönni” (egy civil szervezet vezetője, kisváros, 2010.08.05).

Nem újdonság, hogy az anyagi helyzet kihat az egészségre (jól-létre). A fent említett civil vezető szerint például érdemes lenne összehasonlítani a dolgozók felvétel előtti állapotát a 2-3 hónappal a felvétel után tapasztalttal. Bár az interjúpartnerek köre nem elég széles, hogy komolyabb általánosításokat tehesünk, jelentős különbség figyelhető meg a foglalkoztatottak és a munkanélküliek „jól-léte” között. Utóbbiak esetében két interjú során még az öngyilkosság is szóba került, ami nyilván komoly problémákra utal (megjegyzendő, hogy a munka mellett nem árt figyelembe venni egyéb tényezőket – pl. családi, baráti kapcsolatok kiterjedtsége).

Összegzés és vitaindító

Az interjúpartnerek véleményei alapján a dél-alföldi szociális foglalkoztatók valóban sok szempontból javulást hoztak a sérült emberek egészségi állapotában, és jelen tanulmány szerzőjének véleménye szerint terápiás helyeknek tekinthetők. Látható az is, hogy a politikai szándék, a társadalmi környezet és az egyéni megélések miként teszik ezeket a helyeket komplex társadalmi konstrukciókká. Szintén a komplexitást mutatja azonban, hogy a foglalkoztatókba való bekerülés mechanizmusával nem mindenki ért egyet.

„[Akik nem kerültek be,] *haragszanak ránk... Meg irigykednek a másokra, hogy bekerült*” (egy civil szervezet vezetője, kisváros, 2010.08.05).

Sőt, arra is van példa, hogy az intézmény nem is tud maradéktalanul illeszkedni az egyén képességeihez, mivel fennmaradása érdekében a dolgozók kénytelenek túlórákat vállalni (a minta jellegéből adódóan nem általánosíthatunk, ez inkább a különböző vezetői pozíciókban lévőköt érintheti).

„*Azért a kevés pénzért elég sokat kell dolgozni, és nagyon sokat kell a munka után menni*” (érintett, nő, 59, megyei jogú város, 2011.12.09.).

Az biztos, hogy a foglalkoztatók termékeit megrendelő vállalkozásoknak az olcsó munkaerő miatt jövedelmező az ilyen partnerség. A fentiek alapján talán nem megalapozatlan a félelem, hogy az állami szerepvállalás csökkenése és a megrendelőként folytatott küzdelem miatt a munkaerő kizsákmányolása fokozódik és az eredeti jogszabályi célkitűzés is sérülni fog. Az ellentmondások kapcsán felmerül a kérdés: valóban javítja a foglalkoztatottak helyzetét ez a munka? Bár az érintettek többsége ebben az esetben pozitív véleménnyel volt, a tapasztalatok azt mutatják, hogy a jövőben szükséges lehet az ilyen foglalkoztatók behatóbb vizsgálata, például a különböző hálózatokba, a helyi társadalomba, a hatalmi erővonalakba ágyazottan, hogy a védett foglalkoztatás ne váljon a sérült embereket hátrányos helyzetbe hozó társadalmi viszonyrendszer egyik pillérévé.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton is szeretnék köszönetet mondani TIMÁR JUDITNAK, aki az interjúzásban való részvétellel és szakértő tanácsaival járult hozzá a dolgozat elkészítéséhez, valamint mindazoknak az interjúpartnereknek, akik válaszaikkal segítették az eredményes munkát.

IRODALOM

- ABBERLEY, P. 1999: The Significance of Work for the Citizenship of Disabled People. – Paper presented at University College Dublin. pp. 1-17.
- CONRADSON, D. 2005: Landscape, care and the relational self: Therapeutic encounters in rural England. – *Health & Place* 11. pp. 337–348.
- CRESSWELL, T. 2009: Place. – In: Kitchin, R. – Thrift, N. (eds. in chief): *International encyclopedia of human geography*, Vol. 8, Elsevier, Oxford. pp. 169-177.
- CROOKS, V. A. – CHOUINARD, V. 2006: An embodied geography of disablement: Chronically ill women's struggles for enabling places in spaces of health of health care and daily life. – *Health & Place* 12. pp. 345–352.
- CURTIS, S. 2004: *Health and inequality: geographical perspectives*. – SAGE, Los Angeles – London – New Delhi – Singapore – Washington DC. 329 p.
- CURTIS, S. – GESLER, W. M. – PRIEBE, S. – FRANCIS, S. 2009: New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex 'rebirth' of the clinic? – *Health & Place* 15. pp. 340–348.
- DUFF, C. 2011: Networks, resources and agencies On the character and production of enabling places. – *Health & Place* 17. pp. 149–156.
- 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. 119-137.
- EVANS, J. D. – CROOKS, V. A. – KINGSBURY, P. T. 2009: Theoretical injections: On the therapeutic aesthetics of medical spaces. – *Social Science & Medicine* 69. 5. pp. 716–721.
- FOLEY, R. 2011: Performing health in place: The holy well as a therapeutic assemblage. – *Health & Place* 17. pp. 470–479.
- FOUCAULT, M. 1996: *A szexualitás története I. A tudás akarása*. – Atlantisz, Budapest. 167 p.
- FOUCAULT, M. 2000: *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. – Corvina Kiadó, Budapest. 330 p.
- GESLER, W. M. 1992: Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. – *Social Science & Medicine* 34. 7. pp. 735–746.
- GESLER, W. M. 2005: Therapeutic landscapes: An evolving theme. Editorial. – *Health & Place* 11. pp. 295–297.

