

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
"ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ" - ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ  
КАТЕДРА СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА**

**СИЛВИЯ ПАВЛОВА НИКОЛОВА**

**МЕДИКО - ГЕОГРАФСКИ НЕРАВЕНСТВА ПРИ ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ В  
РАЗЛИЧНА СОЦИО-ИКОНОМИЧЕСКА СРЕДА: ДАЛАС, ТЕКСАС И МОНТЕРЕЙ,  
НУЕВО ЛЕОН**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИЗНАВАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА  
СТЕПЕН "ДОКТОР"**

Варна, 2015

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ**

**"ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ" - ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ  
КАТЕДРА СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА**

**МЕДИКО - ГЕОГРАФСКИ НЕРАВЕНСТВА ПРИ ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ В  
РАЗЛИЧНА СОЦИО-ИКОНОМИЧЕСКА СРЕДА: ДАЛАС, ТЕКСАС И МОНТЕРЕЙ,  
НУЕВО ЛЕОН**

**ас. СИЛВИЯ ПАВЛОВА НИКОЛОВА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИЗНАВАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА  
СТЕПЕН "ДОКТОР"**

Научни ръководители:  
Проф. Джон Брико, PhD  
Проф. Клаудия Кампийо ,PhD

Варна, 2015

Дисертационият труд е с обем 227 страници и е онагледен с 38 таблици, 15 фигури и 12 карти. Библиографията съдържа 208 литературни източници на английски и испански език.

## СЪДЪРЖАНИЕ

	<b>Страница</b>
Въведение .....	2
Хора с увреждания в САЩ .....	4
Хора с увреждания в Мексико .....	5
Теоретичен модел .....	8
Цели и задачи .....	10
Хипотези .....	11
Методология .....	12
Данни .....	14
Методи за анализ .....	14
Резултати и обсъждане.....	16
Изводи и препоръки .....	28
Подбрана библиография .....	32

## ВЪВЕДЕНИЕ

Една от уязвимите и твърдо представени социални групи във всяко общество е тази на хората с увреждания. Според данни на Световната здравна организация (СЗО) общия брой на хората с увреждания в света е 650 милиона [приблизително 10% от населението на всяка държава] (СЗО, 2001), от които 80% живеят в развиващи се страни в условия на крайна бедност (World Report on Disability [WRD], 2011).

Неравномерното разпределение на живеещите с увреждане хора поставя научната общност пред предизвикатството да разглежда значимостта на техните проблеми на глобално, а не на локално ниво. Така например, много от социалните и здравни изследвания направени след въвеждането на първия в света закон за правата на хората с увреждания [Americans with Disabilities Act (ADA), САЩ, 1990] постепенно изместват научно-политическия фокус от ориентиран към развити страни от глобалния Север към бедните, неизследвани страни от глобалния Юг<sup>1</sup> [Barnes & Sheldon, 2010; Grech, 2011]. Не остават незабелязани и фактите посочващи неравенствата между хора с увреждания и без увреждания живеещи в развити и развиващи се страни. Според данни от първия доклад за хора с увреждания в света, годините, които средно хора без увреждане полагат в училище е 6.61; за хора с увреждания обучителния период е по-малък - 5.4 години (WDR, 2011). Взаимосвързан с образованието е и факта, че хора с увреждания в богати и бедни държави изпитват затруднения при намиране на работа и често живеят на прага на бедността (WDR, 2011). Трудностите са неравни за мъже и жени с увреждания, тъй като увреждането допълнително уязвява социалната роля на жените в обществото като ги прави лесен обект на сексуално насилие (Harris & Enfield, 2003; Okkolin et al., 2010). Тази разлика е още по-видима в бедните държави, където неприлагането в практиката на закони гарантиращи правата

---

<sup>1</sup> Съвремененно разграничаване на страните като икономически развити, т.нар страни от глобалния Север и икономически неразвити, бедни страни от глобалния Юг.

на хората с увреждания, увеличава риска от социални неравенства и отпадане от обществото (WDR, 2011).

Независимо от съществуващите различия в нивото на социалната интеграция и развитие на хора с увреждания наблюдавани в развития и развиващия се свят, проблемите с които те трябва да се справят имат сходни причини и последици. Литературата често коментира невъзможността на хора с увреждания да водят независим живот поради липса на умения за социализация и трудова интеграция или липса на възможности за такива (Cameron, 2006; Hartnett et al., 2010). Анализи дори показват, че законовата рамка, която осмисля правата на хората с увреждания и позволява те да бъдат “видими за обществото”, не е достатъчен катализатор за тяхното социално развитие. Така например, възможностите за трудовата заетост не са пряко и задължително последствие от правата гарантирани от закона (Phillips, 2011). Здравното и социално покритие не осигуряват абсолютна защита на човек с увреждане, защото често рехабилитационните и пенсионни услуги изискват допълнително трудово покритие и определен социален стандарт, които от друга страна са обвързани с неразвити възможности като например възможността да работиш, учиш, възможността да си мобилен и самостоятелен (Barnes & Mercer, 2005). От значение е и невъзможността на закона да ограничи стигмата и социалната дискриминация, на която често хората с увреждания са обект (Weber, 2009).

Настоящия труд е усилие целящо дискусия на проблемите на хора с увреждания представена с общ знаменател, т.е като проблем на хора от различни географски ширини и култури. С помоща на сравнителен анализ на проблемите на хора с увреждания живеещи в Мексико и САЩ изследването цели да покаже посоката на проблемите и тенденциите за изграждане на обща стратегия за тяхното разрешаване. Използването на данни от две държави – развита и развиваща се, спомага от една страна за очертаването на общите нужди и причини за трудностите, които хората с увреждания срещат, независимо от геополитическия и икономически контекст в който живеят. От друга страна, изследването е отправна точка за дискусия за специфични

политики и програми за хора с увреждания, както и за необходимостта те да бъдат съобразени с културните норми и разбирания в едно общество.

## ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ В САЩ

САЩ е първата държава в света, която през 1990 година въвежда закон за правата на хора с увреждания [Americans with Disabilities Act - ADA] и създава предпоставки за включването им в обществото. Въпреки изминалите две десетилетия след приемането на ADA, по време на които усилията за равнопоставяне пред закона изместват практиките на институционална дискриминация на увреждането, САЩ продължава да бъде част от общата дискриминационна статистика на хора с увреждания в света, поради нестихващия брой хора с увреждания, които живеят бедно и са ниско образовани, частично или напълно неосигурени и безработни.

По данни от последното преброяване от 2010 в САЩ само 28% от младите хора с увреждане (25 годишни) са завършили средно образование, а 13% имат висше такова. За сравнение, младежите без увреждане на същата възраст имат двойно по голям процент на завършили висше (31%) и двойно по-малък процент на хора със средно образование (12%) (Brault, 2012). Тази статистическа "дупка" отразява и друга бариера за хората с увреждане в САЩ, а именно непреодолимата безработица, свързана най-вече с тяхната ниска образователна квалификация, ограничаваща възможностите им за намиране на работа на пазара на труда. Изследване на Hartnett et al., (2010) посочва, че хора с увреждания са често заети почасово (4 часов работен ден) и предимно в сферата на услугите.

Проблемната социална интеграция на хора с увреждания литературата обяснява с ефекта на "двойното изключване" (Bruyere, Erikson & VanLooy, 2004; Fevre et al., 2013). Въпреки усилията на федералната програма улесняваща намирането на работа и осигуряването на механизми, позволяващи оформянето на достъпна работна среда за хора с увреждания [Job Accommodation Network (JAN)], все още процентът на заетите по линия на програмата е нисък

(21.4%), а нежеланието на хората с увреждане да бъдат включени в пазара на труда остава висок (42.1%) ( Frank & Bellini, 2005; Hartnett et al., 2010). Този парадокс изследванията описват като дължащ се на страха от неприемане, както и от възможната дискриминация, които хората с увреждане обясняват, че изпитват при опити да бъдат включени в група (Hartnett et al., 2011). Въпреки че, използването на думата "дискриминация" среща съпротива в съвременната американска литература, случаите на трудности при настаняване и наемане на жилища на хора с увреждане са пример за точната употреба на думата по смисъл и значение. Turner и колеги (2005) анализират създадените възможности за наемане на жилище от хора с увреждания в Чикаго и установяват "преференции" в избора на наемателите. Така например, един на шест наемодатели, посочили наличие на условия за наематели с физически или сензорни увреждания е отказал такова при поискване. Допълнително, 26% от молбите постъпили от хора със слухови нарушения са били отказани след уточняване на здравния статус, т.е. „с увреждане“ (Turner et al., 2005). Утежняващ фактор се оказва и расовата и етническа принадлежност на хората с увреждания. Оказва се, че сред хора с увреждания, които се определят като латино или афроамериканци, отказите и дискриминационните практики са по-чести (Turner et al., 2005).

Усилията на американската администрация да създаде условия за интеграция и недискриминационни практики спрямо хора с увреждания продължават. Основна философия, заложена в американската социална и здравна политика спрямо проблемите на хората с увреждане, е тази за независим живот, постигнат чрез равнопоставено участие на пазара на труда, което би прекъснало зависимостта на индивида от държавата (Phillips, 2011).

## ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ В МЕКСИКО

Мексико подобно на САЩ е една от най-гъстонаселените държави в света. За разлика от САЩ, където стремежа към прозрачност на проблемите на хора с увреждания датират още от началото на 90-те години на миналия век, в Мексико "въпросът" за "увредения човек" набира популярност едва след



подписването на декларацията на ООН за правата на хора с увреждания (през 2006) и след създаването на първият закон за хора с увреждания в Мексико (2006). Времевата разлика в признаването на проблемите на тази група хора (16 години след ADA, 1990) има своите последствия. Пример затова е статистиката на хора с увреждания в Мексико. Ако СЗО смята, че около 10% са средно хората с увреждане във всяка държава, то Мексико през 2000 година отчита едва 1.8% от населението да има увреждане, а през 2010 – процентът е 5. Ръстът на броя определени се с някако увреждане хора се дължи на по-голямата разпознаваемост на проблема и на начините на измерване и отчитане на хората с увреждане в Мексико (INEGI, 2000; INEGI, 2010; Palmer & Harley, 2010). Въпреки публичността на проблемите на тази група хора, остава интересна разликата в магнитута на броя хора с увреждания в Мексико и САЩ – тя е 4 пъти по-висока в САЩ след сравняване по общ брой население (Таблица 1). Това поставя въпроса за причините за тези разлики, или по-точно за установяване на причините за двойно повече броя население с увреждания в САЩ (19%) сравнени с референтната статистика на СЗО от 10%.

Таблица 1. Обща статистика на хора с увреждания в Мексико и САЩ

Държава	Население	Брой хора с увреждане
САЩ	308,745,538	54 милиона 19% от населението
Мексико	112,322,757	5 739 270 5.1% от населението

Източник: US Census Bureau, 2010; INEGI, 2010.

Основните трудности, които изпитват хора с увреждане в Мексико са дискриминация по-отношение правото на труд и образование. Според национално проучване на дискриминацията направено през 2010 година [CONAPRED, 2011], повече от половината хора с увреждания в Мексико нямат достъп до образование, трудова заетост и здравни услуги. Резултатите

регистрират и неравномерно разпределение на делът на работещите мъже и жени: делът на работещите мъже с увреждания (43.9%) е два пъти по-висок от дела на работещите жени с увреждания (18,1%) (CONAPRED, 2011 г.). Освен това, според друго изследване на женската работна сила в Мексико, жените имат по-големи възможности за намиране на работа в градовете, отколкото в селските райони (Martinez & Acevedo, 2004). Проучването установява, че фактори като ниво на образование, семейно положение, брой деца, и социално-икономически статус са главни при определяне на труда и възнаграждението на жените в Мексико (Martínez & Acevedo, 2004).

Една от основните характеристики на населението в Мексико е неговата концентрация в урбанизирани райони. Мексиканската градска система е представена от 56 главни урбанизирани центрове в които е съсредоточено повече от половината население на страната (INEGI, 2010, Garza, 2007 г.). Парадоксално е, че нарастването на населението в градовете е съпроводено с паралелно нарастване на икономическите и социалните неравенства (Clichevski, 2000, Garza, 2007). Подобряването на инфраструктурата, по-големите възможности за работа и конкурентоспособност на труда в градските райони се характеризират в същото време с оформяне на зони с високи неравенства, маргинализация и сива икономика (Mascareñas, 1994; Olazabal, 1994 Galafassi, 2002; Гарса, 2007, Székely, 2007). Ако вземем за пример третия по големина град в Мексико – Монтерей ще открием сходни наблюдения. От общо 4,6 милиона души, 87 000 са хората, които живеят в бедност, а половината от тях (близо 46 000) са хора с някакъв вид увреждане, които са допълнително безработни (85%), с ниска степен на образование (60%) и без социална защита (64%) (Gonzalez, Маковски, Rosas & Manzini, 2008; CONEVAL; 2010).

Бедността и увреждането в Мексико имат общ корен - те са пряко следствие от дейността на човека (работна или поведенческа) (Szekely, 2005). Статистически данни от преброяването на хората с увреждания от 2000 г. и 2010 г., съобщават, че основна причина за инвалидността в Мексико са хроничните заболявания (INEGI, 2000; 2010). Интересно е, че сред първите мексикански програми за хора с увреждания са програмата за цялостна грижа

на хората с увреждания (Atención integral a la salud de las personas con discapacidad 2007-2012) и програмата за грижи за новородени деца с нарушен слух (Tamiz Auditivo Neonatal 2007- 2012). Програмите са насочени към предотвратяване на разпространението на уврежданията чрез диагностика, лечение и рехабилитация (Национална програма за хора с увреждания в Мексико, 2009). Изненадващо е обаче, че програмите не разглеждат социалната страна на проблемите на хората с увреждания, т.е фокуса им е строго клиничен, а не медико-социален, както е препоръчано от СЗО през 2001 (International Classification of Functioning [ICF], 2001).

Разглеждането на човека с увреждане като “нездрав”, а не като човек с различен потенциал и способности в програмите адресиращи проблемите на хора с увреждания е свързано с трайно неразбиране и продължаваща агония на проблемите дължащи се на недостъпната социална среда и ниската степен на социална интеграция. В този смисъл, усилията на мексиканските програми и политики е необходимо да се концентрират не само към лечение и превенция на трайните увреждания, но и към създаване на ефективни практики за включване на човека с увреждане към социалната среда.

## ТЕОРЕТИЧНА РАМКА

Теориите обясняващи живота и проблемите на хората с увреждания представляват съвременна мултидисциплинарна област на познанието, която използва ресурсите на социалните науки (социология, политология, икономика, антропология), на хуманитаристиката (история, философия, критика), както и на медицината (физиотерапия и рехабилитация). Те разглеждат социалните, медицинските, политическите, културните, обществените и институционалните фактори, които допринасят за неравенството, стигматизирането и изключването на хората с физически, сензорни, и умствени различия.

Теориите на увреждането отдавна са разпознали важността на взаимовръзката "човек-среда" (Oliver, 1998). За да се подчертае взаимодействието между индивидите с увреждания и тяхната среда, настоящето проучване използва теорията на “човек-в-среда”, която разглежда ролята на социалните структури в

човешкото развитие и се опълчва на подходи, които са единствено фокусирани върху единични и спорадични фактори (Reid-Cunningham, & Fleming, 2009). Важна част от теорията са концепциите за пространство и място. Пространството (базирано на субективния поминък на хората) и мястото (представляващо околностите на среда) имат качествено различно семантично значение (Reid-Cunningham, & Fleming, 2009). Пространството има отношение към социалния и здравен статус на индивида – напр. как човек живее в зависимост от това колко може да си позволи, колко лесно или труднодостъпни са му определени услуги и т.н. В този смисъл пространството има и пряка връзка със социалния модел на уврежданията защото адресира “пространствените бариери” или т.нар. бариери в социално-конструираната среда чрез "предоставяне на информация за определени придобивки, съветване къде и как могат да се ползват определени услуги и дори подпомагане на индивидите чрез самопомощ да добият увереност при отстояването на възгледа, че тяхното увреждане не е предизвикано от недъзите им, а от начина, по който обществото често ги изключва от ежедневните дейности" (Oliver, 2006: 37). Много емпирични изследвания са документирали етиологията на редица условия, които водят до увреждане, включително екологични фактори като вода, канализация и хигиена, замърсяване и други увреждащи елементи на социалната среда като вземането на политически решения, архитектурни фактори на модерността и социално-културни фактори (норми), които по своему са идентификатори за развитие на гео-социалната и културна среда (Spatscheck & Wolf- Ostermann, 2009). Изследванията показват съществуването на силна корелация между демонстрирани условия на лошо здраве и ниските нива на социалното и човешкото развитие (Leach, 2002). Хората с увреждания, които нямат достъп до социални и образователни услуги, или са с ограничени възможности за работа са по-склонни да бъдат маргинализирани, стигматизирани или социално изключени (Gleeson, 2001). Реципрочен е ефектът засилващ уязвимостта към хронични заболявания и увреждания сред хора живеещи в условия на лоша социално-икономическа среда, т.е. неблагоприятната социална и икономическа среда водят до хронификация на състоянието на болест и увреждане (Irme & Thomas, 2008).

Това проучване подчертава комплексния характер на социално-екологичните отношения „човек – среда“, а в частност очертава пространственото и социално представяне и разпределение на хората с увреждания в обществото.

## ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Обект на настоящето проучване са хора с увреждания живеещи в два от най-големите метрополиси във Мексико и САЩ. Възрастовата рамка на случаите включени в изследването е от 16 до 65 години, т.е. възраст, позволяваща на индивида да работи и да спомогне изграждането на едно независимо съществуване. Тази особеност на случаите включени в анализа е базирана на социалният модел на увреждане, според който увреждането е продукт на неприемщата индивида среда (СЗО, 2001). В този смисъл, нереализирания се на пазара човек с увреждане може да бъде пряко следствие на съществуващи социални бариери или резултат на абсолютна случайност.

Основна цел на настоящето изследване е търсенето на закономерност, т.е. на неслучайно повторение на сходства и взаимовръзки на увреждането с различни социални бариери като например безработица, липса на здравно осигуряване, липса на образование (включ. ниско ниво на образование), бедност и маргинализация. Въз основа на обсъдените резултати, изследването цели да очертае модели за локализиране на рискови групи и рискови райони на здраве и болест, приложими в различни социоикономически среди при планиране и превенция на увреждането.

За постигане на изследователската цел е необходимо да се решат следните задачи:

1. Да се изследва взаимовръзката между факторите на средата и проявата на увреждане в бедни и богати икономически райони като Монтерей и Далас.
2. Да се сравни влиянието на културните и социални особености на две диаметрално различни групи (бенди-

богати) спрямо нивото на социална интеграция и включване на лица с увреждане.

