

# **Martha Lucia Garcia - Terry Mizrahi - Yossi Korazim-Kőrösy: A közösségi részvétel komplexitása: szakmai szempontok a közösség meghatározására és bevonására <sup>1</sup>**

## **Absztrakt**

Ez a tanulmány hat szakma – szociális munkások, jogászok, ápolók, orvosok, pszichológusok és népegészségügyi szakemberek – szempontjait hasonlítja össze egy prototipikus alacsony jövedelmű városi közösség egészségügyi és szociális körülményeinek javítása kapcsán. Azt vizsgálja, hogy miképpen határozza meg és kíséri figyelemmel a kutató csoport azt a folyamatot, amely a „közösség” részvételével keres megoldásokat az ebben a hipotetikus környezetben felmerülő problémákra, még úgy is, hogy e kérdés előzetesen nem szerepelt a kutatási tervekben.

Az adatokból kirajzolódott a kutatók által kifejlesztett 5 komponensű – *ki, miért, mikor, milyen módon és milyen szinten* (angolul *who, why, when, ways and what level*) – a W elnevezésű, úgynevezett “egyéni részvételi keret”. A közösség típusa, szintje és jelentésének összetettsége és sokrétősége miatt kritikus kérdések felvetésére került sor a szakmák - közösség kapcsolatairól és a közösségfejlesztő szakemberek szerepéről. Végül is a közösségi részvételt bonyolult és transzformatív jellemzőkkel határozták meg. A közösségi szakembereknek az egyéni részvétel öt W-keretére irányuló figyelme a szakemberek és a közösség közötti pozitív együttműködés maximalizálását eredményezheti.

**Kulcsszavak:** közösség fejlesztés, közösségi részvétel, nyilvánosság, lakossági részvétel; együttműködés; közösségi gyakorlat, civil részvétel

## **Abstract**

This paper compares the perspectives of six professions -social workers, lawyers, nurses, physicians, psychologists, and public health professionals- on ways to improve the health and social conditions of a prototypical low-income urban community. It examines how the cohort defined and deliberated on the process of involving “the community” in addressing issues facing a hypothetical neighborhood, even when the question was not part of the research guidelines. A framework for constituency participation emerged from the data and was further developed to include 5 components: “who, why, when, ways and what level.” The type, level, and meaning of community was complex and multi-faceted, raising critical questions about professional-community relationships and the role of community development practitioners. Ultimately, community participation was identified as both difficult and transformative at the same time. Attention by community practitioners to the “five Ws framework for constituency participation” may maximize positive outcomes for collaboration between professionals and community.

---

<sup>1</sup> A tanulmány eredeti megjelenési helye: Community Development c. folyóirat, 2022 01.05.

**Keywords:** community development; community participation; public participation; resident participation; collaboration; community practice; citizen participation

## Bevezetés

Valamennyi közösségfejlesztéssel foglalkozó szakember, haladó gondolkodású tervező, politikai döntéshozó, szolgáltató és adminisztrátor már az 1960-as évektől, sőt még korábban is, az egyén (állampolgár) közösség iránti elkötelezettségének valamilyen formáját szorgalmazták (Burns, 1990; Cornwall, 2008). Történelmileg a közösségi ellenőrzés és önrendelkezés érdekében növekvő társadalmi mozgalmak részeként az 1960-as és 70-es években komolyan felmerült az érintettek bevonásának szükségessége. Ez nagyrészt válasz volt a társadalomban egyre növekvő „professzionizmus” dominanciájára, ami egyébként együtt járt a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek és kirekesztés által leginkább érintett emberek problémáival (az Egyesült Államok társadalmáról van szó – a szerkesztő megjegyzése) (Freidson, 2004; Evetts, 2003). A szakmai szervezetek számának és erejének növekedésével viszont egyre több kritika is érte a professzionizmus képviselőit. Elitistának, önvédőnek bélyegezték őket, és azzal is vádolták meg őket, hogy a szolgáltató szektor és tágabb értelemben a civil társadalom túlzott ellenőrzése alatt állnak (Ehrenreich és Ehrenreich, 1974). Ezért a kormány és a szolgáltató szektor olyan szakpolitikákat és programokat kezdeményezett, amelyek megnyitják a társadalmi tervezési és fejlesztési folyamatokat, hogy bevonják az embereket az őket érintő kérdésekről szóló döntéshozatali folyamatokba (Chilaka, 2015; Cornwall, 2008; Melish, 2010). Az embereket különböző szerepeik szerint lehet bevonni: mint egy földrajzi terület lakóit, mint egy érdekcsoport (közösség) tagjait, mint a köz-, vagy a tág értelemben vett társadalom tagjait (polgárok), és/vagy mint szolgáltatások igénybevevőit vagy fogyasztóit (ügyfelek/kliensek).

Mindazonáltal a közösség részvétele, szerepvállalása és integrációs erőfeszítései nem voltak olyan sikeresek vagy széles körben elterjedtek, mint azt eredetileg előrevetítették. Bár a fogyatékkal élő személyek oktatásáról szóló törvény 20-35 éve van hatályban, de ezek a közösségek is csak ritkán képviseltetik magukat a döntéshozatali folyamatokban és helyszíneken (UCEDD, No Date). A közösség egészségének fenntartására rendszerszintű egészségfejlesztési megközelítésre van szükség, mivel a jelenlegi kezdeményezésekből hiányoznak a nem orvos szakemberek és az orvosi csoportok egymással való integrálása (CURANDI, 2021). A jelenlegi világjárvány újra felszínre hozta a közösségalapú preventív erőfeszítések szükségességét, amelyek előtérbe helyezik a rendszerszintű elkötelezettséget és a közösség tagjaival való kommunikációt (WHO, UNICEF, 2020). Mindkettő szükséges a népegészségügyi erőfeszítések betartásának és elfogadásának maximalizálásához (WHO, UNICEF, 2020).

Ezzel párhuzamosan sokan támogatják a multidiszciplináris együttműködést, hogy szélesebb körű és különféle szakmai csoportokat vonjanak be a társadalom egyre összetettebb egészségügyi és szociális problémáinak megoldásába. (Xyrichis & Lowton, 2008; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Perrada-Videla, 2005).

Szükség van tehát az interdiszciplináris együttműködésekre, mivel a különböző megközelítési módok hozzájárulnak a problémák holisztikus megoldásához (Garcia, 2016). Míg a szakmai szervezetek szerkezete és kultúrája gátja volt a közösségi együttműködésnek, a jelenlegi tendencia az, hogy ezek a folyamatok a szakmák és szervezetek szélesebb körei előtt megnyíljanak (Choi, 2008; Luluquisen és Pettis, 2014). Ez mind a hagyományosan magas státuszú szakmák (Cooke, Irby és O'Brien, 2010; Sullivan, Colby, Wegner, Bond és Shulman, 2007), mind pedig a nemzeti és nemzetközi szervezetek esetében látható (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; Jakubowski és Perron, 2018). Ez a bővülés a jelen tanulmányban szereplő szakmák etikai kódexeiben is megmutatkozik (APA magatartási kódex, 2017; APHA, 2015; AMA Code of Medical Ethics, 2015, I, VII; NASW 2018; ANA etikai kódex ápolóknak, 2019-Chapter; ABA szakmai magatartási mintaszabályzat, 2019).

A többnyire széttartó szakirodalom; vagyis az egyéni részvétellel (CP) és a szakmaközi együttműködéssel (IPC) foglalkozó tanulmányok általában figyelmen kívül hagyják a másik területét. Valójában a CP-tanulmányok gyakran kritizálják az IPC-tanulmányokat amiatt, hogy kizárják a „megélt tapasztalattal” rendelkezők látásmódját és hangját (Chilaka, 2015; Franklin, Bernhardt, Lopez, Long-Midletton és Davis, 2015; Garcia, Mizrahi és Bayne-Smith, 2010). A alábbiakban szereplő adatok alátámasztják a két terület együttműködésének, sőt akár integrálásának szükségességét is.

A továbbiakban bemutatásra kerül, hogy miképpen indult el kutatás eredményeihez vezető munka, és ebben a hat érintett szakma képviselőinek részvétele, továbbá a strukturált párbeszéd sorozatából kiemelhető eredmények, amelyekből „egy egyéni részvételi keret” került meghatározásra. Bemutatásra kerül a CP népszerűsítésében résztvevő közösségfejlesztési szakemberek számára készült elemzés és ennek következményei.