- GESLER, W. M. 2009: Therapeutic landscapes. – In: Kitchin, R. – Thrift, N. (eds. in chief): International encyclopedia of human geography. 11. Elsevier, Oxford. pp. 229-230.
- GESLER, W. M. – KEARNS, R. A. 2002: Culture, Place and Health. – Routledge, London – New York. 182 p.
- GLEESON, B. 1999: Geographies of disability. – Routledge, London. 253 p.
- HALL, E. 1999: Workspaces: 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.
- 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.
- JACOBSON, D. 2006: Disability, geography of. – In: Warf, B. (ed.): *Encyclopedia of human geography*, SAGE Publications. pp. 109-111.
- KEARNS, R. A. 2007: Creating a place for population health: Interpreting the spaces of a new School in Auckland, New Zealand. – *Social Science & Medicine* 65. 1. pp. 125-137.
- KEARNS, R. A. – JOSEPH, A. E. 1993: Space in its place: developing the link in medical geography. – *Social Science & Medicine* 37. 6. pp. 711-717.
- KEARNS, R. A. – 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.
- LITVA, A. – EYLES, J. 1995: Coming out: exposing in medical geography. – *Health & Place* 1. 1. pp. 5-14.
- MADGE, C. 1998: Therapeutic landscapes of the Jola, The Gambia, West Africa. – *Health & Place* 4. 4. pp. 293-311.
- MILLIGAN, C. – GATRELL, A. – BINGLEY, A. 2004: 'Cultivating health': therapeutic landscapes and older people in northern England. – *Social Science & Medicine* 58. 9. pp. 1781-1793.
- OBLATH M. 2007: A fókuszcsoport. – In: Kovács É. (szerk.): *Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet. Néprajzi Múzeum – PTE-BTK Kommunikáció- és Médiatudomány Tanszék*. 438 p.
- PARR, H. 2000: Interpreting the 'hidden social geographies' of mental health: ethnographies of inclusion and exclusion in semi-institutional places. – *Health & Place* 6. pp. 225-237.
- PARR, H. 2002: Medical geography: diagnosing the body in medical and health geography, 1999-2000. – *Progress in Human Geography* 26. 2. pp. 240-251.
- PÁL V. 2005: Fogalmi kérdések, történeti csomópontok, kutatási irányzatok az egészségföldrajzban. – *Földrajzi Értesítő* 54. 3-4. pp. 435-453.
- PÁL V. 2006: Az egészségföldrajz a magyar társadalomföldrajzban: elméleti megközelítés és esettanulmányok. – PhD értekezés, Pécs. 206 p.
- SMYTH, F. 2005: Medical geography: therapeutic places, spaces and networks. – *Progress in Human Geography* 29. 4 pp. 488-495.

- TONNELIER, F. – CURTIS, S. 2005: Medicine, landscapes, symbols: “The country Doctor” by Honoré de Balzac. – *Health & Place* 11. pp. 313–321.
- WENDELL, S. 2001: Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illnesses as Disabilities. – *Hypatia*, 16. 4. pp. 17–33.
- WILLIAMS, A. 2002: Changing geographies of care: employing the concept of therapeutic landscapes as a framework in examining home space. – *Social Science & Medicine* 55. pp. 141–154.
- WILLIAMS, A. 2010: Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. – *Social Science & Medicine* 70. pp. 1633–1640.
- WILSON, K. 2003: Therapeutic landscapes and First Nations peoples: an exploration of culture, health and place. – *Health & Place* 9. pp. 83–93.
- WILTON, R. D. 1998: The Constitution of Difference: Space and Psyche in Landscapes of Exclusion. – *Geoforum* 29. 2. pp. 173–185.

EGYÉB FORRÁSOK

1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról – forrás: www.net.jogtar.huletoltés: 2011. december 27.
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról – forrás: www.net.jogtar.huletoltés: 2011. december 27.
- Aszociális törvény módosításából fakadó változások, Szociális és Munkaügyi Minisztérium – forrás: [/www.szmm.gov.huletoltés](http://www.szmm.gov.huletoltés): 2011. december 27.
- World Health Organization 1948: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19–22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization 2002: Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva.