

Kollányi Zsófia¹ – Várfi Melinda²¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar,
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport² Közösségi Vállalkozás Fejlesztésért Alapítvány

Részvételi módszerek az iskolai egészségfejlesztésben – Az érintettek bevonására épülő beavatkozások¹

Az egészségfejlesztés területén számtalan helyen alkalmaznak már a világban részvételi módszereket, melyekben egy program kialakítását a program majdani célcsoportjával együttműködésben, őket a tervezésbe bevonva végzik. A részvételi módon kialakított programok a szakirodalmi tapasztalatok szerint jobban igazodnak a célcsoportok tényleges szükségleteihez és igényeihez, a tervezési folyamatban való részvétel növeli az érintettek elkötelezettségét a programmal szemben, és további pozitív változásokat is elindít az érintett közösségeken belül és szereplők között.

Bevezetés

Társadalminkban ma a döntéshozatal központi szereplői a tanácsadók, szakértők. Még ha a végső döntéseket nem is ők hozzák meg, a döntés-előkészítés során erőteljesen irányítják a választási lehetőségeket és keretezik a valóságot. A szakértőket speciális szaktudásuk rendeli a közösségek tagjai fölé. A szakértői előkészítésre alapozó döntéshozatali folyamat eredményfókuszú, racionalitása bizonyos információk szakterületük szabályai szerinti aggregálásában áll, és jellemzően dominál más szempontokat (jóllehet, nem mindent - a döntések politikai gazdaságtani jellemzőibe itt nem megyünk bele). Csakhogy a szakértők által előkészített döntések esetében sem magának az elérendő célnak a társadalmi elfogadottsága, sem az alkalmazott módszerek társadalmi elfogadottsága, sem a felhasznált információk érvényessége és teljessége, sem a döntés tágabb következményei nem kerülnek feltétlenül mérlegelésre. Az így megszülető, a közösségi jellemzőkre nem, vagy nem kellő mélységben reflektáló döntések és intézkedések ezért például nem bírnak kellő legitimitással a célterületükön, nem ágyazódnak be a mindennapokba, sőt, akár konfliktusokat generálnak vagy éleznek ki, ezért nagyon sokszor kudarcosak, nem érnek el érdemi eredményeket. (Koppl, 2021; Mueller 2020). Ez annál inkább így van, minél komplexebb, és minél inkább az emberi viselkedés által meghatározott a döntés fókuszában álló problématerület. Ezekre a problémákra kínál megoldást, ha az érintetteket is bevonjuk a döntési folyamatba, vagyis ha a társadalmi részvétel módszerét alkalmazzuk (Blowers, Boersema és Martin, 2005).

A De Jong és munkatársai (2019) által leírt példa jól illusztrálja ezt. Voorstadt a holland Deventer városának egy része, jellemzően alacsony jövedelmű, hátrányos társadalmi helyzetű népességgel, akiknek az egészségi állapota jelentősen elmarad az országos és a környékbeli átlagtól. 2016-ban kezdte el kidolgozni a holland kormány az országban

található több hasonló helyzetű kerület mellett Voorstadt lakosainak egészségfejlesztési tervét. A kezdetektől a lakosságot bevonva dolgoztak. A program első lépéseként, a majdani célok és eszközök meghatározásának előkészítésére, megvizsgálták, mit is jelent az egészség a helyieknek. Összesen 40 helyi lakos részvételével 7 fókuszcsoportos beszélgetést tartottak, amit 30 szakértői interjú egészített ki. A helyi lakosok az alábbi három tényezőt említették a leggyakrabban, mint az egészségesebb élet feltételét: (1) nyugodtan élni; (2) kontrollal rendelkezni a saját életük felett; (3) több időt tölteni a barátaikkal, családjukkal, szomszédaikkal. Míg a megkérdezett szakértők az egészségtelen életvitelre és ennek következményeire (dohányzás, elhízás) fókuszáltak az interjúkban, a lakosok ezeket a tényezőket alig említették meg. Vagyis: a szakértők és a „címzettek”, a lakosság megközelítése a legalapvetőbb kérdésben is radikálisan különbözött: egészen különböző egészség-definíciókat használt egyik és másik.

A dohányzás példáján keresztül könnyen átgondolhatjuk azokat a szempontokat, amelyeket a részvételiség révén felderíthetünk. Tudjuk, hogy a dohányzás káros az egészségre. De nem tudjuk megjósolni, hogy ha a teljes rendszerből – minden mást változatlanul tételezve – kivennénk a dohányzást, annak mi lenne a következménye. Valami más drog, vagy más függőség töltené be a helyét az egyének életében? Mit tenne az emberekkel, családokkal, közösségekkel az a stressz, amit most a dohányzás így-úgy, diszfunkcionálisan, de legalábbis részben kezel? Mi töltené be a dohányzásnak a szociális érintkezésekben játszott szerepét? Bár a teljes társadalomban egyre inkább negatív stigma, ha valaki dohányzik, a fiatalok körében nem ritkán még mindig a „menőség” és a csoporthoz tartozás ismérve – milyen más „jel” helyettesítené, ha egyszer csak eltűnne? Egyáltalán miért dohányoznak az emberek? Milyen makrogazdasági hatások jelentkeznének, például a ma a dohányzáshoz kapcsolódó foglalkoztatás, adóbevételek csökkenése következtében? A következtetés természetesen nem az, hogy nem kell a dohányzással foglalkozni, hanem az, hogy máshogy, vagy máshogy is kell. A makrogazdasági hatásoktól eltekintve, ami legalábbis részben a hagyományos szakértői módszerekkel is jól modellezhető, az összes többi felvetett kérdésre a részvételi módszerek bekapcsolása kínálhat megoldást.

Ebben a cikkben összefoglaljuk a részvételi módszerek lényegét, és bemutatjuk különféle változatait, arra fókuszálva, hogyan is néz(het) ki egy iskolai egészségfejlesztési program részvételi alapokra helyezve.

Részvételi tapasztalatok és eredmények az egészségfejlesztésben

A részvételi módszereket az egészségfejlesztés terén is széles körben használják. Az ebben a tanulmányban bemutatott megközelítés egyik lényegi pontja, hogy az egészségi állapot egy komplex rendszerben határozódik meg, ami nem csak azt jelenti, hogy nagyon sok, egymással is összefüggő tényező és szereplő van rá hatással, hanem hogy ezeknek a hatásoknak egy jelentős részét kívülről, pusztán megfigyelés által nincs lehetőségünk egyértelműen felderíteni.

A módszer és annak hatásossága, hatékonysága, megvalósítása élénk tudományos érdeklődést generált. A kutatások egyik fontos tapasztalata, hogy mint általában a népegészségügyi programoknál, a részvételi eszközöket használóknál is kulcskérdés, milyen kimeneteket határozunk meg sikerkritériumként. Az egészségi állapotban bekövetkező változások helyett már rövidtávon is mérhető lehet például az egészségmagatartás, az egészség-műveltség, az egészséggel kapcsolatos attitűdök változása. Ugyanakkor a részvételi módszerek egyik központi jellemzője, hogy nem csak az egyén, hanem a teljes közösség életére átalakító hatással lehetnek, vagyis a közösségen belüli viszonyok, attitűdök változása is releváns. A folyamatok (kapcsolatok, működésmódok,

eljárások, tevékenységek) változásának mérése betekintést engedhet azokba a mélyebb, az egészséget is érintő, a társadalmi rendszer teljes vertikumára ható változásokba, amit a részvételi módszer alkalmazása elindít. Haldane és szerzőtársai (2019) 49 népegészségügyi célú részvételi folyamat eredményeit vizsgálták, és azt találták, hogy bár csak körülbelül negyedüknek volt mérhető egészséghatása, valamennyi program hatásos volt valamilyen területen: hatásukra megváltoztak a szervezeti vagy a közösségi folyamatok, átalakultak a közösségen belüli viszonyok, megváltozott a döntéshozók szemlélete. Bagnall és szerzőtársai (2019) 65 rendszerszintű megközelítést (*whole system approach*) alkalmazó beavatkozás eredményességét vizsgálták, 33 ezek közül kifejezetten az elhízásra fókuszált. A népegészségügyi problémák rendszerszintű megközelítését a szerzők a NICE (National Institute of Health and Care Excellence) ajánlása alapján definiálták, aminek része a közösség bevonása is. A vizsgált programokban mind az egészségmagatartás, mind a problémával kapcsolatos szülői és közösségi odafigyelés, mind pedig a releváns közösségi kapacitások terén találtak pozitív eredményeket. A fentiek szerint hatásosnak bizonyuló beavatkozások közös jellemzői az alábbiak: teljeskörűen bevonták a releváns partnereket és a közösséget; hagytak időt a kapcsolatok, a bizalom, és a kapacitások kiépítésére; a program egy szélesebb szakpolitikai rendszerbe illeszkedett; az értékelést helyben végezték; kellő mértékű anyagi erőforrással rendelkeztek. Allender (2021) és szerzőtársai egy ausztrál gyerekelhízás-ellenes közösségi programról számolnak be, a kimenetek helyett a folyamattal a fókuszban. Rámutatnak, hogyan változott meg a rendszerszerű megközelítés következtében a helyi döntéshozók percepciója a megcélzott problémát és magát a közösséget illetően, hogyan helyeződött egyre nagyobb hangsúly a közösség bevonására, és tágult ki az a horizont, amin belül magát a problémát, a gyerekek elhízását kezelni érvényesnek tekintették – például nyert egyre nagyobb hangsúlyt a közösségfejlesztés a kifejezett egészség-célú beavatkozások helyett.

A szakirodalmi tapasztalatok szerint az iskolai szintéren megvalósított különböző részvételi projektek és kísérletek is hasonlóan pozitív kimenetekkel kecsegtetnek. Ami a szűken értelmezett kimeneteket illeti, a részvételi módon fejlesztett, az egészségről való tudás növelését célzó tananyagok, programok esetében nagyobb mértékben nőtt ez a tudás, mint a hagyományos, felülről lefelé tervezett programok esetében (Strobl, Ptack, Töpfer, Sygusch és Tittlbach, 2020; Simovska, 2011; Abma, Lips és Schrijver, 2020; De Jong, Tjihuis, Koelen és Wagemakers, 2022). Legalább ilyen fontos ugyanakkor a nem a szűken értelmezett egészség-kimenetekre, hanem a résztvevők megélésére, habitusára vonatkozó hatások köre. Ezekben a vizsgálatokban a résztvevő gyerekek inkább a sajátjuknak érezték a közreműködésükkel létrehozott programokat, saját magukat pedig hatékonyabbnak (Simovska, 2011; Abma, Lips és Schrijver, 2020).

A részvételi módszer hozadéka – miért működik?

A részvételi módszerek egyik legfőbb előnye, hogy így hozzáférünk a „tömegek bölcsességéhez” (Surowiecki, 2007). Ez egyrészt jelenti azt, hogy pontosabb, valószínűbb képet kaphatunk egy közösség szükségleteiről és igényeiről. De azt is jelenti, hogy a részvételi folyamat, amiben különböző területek szakértői és „civiliek” egyaránt részt vesznek, egymással intenzív interakcióra lépnek, felszínre hozhat olyan problémákat és megoldási lehetőségeket, amelyek egyenként senkinek nem jutottak volna eszébe. A módszer másik nagy előnye a nem-részvételi döntéshozatalhoz képest, amikor „rólunk, nélkülünk” döntenek szakértők vagy választott képviselők, az a hozzáállásbeli változás, amit önmagában az odafigyelés, a „meghallgatva levés” idéz elő. Ezekon kívül a részvételi módszer képes kezelni a helyi érdekkonfliktusokat, így növelni a társadalmi kohéziót.

Szükségszerűen felmerül a kérdés, hogy milyen szempontok alapján értékelhetők a különféle részvételi módszerek. A szakirodalomban két megközelítéssel találkozunk: az egyik az eredmény, a másik a folyamat szempontjából közelít. Az eredmény, például a kimenettel való elégedettség nem feltétlenül nyújt jó fogódzót: különbözőek vagyunk, ritka, hogy egy folyamat összes érintettje maradéktalanul boldog lenne a közös, kompromisszumos döntéssel. A két szempont ötvözésére való kísérlet bizonyos, mindenki által elfogadott cél-kritériumok megfogalmazása az alkalmazott módszerekkel szemben. Ilyen célok lehetnek például, hogy a részvételi módszer (1) tudást biztosítson az érintettek, a közvélemény számára; (2) legyen képes az érintettek értékrendszerét, preferenciáit becsatornázni a döntéshozatali folyamatba; (3) javítsa a döntések minőségét; (4) növeljék az intézményekbe vetett bizalmat; (5) csökkenthetők legyenek általuk a konfliktusok; végül (6) az előbbi célokat a leginkább költséghatékony módon valósíták meg (Szántó, 2012; Beierle, 1999).

A résztvevők bevonására épülő, kifejezetten az egészségfejlesztés területén megvalósuló kutatások és fejlesztések összefüggésében Harting és munkatársai (2022) öt elv mentén foglalják össze a részvételi folyamatok hozzáadott értékét.² A demokráciaelv szerint a részvételi folyamatok megvalósítják, illetve kiterjesztik az állampolgároknak a demokratikus döntéshozatalhoz való jogát. A gazdasági jogokhoz kötődő fogyasztói elv hasonlóra vonatkozik, de nem a demokrácia, hanem a fogyasztói döntések tekintetében: e tekintetben a beleszólás a fogyasztói igényeknek való jobb megfelelést biztosítja. A transzformatív elv kifejezetten a hátrányos helyzetű, jellemzően korlátozott hatalommal és beleszólással bíró társadalmi csoportok megerősítésére (*empowerment*) vonatkozik, de az ilyen folyamatok önmagukon tovaterjedő hatására fókuszál: azokban a közösségekben, ahol az embereknek hagyományosan nincs vagy csak kevés beleszólása a közügyekbe, a részvétel lehetősége a bizalom, a kohézió, és a tudatosabb és felelősebb állampolgári szerepvállalás önerősítő folyamatait indíthatja el. A szubsztantív elv vonatkozik a beavatkozást megalapozó tudás minőségére – jelen esetben arra, hogy ha a bevonás a nem-szakértők kellően diverz csoportját érinti, az általuk behozott nézőpontok és tapasztalatok szélesíteni és mélyíteni fogják a döntéseket megalapozó tudásbázist. Végül az instrumentális elv, ha úgy tetszik, szüklátó körűen, arra vonatkozik, hogy végső soron eléri-e a kívánt hatást a kérdéses beavatkozás vagy sem. Ez az elv valamelyest átfed a többivel, de része az, ami a többinek nem: hogy a döntéshozatal valamely pontján megtörténő bevonás növeli a beavatkozások elfogadottságát, legitimitását a célpopulációban, mert inkább a sajátjuknak érzik azt – ennek következtében pedig azok hatásossága, hatékonysága is javul.

Legyenek tehát bármilyen idő- és erőforrásigényesek ezek a módszerek, végső soron mégis eredményesebbek lehetnek, mint a hagyományos, „racionális”, szakértők vagy

Szükségszerűen felmerül a kérdés, hogy milyen szempontok alapján értékelhetők a különféle részvételi módszerek. A szakirodalomban két megközelítéssel találkozunk: az egyik az eredmény, a másik a folyamat szempontjából közelít. Az eredmény, például a kimenettel való elégedettség nem feltétlenül nyújt jó fogódzót: különbözőek vagyunk, ritka, hogy egy folyamat összes érintettje maradéktalanul boldog lenne a közös, kompromisszumos döntéssel. A két szempont ötvözésére való kísérlet bizonyos, mindenki által elfogadott cél-kritériumok megfogalmazása az alkalmazott módszerekkel szemben.

választott testületek által hozott döntések, egyszerűen mert maguknak a résztvevőknek, vagyis az érintetteknek a motivációit változtatják meg. A részvételi folyamat során nő a résztvevők önértékelése és a csoportra, közösségre vonatkozó értékelésük is, és végső soron egy olyan, önerősítő, pozitív normarendszer jön létre, ami jobb, és főleg erős elköteleződés által megtámogatott döntéseket tesz lehetővé (Hargreaves Heap, 2004). És nem elhanyagolható az sem, hogy a bevonás által kezelhetők, csökkenthetők a helyi érdekkonfliktusok: mindenki maradéktalanul elégedett soha nem lesz, de jelentős lépések tehetők a helyi társadalmi kohézió irányába.

A részvételi módszerek bemutatása

Nagy általánosságban azokat a döntéshozatali módszereket nevezhetjük részvételinek, ahol valamilyen formában azoknak is van ráhatása a döntésre, akiknek az életét a döntés befolyásolni fogja. Ha egy közpolitikai döntés során valamilyen formában megtörténik az érintettek bevonása, beszélhetünk társadalmi részvételtől. Ez jelentheti például a lakosság transzparens tájékoztatását, kérdőíves felmérést, lakossági fórumok, fókusz-csoportok kialakítását és működtetését, és így tovább. A bevonás különféle módszerei és formái azonban jelentősen különbözhetnek egymástól például a bevonás mélységétől, a kommunikáció irányától, vagy attól függően, hogy a tervezési folyamat mely szakaszban/szakaszaiban kerül sor a bevonásra. Bizonyos értelemben a lakosság egyszerű tájékoztatása is bevonás, amennyiben alternatívája az, hogy például egy önkormányzat szó nélkül kezd átalakításokba. Ennél eggyel tovább megy például egy lakossági kérdőív, ami egyirányú, és nem valósít meg különösebben mély bevonást. Ezzel szemben ha már a problémadefiníció kialakításába is bevonjuk az érintetteket valamilyen formában, például rendszeres nyílt, vagy meghíváson alapuló beszélgetések, fórumok formájában, az a részvétel egészen mély és kiterjedt formáját valósítja meg. Magyarországon a településfejlesztésben és várostervezésben, ahol meglehetősen elterjedtek a társadalom bevonására, részvételére épülő különféle programok, közösségi tervezésnek hívják azt, amikor egy átfogóbb helyi program, jövőkép, stratégia kialakításába a korai fázisban és nagy mélységben bevonják az érintetteket (Sain, 2010).

A részvételi folyamatok egy része annyira tisztán részvételi, hogy a kezdeményezői maguk az érintettek: alulról jövő (*bottom-up*) kezdeményezések, amelyekben emberek egy csoportja összefog valamilyen, őket közvetlenül érintő ügy érdekében. Ez az itt bemutatott példák többsége, és az iskolai egészségfejlesztés esetében is kevésbé jellemző: itt tipikusan egy magasabb szintű szerv vagy szervezet kezdeményezi az érintettek bevonását. Ugyanakkor ha ez a „felülről lefelé” (*top-down*) megfogalmazódó igény megvalósul, az így létrehozott program se alulról, se felülről „jövő” nem lesz, hanem a résztvevők közös munkájaként fog létrejönni (de Jong, Tjihuis, Koelen és Wagemakers, 2022). Ez a „közös alkotás” (szakkifejezéssel élve *co-creation*) olyan, új minőséget jelent, amit egyik érintetti csoport vagy személy sem lett volna képes egyedül megalkotni.

Kinek a részvétele?

Mielőtt kitérnénk arra, kik is lehetnek az iskolai egészségfejlesztés érintettjei, vagyis kik azokat, akiket ezekben a folyamatokban bevonni tanácsos, tennünk kell egy kisebb kitérőt az egészségfejlesztés intézményi és tudományos hagyományai felé. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) Ottawai Chartája az egészségfejlesztés azon alapidokumentuma, amely deklarálja, hogy az egészséget számtalan terület, szakterület, hatás és szereplő együttesen befolyásolja, ezért az egészségfejlesztés, melynek „célja mindazon – politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési

és a biológiai – tényezőknek, feltételeknek a kedvezővé tétele, amelyek az egészségre hatást gyakorolnak” (WHO, 1986), is csak az ezen tényezőkre hatást gyakorló, azokban érintett szereplők együttműködésében lehetséges. Az ebből a szemléletmódból következő, és sokhelyütt alkalmazott multiszektoriális partnerség (Dorner, Nunes és Zeegers Paget) átfed a részvételiség fogalmkörével, de nem azonos vele. Az *Ottawai Chartára* és a még korábbi *Alma-Atai deklarációra* (WHO, 1978) támaszkodó *Egészséget Minden Szakpolitikába* koncepciót, amit az Európai Unió 2006-ban fogadott el (Koivusalo, 2010), majd 2014-ben a Helsinkai Nyilatkozatban a WHO is megerősítette az elkötelezettségét a megközelítés mellett (WHO, 2014), kifejezetten az azon szektorokra ható közpolitikkal való együttműködést szorgalmazza, amely szektorokra az egészségpolitikának közvetlenül nincs hatása, így a szociális, környezeti, vagy gazdasági szektorokkal valót.

Ugyanezek a szereplők az iskolai egészségfejlesztéssel összefüggésben is azonosíthatók, több szinten: például az iskola fizikai környezetére a helyi önkormányzatnak, az iskolai polgárok, gyerekek és dolgozók számára elérhető élelmiszerek tekintetében különféle vállalkozóknak és termelőknek, a fizikai- és humánerőforrásokra az iskola fenntartójának lesz ráhatása, és mindezen szereplők lehetőségeit és magatartását magasabb szintű, megyei, regionális vagy országos döntéshozatali folyamatok keretezik. Az itt bemutatott részvételi módszertan annyiban megy túl ezen a megközelítésen, hogy a kifejezetten valamely „szektorhoz” rendelhető érintettek mellett a programok címzettjeit, célcsoportjait is a bevonandók közé sorolja: a gyerekeket, a tanárokat és az iskolák más dolgozóit; a gyerekek családjait; és mindazokat a szereplőket, akik akár erőforrásaik, akár érdekeltségeik révén részei vagy részei lehetnek annak az összetett rendszernek, ami végül az iskolai polgárok egészségét befolyásolni fogja (Pan Canadian Joint Consortium for School Health, 2010). Ugyanakkor, bár a részvételi programok és irodalmak gyakran koncentrálnak csak a célcsoportokra (és ezeken belül sem az összesre – az iskolai egészségfejlesztésnek például nem csak a gyerekek, hanem valamennyi iskolai polgár, a pedagógusok és más iskolai dolgozók is viselik a hatásait), a „szektoriális” érintettekről sem szabad megfeledkezni.

Egy részvételi alapú iskolai egészségfejlesztési program tehát az 1. táblázatban felsorolt érintetti csoportokat vonja be és ülteti lehetőség szerint egy asztalhoz (a lista helyi viszonyoknak és aktuális céloknak megfelelően természetesen szabadon alakítható):

1. táblázat. Egy részvételi iskolai egészségfejlesztési program érintett és bevonandó csoportjai

Bevonandó tágabb érintetti csoport	A csoport tagjai (példák)
Iskolai polgárok	Az iskola diákjai Az iskola pedagógusai Az iskola egyéb dolgozói Az iskola vezetősége
A gyerekek családjai	
Az iskola közvetlen fizikai környezetét alakítani tudó szereplő	Helyi önkormányzat (megfelelő szerve) Közterület-fenntartó Közúti, közlekedési hatóság vagy szereplő
Az iskola fenntartója	
Helyi civil- és vallási szervezetek	Sportszervezetek Szabadidős szervezetek Egyházak és azok ifjúsági szervezetei

Bevonandó tágabb érintetti csoport	A csoport tagjai (példák)
Helyi gazdasági szereplők	Iskolai büfé Közétkeztetési cég Iskolakörnyéki élelmiszerboltok és egyéb üzletek Helyi mezőgazdasági termelők Helyi vállalkozók mint pl. szponzorok
Az egészségügyi rendszer helyi szereplői	Iskolaegészségügy Védőnők Gyermekorvosok Dietetikusok Egyéb egészségügyi szakemberek Helyi egészségfejlesztési szakemberek, például Egészségfejlesztési Iroda Helyi drogrevenációs szakemberek
A szociális rendszer helyi szakemberei	Családsegítők
Az iskola működésének gazdasági és jogszabályi környezetét befolyásoló szereplők	Megyei, regionális és országos döntéshozatal

Forrás: Saját szerkesztés

A részvételi alapú egészségfejlesztési programok, így az iskolai egészségfejlesztés sikerének egyik feltétele a „szakértők” megnyerése a folyamatnak, két különböző, de egyformán alapvető okból. Ez, bármi legyen is a részvételi folyamat témája, nehéz és fontos feladat. Az egészségi állapot területe annyiban különleges, hogy társadalmilag ez az egyik leginkább elismert szakértői tudással, az orvostudománnyal és annak társtudományaival megtámogatott terület, és jellemző a biológiai-orvosi szempontok dominanciája a döntéshozatal minden területén (Rifkin, 2009). Ezért várhatóan még a szokásosnál is nehezebb magukkal a szakértőkkel, de a többi szereplővel is elfogadtatni, hogy releváns a „hozzá nem értőket” bevonni a szakpolitikai tervezési folyamatba (Marent, Forster és Nowak, 2012) – ráadásul úgy, hogy a szakértők maguk is partnerek maradjanak, de egyenrangúnak fogadják el a folyamatban részt vevő „laikusokat”. A másik ok, hogy az egészség komplexitásáról elmélyült tudással rendelkező szakértők magának a részvételi folyamatnak a facilitálásához is elengedhetetlenek. Az „egészség” szóra a legtöbb embernek az „egészségügy”

A részvételi alapú egészségfejlesztési programok, így az iskolai egészségfejlesztés sikerének egyik feltétele a „szakértők” megnyerése a folyamatnak, két különböző, de egyformán alapvető okból. Ez, bármi legyen is a részvételi folyamat témája, nehéz és fontos feladat. Az egészségi állapot területe annyiban különleges, hogy társadalmilag ez az egyik leginkább elismert szakértői tudással, az orvostudománnyal és annak társtudományaival megtámogatott terület, és jellemző a biológiai-orvosi szempontok dominanciája a döntéshozatal minden területén (Rifkin, 2009).

ugrik be – hiszen „történelmileg” az egészségügyet és annak szakembereit tekintettük az egészséggel kapcsolatos mindenféle kompetencia kizárólagos birtokosainak (WHO,

2016). Ugyanakkor nem életszerű, és nem is kell a részvételi folyamat feltételének tekintünk, hogy a „laikus” résztvevők mélységeiben megértsék az egészséget meghatározó rendszer összetettségét. A részvételi munka sikerének elengedhetetlen feltétele, hogy az egészséget a maga komplexitásában kezelje, de ehhez az kell, hogy legyen, aki tud jól kérdezni, úgy, hogy akár ki sem ejti a száján azt a szót, hogy „egészség”.

Részvételi módszerek változatai

Mikor tekinthető egy szakpolitika-alkotási folyamat, például egy iskolai egészségfejlesztési program kidolgozása részvételi alapúnak? Erre a kérdésre jelenleg nincs egyértelmű válasz. Ezért ha ma egy szakpolitikai terv, beavatkozás megformálói azt állítják, hogy „termékük” részvételi alapú folyamatban jött létre, nem nagyon lehet ennek ellentmondani. Holott mind az, hogy a folyamat mely pontján is történik a bevonás, mind pedig az, hogy milyen formában történik, messzemenő következményekkel bírhat a különféle szakpolitikai beavatkozások alakulására.

Ugyanakkor a könnyebben megragadható jellegzetességek mellett számtalan, akár ki sem mondott, vagy nagyon nehezen megfogalmazható tényező fogja még alapjaiban befolyásolni a részvételi folyamat tényleges minőségét. Mit gondolunk a részvételi folyamatról magáról, mire való; milyen témákat lehet, kell, érdemes részvételi módon közelíteni; hogyan definiáljuk a „közösséget”, kiről gondoljuk, hogy be kell vonni, kiről nem; és így tovább. Azzal, ahogyan értelmezzük a részvételiséget, keretek közé helyezük, és meghatározzuk, mit érhet el – és ez korlátozó is lehet (Poletta, 2016).

A 2. táblázatban Cornwall (2008) és White (2000) nyomán foglaljuk össze, hogy formálisan részvételi, vagy annak nevezett formák mennyire különböző lényegi tartalommal bírhatnak:

2. táblázat. *Részvételi folyamatok formái*

Forma	Mit jelent a részvételiség a „szervezőnek”?	Mit jelent a részvételiség az érintetteknek/ résztvevőknek?	Mi a részvételiség célja?	Példa
Névleges részvétel	Legitimációt – hogy megmutassák, hogy tettek valamit	Befogadást – az esélyt, hogy bizonyos erőforrásokhoz közelebb kerülhessenek	Bemutatni, hogy volt ilyen	Zambiában a kormányzat számos „női csoportot” hozott létre. Ezek tényleges tartalommal nem bírtak, a kormányzatnak nyújtottak hivatkozási alapot, és a névleg (és alkalmilag) bennük részt vevő nőknek hozzáférési esélyt bizonyos erőforrásokhoz.
Részvétel mint eszköz	Hatékonyt – korlátozni a finanszírozó, és növelni a közösségek hozzájárulását, és a projekt költség-hatékonyt	Költséget – a projekttel kapcsolatos munkára és más tevékenységekre fordított idő.	A költség-hatékonyt és a helyi szervezetek elérésének módszere	Erőforráshiányos helyzetben a helyiek konkrét munkaerejének igénybevétele (pl. felújítási, építési munkáknál, stb.) (Afrika több országában, sok helyszínen tapasztalt jelenség)

Forma	Mit jelent a részvételiség a „szervezőnek”?	Mit jelent a részvételiség az érintetteknek/ résztvevőknek?	Mi a részvételiség célja?	Példa
Részvétel mint képviselet	Fenntarthatóságot – elkerülni, hogy függőség alakuljon ki.	Beleszólást – a projektek és a menedzsment formálásának lehetősége	Beleszólást biztosítani az embereknek a saját fejlődésükbe	Egy bangladesi NGO a helyieket támogató programjai kialakításába vonta be képviselőik révén magukat a helyieket. Helyi halász családok például arra fogtak össze az NGO felhívására, hogy egy kölcsönökkel és halászati marketinggel foglalkozó együttműködést alakítsanak ki a program révén.
Átformáló részvétel	Hatalommal való felruházást – képessé tenni az embereket arra, hogy meghozhassák a saját döntéseiket, kitalálják, mi legyen, és megvalósítsák azt	Hatalommal való felruházást – képesnek lenni döntéseket hozni és tenni magukért	Egyszerre eszköz és cél, folyamatos dinamikában	Egy Fülöp-szigeteki példában családok egy közössége fogott össze a helyi közösségszervező segítségével, némi kooperatív menedzsment-képzéssel megtámogatva, hogy megszervezzék a saját élelmiszer-ellátásukat a messzi, de sokkal olcsóbb városi boltból a drága helyi bolt helyett. Saját maguk alakították ki a saját szabályait, szerepeket, felelősségi köröket. A projekt sikerén felbuzdulva más ügyek megoldásába is belefogtak.

Forrás: Cornwall, 2008; White, 2000

Mindezek a „formák” különféle módokon valósulhatnak meg: állandó lakossági egyeztető csoportok is lehetnek csupán „névlegesek”, és a lakosságot bizonyos kérdésekben időről időre csupán megkérdező önkormányzat is megvalósíthatja a részvételiség egészen mély szintjét. A lényeg elsősorban, hogy aki a részvételi folyamatnak teret biztosít, mennyire azonosul annak elveivel, és mennyire gondolja komolyan, hogy hatalmának egy részét valóban ráruhazza a lakosokra (pontosabban: visszaadja nekik).

A programtervezés mely fázisában történik a bevonás?

Tekintsünk át egy iskolai egészségfejlesztési programot abból a szempontból, annak mely szakaszaiban vonhatók be az érintettek! A szakpolitikai ciklusok „standard” elemei a helyzetértékelés, a problémadefiníció, a program kidolgozása, az implementáció és a hatások monitorozása – és innen a ciklus újraindul. Ha azt keressük, ezen fázisok közül melyikben alkalmazhatunk részvételi módszereket, a rövid válasz az: az összesben.

Ráadásul minél korábbi fázisban történik meg a bevonás, annál gazdagabb, jobban informált, több szempontú lehet a teljes döntéshozatali folyamat.

Ha például csak a monitorozás, értékelés fázisában vonjuk be az érintetteket, vagyis gyakorlatilag visszajelzést, *feedbacket* kérünk tőlük, akkor azt tudjuk meg, mi a véleményük, mennyire elégedettek a már futó programokkal, de azt nem, hogy szükségesnek, fontosnak tartják-e azokat, vagy lenne más program, amire szerintük nagyobb szükség van. Hasonló a helyzet akkor is, ha csak a cselekvési terv kialakításának illetve az implementációnak a fázisában történik meg a bevonás. Ez esetben az előre definiált problémára előre kidolgozott megoldások megvalósításának menetébe lesz beleszólása a közösségnek, de abba, hogy alkalmasak-e ezek a megoldási javaslatok, vagy egyáltalán az-e a probléma, amit a szakértők definiáltak, nem.

Az 1. ábrán egy hipotetikus példán keresztül mutatjuk be, hogy a ciklus különböző pontjain való bevonás hogyan térítheti el más irányba a programalkotást, jelen esetben egy fiatalokat célzó egészségfejlesztési program tekintetében. A táblázatban öt munkafázis mentén mutatjuk meg, hogyan változtathatja meg a későbbi fázisok kimeneteit, ha a korábbiak részvételi alapon zajlanak. A táblázatban lefelé vagy jobbra lehet haladni – egy adott részvételi epizód után vagy a „hagyományos” módon folyik tovább a munka – ekkor jobbra lépünk a nyilak mentén; vagy újabb részvételi epizóddal – ekkor lefelé.

Munkafázis:	Probléma-definíció	Megoldási javaslat	Cselekvési terv	Megvalósítás	Értékelés
Ha nincs részvételi elem:	Az egészségtudatosság hiánya, bűnözői szubkultúra	Drogprevenációs képzések biztosítása, a rendőri jelenlét	Együttműködés az iskolákkal, költségvetés dedikálása, időzítés	Drogprevenációs szakértők előadásai osztályfőnöki órákon	Tanárok, diákok véleménye a prevenációs foglalkozásról →
Ha a probléma-definíció részvételi módon születik:	A fiatalok kilátástalansága, a szegénység, jövőkép hiánya, tartalmatlan közösségi szabadidős együttlétek hiánya	Képzések a fiataloknak, „falunapok” szervezése közösségi programként	A helybeli fiatalok szakmát adó képzésekben való részvételének támogatása, falunap szervezése helyi vállalkozók bevonásával	Pályázat kiírása a képzéseken való részvételre, a szomszédos településen, utazási és szállástámogatás nélkül	A pályázaton résztvevők száma, véleménye →
Ha a probléma-definíció és a megoldási javaslat is részvételi módon születik:		Közösségi terek kialakítása/biztosítása a településen	Egy önkormányzati épület egyik helyiségének alkalmankénti szabott keretek között történő átadása a helyi közösségnek	Az iskola egyik helyiségében a két bejegyzett helyi szabadidős civil szervezet heti egy alkalommal programot szervezhet tagjainak	Megtartott foglalkozások száma, résztvevők száma; az érintett civil szervezetek vezetőinek és a foglalkozásokon részt vevő tagjainak véleménye
	Ha a probléma-definíció, a megoldási javaslat és a cselekvési terv is részvételi módon születik:		Egy használaton kívüli önkormányzati épület felújítása közösen; az épület használatára szervezett és szabadidős programokra, közösségfejlesztő szakember támogatásával.	A használaton kívüli kultúrház kifestése, heti négy alkalommal szakkör, szabadidős klub szervezése, az elérhető külső szakemberek által. Az épület zárva, csak a programok idejére nyit ki.	A szakkörökön résztvevők száma, elégedettsége →
			Ha a probléma-definíció, a megoldási javaslat, a cselekvési terv és a megvalósítás is részvételi módon történik:	A használaton kívüli kultúrház felújítása, a teljes közösség igényeinek megfelelő programok szervezése. A közösségfejlesztő szakember bevonása a fiatalok iskola utáni és hétvégi szabadidejének szervezésébe.	A kultúrházat használók létszáma, véleménye. →
				Ha a probléma-definíció, a megoldási javaslat, a cselekvési terv, a megvalósítás és az értékelés is részvételi módon történik:	A teljes közösség véleményének, tapasztalatainak vizsgálata. →

1. ábra. Hipotetikus példa a programalkotásra. Kiinduló helyzet: A településen magas a drogfogyasztók aránya a 14–18 éves fiatalok körében (Forrás: Saját példák)

Minél korábbi fázisban és a folyamat során minél „mélyebben” történik tehát a bevonás, annál jelentősebb lesz a különbség a kimenetekben.

A bevonásnak a ciklus fázisai szerint többféle kombinációja lehetséges: lehet, hogy a problémadefinícióba és a megoldások kidolgozásába bevonják az érintetteket, de a végső döntést például az önkormányzati testület hozza meg. Vagy a döntést maga a közösség hozza meg, de a megvalósítás részleteiről a finanszírozó dönt. Az is előfordulhat, hogy a döntéshozók maguk valamilyen problémával fordulnak a közösséghez, vagyis ők hozzák a problémadefiníciót, ami- ben a közösség segítségét kéri.

A bevonás konkrét formája

A másik kulcskérdés, hogy pontosan milyen formában is történik a bevonás. Mint már jeleztük, számtalan részvételi módszer és technika ismert, és ezek között egészen lényeges különbségek is lehetnek. Ezekre később térünk ki részletesen. Itt mindössze annyit szögeznénk le, a folyamat kulcsa nem önmagában a lakosság „megkérdezése”, legalább ilyen fontos az, hogy az emberek egymás nézőpontját is megismerjék és véleményt cseréljenek, valamint az, hogy a bevonás mennyire formális, és mennyire jelent tényleges beleszólást.

A bevonás konkrét formája a legegyszerűbb módon való, egyszeri megkérdezéstől a rendszeres, közös csoportos munkáig terjedhet. Az irányított kérdőíves vagy személyes kikérdezésnél a részvételiség elvéhez közelebb álló eszköz a fókuszcsoport-logikájú, de még mindig irányított kikérdezés, aminek ugyan szintén az információszerzés az elsődleges (formális) célja, de már létrehoz valamilyen interakciót a megjelentek között pusztán azáltal is, hogy azok hallják egymást. A részvételiség kidolgozottabb formái azonban, és a továbbiakban jellemzően ezekről beszélünk majd, az érintettek különböző csoportjainak egyszeri vagy több alkalmas, esetleg rendszeres találkozási alapoz, ahol a találkozóknak képzett vezetői (facilitátorok) különféle módszerekkel érik el, hogy az emberek megosszák egymással gondolataikat, tapasztalataikat, és hogy ezek alapján valamilyen döntés irányában induljanak el. Az ördög itt is a részletekben rejlik: egy hagyományos „lakossági fórum”, ahol a résztvevők és a helyi, választott vagy kinevezett vezetők egymással szemben, mint egy hagyományos osztályteremben ülnek, és az interakció kimerül abban, hogy a résztvevők kérdéseket tesznek fel vagy

A bevonás konkrét formája a legegyszerűbb módon való, egyszeri megkérdezéstől a rendszeres, közös csoportos munkáig terjedhet. Az irányított kérdőíves vagy személyes kikérdezésnél a részvételiség elvéhez közelebb álló eszköz a fókuszcsoport-logikájú, de még mindig irányított kikérdezés, aminek ugyan szintén az információszerzés az elsődleges (formális) célja, de már létrehoz valamilyen interakciót a megjelentek között pusztán azáltal is, hogy azok hallják egymást. A részvételiség kidolgozottabb formái azonban, és a továbbiakban jellemzően ezekről beszélünk majd, az érintettek különböző csoportjainak egyszeri vagy több alkalmas, esetleg rendszeres találkozási alapoz, ahol a találkozóknak képzett vezetői (facilitátorok) különféle módszerekkel érik el, hogy az emberek megosszák egymással gondolataikat, tapasztalataikat, és hogy ezek alapján valamilyen döntés irányában induljanak el.

megfogalmaznak problémákat, és ezekre a vezetők válaszolnak, nem valósít feltétlenül meg tényleges részvételi folyamatot.

A 3. táblázat fogódzót nyújt abban, hogy a különböző eszközök elméletben milyen mélységben valósíthatják meg a bevonást:

3. táblázat. A bevonás eszközei és a bevonás mélysége

	A bevonás célja	Mi az, ami mellett a döntéshozó elköteleződik	Példák bevonási eszközre
Tájékoztatás	Kiegyensúlyozott és objektív tájékoztatást nyújtani a problémákról, alternatívákról, lehetőségekről, és/vagy a megoldásokról	„Tájékoztatni fogunk”	Tájékoztató füzetek Honlap Élő tájékoztatók
Konzultáció	Együttműködünk a lakossággal a folyamat során, hogy a közösségben felmerülő kételyeket és elképzeléseket következetesen megértsük és megfontoljuk	„Együtt fogunk működni veletek, hogy a fenntartásaitokat és elképzeléseiteket figyelembe vegyük, amikor a megoldási lehetőségeket kidolgozzuk, és visszajelzést adunk arról, hogy a hozzájárulásotok hogy befolyásolta a döntést”	Közmeghallgatás Konzultációs fókusz-csoport Kérdőív Lakossági fórum
Partnerség	Együttműködni a közösséggel a döntéshozatal minden dimenziójában, beleértve ebbe az alternatívák kidolgozását és a megoldás kiválasztását is	Tanácsot és innovatív ötleteket fogunk tőletek kérni a megoldások kialakításához, és a javaslataitokat a lehető legnagyobb mértékben beépítjük a döntéseinkbe	Műhelybeszélgetések (workshop) Deliberatív közvéleménykutatás
Delegálás	Meghatározott keretek között a közösség döntéseket hoz	Meghatározott kérdésekben felhatalmazunk benneteket arra, hogy döntést hozzatok, amit mi valósítunk meg.	Állampolgári tanácsadó bizottság Konszenzusépítő küldöttek (Consensus building Delegation) Részvételi döntéshozatal
Kontroll	A közösség kezébe kerül a végső döntések meghozatala	Megvalósítjuk, amit ti eldöntötök	Állampolgári tanács (Citizen Jury) Szavazás (Ballot) A döntéshozatal delegációja

Forrás: Tasmanian Government, é. n.

Összegzés

A tanulmányban bemutatott részvételi módszer elsősre szokatlannak tűnhet. De nem azért, mert nem találkozott volna még a részvételiség gondolatával valaki (még ha nem is nevezte így), hiszen nap mint nap hoz mindenki másokkal közösen őket együtt érintő ügyekben döntéseket. Váratlan inkább az lehet, hogy ugyanez „nagyban”, az intézményi, akár szakpolitikai döntéshozatal keretei között is működhet, és hogy használatos is. Világszerte számtalan helyen és területen alkalmazzák (a tanulmányban idézett irodalmakban sok példa olvasható), és Magyarországon is több helyen és területen megjelenik, elsősorban környezeti, vidékfejlesztési, településtervezési ügyekben (ld. pl. Kiss, 2012), és egyéb helyi kérdések esetében (lásd pl. a Fővárosi Önkormányzat, Budapest több kerülete, Miskolc, stb. által már több témában megrendezett közösségi gyűléseket és közösségi költségvetést). A részvételi módszertan nagy előnye, hogy mindenki számára rendelkezésre áll: tulajdonképpen az a feladat, hogy beszéljünk más emberekkel. Vannak ugyanakkor szakmai fogások, tudások, amik jelentősen javíthatják ezeknek a folyamatoknak a minőségét, de ma már képzések és irodalmak széles köre, továbbá erre képzett facilitátorok nyújtanak ezekben támogatást. A legfontosabb feltétel azonban a részvételi folyamatot kezdeményezők őszinte elkötelezettsége és nyitottsága: ahhoz, hogy a közösen létrehozott terv vagy program rendelkezzen az itt felsorolt előnyökkel, azt valóban közösen kell létrehozni.

Köszönetnyilvánítás, támogatás

A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Irodalom

- Abma, T., Lips, S. & Schrijver, J. (2020). Sowing Seeds to Harvest Healthier Adults: The Working Principles and Impact of Participatory Health Research with Children in a Primary School Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(451). DOI: 10.3390/ijerph17020451
- Allender, S., Orellana, L., Crooks, N., Bolton, K., Fraser, P., Dwright Brown, A., ... Strugnell, C. (2021). Four-Year Behavioral, Health-Related Quality of Life, and BMI Outcomes from a Cluster Randomized Whole of Systems Trial of Prevention Strategies for Childhood Obesity. *Obesity*, 29(6). DOI: 10.1002/oby.23130
- Bagnall, A.-M., Radley, D., Jones, R., Gately, P., Nobles, J., Van Dijk, M., ... Sahota, P. (2019). Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review. *BMC Public Health*, 19(1). DOI: 10.1186/s12889-018-6274-z
- Beierle, T. (1999). Using social goals to evaluate public participation in environmental decisions. *Policy Studies Review*, 16(3–4), 75–103. DOI: 10.1111/j.1541-1338.1999.tb00879.x
- Blowers, A., Boersema, J. & Martin, A. (2005). Experts, decision making and deliberative democracy. *Environmental Sciences*, 2(1), 1–3. DOI: 10.1080/15693430500111793
- Cornwall, A. (2008). Unpacking ‘Participation’: models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3). DOI: 10.1093/cdj/bsn010
- De Jong, M., Tjihuis, Y., Koelen, M., & Wagemakers, A. (2022). *Intersectoral collaboration in a Dutch community health promotion programme: building a coalition and networks*. Health Promotion International. DOI: 10.1093/heapro/daab207
- De Jong, M., Wagemakers, A. & Koelen, M. (2019). Study protocol: evaluation of a community health promotion program in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands using mixed methods and guided by action research. *BMC Public Health*, 19(72). DOI: 10.1186/s12889-019-6389-x

- Dorner, T., Nunes, L. & Zeegers Paget, D. (é. n.). E-Collection: Health promotion and the need for a multisectoral approach. *European Journal of Public Health*. https://academic.oup.com/eurpub/pages/health_promotion
- Haldane, V., Chuah, F., Srivastava, A., Singh, S., Koh, G., Seng, C. & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*, 14(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0216112
- Hargreaves Heap, S. (2004). A note on participatory decision-making and rationality. *Cambridge Journal of Economics*, 457–467. DOI: 10.1093/cje/28.3.457
- Harting, J., Kruihof, K., Ruijter, L. & Stronks, K. (2022). Participatory research in health promotion: a critical review and illustration of rationales. *Health Promotion International*, 37(2), ii7–ii20. DOI: 10.1093/heapro/daac016
- Kiss, G. (2012): A társadalmi részvétel tapasztalatai környezeti döntésekben Magyarországon. In M.-né Szerényi, Zs. & Podruzsik, Sz. (szerk): *Fenntartható fejlődés, élhető régió, élhető települési táj 2*. Budapesti Corvinus Egyetem.
- Koivusalo, M. (2010). The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4). DOI: 10.1136/jech.2009.102020
- Kollányi, Zs. & Várfi, M. (2021): Részvételi módszerek. In Pipicz, M., Terebessy, A. & Vitrai, J. (szerk.), Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló Partneri Együttműködés számára. *Egészségfejlesztés*, 62(1).
- Koppl, R. (2021). *Public health and expert failure*. Public Choice. DOI: 10.1007/s11127-021-00928-4
- Marent, B., Forster, R. & Nowak, P. (2012). Theorizing participation in health promotion: A literature review. *Social Theory & Health*, 188–207. DOI: 10.1057/sth.2012.2
- Mueller, B. (2020): Why public policies fail: Policymaking under complexity. *Economia*, 21(2), 311–323. DOI: 10.1016/j.econ.2019.11.002
- Pan Canadian Joint Consortium for School Health. (2010). Stakeholder Engagement for Improved School Policy: Development and Implementation. *Canadian Journal of Public Health*, 101(Supplement 2), S21–S24.
- Poletta, F. (2016). Participatory enthusiasms: a recent history of citizen engagement initiatives. *Journal of Civil Society*, 12(3), 231–246. DOI: 10.1080/17448689.2016.1213505
- Rifkin, S. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31–36. DOI: 10.1016/j.inhe.2009.02.001
- Sain, M. (2010). *Segédlet a közösségi tervezéshez*. VÁTI Nonprofit Kft.
- Simovska, V. (2011). Case Study of a Participatory Health-Promotion Intervention in School. *Democracy and Education*, 20(1), 1–10.
- Strobl, H., Ptack, K., Töpfer, C., Sygusch, R. & Tittlbach, S. (2020). Effects of a Participatory School-Based Intervention on Students' Health-Related Knowledge and Understanding. *Frontiers in Public Health*, 8(122). DOI: 10.3389/fpubh.2020.00122
- Surowiecki, J. (2007). *A tömegek bölcsessége*. Napvilág Kiadó.
- Szántó, R. (2012). Társadalmi részvétel Magyarországon – Siker vagy kudarc? *Kövász*, 33–53.
- Tasmanian Government (é. n.). *Your Care, Your Say: consumer, carer and community engagement A guide to engagement techniques*. Tasmanian Government Department of Health, https://www.dhhs.tas.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/76283/Toolkit_December_2010_finalised.pdf
- White, S. (2000). Depoliticising development: the uses and abuses of participation. In Pierce, J. (szerk.), *Development, NGOs, and civil society*. Oxfam GB.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. WHO.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO.
- WHO (2014). *Health in All Policies – Helsinki Statement – Framework for Country Action*. WHO.
- WHO (2016). *Flagship Report 2016 – Open Mindsets – Participatory Leadership for Health*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251458/9789241511360-eng.pdf;jsessionid=CB056037C069927B9E52F1C84EB47455?sequence=1>

Jegyzetek

- ¹ A tanulmány az *Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló Partneri Együttműködés számára* című kézikönyv *Részvételi módszerek* fejezetének (Kollányi és Várfi, 2021) átdolgozott, iskolai szintre aktualizált változata.
- ² A szerzők irodalomáttekintő cikkükben a népegészségügy területén megvalósuló akciókutatások eredményességének méréséről írnak, az általuk áttekintett beavatkozások azonban mind bevonáson alapulnak, vagyis leírásuk a részvételi módszerekre közvetlenül értelmezhető.

Absztrakt

A részvételi módszereket a világ számos pontján alkalmazzák egészségfejlesztési programok kidolgozásában. A módszer lényege, hogy egy program célcsoportját és más érintettjeit magukat is bevonják a program kidolgozásába, akár már a problémafelmérés fázisától. Az így kidolgozott programok realitásabb, pontosabb, a célcsoport valóságérzékelésének jobban megfelelő problémadefiníciókat, az ezekhez és a rendelkezésre álló erőforrásokhoz és korlátokhoz jobban illeszkedő beavatkozási irányokat alkalmaznak, és jelentősen növekedhet az érintettek elkötelezettsége a program, illetve a probléma leküzdése iránt. Azt, hogy az egészségi állapot számos tényező együttes hatása alakítja, ezért vele kapcsolatban nem csak az egészségügy és a népegészségügy, hanem további szektorok (az oktatás, a gazdaság, a szociális szféra, stb.) is kompetensek, nemzetközi szervezetek dokumentumai is rögzítik. Az érintettek bevonása nagyon különböző módokon, mélységben és formában történhet meg. Lehet a bevonás névleges, de lehet „transzformatív” vagy átfőmáló is, amelyben az érintettek a hatalom birtokosaivá is válnak az őket érintő kérdések viszonylatában. Megtörténhet a bevonás a helyzetértékelés, a problémadefiníció, a program kidolgozása, az implementáció és a hatások monitorozásának fázisában, vagy akár mindegyikben is; a formája a passzív kérdőíves véleményfelméréstől a mély interakciókra és közösségi folyamatok beindítására is alkalmas részvételi megbeszélésekig terjedhet.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, részvételi módszer, iskolai egészség, demokrácia