A közösség, a kliens és/vagy állampolgár és résztvevők kifejezéseket gyakran egymás szinonimájaként használja a szakirodalom. E tanulmány az angol nyelvű „constituent” kifejezést használja, mint az emberek társadalomban betöltött szerepének általános fogalmát, amely magában foglalja a közösséget, a klienst és/vagy az állampolgárt, valamint viselkedésük vagy tevékenységük alapján magát a „részvételt” is.<sup>2</sup>

## Háttér

A szerzőket, tudósokat és aktivistákat, eredetileg az interdiszciplináris tanulmányok elmélete és gyakorlata iránti kölcsönös érdeklődésük hozta össze azzal a céllal, hogy együttműködésükkel hozzájáruljanak a marginalizált és sérülékeny/kiszolgáltatott lakosság körülményeinek javításán dolgozó szakemberek tudásának és képességeinek/készségeinek bővítéséhez. A szerzők akadémikusok és közösségi szakemberek csoportjait hívták össze a témában szervezett megbeszélésekre, amelyeken elméleti és a terep nézőpontjából egyaránt megközelítették a

---

<sup>2</sup> A magyar fordítás az *egyén* kifejezést használja.

problémát (Bayne-Smith, Mizrahi, Garcia, 2008; Garcia, Mizrahi és Bayne-Smith, 2010). E tanulmány csak az egész munka harmadik szakaszának adatait mutatja be, amelyben az került feltárásra, hogy miképpen működnek együtt a különböző szakmák strukturált párbeszéd keretei között egy szimulált, hipotetikus közösségi forgatókönyv segítségével (lásd 1. függelék) (Bayne-Smith, Mizrahi, Korazim-Kőrösy és Garcia, 2014; Garcia, 2016). Szociális munkások, jogászok, ápolók, orvosok, pszichológusok és népegészségügyi szakemberek egy kiválasztott csoportja vett részt a kutatásban, mert mindezek fontos szerepet töltenek be az egészségügyi és humán szolgáltatások területén. Annak feltárása során, hogy e szakmák miképpen vettek részt szimulált közösségi profil segítségével egy problémamegoldó folyamatban, a szerzők azt találták, hogy a "közösség" kifejezés vegyes és néha ellentmondásos értelmezései és jelentései feszültségekhez vagy patthelyzetekhez vezettek a súlyos társadalmi problémák kezelésében, még a közös értékeket valló és közös célért dolgozó szakemberek körében is. Ezen kívül a csoportok munkáját néha leállították azzal, hogy foglalkozzanak inkább a közösségi részvétel kérdésével, és határozzák meg, mit jelent voltaképp a közösség. Ez nem volt szempont az eredeti ICC tanulmányban.

### **A hat szakma képviselőinek elkötelezettségével kapcsolatos etikai normák**

A szerzők áttekintették a hat szakma etikai kódexét és sztenderdjeit, megállapították, hogy a különböző szakmák más-más kifejezéseket használnak a bevonandó egyénekre, mint pl. ügyfelek, betegek, közösség, állampolgár, nyilvánosság és/vagy érintett felhasználók. Ugyanakkor ezek a dokumentumok közismerten elősegítik a más szakmákkal és tudományágakkal való együttműködést is (Braunack-Meyer és Louise, 2008; Jones, 2004; Pelligino, 2006). (Lásd még: Korazim-Korösy et al., 2014 A hat szakma etikai kódexében szereplő egyének jogainak és védelmének részletesebb leírását).

Ezek a széles körű formális megnevezések válaszként is felfoghatók a szakmai elitizmus általános kritikájára, valamint alapvető filozófiájuk és értékrendjük fejlődését is szolgálhatták a nyilvánosság érdekében és az egyének védelmében. Széles tartományt ölelnek fel, kezdve attól a felismeréstől, hogy a szolgáltatást igénybe vevők hangja kritikus fontosságú a szolgáltatás folyamatában, egészen azokig az erőteljesebb megfogalmazásokig, amelyek szerint ezeket az embereket érdemben be kell vonni a döntésekbe. Egyes esetekben e dokumentumok bizonyos jogokkal, kötelezettségekkel és felhatalmazásokkal ruházzák fel az egyéneket. A nyugati demokráciákban ezek a manifesztumok gyakran együtt járnak a társadalmi igazságosság, a befogadás és az egyenlőség demokratikus elveivel. (Angones, 2007; Blue, Rosol & Fast, 2019; Jones, 2004; Zanbar, 2018).

## **Módszertan**

### ***A tanulmány tervezése és résztvevői***

Az egészségügyi és szociális közösségekben együttműködve dolgozó szakemberek szakmai háttérük és szakértelmük okán kapták a felkérést. Azért e szakmákra esett a választás, mert az interprofesszionális humán szolgáltatások iránti elkötelezettségre és a közösségépítő törekvésekre leggyakrabban erre a hatra utal a szakirodalom: a szociális munka (Vungkhanching & Tonsing, 2016); az orvostudomány (Gruen, Pearson és Brennan, 2004); a pszichológia (Maton, Perkins és Saegert, 2006.); a jog (Jones, 2004); az ápolástan (Mccallin, 2001); és a népegészségügy (McQueen, McLellan, Metzger, Kegeles et al., 2011). A hat szakma résztvevői hólabda-mintavétellel és reputációs módszerrel kerültek be a kutatásba. Az első kiválasztottak a vezető kutatók ismerősi körében és kapcsolataiban megtalálható szakemberek voltak. A kiválasztási folyamat során mind a hat tudományág legalább 10-10 képviselőjének kellett bekerülnie a mintába. Végül, az utolsó pillanatban történt lemondások miatt 50 szakembert sikerült bevonni a munkába. A résztvevők csoportjába 11 férfi és 39 nő került be (22%, illetve 78%). Az etnikai megoszlás a következő volt: 33 kaukázusi (66%) és 17 színes bőrű (34%), [2 ázsiai, 9 afroamerikai és 6 dél-amerikai]. A résztvevők átlagosan 15 éves (10-40 év) interdiszciplináris közösségi együttműködési (ICC) tapasztalattal rendelkeztek. A minta azok felé torzult, akik a saját szakmájukban tanárként vagy vezetőként szereztek tapasztalatot, és pályafutásuk során különböző interdiszciplináris projektekből is aktívak voltak. Válaszaik lehetővé tették a kutatók számára, hogy a meglévő legjobb gyakorlataikra mutassanak be példákat.

### ***A folyamat***

Miután a résztvevők találkoztak saját (homogén szakmai csoportokban) szakmájuk képviselőivel, szakmaközi csoportokba rendeződtek át. Az így létrejött csoportoknak ugyanazon forgatókönyv mentén, ugyanazokra a kérdésekre kellett válaszolniuk azért, hogy a maga folyamat és az eredmények összehasonlíthatóak legyenek. A hat szakma résztvevői két külön csoportban, két különböző napon találkoztak. Egy óra alatt öt feladatot kellett megoldaniuk: 1) Azonosítsanak egy magas prioritású közösségi problémát; 2) Határozzanak meg célokat a kiválasztott probléma kezelésére; 3) Dolgozzanak ki stratégiát és/vagy programot a probléma megoldására; 4) Határozzák meg és mérjék a sikert; 5) Azonosítsanak más szakmákat és/vagy szervezeteket, amelyeket be kell vonni a kitűzött cél(ok) elérése érdekében. Ez a tanulmány csak a homogén csoportok által kidolgozott feladatokkal foglalkozik az ezekben a csoportokban előre nem várt módon megjelenő válaszok sokfélesége és intenzitása miatt (lásd. 1. függelék).

### ***Adatelemzés***

Mindegyik csoportot egy kívülálló figyelt meg, akinek feladata a csoportmunka dokumentálása volt. A közös munkáról a résztvevők engedélyével hangfelvétel is készült. A tartalomelemzés az elhangzottak átírása és szisztematikus kódolása után történt meg (Patton, 2002). Az átíratok többszöri átolvasása során a kialakuló minták azonosításra kerültek, így kialakult egy, a kategóriák, a tulajdonságok és a fogalmak azonosításán alapuló kódolási séma. Ezt helyezték

ezután vissza az adatkészletbe. A kutatócsoport két tagja áttekintette és kategorizálta a válaszokat, egy harmadik pedig ezeket a saját értelmezésére fordította le, valamint a ritkán előforduló eltéréseket oldotta fel (Boeijie, 2009). A főbb kódokra adott válaszok gyakorisága azért került összegyűjtésre, hogy meg lehessen vizsgálni az egyes szakmai csoportok közötti és azokon belüli hasonlóságokat és különbségeket. Az átiratok további elemzésére az Atlas TI segítségével került sor. Ezt az adatelemzési módszertant részletesebben Riccardi, Mizrahi, Garcia, Korazim-Körösy és Blumsack, 2017 ismerteti.

Az adatok kódolásából kiderült, hogy a közösségi témák az egyének, vagy állampolgárok dimenzióinak és komplexitásának prototípusaként álltak össze, bár a résztvevők a „közösségi részvétel” kifejezést használták. Ezért alkották meg tehát a kutatók az „Egyének részvételének keretét” („Framework for Constituent Participation”), amely öt komponensből áll (az öt „W”: „*ki, miért, milyen módon, mikor, milyen szinten*” (angolul: “*who, why, ways, when, what level*”) (lásd. 2. függelék). A keret komponenseit az átiratok szisztematikus átvizsgálása után a párbeszédre alkalmazták. Az alábbiakban bemutatott megállapítások a konkrét „W” komponensekkel, vagy olyan komponensekkel tartalmaznak kiemeléseket az egyes szakmai csoportok párbeszédéből, amelyek az elhangzott mondatok után zárójelben szerepelnek. Ezek valós időben illusztrálják, hogy milyen módon került megvitatásra a CP ezen összetett koncepciója. Az egyes szakmák két különböző csoportjának adatait egyesítették, kivéve, ha bizonyos csoporton belüli különbséget érdemes volt kiemelni.

### ***Egyének részvételének kerete***

“*Ki?*”: először is, hogy kinek kell részt vennie a közösségben, vagyis annak meghatározása, hogy kiket kell bevonni; másodsor a „*miért*”, vagyis az indoklás, hogy miért kell bevonni ezeket az egyéneket; a harmadszor a „*milyen módon*”, vagyis azok a módszerek és stratégiák, amelyekkel bevonhatók ezek az egyének; negyedszer, „*milyen szinten*”, vagyis mennyi hatalmat kapnak, vagy vesznek át a résztvevő egyének; ötödször pedig a „*mikor*”, az egyéni részvétel időzítése; vagyis, hogy mi az a pont, amikor az egyén bekerül a folyamatba.

*Ki is a közösség?* Azok számára, akik hatékonyan szeretnék mozgósítani és bevonni egyéneket és csoportokat, szükségük van a közösség egy közös és elfogadott definíciójára (MacQueen, McLellan, Metzger, Kegeles, Strauss, Scontti, Blanchard és Trotter, 2001). A közösség nem monolitikusan egységes. Ha a definíció homályos marad, akkor azok, akik kimaradtak a meghatározásból, megkérdőjelezhetik a folyamat és az eredmény legitimitását (Mathie & Cunningham, 2003). A közösség számos definíciója létezik: egyrészt olyan különböző tulajdonságokkal rendelkező emberek csoportja, akiket társadalmi kötelékek kötnek össze, közös nézeteik vannak, és adott földrajzi területeken, vagy helyszíneken közös cselekvésben vesznek részt (McQueen et al. 2001). Az olyan kifejezéseket, mint az állampolgár, a kliens és a közösség gyakran egymás szinonimájaként használják, vagy konkrét jelentéstartammal ruházzák fel (Callahan, 2007; Carlyle és mtsai, 2018). Az állampolgár lehet a „nyilvánosság” szinonimája, mivel ez magában hordozza azt a folyamatot, amely lehetővé teszi a laikusok számára, hogy demokratikus, vagy állampolgári felelősségük részeként befolyásolják a nyilvános döntéseket. A gyakorló szakembereknek arra kell összpontosítaniuk, hogy az általuk meghatározott közösség

mely csoportjai alkalmasabbak arra, hogy részt vegyenek olyan civil kezdeményezésekben, amelyekhez bátorításra, ösztönzésre és erőforrásokra van szükségük hangjuk hallatására és jövőképük bemutatására (Kudva és Driskell, 2009; McCabe, 2013).

*Miért?* Az egyéni részvételre (CP) legalább három indok van: filozófiai, pragmatikus és politikai (Mizrahi, Humphries-Lopez és Torres, 2009). A filozófiai azt jelenti, hogy a működő demokráciákban reprezentatív egyének bevonására kerül sor (Garcia, 2013; Shaffer, 2019); A pragmatikus okok a lényeges problémák megalapozottabb megértéséhez, a szolgáltatások kihasználtságának javításához, az erőforrások és programok hatékonyságának és eredményességének növeléséhez, valamint ahhoz vezetnek, hogy az adott megoldási tervek valószínűleg meg is fognak valósulni; A politikai elköteleződés a döntéshozatali folyamatokban részt vevő egyének hatalmának növekedését jelenti (Luluquisen és Pettis, 2014).

*Milyen módon?* Számtalan cikk és tanulmány foglalkozott már a CP-módszerek széles skálájával (Burghardt, 2013; Rowe, 2000). Ezek közé tartoznak a nyilvános meghallgatások, a fókuszcsoportok, az állampolgárokból álló felülvizsgálati testületek és munkacsoportok. A kormányzati szervek megkövetelik, hogy a szolgáltatást igénybe vevők adott százaléka vegyen vegyen a döntéshozó testületekben és bizottságokban (Mizrahi, Humphries és Torres, 2009). Számos módszer létezik, például szükséglet- és eszközfelmérések, közvélemény-kutatások, petíciók és gyűlések – az egyének bevonásához legmegfelelőbb eszközök meghatározására.

*Milyen szinten?* Arnstein (1969) klasszikus tanulmánya az állampolgári részvétel “létrájáról” mintaként szolgál a döntéshozatalban való részvétel mértékének és súlyának vizsgálatához. A létra fokai a képviselőlet legalacsonyabb szintjétől a legmagasabb szintű partnerségig és állampolgári kontrollig terjednek. Arnstein modellje idővel a CP szintjeit és intenzitását értékelő kutatás részeként tovább fejlődött (Blue, Rosol & Fast, 2019; Rosen & Painter, 2019; Ruesga és Knight, 2013). A strukturált részvétel formális szintjének meghatározása szükséges, de nem elegendő a CP mértékének és minőségének meghatározásához. A tanácsadói folyamatban résztvevők például akkor is kiterjeszthetik befolyásukat, ha nem rendelkeznek jó szervező- és vezetői képességekkel (Mizrahi, 2015).

*Mikor?* Mikor kell egy adott egyént bevonni a folyamatba? A kezdetektől fogva, végig a végrehajtási és az értékelési szakaszon keresztül? A CP a probléma kezdeti szakaszban történő azonosítására, vagy éppen fordítva, csak az eredmények értékelésének végső fázisára korlátozódik? Az inkluzívabb modellekben az egyének egyaránt jelentős szerepet kaphatnak a tervezési, végrehajtási és értékelési folyamatokban (Netting, O’Conner és Fauri, 2008). Az átgondolt és proaktív mérlegelés a részvétel időpontjának meghatározásához elengedhetetlen lépés, mivel a legtöbb folyamat a hatékony működés érdekében a résztvevőktől időt, elkötelezettséget és hozzáértést igényel.

### ***A keretrendszer alkalmazása***

A keretrendszer induktív módon alakult ki, majd a formai strukturálás után az adatokra alkalmazták, hogy majd elemezze az adott kifejezések típusát és minőségét, valamint azt, hogy a 12 szakmacsoport milyen gyakorisággal hivatkozott egy vagy több „W” komponensre. A kutatók

egyetlen tipológiában vagy sémában sem találták meg egyidejűleg mind az öt “W”-t. A szakértői csoportokon belüli és a csoportok tagjai közötti hasonlóságok és különbségek a CP tekintetében kerültek megbeszélésre.

## Eredmények

### *Az egyéni részvétel gyakorisága*

A közösséggel kapcsolatos kódok 84 alkalommal jelentek meg a homogén csoportokban. A „közösség” valamilyen aspektusának meghatározásában a szociális munka jelent meg a legmagasabb arányban (27%), ezt követte a népegészségügy (21%) és az ápolástan (24%); majd az orvosok (11%), a pszichológusok (10%) és az ügyvédek (7%) következtek. E dinamikák intenzitásának és variációinak érzékeltetése érdekében a hat szakma mindegyikéből a kiemelt információk kerülnek bemutatásra. A CP keretrendszer öt összetevője közül egy, vagy több zárójelben van feltüntetve a mondat vagy az érzelem kifejezése után. Az idézetekben szereplő mondatok vagy kifejezések a résztvevők szavainak megváltoztatása nélkül kerültek be a tanulmányba.

*Szociális munka.* Beszélgetésük elején a szociális munkások felvetették a közösség szerepének kérdését. Az egyik legelső kérdés: „*Kit kellene bevonni?*” volt. Többen azonnal rámutattak, hogy a közösség, illetve a szűken értelmezett közösség hiányzott a forgatókönyvben szereplő felsorolásból. Egy következő kérdés a „*Ki nincs az asztalnál?*” volt. Pontosabban, a közösség tagjait az egyik fontos csoportként azonosították, akik számára prioritást kell biztosítani a szolgáltatók és egyéb érintettek hosszabb listáján („*kik*”). A közösség csoportjai között („*ki*”) a bevándorlókat és az egyedülálló szülőket kifejezetten fontosnak tartották az inklúziót illetően. Több résztvevő is felismerte a közösség tagjaiban rejlő erőt és részvételük szükségességét az életükkel és a környezetük körülményeivel kapcsolatos szakértelmük miatt („*miért*”). Egyetértettek abban, hogy a forgatókönyvben azonosított bevándorlók nem csupán problémát jelentenek, hanem inkább úgy kell tekinteni rájuk, mint akik hozott készségeikkel és értékeikkel potenciálisan tudnak hozzájárulni a közösség értékeihez („*miért*”). Megvitatták a demokratikus intézmények fontosságát, amelyek az állampolgári részvétel útján elősegítik a szavazási hajlandóságot és az állampolgárság előmozdítását („*miért*”). Volt olyan is, aki konkrétan a “Részvételen alapuló cselekvési kutatást” (PAR) az inklúzió stratégiájaként („*milyen módon*”) azonosította. Idejük nagy részében az egyének bevonásának folyamatát elemezték, ezen belül is azt, hogy „*mikor*” kell őket bevonni. Nagy hangsúlyt fektettek arra, hogy a közösség tagjainak hozzájárulása ne csak szimbolikus legyen, hanem igazi értékekkel bírjon („*milyen szinten*”).

A szociális munkások feltártak néhány kulcsfontosságú különbséget is közöttük, ahogy a szakemberek, és ahogy a „közösség” értelmezi az együttműködést. Egyesek szerint a feszültségek azért keletkeztek, mert a szakemberek csoportja úgy általánosságban nem akar időt fordítani a kapcsolatfelvételre és az elköteleződésre, míg a „közösség” szerint az igazi, értékes elköteleződés több részvételt és több időt igényel („*mikor*”). Annak érdekében, hogy megindokolják, miért kell tapasztalt szakembereknek részt venni e folyamatban, néhányan saját, egészségügygel és más



rendszerrel kapcsolatos szakértelmükre hivatkoztak. Ellentétek merültek fel aközött, hogy szaktudásukat az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésére és finanszírozására használják fel (ez volt a felkínált kiemelt megoldás), vagy hogy a valódi közösségi részvétel érdekében először egy folyamatot és egy struktúrát kell-e létrehozni („*milyen módon*”, „*mikor*”). A résztvevők vonakodtak attól, hogy a közösség elérése nélkül keressenek megoldásokat. Szó volt a közösség tagjai és más intézményi szereplők közötti belső hatalmi egyenlőtlenségről. A résztvevők elismerték, hogy a közösségfejlesztésben továbbra is fennáll a szakma/közösség megosztottsága („*mi*”, „*milyen módon*”).

*Ápolástan.* Az ápolók hangsúlyozták a közösség („*ki*”) bevonásának szükségességét, bár ezt ez olyan continuum mentén képzelték el, amely a közösség felmérésével kezdődik, és egészen addig tart, hogy a közösség döntse el, melyek a legfontosabb kérdések, és hogyan kell kezelni azokat („*milyen szinten*”, „*milyen módon*”). Az ápolók a forgatókönyvben felsoroltakon kívül más szervezett csoportokat és szakmákat is megneveztek („*ki*”). Megbeszéltek az összes általuk azonosított csoporttal való „együtműködés” és „koalíció” kialakításának mikéntjét („*milyen módon*”). Mások a közösség tagjai által közvetlenül („*milyen szinten*”) történő döntéshozatal fontosságára mutattak rá, és a közösség tagjaival („*kik*”) való együtműködésre összpontosították a figyelmet azért, „*hogy először a problémákat és a stratégiákat azonosítsák*” („*mikor*”), egyelőre még a megoldások közvetlen meghatározása nélkül. Ugyanakkor voltak, akik hangsúlyozták, hogy „*a közösség feladata saját legmagasabb prioritásainak meghatározása*” („*milyen szinten*”). Némi nézeteltérés alakult ki azzal kapcsolatban, hogy mennyire kell, vagy lehet a közösség tagjaira támaszkodni a megoldások meghozatalában, egy ápoló óvatosan jegyezte meg: „*Néha a közösség nem igazán ismeri a problémákat, vagy nem rendelkezik a szükséges eszközökkel a prioritást jelentő kérdésekben való döntés meghozatalához*” („*milyen szinten*”). Ő volt az, aki az egyértelmű célok fontosságát emelte ki: „*Konkrétabban kellene megfogalmazni a céljainkat. Nekünk, ápolóknak kell meghatároznunk, mi a siker*” („*kik*”).

Véleménykülönbségek mutatkoztak abban, hogy az ápolóknak mennyire kell felhasználniuk szakértelmüket a közösségi problémamegoldásba való beavatkozás során. „*A közösségre akarjuk-e hagyni annak eldöntését, hogy mire akarnak koncentrálni, és hogy már az elején hogyan határozzák meg a sikerüket? Hogy akarjuk mi definiálni?*” („*mikor*”, „*mi*”). Egy másik ápolónak a következő kétségei voltak: „*Olyan stratégiánknak kellene lenni, amely szerint halljuk meg a közösség problémáit, viszont mi vagyunk azok, akik ismerjük a bizonyítékon alapuló, hatékony programokat*” („*milyen szinten*”). Az egyik ápoló ismét rákérdezett: „*Milyen egészségügyi problémák vannak a közösségben? Erre nekünk kell válaszolnunk.*” Egy másik azt válaszolta: „*Együtt kell dolgoznunk a közösséggel, hogy megkapjuk ezt a választ*” („*milyen szinten*”).

A második csoport sokkal inkább a módszerekre összpontosított. Egy ápoló szerint különféleképpen lehet információt gyűjteni a közösség tagjaitól, a kulcsfontosságú informátoroktól és a már működő közösségi szervezetektől („*milyen módon*”). Úgy gondolták, az ápolók képzésében megjelenő “Részvételen alapuló cselekvési kutatásnak” (PAR) a terv részévé kell válnia („*milyen módon*”). Ez a csoport a folyamatra összpontosított, de nem jutott megállapodásra a megoldások tekintetében.

*Népegészségügy.* A népegészségügyi dolgozók csoportjai már a döntés előtt nagy figyelmet fordítottak a közösségi inklúzió témájára és a „közösséggel” való együttműködés szükségességére („*mikor*”, „*milyen szinten*”). Különbőféle, közösséggel kapcsolatos kifejezéseket említettek, mint pl. azt, milyen fontos megérteni a „közösség erősségeit” („*miért*”). Megvitatták, miképpen lehet elérni a közösség tagjait úgy, hogy „azonosítsák és bevonják a közösség vezetőit az együttműködésbe” („*ki*”, „*milyen módon*”). Voltak, akik szerint a problémát nem biztos, hogy egyformán definiálják a szakemberek és a „közösség” tagjai. Sok vita folyt arról, hogy meg kell találni a kölcsönös érdeklődésre számot tartó területeket a szakemberek és a „közösség” között. Az egyik vélemény az volt, hogy „*néha van kapcsolat a probléma közösségi megítélése és az intézményi adatok között, viszont néha nincs*”. A résztvevők közül legalább ketten határozottan úgy érezték, hogy a problémákat és azok megoldását a közösségnek kell meghatároznia, miközben partnerség felé kell elmozdulni („*milyen szinten*”).

Néhányan szorgalmazták, hogy az időseket és a közösség vallásos tagjait is vonják be a folyamatba („*kik*”). Mások valahol középen helyezkedtek el, hangsúlyozták a közösségi részvétel értékeit anélkül, hogy az egyének kezébe adták volna a folyamat teljes irányítását („*milyen szinten*”). Volt olyan javaslat, hogy „*vonjanak be közösségi, önkéntes csoportokat, klubokat, gyülekezeteket és közösségfejlesztő diákokat a szervezésbe és mások képzésébe*” („*ki, miért*”). Voltak, akik a problémák azonosításához szükséges közösségi igényfelmérés fontosságát emelték ki („*miért, milyen módon*”).

Míg a hangsúly a közösség tagjaival és vezetőivel, valamint a közösség intézményeivel való együttműködésen volt, felmerültek más szempontok is. Valaki a csoportból azt a stratégiát javasolta, hogy „*a közösség hangadóit kell bevonni a munkába, hogy lássák, mik a céljaink, hogy aztán ők is tudják befolyásolni a közösség többi vezetőjét is*” („*ki, milyen módon, miért*”). Majd hozzátette, hogy „*a közösség tagjai olykor úgy tudnak befolyásolni másokat, ahogyan egy szociális munkás vagy egy népegészségügyet oktató nem*”, és „*ez kulcsfontosságú a problémák tudatosításában, és abban, hogy megértessük a közösséggel, hogy honnan is jövünk*” („*miért*”, „*milyen szinten*”). Megállapodtak abban, hogy a fiatalokat, mint kiemelkedően fontos csoportot célozzák meg, de azt is hozzátették, hogy valószínűleg nehéz lesz őket elérni, különösen a szélsőséges csoportokat (különböző bandák tagjait). Az egyik megoldás az volt, hogy beszélgessenek azokkal a “közvetítő” személyekkel, akik könnyebben eléri a fiatalabbakat („*ways, who*”). Felhívták a figyelmet arra is, hogy fontos különbséget tenni a közösséggel szoros kapcsolatot ápoló közvetítők és a közösség tényleges tagjai („*aki*”) között, feltehetően azért, hogy a reprezentatív egyéneket éri el.

*Orvostudomány.* A „közösség” saját értelmezését alapul véve minden csoport más-más kiindulópontból indult ki („*ki*”). Az első csoport azonnal azt emelte ki, milyen nagy szükség van a közösség véleményére a kezelendő prioritási kérdések meghatározásához („*miért*”), majd a közösség eléréséhez szükséges módszerekről esett szó („*milyen módon*”). Egy orvos ezt mondta: „*Tegyük fel, már megszerveztünk fókuszcsoporthat és azokat az eseményeket, ahol meghallgattuk a közösséget. Mondjuk, hogy már elmentünk a közösségi központba és egyéb eseményekre, körbejártuk a környéket, beszélgettünk a közösség tagjaival, hogy megszerezzük a szükséges*

információkat” („*milyen módon*” „*ki*”). Mindenki egyetértett ezzel a felvetéssel, és úgy folytatták a gyakorlatot, mintha „a közösség” már részt vett volna a megbeszéléseken.

Az orvosok fontosnak tartották az érdekelt felek széles körével, a közösség tagjaival és vezetőivel, valamint a közösség intézményeivel való együttműködést („*ki*”). Megvitatták, milyen kettős előnye van annak, ha a közösségen belül vannak önkéntesek, akik egyrészt információforrásként szolgálhatnak, másrészt pedig segítenek a finanszírozási költségek alacsonyan tartásában („*miért*”). Az egyik orvos különbséget tett a rezidensek segítségével való közvetlen közösség-szervezés, valamint a közösség szervezeteivel és más szakmákkal való együttműködés kialakítása között („*milyen módon*”). „*Olyan stratégiát gondolnék szerencsésnek, ahol összehozzuk a rezidenseket, hogy ők azonosítsák az egészséget meghatározó társadalmi tényezőket*” („*ki, miért*”). Mások szerint a társadalmi szinten kívánatos egészségi állapot javítása érdekében hozott közös cél mentén kell összefogni a különböző szervezeteket („*miért*”). Sok időt töltöttek azzal, hogy meghatározzák a közösség konkrét tagjainak körét, amelybe a szülők, az egyedülálló szülők, az anyák, az egy utcában élők és a lakóközvetben lévő társulások, a bevándorló csoportok, a közösségi főiskolák, a hitközség és a laikus vezetők tartoztak bele („*kik*”). Ez az orvoscsoport a „*közösség vagyonának*” meghatározásával kezdett, amelyet az egyik résztvevő a „*közösség vállalkozói és vállalkozásai által birtokolt tudás és szakértelem kiaknázásaként*” definiált („*miért, ki*”). A fiatalokat külön kiemelték: „*Hadd segítsenek a helyi gyerekek a park fejlesztésének tervezésében; így lehet bevonni őket, mivel gyakran kimaradnak az igazi döntéshozatalból*” („*ki, mit, miért*”).

Az orvosok másik csoportja szinte azonnal „*egy átfogó egészségügyi klinika szükségességére*”, egy sokak által támogatott programmegoldásra összpontosított. Többen egyetértettek azzal az orvossal, aki emlékeztette őket: „*Ne feledjétek, kutatást végzünk. Kutatásunk tárgya a közösség*”, ami azt jelzi, hogy a CP-t nem tekintették olyan értékesnek, mint az orvosok szakértelmét („*mi, miért*”).

*Jog.* A kérdésekre válaszolva az ügyvédek az általuk bevonni kívánt szervezetek és szakmák meghatározására összpontosítottak („*kik*”). Az egyik ügyvéd megemlítette, hogy közösség-szervezőket kell alkalmazni a „*közösség megszervezésére*” („*milyen módon*”). Szerinte „*nem a jogászoknak kellene minden döntést meghozniuk*” („*milyen szinten*”). Szóba került, milyen fontos a közösség erősségeinek azonosítása („*miért*”). Tanácskozásuk azzal a megállapodással zárult, hogy hozzanak létre egy multidiszciplináris csapatot az összes hivatalos érdekelt fél egyesítésével („*milyen módon*”), viszont a szervezett csoporthoz nem tartozó tagok elérésének módjáról nem beszéltek. Az ügyvédek második csoportja a problémamegoldásra összpontosított, és hangsúlyozta az adott területen a szükséges szolgáltatások biztosításának fontosságát a forgatókönyvben felsorolt eltérések miatt. Több résztvevő a lakhatással kapcsolatos tanácsadók, az ügyvédek, a helyi tisztviselők és a szociális szolgáltatók („*kik*”) bevonását javasolta. Multidiszciplináris megközelítésre („*milyen módon*”) hivatkoztak, de nem vették figyelembe sem a közösség tagjait, sem pedig a szociális szolgáltatók ügyfeleit („*ki*”). Egy jogász stratégiaként a közösség erejét javasolta, mert „*szükség van arra, hogy legyenek olyanok, akik egyetértenek a megoldásainkkal. Mi, ügyvédek nem akarjuk, hogy betolakodóként tekintsenek ránk*” („*miért*”).

Egy másik csoporttag a közösségi intézményekkel szeretett volna kapcsolatot építeni: „*így olyan, mintha partnerség lenne köztük és közöttünk*” („*milyen szinten*”). Egy ügyvéd így gondolta: „*Szeretnék egy kerekasztal-beszélgetést látni a meglévő szervezetek bevonásával, amelyben részt vesznek pl. etnikai alapú szervezetek és kisvállalkozások is. Össze kell fognunk a vezetőket, hogy mérlegeljék, majd támogassák erőfeszítéseinket*” („*ki, milyen szinten*”).

*Pszichológia.* A pszichológusok a szakmai és szervezeti együttműködésekre összpontosítottak, megnevezve a forгатókönyvben szereplő összes csoportot („*ki*”). Egy pszichológus azt javasolta, hogy a listán túllépve „*találjanak olyan nőket, akik betölthetnék a közösség vezetőinek szerepét, akik házról házra járnának és oktatnák a lakosságot*” („*who, way*”). A “Részvételen alapuló cselekvési kutatást” (PAR) a közösség bevonásának egyik sajátos stratégiájaként határozták meg („*milyen módon*”). Az egészségügyi állapotot szélesebb értelemben vett környezeti problémákkal kötötték össze, és megegyeztek abban is, hogy a leghamarabb el kell kezdeni a közösségi folyamatot („*mikor*”), de inkább arra összpontosítottak, hogy a helyi termékeket árusító piachoz hasonlóan szolgáltatásokat és programokat szervezzenek az egészségmegőrzés előmozdítása érdekében.

A második csoport (amely az utolsó pillanatban történt lemondások miatt csak két pszichológusból állt) nem tudott megegyezni abban, hogy mi az elsődleges probléma. Egyetértettek a helyi közösségi főiskola diákjainak bevonása kérdésében, „*közösségi informátoroknak*” („*kik*”) nevezték őket, akiket egy PAR-folyamat keretében („*milyen módon*”) lehet alkalmazni. Beszélgettek a közösség elérésének további módjairól, például, hogy házról-házra járnának és elmennének a közösségi központba is („*milyen módon*”). Az egyik pszichológus szerint az embereket meg kell kérdezni arról, hogy mit szeretnének, arra hivatkozva, hogy meg kell találni a közös pontot a között, amit a közösség akar, és amit a kormány finanszírozna („*miért*”). Mielőtt közös megegyezésre jutottak („*mikor*”), a kettejük közötti nézeteltérések középpontjában a közösségi részvétel értékének prioritása állt. Az egyik erre nagyon nagy hangsúlyt helyezett, míg a másik mellett érvelt, hogy a felsorolt egészségügyi problémák sürgősebbek és fontosabbak, mint a közösség elérésének és bevonódásának elhúzódó folyamata („*mikor*”).

## **Diszkusszió**

### ***A kutatási folyamat***

A szerzők nem számítottak arra, hogy a 12 csoport mindegyike ennyire hangsúlyosan, egymástól és a kutatók által feltett kérdésektől függetlenül fog rámutatni a „közösség” dimenziójának hiányára. Valójában ez a szimulációs gyakorlat maga, illetve voltaképpen a kutatóknak is implicit, ha nem explicit kritikája volt, akik egyértelműen a szakmaközi együttműködés megvalósításának összetettségére fókuszáltak, miközben a „közösség” témát, mint saját entitást figyelmen kívül hagyták. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a kutatóknak önkritikusnak kell lenniük, és fel kell ismerniük, hogy saját elfogultságaik és mulasztásaik miképpen befolyásolhatják a kutatás folyamatát és eredményét (Muhammad, Wallerstein, Sussman és mtsai, 2014).

Egy másik, legalábbis implicit feltételezésük az volt, hogy minden homogén szakmacsoporton belül megfigyelhető lesz bizonyos szintű egyetértés és a gördülékeny kommunikáció. Azt is feltételezték, hogy a hat szakma között éles különbségek lesznek az elért eredmények tekintetében. Ehelyett éppen az ellenkezője derült ki: még ugyanazon a szakmán belül is voltak mélyebb különbségek az öt „W” megválaszolásában, ugyanakkor mind a hat szakma nagyjából egyformán érintette mind az öt „W”-t. Amikor Garcia (2013) elemezte a szimulációs tevékenységhez kapcsolódó együttműködési folyamatot elősegítő és akadályozó tényezőit, úgy találta, hogy nem a szakmai háttér volt az elsődleges tényező; a tanácskozás könnyedségét és eredményét inkább az ideológiai tényezők és a munkatársak stílusa befolyásolta.

### ***A résztvevők tanácskozásának dinamikája***

A közösség szerepét minden egyes résztvevő csoport szakmától függetlenül hangsúlyozta (Garcia, 2016). A csoport egésze készen állt egy inkluzív folyamat elfogadására, amennyiben ez szükséges volt akár instrumentális, pragmatikai, ideológiai és filozófiai okokból, akár a jobb cél elérése érdekében. Mindazonáltal, szakmájukat figyelembe véve, nem volt meglepő, hogy a szociális munkások, a népegészségügyi szakemberek és az ápolók magasabb szintű elkötelezettséget mutattak a közösség témájában, mint a többiek. Úgy tűnik, hogy összességében nem csökken ezeknek a szakmáknak a szerepe azzal, hogy az érdekelt felek széles skáláját bevonták a munkába, és nyitottak a ritkábban bevontak szélesebb köre felé. Levin (2012), miközben a szociális munkások és a kliensek közötti információ- és hatalommegosztás szükségességéről beszél, megteremtí az a keretet is, amelyet minden szociális munkás és kliens közötti kapcsolatra lehet alkalmazni. Az együttműködést egyszerre tekintették nehéznek és transzformatívna. Továbbra is kérdés, hogy nulla összegű eredménynek kell-e érvényesülnie; vagyis a szakembereknek el kell-e veszíteniük az irányítást, hogy újabb és kevésbé erős egyének szerezzék azt meg? (Fowler, Levin és Sepucha, 2011). Együttműködhetnek-e elkötelezett szakemberek a közösséggel egy mindenki számára előnyös (win-win) forgatókönyv érdekében?

### ***Mélyebbre ásni az egyéni részvétel (CP) komplexitásába***

A csoportokon belüli fő különbségek a *mikor* és *milyen szint* -hez kapcsolódnak: milyen ponton kell a szakmák által más-más néven azonosított egyéneket bevonni a közösség problémamegoldási folyamatába? És mekkora hatalmuk – azaz tekintélyük és befolyásuk – legyen a döntéshozatalban? A hat szakmacsoport válaszai széles spektrumot öleltek fel, kezdve azoktól, akik csak egy bizonyos szintig vonták volna be a közösséget, egészen azokig, akik a különbözőképpen meghatározott „*tágabb közösség*” kezében akarták hagyni az irányítást. Ez az összetettség ismét felveti a régi, kritikus kérdést: Ki képviseli a „községet?” és „Kinek az érdeke a közérdek?” (Berube és Gittel, 1970; Johnston, 2017). Ezekre a kérdésekre nincs végleges válasz; ezek a politika színpadán keresendőek, mivel az emberek tulajdonképpen részt vesznek a CP folyamatában (Carlyle et al., 2018; Mathie és Cunningham, 2003; Woodford és Preston, 2013). A közösség erőfeszítéseit koordináló vezetőknek el kell ismerniük ezt az egzisztenciális kérdést az etikus

mivolt és átláthatóság érdekében, és hogy minimalizálják az esetleges nézeteltéréseket és viszályokat.

Ezekből a strukturált párbeszédéből, a legújabb szakirodalomból, valamint a hat szakma etikai kódexéből és szakmai standardjaiból kitűnik, hogy a szakmai kultúrák az irányítástól a partnerség felé haladnak (Pellegrino, 2006; Angones, 2007; Braunack-Matyers és Louise, 2008; Maton, Perkins és Saegert 2006). A változás szele főleg a közösség érdekeit képviselő jogászokat, orvosokat, pszichológusokat és ápolókat tolta az inklúzió és az egalitarizmus közösségi gyakorlatának elfogadása felé (Jones, 2004; Sullivan et. al., 2007; Cooke, 2010; Bremer, Sutphin, Leonard és Day, 2009).

### ***Következtetések a közösségfejlesztő szakemberek szerepére***

Annak ellenére, hogy a kutatás közreműködői hajlandóak voltak részt venni ebben a szimulációban, ez a gyakorlat valós feszültségeket hozott felszínre a „közösségben” és a „közösséggel” végzett munka tekintetében, és ironikus módon a közösség szerepéről a szakember szerepére helyezte át a vita súlypontját. Azaz, hogy mit tesznek le az asztalra a közösséggel foglalkozó szakemberek a bajba jutottak, vagy veszélyeztetettek körülményeinek javítása érdekében? Közösségi szakember alatt általában felsőfokú vagy szakmai végzettséggel rendelkezőket lehet érteni, és/vagy aki ezért fizetést kap, és akinek a foglalkozása közösségi munkás (Kaye, 1990). Előfordul, hogy az ilyen személyt „kívülállónak” nevezik, még akkor is, ha ugyanarról, vagy hasonló környékről, vagy ugyanabból az etnikai vagy faji csoportból származik. A „bennfentes/kívülálló” vita továbbra is fennáll (Mizrahi, Bayne-Smith és Garcia, 2008). Kinek kell a folyamatot vezetnie és a döntéseket meghoznia? A vizsgálatban résztvevők többsége azt állította, hogy a közösségi szakemberek nem a „közösségből” valók, még akkor sem, ha ugyanaz volt az etnikai hátterük, mint a forogatókönyvben szereplő városiak többségének. Úgy tűnt, iskolai státuszukat sok esetben inkább hátránynak, mint előnynek tekintették a közösségben végzett munkájuk során.

Ezért még akkor is, amikor egyes csoportok javasolták, hogy alkalmazzanak közösségfejlesztő szakembert, többen kijelentették, hogy ennek a személynek „a közösségből kell származnia”. Ez felveti azt a fontos kérdést, hogy mit jelent a „közösségből való lenni”. Azt jelenti, hogy a környéken él? Vagy olyan emberre gondolnak, aki közvetlenül megtapasztalta a szóban forgó problémákat? Ugyanarra a faji vagy etnikai közösségre vonatkozik? Az egyik népegészségügyben dolgozó megjegyezte: „*Ázsiai férfiként elképzelni sem tudom, mit tudnak, vagy hogy mit akarnak a feketék*”.

A közösségfejlesztő szakember szerepe csupán arra korlátozódik, hogy elősegítse az élettapasztalattal rendelkezők bevonását? Vagy olyan érdemi tudást és szakértelmet hoznak magukkal, amely bizonyos esetekben ellentmond a helyiek elképzeléseinek? Ezzel visszakanyarodunk ahhoz a vitához, amely arról szól, mi minősül a demokratikus részvétel eszközének. Ennek, a közösséggel foglalkozó szakember gyakorlatában központi kérdésnek kell lennie (Braunack-Mayer és Louise; 2008).

Néhány résztvevő szerint szükség van a szakmák nézőpontjára és véleményére még akkor is, ha ezek különböznek a közösség nézőpontjától. Ezt akár, még ha tévesen is, felfoghatjuk elitista álláspontnak is. Alternatív megoldás lehet annak felismerése, hogy a fennálló társadalmi körülmények sürgős és azonnali reakciót követelnek, hogy a forgatókönyvben leírt jellemzőkkel rendelkező városrészek azonnali erőforrásokat igényelnek, és azonnali megoldásokat sürgetnek. Így kevesebb idő jut a folyamatra koncentrálni. Ezen kívül két szakma képviselői (a szociális munkások és a jogászok) egy határozottan kisebbségi nézőpontot fogalmaztak meg: ők voltak, akik magát a közösséget jelölték meg „a” problémaként. Más szóval a közösség hiányosságaira összpontosítottak. Ezért úgy vélték, külső szakmai beavatkozásra van szükség. A kérdés az, hogy minden ellenkező kijelentés ellenére ez az álláspont tükrözi-e a bajba jutott, alacsony jövedelmű közösségekről alkotott tipikus közfelfogást?

A hat szakma 50 képviselője rámutatott a közösségi problémák összetettségére, tekintettel a problémák megoldásához szükséges érdekelt felek sokféleségére. A nézőpontok milliárdjairól nem könnyű tárgyalni, viszont ezeknek nem kell nézeteltéréssé, vagy konfliktussá válniuk. A feszültségek kezelése és a különbségek összeegyeztetése fontos tanult szerep a közösségfejlesztők számára (Garcia, 2016; Mizrahi, 2015). A közösségen belüli megosztottság enyhítésének egyik módja a „szakértelem” újradefiniálása. Ahelyett, hogy a szakértelmet más eszközökkel hasonlítanánk össze, eredményesebb lenne, ha minden csoport első lépésként saját szakértelmét ajánlaná fel. Foster-Fishman és társai (2001) szerint a „közösség” meghívása is szükséges, de nem elégséges. A tagok tudása, készségei és képességei szükségesek a közösség tagjaival való aktív részvétel és sikeres együttműködés biztosításához. Ezen túlmenően el kell ismerni az egyenlőbb együttműködés iránti elkötelezettséghez szükséges időt és erőforrásokat. És végül, szükség van egy megbeszélési folyamatra, ahol a CP keretrendszerét stratégiaileg alkalmazzák a helyzetre.

## **Következtetések**

Ez a tanulmány olyan problémákat tárt fel, amelyek akkor merülnek fel, ha a „közösség” nincs kifejezetten definiálva, vagy feltárva. A tanulmány hasznos tanulságokat szolgáltat a közösségfejlesztők számára: tudatosság és felkészülés a CP-re; időt és bizalmat igénylő különböző háttérű, státuszú és erőforrásokkal rendelkező csoportok bevonásának folyamata; csoportfejlesztési készségek/képességek, amelyek elengedhetetlenek a szakmaközi, valamint szakemberek és nem homogén közösségi csoportok közötti együttműködés témájában történő eligazodáshoz. Számos oka van annak, hogy a résztvevők az egyéni részvételt javasolták (CP-t); minden együttműködésnek meg kell határoznia, hogy kik a megfelelő résztvevők bizonyos célok és célkitűzések teljesítéséhez. A közösségfejlesztőknek kellő konszenzussal átgondoltan kell előrehaladniuk a közösségi problémamegoldó folyamatban, egyszerre figyelve a kisebbség ellenállásának mélységére, és a szándékosan, vagy véletlenül kizárt egyénekre. Ezek a feladatok gyakran tárgyalásos folyamatot igényelnek, amelyben a csoport által meghatározott nagyobb jó érdekében minden érintett a tárgyalás és a kompromisszum mellett kötelezi el magát. A CP az 5 „W” az egyén részvétele keretrendszerének stratégiai alkalmazása és finomítása segítségével

remélhetőleg megerősödik, meghatározva, hogy kik alkotják a közösséget, miért, milyen módon, mikor és milyen szinten kell őket bevonni a folyamatokba.

*Fordította: Toldiné Béltéki Andrea*

## **Irodalmak**

American Bar Association (2019). [https://www.americanbar.org/groups/professional\\_responsibility/publications/model\\_rules\\_of\\_professional\\_conduct/model\\_rules\\_of\\_professional\\_conduct\\_table\\_of\\_contents/](https://www.americanbar.org/groups/professional_responsibility/publications/model_rules_of_professional_conduct/model_rules_of_professional_conduct_table_of_contents/)

American Medical Association (2015). <https://nexusipe.org/informing/resource-center/american-medical-association-code-ethics>

American Nursing Association (2019) Code of Ethics for Nurses <https://nursing.rutgers.edu/wp-content/uploads/2019/06/ANA-Code-of-Ethics-for-Nurses.pdf>

American Psychological Association (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>

American Public Health Association. Code of Ethics (2015). <https://nexusipe.org/informing/resource-center/american-public-health-association-code-ethics>

Angones, F. R. (2007) Developing a Moral Conscience. *Florida Bar Journal*, 81 (8) 6.

Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizenship Participation. *Journal of the American Planning Association*. 35(4), 216–224

Bayne-Smith, M., Mizrahi, T., Korazim-Korosy, Y., & Garcia, M. L. (2014). Professional identity and participation in interdisciplinary community collaboration: A comparison of six professions. *Issues in Interdisciplinary Studies*, 32, 103–133.

Bayne-Smith, M., Mizrahi, T., Garcia, M.L. (2008). Interdisciplinary Community Collaboration (ICC): Perspectives of community practitioners on successful strategies. *Journal of Community Practice* 16 (3), 249–269.

Blumenthal, D., Campbell, E.G., Gruen, R.L., (2006). Public Roles of US Physicians in Community Participation, Political Involvement, and Collective Advocacy *JAMA* 296(20), 2467–2475.

Berube, M. & Gittell, M. (1970). In whose interest is the public interest. *Social Policy*, May/June 5–9.

Boeije, H.R. (2009). *Analysis in Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.



- Blue, G., Rosol, M., Fast, V. (2019). Justice as parity of participation: Enhancing Arnstein's ladder with Nancy Fraser's Justice Framework. *Journal of the American Planning Association*. 85(3), 363–76.
- Braunack-Mayer, A. & Louise, J. (2008). The ethics of community empowerment: Tensions in health promotion theory and practice. *Promotion & Education* 15(3)5–8.
- Bremer, P., Sutphin, M., Leonard, V. & Day, L. (2009). *Educating Nurses: A Case for Radical Transformation*. San Francisco: Jossey Bass & the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Burghardt, S. (2013). *Macro Practice in Social Work for the 21<sup>st</sup> Century*. 2<sup>nd</sup> Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Burns, S. (1990). *Social movements of the 1960's: Search for democracy*. Woodbridge, CT: Twayne Publishers.
- Callahan, K. (2007). Citizen participation: Models and methods. *International Journal of Public Administration*. 30(11), 1179–1196.
- Carlisle K, Farmer J, Taylor J, Larkins S, Evans R. (2018). Evaluating community participation: A comparison of participatory approaches in the planning and implementation of new primary health-care services in northern Australia. *International Journal of Health Planning Management*. Apr 15. doi: 10.1002/hpm.2523
- Chilaka, M.A. (2015). Drawing from the well of community participation: An evaluation of the utility of local knowledge in health impact assessment process. *Community Development* 46(2), 100–110.
- Choi, B.C. (2008). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, transdisciplinarity in health research, services, education: Discipline, inter-discipline distance, & selection of discipline. *Clinical Investigative Medicine*, 31(1), E 41–48.
- Cooke, M., Irby, D.M., & O'Brien, B.C. (2010). *Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School & Residency*. San Francisco: Jossey Bass & the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Cornwall, A. 2008. Unpacking 'Participation': Models, meanings and practices. *Community Development Journal* 43(3), 269–283.
- CURANDI. 2019. Integrate Community Efforts to Improve Community Health. June 17, 2019. <https://www.curandi.org/articles/integrate-community-efforts-to-improve-community-health>

- Ehrenreich, B. & Ehrenreich, J. (1970). Health care and social control. *Social Policy* 5, 26–40.
- Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Professionalism. *International Sociology*, 18(2), 395–415.
- Foster-Fishman, P. G., Berkowitz, S. L., Lounsbury, D. W., Jacobson, S., & Allen, N. A. (2001). Building collaborative capacity in community coalitions: A review and integrative framework. *American Journal of Community Psychology*, 29(2) 241–261.
- Fowler, F.J., Levin, C.A. & Sepucha, K.R. (2011). Informing and involving patients to improve quality of medical decisions. *Health Affairs*, 30(4), 699–706.
- Franklin, A.L., Ho, A.T. & Ebdon, C. (2009) Participatory budgeting in midwestern states: Democratic connection or citizen disconnection? *Public Budgeting & Finance*, 29 ( 3), 52–73.
- Franklin, C.M., Bernhardt, JM., Lopez, RP., Long-Midletton, ER. & Davis, S. (2015). Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An integrative review. *Health Services Research & Management Epidemiology*, 16(2),
- Freidson, E. (2004). Professionalism: The Third Logic. Chicago: University of Chicago Press.
- Garcia, M.L. (2013). Can We Get Along, Long Enough to Collaborate? (2013). CUNY Academic Works. [http://academicworks.cuny.edu/gc\\_etds/1944](http://academicworks.cuny.edu/gc_etds/1944)
- Garcia, M.L. (2016). Collaboration as a Long-Term Partnership: Helping Collaborators Manage Conflict. *International Journal of Interdisciplinary Organizational Studies*, 11(4), 1–14.
- Garcia, M. L., Mizrahi, T. & Bayne-Smith, M. (2010). Education for interdisciplinary community collaboration and development: The components of a Core Curriculum by Community Practitioners. *Journal of Teaching in Social Work*. 30 (2), 175–194.
- Gruen, R.L., Pearson, S.D., Brennan, T.A. 2004. Physician-citizens--public roles and professional obligations. *JAMA*, 291(1):94–8.
- Gruen, R.L., Campbell, E.G., & Blumenthal, D. (2006). Public roles of US physicians: Community participation, political involvement, & collective advocacy. *JAMA*, 296(20), 2467–2475.
- Head, B.W. (2008). Community engagement: Participation on whose terms? *Australian Journal of Political Science*, 42(3), 441–454.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D. C.: Interprofessional Education Collaborative

- Jakubowski, T.L. & Perrone, T.J. (2018). Interprofessional collaboration improves healthcare. Reflections in Nursing Leadership. (June 5) <https://www.reflectionsonnursingleadership.org/features/more-features/interprofessional-collaboration-improves-healthcare>
- Jones, S. R. (2004). Promoting social and economic justice through interdisciplinary work in transactional law. *Washington University Journal of Law & Policy*, 14(1), 249–313.
- Johnston, J. (2017). Whose interests? Why defining the ‘public interest’ is such a challenge. The Conversation. (Sept. 21). <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2046147X16644006>
- Korazim-Körösy, J., Mizrahi, T., Garcia, M. L. and Bayne-Smith, M. (2014), Professional Determinants in Interdisciplinary Community Collaborations: Comparative Perspectives on Roles and Experiences among Six Disciplines. *Journal of Community Practice*, 22(1/2), 229–255.
- Kudva, N. & Driskell (2009). Creating space for participation: The role of organizing practice in structuring youth participation. *Community Development* 40(4), 367–380.
- Leipzig, R. M., Hyer, K., Ek, K., Wallenstein, S., Vezina, M. L., Fairchild, S., Cassel, C. K., & Howe, J. (2002). Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: A comparison by discipline. *Journal of American Geriatric Society*, 50(6), 1141–1148.
- Levin, L. (2012). Towards a revised definition of client collaboration: The knowledge-power-politics triad. *Journal of Social Work Practice*, 26(2), 181–95.
- Luluquisen, L. & Pettis, L. (2014). Community engagement for policy and system change. *Community Development* 45(3), 252–262.
- MacQueen, K.M., McLellan, E., Metzger, D.S., Kegeles, S., Strauss, R.P., Scontti, R., Blanchard, L. Trotter, R.T. (2001). What is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *American Journal of Public Health*, 91(12): 1929–1938.
- Mathie, A. & Cunningham, G. (2003). From clients to citizens: Asset-based community development as a strategy for community-driven development. *Development in Practice* 13(5), 474–486.
- Maton, K. I., Perkins, D. D., & Saegert, S. (2006). Community psychology at the crossroads: Prospects for interdisciplinary research. *American Journal of Community Psychology*, 38(1-2), 9-21.
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary Practice – a matter of teamwork, an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4): 419–428.

- Melish, T.J. (2010). Maximum feasible participation of the poor: New governance, new accountability & the 21<sup>st</sup> century war of the sources of poverty. *Yale Human Rights & Development Law Journal*, 13, 101
- Mizrahi, T., Bayne-Smith, M., & Garcia, M.L. (2009). Comparative perspectives on interdisciplinary community collaboration from academia and practitioners. *Community Development: The Journal of the Community Development Society*, 39(3), 1–15.
- Mizrahi, T., Lopez-Humphries, M. & Torres, D. (2009). Social construction of client participation: The evolution and transformation of the roles of service recipients. *Social Work and Social Welfare* 36(2), 35–81.
- Mizrahi, T. (2015). Community organizing principles and practice guidelines. Social Workers' Desk Reference. 3rd Edition. K. Corcoran & A.R. Roberts, Eds. NY: Oxford University Press, 894–906.
- Muhammad, M., Wallerstein, N., Sussman, A.L., Avila, M., Belone, L., & Duran, B. (2014). Reflections on researcher identity and power: The impact of positionality on community based participatory research processes and outcomes. *Critical Sociology*, 41(7/8), 1045–63.
- National Association of Social Workers (2018). Code of Ethics. <https://socialwork.sdsu.edu/wp-content/uploads/2011/09/NASW-Code-of-Ethics2017.pdf>
- Netting, F.E., O'Conner, M.K., & Fauri, D.P. (2008). Comparative Approaches to Program Planning. NY: John Wiley.
- Pellegrino, E. D. (2006) Toward a Reconstruction of Medical Morality. *American Journal of Bioethics*, 6 (2), 65–71.
- Repko, A.F., Szostak, R. (2017). Interdisciplinary Research: Process and Theory. Third Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Riccardi, F., Mizrahi, T. Garcia, M.L. Korazim-Korosy, Y. Blumsack, A. (2017). Using ATLAS.TI, Qualitative Research for Analyzing Inter-Disciplinary Community Collaboration. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing. <http://dx.doi.org/10.4135/9781473995895>
- Rowe, G. (2000). Public participation methods: A framework for evaluation. *Science, Technology, & Human Values*, 25(1), 3–29.
- Ruesga, G., & Knight, B. (2013). The View from the Heights of Arnstein's Ladder: Resident Engagement by Community Foundations. *National Civic Review*, 102 (3), 13–16.

- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Perrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, 19*, Suppl. 1, 132–147.
- Shaffer, T.J. (2019). Democratic professionals in civic life: cultivating civil discourse in community development, *Community Development: Journal of the Community Development Society*. DOI: [10.1080/15575330.2019.1642926](https://doi.org/10.1080/15575330.2019.1642926)
- Silverman R.M. (2005). "Caught in the middle: Community development corporations (CDCs) and the conflict between grassroots and instrumental forms of citizen participation." *Community Development, 36*(2): 35–51.
- Sullivan, W. M., Colby, A., Wegner, J. W., Bond, L., & Shulman, L. S. (2007). *Educating lawyers: Preparation for the profession of law*. San Francisco: Jossey Bass & the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- University Center for Excellence in Developmental Disabilities. No Date. Launching Inclusive Efforts Through Community Conversations: A practical guide for families, services, providers and communities. University of Wisconsin-Madison. Downloaded 1/18/2021. <https://ucedd.waisman.wisc.edu/launching-inclusive-efforts-through-community-conversations/>
- Vungkhanching, M., Tonsing, K.N. (2016): Social Workers' Perceived Role Clarity as Members of an Interdisciplinary Team in Brain Injury Settings, *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 15*(3–4), 370–384.
- World Health Organization & United Nations' Children's Fund. 2020. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. file:///C:/Users/martha.garcia/Downloads/WHO-2019-nCoV-Comm\_health\_care-2020.1-eng.pdf
- Woodford, M., & Preston, S. (2013). Strengthening Citizen Participation in Public Policy-Making: A Canadian Perspective. *Parliamentary Affairs, 66*(2), 345–363.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 45*(1), 140–53.
- Zanbar, L. (2018). Social workers' implementation of client participation: What factors made for the difference. *Journal of Social Service Research 44*(1), 96–107.

## 1. Függlék

### Gyakorlat egy hipotetikus közösségi forgatókönyv alapján

***Kérjük, használja ezt a forgatókönyvet, és csoportmunka keretében válaszoljon a következő 5 kérdésre:***

1. Azonosítson egy problémát, és dolgozzon ki közösségi beavatkozási stratégiát az első évre.
2. Határozza meg a célokat az első évre
3. Hogy fogják elérni a célokat?
4. Milyen más szakmákkal és/vagy szervezetekkel kell együttműködnie ahhoz, hogy céljait elérje?
5. Hogyan fogja értékelni az elért eredményeket? Miképpen fogja meghatározni és „mérni” a sikert?

A gyakorlat végén felkérjük, hogy mutassa be tervét a finanszírozók egy csoportjának.

.....

**A Városrendezési Osztály új adatokat közölt a közösségről. A lakókörnyezet profilja a következőket tartalmazza:**

- A népesség növekszik, és több mint 40%-a 21 év alatti. A lakosság körülbelül 15%-a öregszik, és sokan 80 év feletti.
- A közösségben 3-4 különböző etnikai csoport él.
- A lakosok mintegy 50%-a nem beszéli jól a helyi nyelvet.
- A városnak ezen a környéken élnek legnagyobb számban egyszülős családok. Többségük állami segítségre szorul.
- Növekszik a tinédzser terhességek előfordulása, valamint egyre nagyobb problémát jelent az alacsony súllyal született babák növekvő száma.
- A legtöbb lakás magántulajdonban van, leromlott állapotú. Egyre több régi épületet hagynak el a tulajdonosaik.
- Létezik néhány társulás, amely a bérlőket és az utcán lakókat fogja össze, de a legtöbbnek több lakos részvételére van szüksége.
- A lakások felújításához a helyi választott tisztségviselők megpróbálnak városi és állami forrásokhoz hozzájutni.
- A kábítószer-kereskedők láthatóan jelen vannak.
- Új rendőrzáróprogram működik a településen.
- Magas a munkanélküliség, de sok család otthonukban, vagy otthonukon kívül működtetett kisvállalkozásokból jut bevételhez.
- A helyi kereskedők aggódnak a csökkenő üzletmenet miatt. A kereskedők egyesülete nem tudja, hogyan segítsen nekik.
- Az egészségügyi intézmények kapacitásai korlátozottak, szolgáltatásaikat speciális klinikáikon és alapellátási osztályaikon csökkenteni kellett.
- A helyi kórház sürgősségi osztályainak látogatottsága drámaian megnövekedett az elmúlt évben.
- A nagy park nincs megfelelően karbantartva, az egyre növekvő bűnözés helyszínévé válik.
- Számos önkéntes csoport és szociális szolgáltató szervezet működik.

- A közelben van egy közösségi főiskola.

## 2. Függelék

**Az interdiszciplináris közösségi részvétel összetevőinek meghatározása szakmai szempontok alapján**

<b>Szaktmák Szaktmák résztvevő i</b>	<b>Szociális munkáso k</b>	<b>Ügyvéde k</b>	<b>Ápolók</b>	<b>Pszichológuso k</b>	<b>Orvosok</b>	<b>Népegészségügy i szakemberek</b>
<i><b>Ki?</b></i>						
<i><b>Miért?</b></i>						
<i><b>Mikor?</b></i>						
<i><b>Milyen módon?</b></i>						
<i><b>Milyen szinten?</b></i>						