## ХИПОТЕЗИ

Като се има предвид прегледа на литературата и теоретичната рамка на изследването представени по-рано, следните хипотези бяха оформени:  
- Хипотеза 1. Домакинства с хора с увреждания ще са концентрирани в среди с ниски доходи и по-ограничен достъп до социални услуги в сравнение с тези, които живеят в среди с висока доходност.

Обосновка за Хипотеза 1: (1) Ниския доход на домакинствата е неблагоприятен фактор за хора с увреждания поради ограничения набор от ресурси, с които те разполагат. (2) Неравенството в доходите и бедността описват реалността на по-голяма част от хората живеещи с увреждания. Ето защо, независимо от икономическата сила на САЩ, ако приемем, че има райони в рамките на Далас, където има хора живеещи с по-малко налични ресурси отколкото хора без увреждания, моделите на увреждане трябва да показват сходни тенденции с тези в Монтерей.

Хипотезата включва домакинства с хора с увреждания и в двата градски райони, като подчертава, че домакинства в неравностойно социално-икономическо положение се очаква да бъдат в най-голям социален риск от социално изпадане.

- Хипотеза 2. Увреждането ще бъде по-високо застъпено сред жените и малцинствените групи.

Обосновка за Хипотеза 2. (1) Предполага се, че хората с увреждания са обект на дискриминационни нагласи. Това е особено изострено сред жените и представителите на малцинствени групи, които са обект на социална дискриминация. А причина за допускането на хипотезата е, че понякога хората без увреждания развиват негативно отношение към жените и малцинствата на основата на социални и културни разбирания и считат, че те са по-малко „ценни“ от останалата част от обществото. (2). Като следствие, тези предварително разработени нагласи и разбирания към малцинствата и жените



Проучването анализира всички включени в преброяването области на двата щата – Монтерей, Нуево Леон и най-населената област в Далас - Далас Каунти (2 218899 жители). Целта с избора на двата града бе да опрости сравнителния процес и да осигури представителност на извадката от двете населени места (сравняват се два големи града със сходен брой население). Градовете избрани за настоящия анализ имат дълга историческа връзка помежду си в която имигрантите се движат в двустранна посока от Монтерей към Далас и обратно. Таблица 1 представя подробна сравнителна информация по отношение на броя на хората с увреждания, включени в последното преброяване в двата града.

Таблица 1. Брой на хора с увреждания в двата града

	Монтерей, Нуево Леон		Далас, Тексас	
	Общо	Процент	Общо	Процент
Мъже	93 599	50.5%	1 815503	50.3%
Жени	91 828	49.5%	1 790039	49.7%

Източник: US Census Bureau 2010; INEGI 2010.

## ДАННИ

За анализа на настоящето проучване са използвани данни за хора с увреждания събрани от Американското национално преброяване (US Census) от 2000 година и преброяването в Мексико от 2010 година. И двете бази данни са събрани за втори път в историята на събирането на данни за увреждания в Мексико и САЩ (INEGI, 2010; Census Bureau САЩ, 2005 г.). Една от главните причини за използването на данни от US Census 2000 е фактът, че данните от преброяването за 2010 не включват подробна информация за



хората с увреждания, както например преброяването от 2000г.

([www.census.gov/people/disability/](http://www.census.gov/people/disability/)).

Измерването на характеристиките на хора с увреждания за 2010 г. (Мексико) се извършва по критерии на Вашингтонската група, приети през 2009г. за базови при събиране на данни за хора с увреждания по целия свят (Madans, Loeб, Олтман, 2011). Това подкрепя идеята за бъдеща възможност за сравняване на данни и проблеми на хора с увреждания от цял свят и възможността общите изводи и препоръки да се превърнат в политики с общи решения.

Въпросите в проучването са разделени по вид и ниво на увреждане, включващо физическо, сензорно, умствено; увреждане водещо до невъзможност за самостоятелни грижи и независимост при осъществяване на различни дейности от ежедневието. За да се запази възможността за сравняване на въпросите от двете проучвания, два допълнителни типа данни - по тип на заетост и увреждания на мобилността - не бяха изключени от общата рамка на анализа на увреждането (Brault & Sturn, 2005; US Census, 2013 г.).

## МЕТОДИ ЗА АНАЛИЗ

Изследването използва комбинация от два метода за анализ на данни (1) описателни и (2) аналитични. Първият използва методът Global Moran (I) и Local Moran (LISA) индекси (Ii) за пространствена автокорелация и идентифициране на клъстери на хора с увреждания (Anselin, Syabri & Kho, 2006). Индекса на Global Моран (I) определя дали пространственото разпределение на хора с увреждания ще се концентрира или ще е разпръснато на случаен принцип. Индексът на Local Моран (LISA) пък е мярка за агломерация (Anselin, 2005 г.) на четири типа пространствени агломерационни модели:

(I) Ядра на увреждания – характеризират се с високи стойности на данни за хора с увреждания в една зона, заобиколена от други зони с високи стойности на струпвания на хора с увреждане (Т.нар. “горещи точки”).

(II) Свободни ядра - характеризират се с ниски стойности на данни за хора с увреждания в една зона заобиколени от други зони с ниски стойности на данни на хора с увреждания (Т.нар. “студени точки”)

(III) Острови на увреждане - характеризират се с високи стойности на данни за хора с увреждания в една зона и са заобиколени от ниски стойности на хора с увреждания на съседни (заобикалящи го) зони (Т.нар. “отцепници”)

(IV) Свободни острови на увреждане - характеризират се с ниски стойности на данни за хора с увреждания в една зона и са заобиколени от високи стойности на хора с увреждания на съседни (заобикалящи го) зони (Т.нар. “отцепници”).

Когато зони с висока и много висока концентрация на хората с увреждания се припокриват се създават клъстери (Anselin, Syabri & Kho, 2006 г.). Зоните около ядрата и островите на увреждане повлияват в най-висока степен живота на хората с увреждания. Идентифицирането на ядрата и островите на хора с увреждане е важен подход при планиране на здравни и социални интервенции, защото дават възможност за ефективно насочване на средства и усилия при разрешаване на определен проблем.

Втората фаза на настоящия анализ прилага Географска претеглена регресия (Geographically weighted Regression - GWR) за определяне на пространствените зависимости от конкретни фактори водещи до концентрация на хора с увреждания. В регресионното уравнение като фактори бяха включени характеристики и условия на бита на домакинства с лица с увреждане, образование, заетост, здравен статус и здравно осигуряване, както и демографски фактори като пол, раса и етнос. Таблица 2 по-долу показва някои от основните характеристики на тези променливи /фактори/ избрани от наличните данни от двете проучвания. Трябва да се отбележи, че абсолютно припокриване на фактори от двата национални въпросника не бе осъществено. Така например, в Американската база данни, нямаше конкретно измерване за здравно покритие, както и измерване на нивото на развитие на едно домакинство според условията за живеене. Ето

защо, тези два фактора са основните разграничителни параметри на регресионните модели на увреждане в Монтеррей и Далас.

Две софтуерни програми са използвани в процеса на анализа на данни: (1) GeoDa v.13.0 използван за изчисляване на пространствената агломерация, и (2) ArcGISv.10.1 използван да очертае картите на уврежданията в двата географски райони.

Таблица 2. Социо-демографски характеристики

Променлива	Общо
Монтерей	
Неграмотно население (над 15 години)	80 949
Безработни	80 156
Без здравно покритие	901 029
Домакинства без социални придобивки	2 859
Домакинства с над 2.5 човека в стая	208 413
Далас	
Незаписани на училище	273642
Домакинство без автомобил	14 073
Домакинство с автомобил	51 175
Безработни	120271

Източник: US Census Bureau 2000; INEGI 2010;

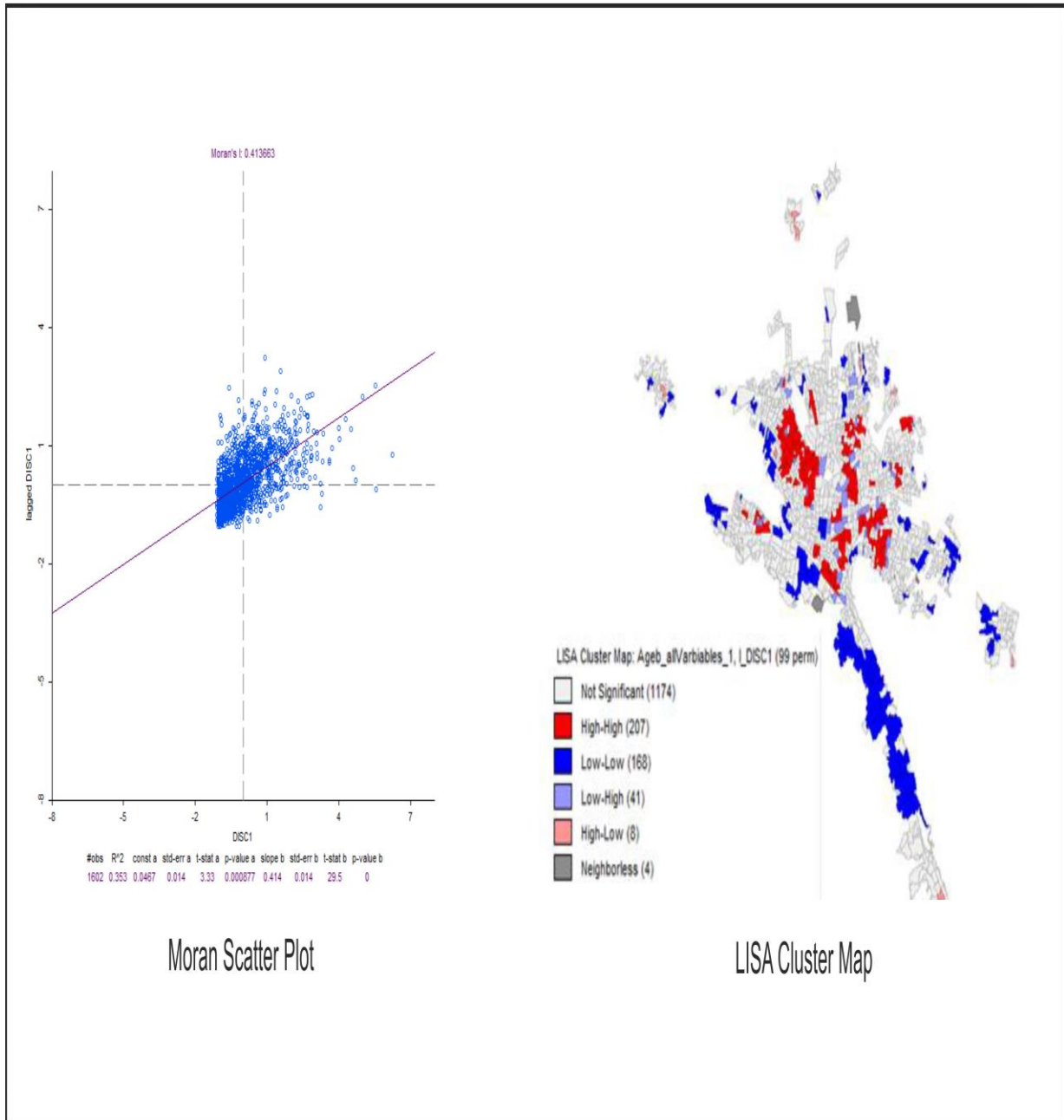
Забележка: \* В това проучване социални придобивки са: ток, вода, кола, телефон, телевизор, компютър, интернет (Consejo Nacional de Población, 2010)

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

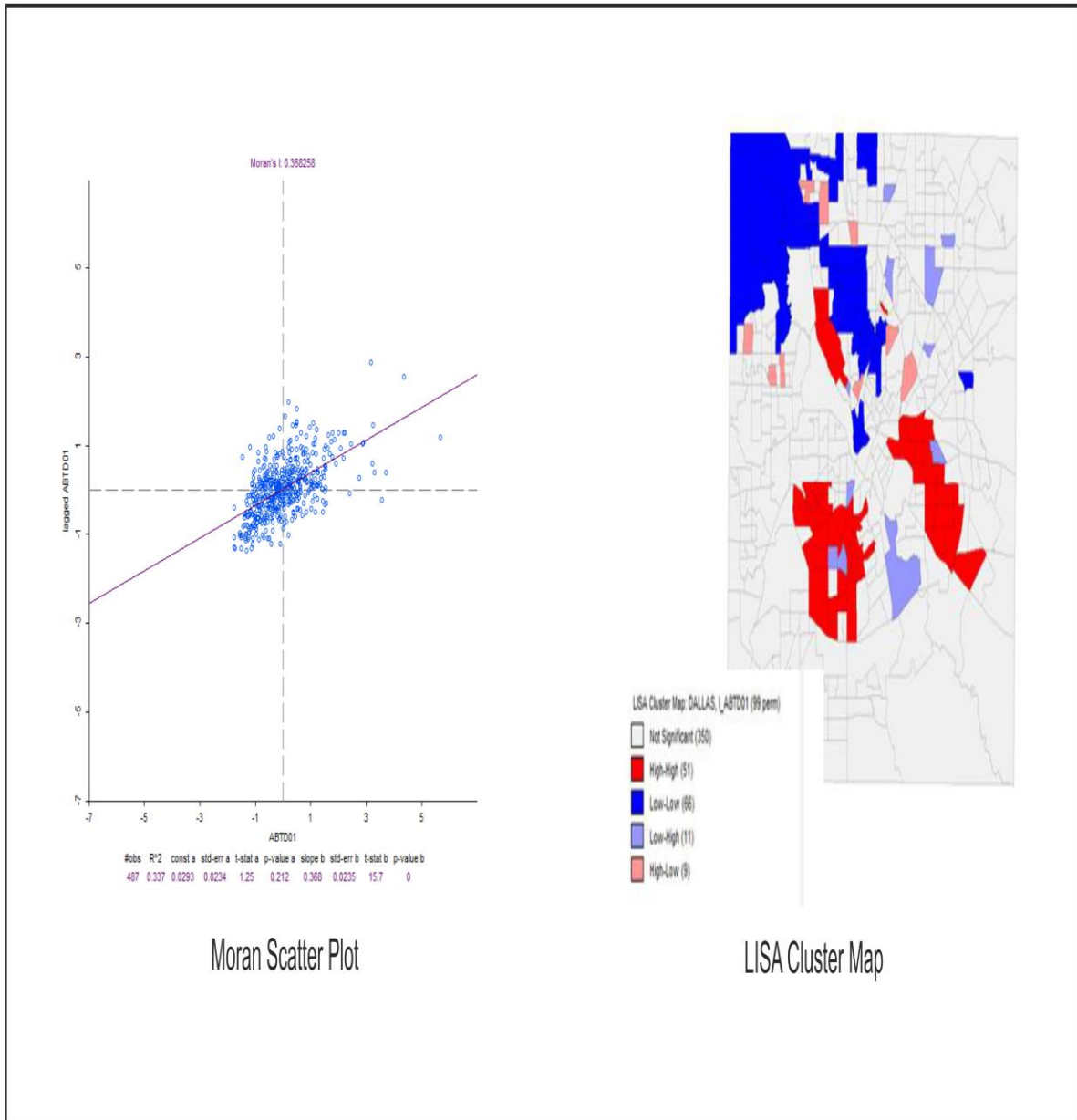
Резултатите от анализа на пространствена автокорелация в Монтеррей показва положителни резултати ( $I = 0.41$ ,  $p$ -стойност: 0,001) и обозначи наличието на зони с висока клъстерна честота на хората с увреждания разположени във вътрешните зони на Монтеррей. По същия начин, резултатите от анализа на пространствената автокорелация в Далас ( $I = 0,368$ ,  $p$ -стойност: 0.001) показва наличието на клъстери на хората с увреждания, разположени в

югоизточната част на метрополиса (Фигура 2, а и Б). (виж LISA касетъчни карти, Фигура 2).

### А. Монтерей

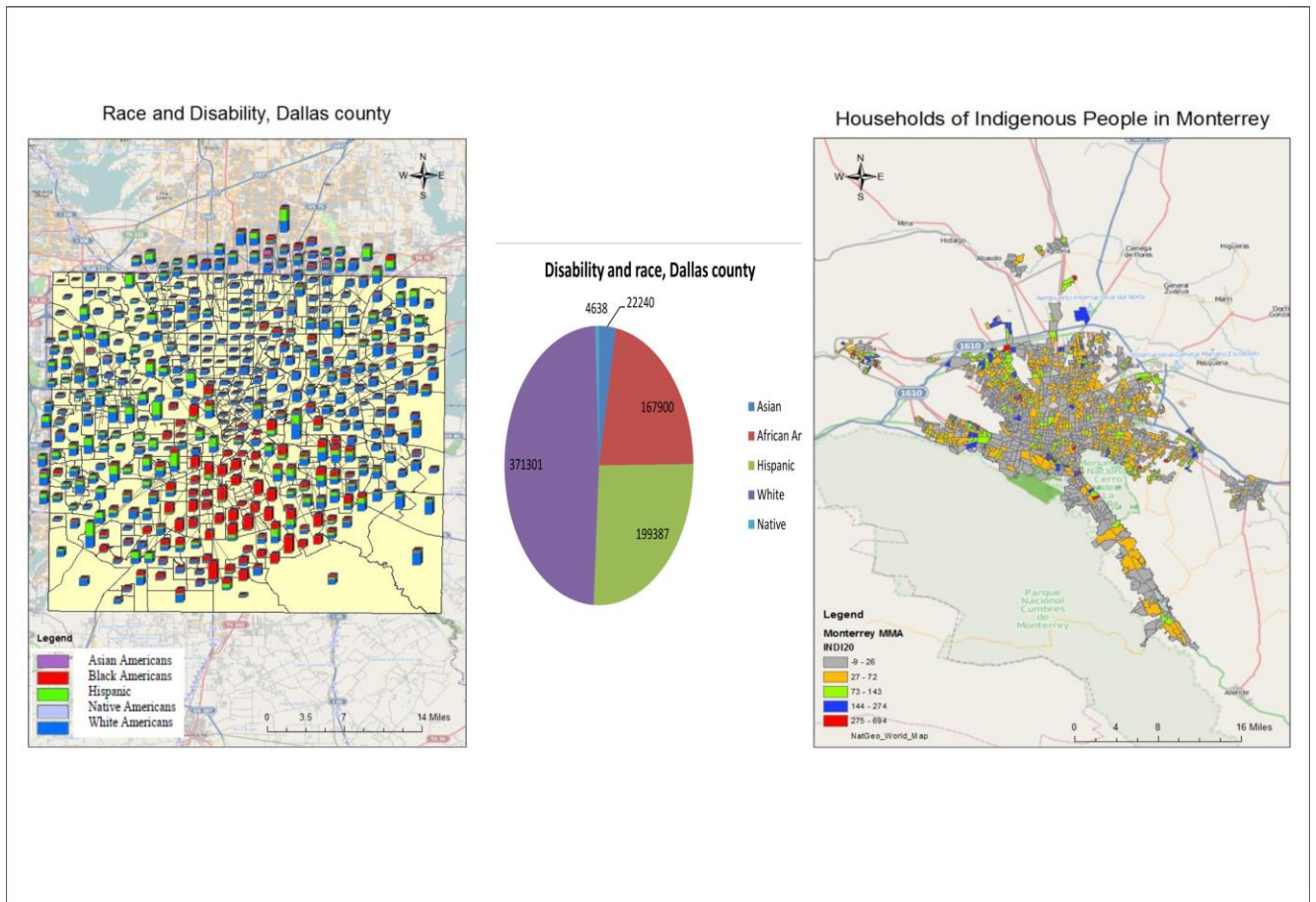


Б. Далас



Фигура 2. Ниво на агломерация и авторорелация на уврежданията в двата града

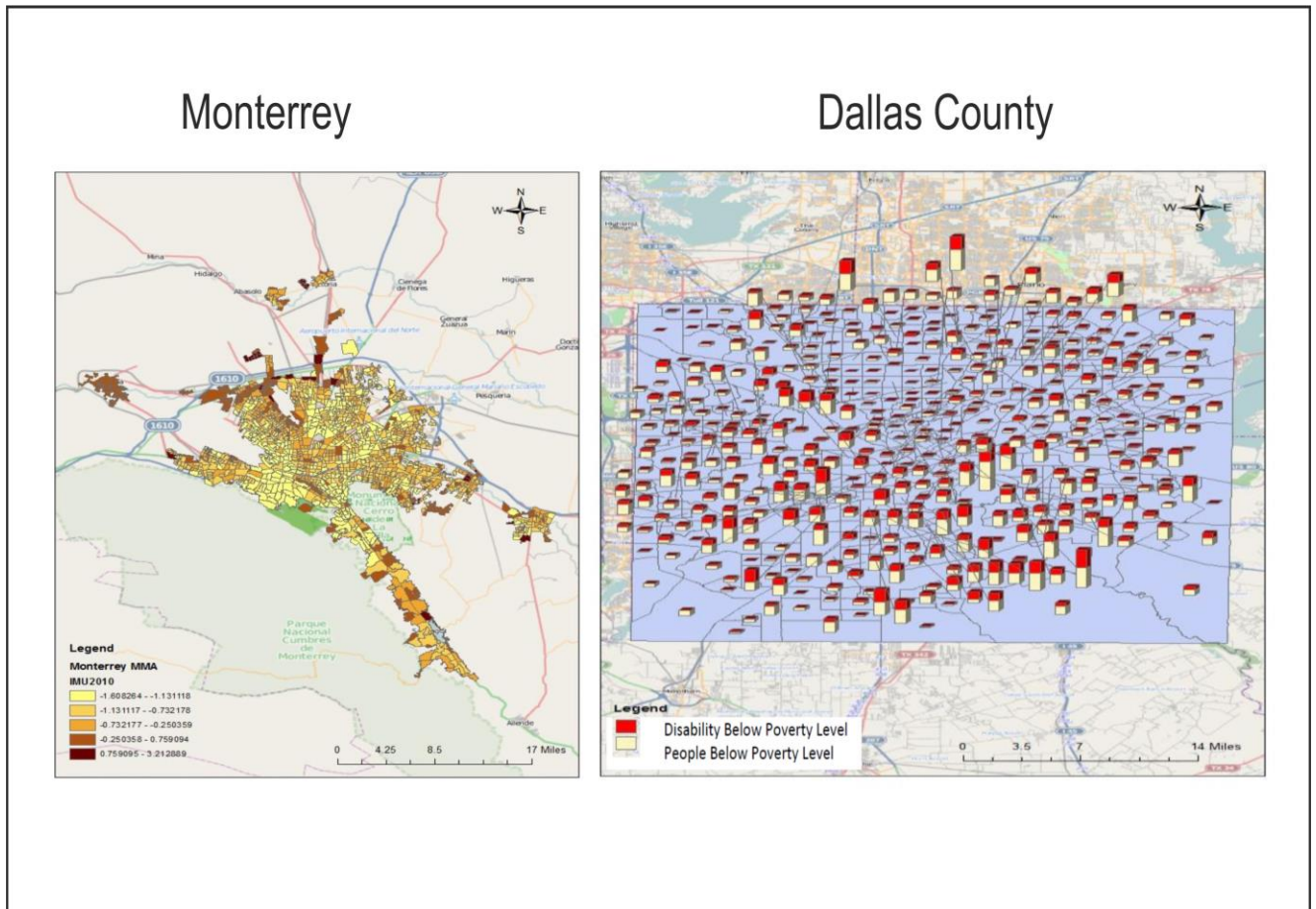
Социално-демографските фактори на избрани статистики показват, че на територия на Далас, основната група хора хора с увреждания е тази на граждани с увреждания с бял цвят на кожата, следвани от латиноамериканци и афроамериканци. Пространствени модели на концентрацията на населението (кълъстери) са наблюдавани при афро-американците и латиноамериканците (Фигура 3). От друга страна, етническият модел в Монтерей беше представен от малък брой местно население, което говори нахуатл, отоми и хуастек (124 домакинства (N = 2312)). Макар висока плътност на местно население да се наблюдава в малко области в Монтерей, модел на териториална концентрация на хора с увреждания сред тях не бе наблюдаван (Фигура 3).



Фигура 3. Хора с увреждане и етнос

Набор от “приблизителни” “рохѝ” променливи бѝха съставени, за да измерят състоянието на бедност на хората с увреждания, живеещи в Далас и Монтерей (т.е. образование, трудова заетост, здравно осигуряване, притежаването на къща и кола, условия за живот на хората в домакинството) (виж таблица 2). Визуализацията на данните показва ясни модели на скупчени области на хората с увреждания в Далас, които живеят под прага на бедността, като тези зони се припокриват със зони от струпвания на различни малцинствени групи (виж фигура 3 и 4). По същия начин, модели на

маргинализация в Монтерей са наблюдавани в периферията и някои централни и полу-централни райони на града (Фигура 4).



Фигура 4. Бедност, увреждане и маргинализация

Пространствени разпределения на факторите на хората с увреждания показат статистически значима GWR ( $p = 0.005$ ) или наличие на регресионна зависимост на пространственото разположение на хората с увреждане в двата града. The AICs снижени стойности индикират висока степен на зависимост от съпътстващи географски зони, т.нар. “ефект на съседа” (виж таблица 3 и 4), а коригираните R-квадрат стойности са високи от 0,7 (OLS) до 0.8 (GWR) за модела обясняващ увреждането в Далас, и от 0.6 (OLS) до 0.7 (GWR) за модела на увреждане в Монтерей . Резултатите, получени от двата града на GWR модели (оценки коефициент и показатели на модел за ефективност) са



показани в Таблица 3 и 4. В допълнение, за да се сравнят резултатите от модела на географската регресия GWR за Далас и Монтерей са показани рискови здравни карти на фигура 5.

GWR резултати за Монтерей показват висока предвидимост (R-квадрат е над 0.6). Концентрацията на хората с увреждания в Монтерей бе предсказана от два фактора: лошите условия на живот на домакинствата и безработицата. Освен това предвидимостта на хората с увреждания е зависима и от фактора етническа принадлежност. Регресионният коефициент се увеличава след включването на етноса в модела на увреждането (R-квадрат на 0.78). Въпреки че степента на предвидимост варира по зони в града, най-висока е тя в централните части на града; очевидно е обаче, че утежняващи фактори като бедност, безработица и лоши битови условия са причините за наличие на зони на бедност, в които основно живеят хора с различен тип и степен на увреждане.

По същия начин, за анализа на увреждането с данни от Далас бяха включени четири отделни регресионни модела за мъже и жени; като в два от тях бяха включени и факторът раса и етническа принадлежност. Като цяло, заетостта и притежаването на собственост (кола или къща) показва, че те са важни предиктори за разпространение на увреждания в метрополиса. Първият модел (т.е. жени) показва силен прогнозен ефект върху наличието и разпространението на увреждането. От особена важност се оказаха образованието, трудовата заетост, притежанието на къща и собствеността на превозното средство. Интересното е, че образованието има силен прогнозен ефект върху увреждането при жените. Освен това, добавянето на променливите раса и етническа принадлежност в моделите подобри цялостния модел на прогнозирането (R-квадрат), а критерият AIC се намали от 4347-4225 за GWR женски модел и с 4441-4223 за GWR модел с данни за прогнозиране на мъжка инвалидност (виж таблица 4).

Таблица 3. Предвидимист на увреждането в Монтерей

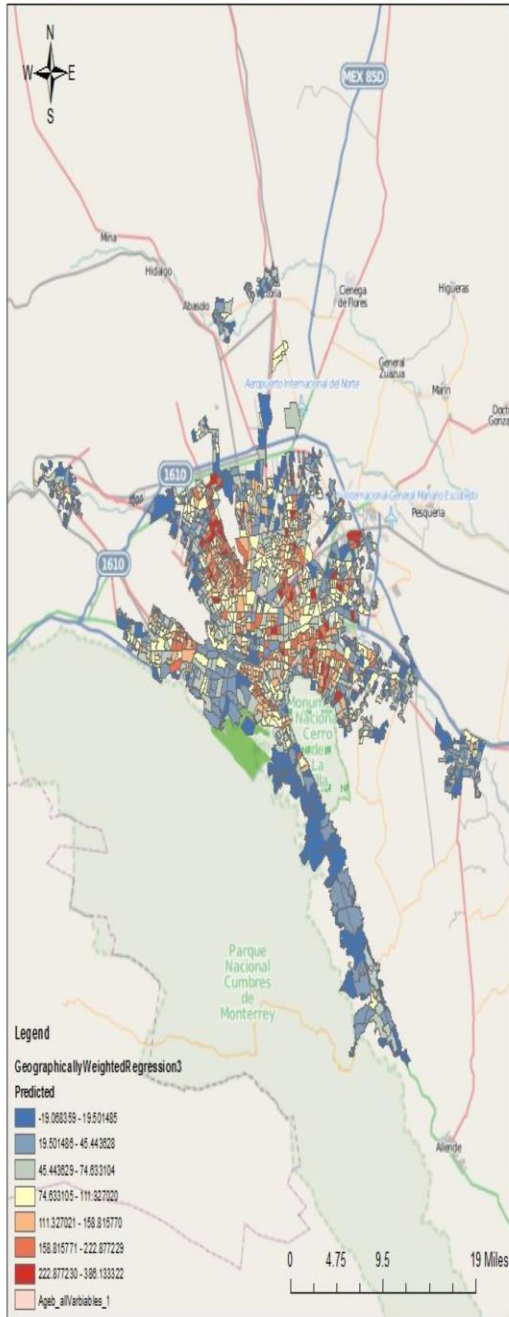
Променлива	OLS R <sup>2</sup>	GWR R <sup>2</sup>	OLS AICc	GWR AICc	<i>b</i>	Ниско образование	Безработен	Без осигуро вка	Етнос	Дом. с над 2.5 човека/ стая	Дом. без доц. придобивки
Увреждане (Общо)	0.618	0.747	16867	16626	H:72 L:-8	H:1.2 L:-0.7	H:1.5 L:-0.2	H:0.22 L:-0.05	H:3.5 L:-2.5	H:0.6 L:-0.7	H: 4.2 L: - 9.2
Увреждане (Жени)	0.639	0.699	15471	14755	H:18 L:-12	H:1.5 L:-0.7	H:0.47 L:-0.4	H:0.49 L:-0.4	H:1.56 L:-1.35	H:1.39 L:-0.85	H:3.18 L:-2.4
Увреждане (Мъже)	0.643	0.784	15344	14254	H:23 L:-5	H:0.64 L:-0.3	H:0.66 L:-0.17	H:0.08 L:-0.02	H:1.7 L:-1.3	H:0.3 L:-0.3	H:2.08 L:-4.06

Таблица 4. Предвидимист на увреждането в Далас

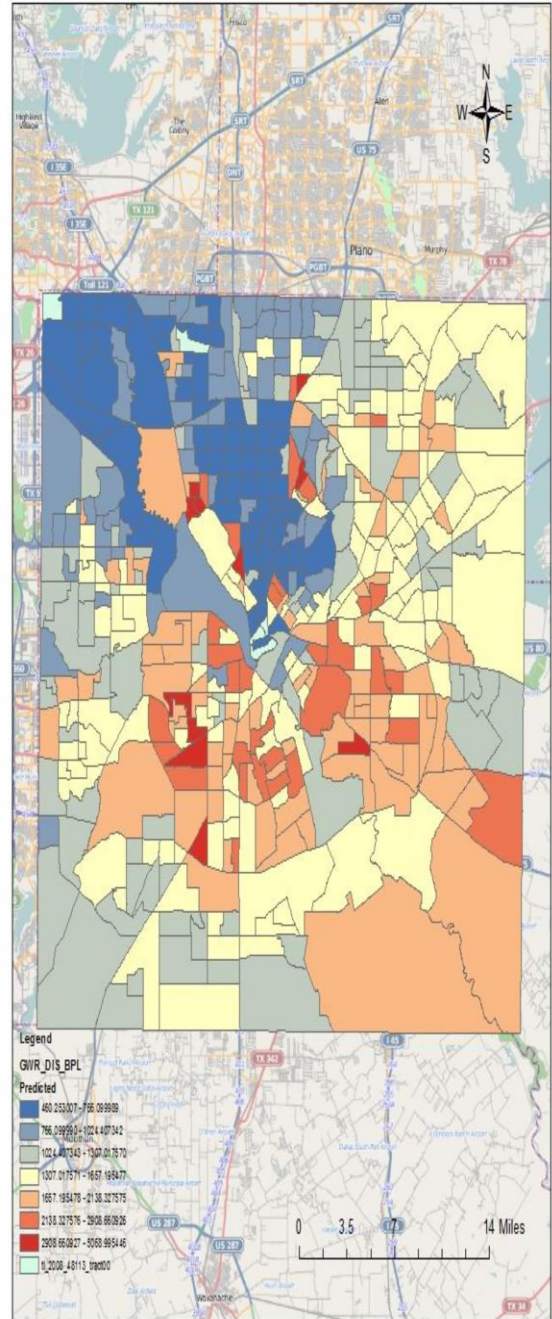
Промелива	R <sup>2</sup> GWR	R <sup>2</sup> OLS	AICc GWR	AICc OLS	<i>b</i>	Ниско образование	Без работа (16-20г)	Без работа (21-64г)	Трудово увреждане – без работа (21-64г)	Раса	Наем/ Без кола	Наем/ една кола	Къща/ без кола
Увреждане (Жени)	0.838	0.811	4347	4296	H:6.4 L:-18	H:0.25 L:-0.08	H:0.57 L:-0.27	H:0.42 L:-0.07	H:0.41 L:-0.39	Variable not included in the model	H:0.30 L:0.04	H: 0.02 L: - 0.05	H:0.31 L:0.11
Увреждане (Мъже)	0.819	0.796	4441	4340	H:13 L:-16	H:0.06 L:-0.04	H:0.78 L:-0.10	H:0.48 L:-0.23	H:0.51 L:-0.37	Variable not included in the model	H:0.33 L:0.04	H:0.04 L:-0.04	H:0.42 L:-0.17
Увреждане и раса (Жени)	0.856	0.728	4275	5483	H:7.8 L:-3.6	H:0.15 L:-0.10	H:0.19 L:-0.12	H:0.34 L:-0.003	H:0.16 L:-0.23	A: 0.07~0.10 B: 0.04~0.02 W: -0.008~0.02 H:0.05~0.009 N: 0.13~0.19	H:0.17 L:-0.06	H:0.004 L:-0.02	H:0.12 L:0.02
Увреждане и раса (Мъже)	0.834	0.727	4323	5483	H:7.4 L:-3.5	H:0.02 L:-0.02	H:0.24 L:-0.09	H:0.14 L:-0.008	H:0.05 L:-0.02	A: 0.04~0.05 B: 0.04~0.02 W: -0.005~0.01 H: 0.04~0.02 N: 0.11~0.13	H:0.18 L:0.06	H:0.006 L:-0.01	H:0.15 L:-0.05

A: Asian; B: Black; N: Native Americans; W: White; H: Hispanic;  $p \leq 0.05$

# Monterrey



# Dallas County



Фигура 5. Прогноза на увреждането в двата града

Основна цел на това проучване бе да изследва пространственото отклонение на разпространението на увреждането в две различни социално-икономически и културни среди. Един от най-важните изводи от това проучване е сходството в разпространението на увреждането и сходните закономерности наблюдавани в среди с ограничени ресурси. Индексът на пространствена автокорелация ( $R = 0,41$ ,  $p \leq 0,001$  Монтерей;  $I = 0.36$ ,  $p \leq 0.001$  за Далас ) показва, че хората с увреждания са по-скоро склонни да образуват кълстери, обединени под общ знаменател, отколкото да са разпръснати равномерно в различните области на града. Предишни изследвания също подкрепят тълкуването на връзка между социално-икономическия статус и увреждането заключавайки, че среди с ниски доходи предразполагат образуването на модели на пространствена сегрегация. Например, хората с увреждания и хронични заболявания са често включвани в т.нар модели на безработица по местоживеене. Stover и сътрудници (2012) установяват, че безработицата нараства, когато има висок ръст на пенсии за инвалидност в бедни индустриални райони. Това е така не само защото пенсията осигурява гарантирани социални плащания, но и защото хората с увреждане престават да бъдат включвани като потенциални работници с остатъчна работоспособност, което ги прави автоматично “негодни” за труд. Други изследвания върху общности живеещи в бедни и богати райони разкрива разликите в качеството на наличните ресурси и показва тяхния възможен ефект върху здравето. Така например, в зони с ниски доходи, хранителни магазини не предлагат избор на здравословна храна, откриват се места за хазартна дейност и места предлагащи алкохол, а зоните с места за отдих са рядкост (Ромеро, 2005; Moor & Roux, 2006 г.). Тези условия свиват потенциала за развитие на здравето на индивида, защото рисковете на средата не предлагат равен старт на грижа за здравето, както например среди с висока доходност, където има обособени места за отдих, спорт и здравословен начин на живот.

Коефициентите на регресия на тестваните в проучването модели с данни за хора с увреждания в Далас и Монтерей показаха различен интензитет сред демографските фактори. Безработицата сред хора с увреждане на възраст между 16-64 години се оказва силен предиктор на увреждания за Далас (коефициентът на

регресия на GWR е между 0.19-0.78), докато за Монтерей, най-силно повлияващи степента на увреждане се оказаха лошите условия за живеене (коэффициентът на регресия на GWR е между 2.08-6.47).

Образованието също показва силен регресионен ефект върху гео-социалното разположение на хората с увреждания в Монтерей (коэффициентен диапазон : 1.2-1.5), а за Далас по-неблагоприятна се оказва социалната и здравна позиции на жените с увреждане (коэффициент (жени): 0.25; сравнен с този при мъжете :коэффициент (мъже): 0,06), т.е. увреждането и сегрегацията на хората с увреждане е по-силно изразено сред жени и хора с ниско образование.

Настоящото проучване показва различни резултати по отношение на фактора "здравно осигуряване". Докато литературата посочва важността на здравното покритие за положителното здравно развитие на индивидите, резултатите от проучването в Далас и Монтерей показваха, че здравната осигуровка няма съществен ефект върху увреждането. Разбира се, тези резултати трябва да се вземат с особено внимание отчитайки и факта, че здравната информация измерена в двете държави отчита само наличието или отсъствието на осигуровка, а не измерва допълнително информация като достъпност на здравни услуги или качество на обгрижване, които имат пряк ефект върху здравето.

Интересен е изводът от дескриптивния анализ при който ясно се разграничиха различията в приоритетите на политиките и отношенията към хора с увреждания в Монтерей и Далас. Така например, в контекста на добре установени политики за хора с увреждания и ефективни информационни кампании, какъвто е контекста на Съединените щати, нивото на социалната осведоменост и разбиране на проблема е значително по-дълбоко. Две десетилетия след влизането в сила на закона за правата на хора с увреждания (ADA, 1990), САЩ може да се похвали с широка обществена подкрепа и редица политически и съдебни решения защитаващи правото за независим и достоен живот на много лица с увреждания (Davis, 2013 г.). Този публичен "натиск" върху проблема е довел до по-добро разбиране на нуждите, на условията, както и на защита правата на лицата с увреждания (Fleisher & Zames, 2001). Нещо повече, обществената ангажираност на проблема е отразена в редица подкрепящи и скринингови публични програми като

застраховката за социално осигуряване за хора с увреждания (SSDI), Допълнителна застраховка гарантираща сигурност на дохода (SSI), програмата за възнаграждения на ветерани (VR) и др. Мексико от друга страна, има по-кратъка история в законотворчеството на хора с увреждания и прилагане на политиката на защита на техните права. През 2006 г. в страната влиза в сила закона за хора с увреждания (Ley General de Personas con Discapacidad), докато през 2007 г. Мексиканското министерство на здравеопазването (Secretaria de Salud) стартира първите програми за хора с увреждания (Programa de Atención Específico: Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad, 2007 – 2012; Programa de Acción Específico: Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana, 2007 - 2012). Повишения обществен интерес и политическо осъзнаване на проблема на хората с увреждания е довело до 3,3% увеличение на разписа на хора с увреждания при преброяването през 2010г. Тенденцията все повече граждани да разбират какво е да си човек с увреждане и почитането на техните основни права е основна положителна страна и следствие на промоцията на темата, както и главна стъпка към разрешаване на проблемите на гражданите с увреждане.

## ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Бъдещите изследвания разглеждащи връзката и влиянието на социално-икономическата среда върху разпространението на уврежданията трябва да се справят с предизвикателствата на местното социално и културно развитие, както и да отчитат влиянието на наличните за средата ресурси. Няколко идеи ще хвърлят светлина в областите, които изискват внимание, участие и ангажираност на активисти, политици и изследователи на проблемите на хора с увреждания.

Един от най-съществените елементи на национални и международни политики на увреждането е участието на хората с увреждания в социални, икономически и културни дейности, които им предоставят възможност за подобряване на собственото им битие, както и възможност да упражняват своите права и да генерират ресурси, за да водят равен с останалите хора без увреждане независим живот (ADA, 1990; Бартън, 1993; Ley General de la discapacidad, 2006; СЗО, 2001). Последните тенденции в областта на статистиката на хора с увреждания показват увеличаване на броя на хората определили се с някакво увреждане (Census Bureau САЩ, 2000; INEGI, 2010). Това посвоему е един сериозен проблем на фона на съществващите бюджетни дефицити и намалено публично финансиране (Congress Budget Office, 2010). Това несъответствие между съществуващи нужди и ограничени бюджети налага планиране и разработване на алтернативни стратегии за развитие целящи подобряване на личното благосъстояние на гражданите, за да могат те от “тежест за социалната и здравни ситеми” да се превърнат в “принос” за бюджета на страната (Lombe, и др., 2010). Някои усилия, провеждани в тази насока са проекта за ресурсно натрупване и данъчно облекчаване -Asset Accumulation and Tax Policy Project (AATPP) прилаган в редица страни. Разработен през 2003 г., проектът, е насочен към подобряване на живота на младежи и възрастни с увреждания чрез участие в програми за финансово образование, включване в инициативи на общността за икономическо развитие; достъп до евтини финансови услуги чрез кредитни съюзи за развитие на общността, и т.н. (<http://www.wid.org/publications/asset-accumulation-and-tax-policy-project-aatpp>). Прилаган основно в среди на крайна бедност, програмите за генериране на ресурси могат да бъдат мощни инструменти за намаляване на отрицателното въздействие на социално-икономическите неравенства върху здравето (Latifee, 2003). Широко използвани в развиващите се страни модели (т.е. Африка и Азия) базирани на генериране на активи (ресурси) са увеличи покупателната способност на индивиди за лекатртва, храна, транспорт, образование и др., като по този



начин са спомогнали за снишаване на социалните бариери водещи до неблагоприятни здравни последици.

Бъдещите изследвания и интервенции на хора с увреждания трябва да отчитат съществуването на сегрегацията и социалната агломерация на хората с увреждания и негативният им ефект върху социалното им и здравно развитие. Ако приемем сегрегиранията група за малцинствена на фона на останалото множество, то тогава Community Based Participatory Research (CBPR) подход би бил най-доброто решение за адресиране на проблемите на хора с увреждания, защото позволява активното им включване в разрешаването на собствените им проблеми. CBPR включва участие на хората с увреждания и техните семейства и предлага включване на участниците в проектирането, анализа и представянето на изследването (Николаидис, и др., 2011) . CBPR може да се използва като инструмент за създаване на информираност, разбиране и двустранното опознаване и разбиране на проблема на увреждането – както за общността, така и за групата на хора с увреждане. Този тон на работа и комуникация на проблема на общността и на групите в нея ще помогне за подобряване на социалната динамика и работата в мрежа между облагодетелстваните и необлагодетелстваните групи от населението и би довело до създаването на общи планове за действие, насочени към смекчаване на неравенствата в обществото.

Бъдещи научни изследвания могат да насърчават международни и мултидисциплинарни сътрудничества в сравнителното изследване на увреждането чрез съвместни изследователски проекти и практики с цел подобряване на живота на хората с увреждания и техните семейства. Засилване на хоризонта на Световната програма за действие по отношение на хората с увреждания (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>) чрез мултидисциплинарни и многосекторни подходи би довело до включването на международни академични общности в общи изследователски проекти за социално-икономическо развитие и мултикултурен поглед върху проблемите

на хората с увреждания. Накрая, сравняването на проблема чрез различни географски и геостатистически методи за анализ на уврежданията ще даде възможност на научните изследвания за по-широко партньорство между изследователи и практики от различни академични области. По този начин, в контекста на по-голям план за съвместни научни изследвания, глобалните инициативи като Световната програма за действие по отношение на проблемите на хората с увреждания ще имат по-голямо въздействие и легитимност на правителствено и неправителствено ниво, както и по-широка база за общо действие с общи интереси.

Въпреки фундаменталните разлики в степента на социално развитие в Мексико и САЩ, увреждането еднакво резонира като тревожен символ на непостигната социална справедливост и социално включване. Това изследване показва, че хората с увреждания не са изолиран социален феномен, а дълбоко свързани и зависими от здравните, социални, териториални и културни измерения на средата. Отчитайки разнопосочните, а понякога и противоречиви тенденции на практики и политики на хора с увреждания в среди с различна степен на икономическо развитие, трябва да се има предвид, че рамката на увреждане на СЗО е необходимо да бъде отново разгледана и дискутирана, за да могат да бъдат зачетени общи фактори на средата, които се оказали важни и определящи за сходните социални поведения и политически решения в двете държави.

## ПОДБРАНА БИБЛИОГРАФИЈА

1. Adler, N., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
2. Mulligan, D. & Gooding, K. (2009) *The Millennium Development Goals and People with Disabilities: Policy briefing*. UK: Sightsavers International.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *CDC Health Disparities and Inequalities Report — United States, 2011*.MMWR, 60, (Suppl), 1–113. Atlanta: CDC.
4. *World Report on Disability* (2011). *The Lancet*, 337(9782), 1997.
5. Turner, M. A., Herbig, C., Kaye, D., Fenderson, J., & Levy, D.(2005). *Discrimination against Persons with Disabilities: Barriers at Every Step*. Washington D.C.: HUD User, Department of Housing and Urban Development.
6. Bureau of Labor Statistics.(2000). *Decennial Census of Population and Housing*. Retrieved from <http://www.census.gov/people/disability/methodology/decennial.html>
7. Gonzalez, B., Makowski, S., Rosas, A.S., & Manzini.F. (2008). *Discapacidad y pobreza en Nuevo Leon*. Nuevo Leon: Consejo de Desarrollo Social.
8. Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social [CONEVAL].(2009). *Informe 2009*.México: CONEVAL.
9. Mitra, S. Posarac, A., & Vick, B. (2011). *Disability and poverty in developing countries: A snapshot from the world health survey*. (Social Protection Discussion paper N. 1109). Washington D.C.: World Bank.
10. Lusting, D. & Strauser, D. (2007). *Causal relationship between poverty and disability*. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(4), 194-202.
11. Trani, J., & Loeb M. (2010). *Poverty and disability: A vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia*. *Journal of International Development*, 24, S19–S52.
12. Batavia, A. (2001). *The Financial Vulnerability of People with Disabilities: Assessing Poverty Risks*. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 28 (1),139-162.

13. Gannon, B. & Nolan, B. (2006). *The Dynamics of Disability and Social Inclusion in Ireland*. Dublin: The Equality Authority and the National Disability Authority.
14. Rosano, A., Mancini, F., & Solipaca, A. (2009). Poverty in people with disabilities: Indicators from the capability approach. *Social Indicators Research*, 94, 75-82.
15. Gaines, D. (2004). Geographical perspectives on disability: a socio-spatial analysis of the mentally disabled population in Russia. *Middle State Geographer*, 37, 80-89.
16. Hoffman, K., Webster, T.F., Weinberg, J.M., Aschengrau, A., Janulewicz, P.A., White, R.F., et.al,(2010). Spatial analysis of learning and developmental disorders in upper Cape Cod, Massachusetts using generalized additive models. *International Journal of Health Geografies*,9(7), doi:10.1186/1476-072X-9-7.
17. Lai, D. (2012). Spatial and temporal statistical analysis on the Chinese handicapped population. *International Journal on Disability and Human Development*,11(1):39–44.doi: 10.1515/ijdh.2012.007
18. Goli, A., Kermany, F.S., & Askarian, M. (2014). Spatial prevalence on intellectual disability and related socio-demographic factors in Iran, using GWR: Case study (2006). *International Journal on Preventive Medicine*, 5(3), 313-325.
19. Oliver, M. (1998). II. ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?. In L. Barton (Ed.). *Discapacidad y Sociedad* (pp.34-59). Madrid: Morata.
20. Reid-Cunningham, A. R., & Fleming, V. C. (2009). Theories of Disability: Findings From an Analysis of Textbooks on Human Behavior and the Social Environment. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(1):10-25. doi: 10.1080/10911350802616181.
21. Spatscheck, C., & Wolf- Ostermann, K. (2009). *Social Space Analysis and the Socio-Spatial Paradigm in Social Work*. Working paper serien 1. Lunds: Lunds University.

22. Leach, N. (2002). Belonging: towards a theory of identification with space. In J. Hillier and E. Rooksby (eds), *Habitus: A Sense of Place* (pp.297-315). Aldershot: Ashgate.
23. Francescutti, C. (2011). UN convention on the rights of persons with disability, eligibility criteria and the International Classification of Functioning Disability and Health. *BMC Public Health*, 11(Suppl 4):S1 doi:10.1186/1471-2458-11-S4-S1.
24. Gleeson, B. (2001). Disability and the Open City. *Urban Studies*,38 (2),251-265.
25. Imrie, R., & Thomas, H. (2008). The interrelationships between environment and disability. *Local Environment*, 13(6), 477-483. doi: 10.1080/13549830802259748.
26. Prüss-Üstün, A., Bonjour, S.& Corvalán, C. (2008). The impact of the environment on health by country: a meta-synthesis. *Environmental Health*, 7(7), doi:10.1186/1476-069X-7-7.
27. Stern, S., & Brault, M. (2005). Disability Data from the American Community Survey: A Brief Examination of the Effects of a Question Redesign in 2003. Retrieved from <http://www.census.gov/people/disability/methodology/acs.html>
28. Anselin L., Syabri I., & Kho Y. (2006). GeoDa: An Introduction to Spatial Data Analysis. *Geographical Anal*, 38:5–22. doi: 10.1111/j.0016-7363.2005.00671.x.
29. Anselin, L. (2005). Exploring Spatial Data with GeoDa: A Workbook. Retrieved from <http://geodacenter.asu.edu/system/files/geodaworkbook.pdf>.
30. Fotheringham, A. S., Brunson, C., & Charlton, M. E. (2002). *Geographically Weighted Regression: The Analysis of Spatially Varying Relationships*. Chichester: Wiley.
31. Comber, A.J., Brunson, C. & Radburn. R. (2011). A spatial analysis of variations in health access: Linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of Health Geographics*, 10(44), 1-12. doi: 10.1186/1476-072X-10-44.

32. Støver, M., Pape, K., Johnsen, R., Fleten, N., Sund, E.R., Claussen, B., et al.(2012). Unemployment and disability pension--an 18-year follow-up study of a 40-year-old population in a Norwegian county. *BMC Public Health*, 28;12:148
33. Romero, A. J (2005). Low-income neighborhood barriers and resources for adolescents' physical activity. *Journal of Adolescent Health*, 36, 253–259.
34. Moore, L., & Roux, A, (2006). Associations of neighborhood characteristics with the location and type of food stores. *American Journal of Public Health*, 96(2), 325- 331. doi:10.2105/AJPH.2004.058040
35. Manton K.G., & Stallard, E. Health and Disability Differences among Racial and Ethnic Groups. In L.G. Martin & B.J. Soldo (Eds). National Research Council (US) Committee on Population. *Racial and Ethnic Differences in the Health of Older Americans*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1997. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109844/>
36. Huang, F.Y., Chung, H., Kroenke, K. & Spitzer, R.L.(2006).Racial and Ethnic Differences in the Relationship between Depression Severity and Functional Status. *Psychiatric Services*, 57(4), 498–503.
37. McGlade, M., Saha, S., & Dahlstrom, M. (2004). The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2062-2065. doi:10.2105/AJPH.94.12.2062.
38. Moody-Ayers, S.Y., Mehta, K.M, Lindquist, K., Sands, L., & Covinsky, K.E. (2005).Black-white disparities in functional decline in older persons: the role of cognitive function. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(7), 933-939.
39. Blanchett, W. (2010). Telling it like it is: The role of race, class, & culture in perpetuation of learning disability as a privileged category for the white middle class. *Disability Studies Quarterly*, 30(2), 24-28.
40. Fuller-Thomson, E., Nuru-Jeter, A., Meredith, M. & Jack, M. (2009).Black-White Disparities in Disability among Older Americans: Further Untangling the Role of Race and Socioeconomic Status. *Journal of Aging and Health*. 2009 August; 21(5): 677–698.doi: 10.1177/0898264309338296

41. Alvarez de Vicencio, M.E. (2001). Realidad de la mujer mexicana y propuestas para mejorar su situación. In UNAM (Eds). Derechos humanos. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional III. (pp.127-151). Mexico: Mexico, D.F.

42. Americans With Disabilities Act of 1990, Pub. L. No. 101-336, 104 Stat. 328 (1990).

43. Job Accommodation Network [JAN].(2009). Workplace Accommodations: Low cost, High Impact. Retrieved from:  
<http://askjan.org/media/downloads/LowCostHighImpact.pdf>

44. Parker, G., Grebe, C, Hirst, M, Hendey, N., & Pascall, G. (2007). Double discrimination? Gender and disability in access to the labor market (European Social Fund Report No.ESF 2237 12.07). Retrieved from  
<http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/double.pdf>

45. Elwood, S. (2006). Critical Issues in Participatory GIS: Deconstructions, Reconstructions, and New Research Directions. Transactions in GIS, 10(5), 693-708. Doi:10.1111/j.1467-9671.2006.01023x.

46. U.S. Census Bureau. (2000). Census Population and Housing. Retrieved from <http://www.census.gov/data/2000>

47. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI].(2013) Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. INEGI:Aguascalientes.

48. Consejo Nacional de Población. (2010). Índice de Marginación Urbana 2010. Mexico: Conapo.

49. Oliver, Sapey 2006: Oliver, M., Sapey, B. Social Work with Disabled People. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006.

## ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

1. **Nikolova, S.**, Small, E. & Campillo, C. (R&R). Geo-spatial and health disparities among persons with disabilities living in Monterey Nuevo Leon and Dallas, Texas. *Journal of Disability and Health*. 8 (3): 434-42. DOI: 10.1016/j.dhjo.2015.03.004
2. **Nikolova, S.**, Casiano, A. & Fericelli, P. (2012). Aging with Disabilities in Puerto Rico. *Horizontes*,106-107:35-40.
3. **Nikolova, S.** (2015). Lo Político y lo Social en el Programa de Acción Específico 2012: Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad: Una Reflexión Preliminar. In O., Martinez, & C., Campillo, (Eds.), *La política social en Mexico. Acciones y Reflexiones*. Mexico: UANL & UIA (in press).

## УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

- Nikolova, S.** (2015, January 17<sup>th</sup> ). "Geography of Disability. An Analysis Based on the Socioeconomic Levels of Two Metropolitan Areas Dallas, Texas and Monterrey Nuevo Leon. Poster presented at the 2015 SSWR Annual Conference in New Orleans, LA.
- Nikolova, S.** (2013, April 25<sup>th</sup> -26<sup>th</sup> ). *Geographical Disparity in Disability*. Poster presented at the Health Disparities Research at the Intersection of Race, Ethnicity, and Disability: A National Conference, Washington, D.C.
- Nikolova, S.** (2011, July 8<sup>th</sup> ). *The Given Relationship between Disability and Urban*



*poverty: an Experience from Monterrey city, Mexico.* Paper presented at the 1st Annual International Conference Disability and the Majority World: Towards a Global Disability Studies, Manchester, UK (Oral Presentation).

Casiano, A., **Nikolova, S.**, & Fericelli, P. J. (2011, September 1<sup>st</sup>). *Aging with Disabilities in Puerto Rico.* Presented at the 7<sup>th</sup> Annual International Conference: Sectoral Social Policies, Monterrey, Nuevo León, Mexico (Oral Presentation).