

# Raziskovanje in usmerjanje prikritega kurikuluma v zdravstvenovzgojnem delu

Znanstveni članek

UDK 613:37.016

**KLJUČNE BESEDE:** prikriti kurikulum, zdravstvenovzgojno delo, raziskovanje

**POVZETEK** - V prispevku predstavljamo konceptualne in metodološke značilnosti raziskovanja in usmerjanja prikritega kurikuluma na področju zdravstvenovzgojnega dela. Raziskovanje in usmerjanje prikritega kurikuluma je proces, v katerem ugotavljamo njegove dobre in slabe strani. Na podlagi vedno novih spoznanj ga nenehno izboljšujemo in usmerjamo. V empiričnem delu, ki je zasnovan kot študija primera, predstavljamo rezultate pregleda raziskav, ki so analizirani po načelih metasinteze. Na podlagi raziskovalnih ugotovitev razvijemo smernice za raziskovanje in usmerjanje prikritega kurikuluma, ki slonijo na postavkah akcijskega in evalvacijskega raziskovanja ter raziskovanja po metodi dekonstrukcije in redefinicije lastnega mišljenja in prepričanj, ki usmerjajo posameznikovo poklicno delovanje. Zanje predpostavljamo, da lahko pripomorejo k dvigu kakovosti zdravstvenovzgojnega dela zaposlenih v zdravstvenih institucijah.

Scientific article

UDC 613:37.016

**KEY WORDS:** hidden curriculum, health education work, research

**ABSTRACT** - The article presents some conceptual and methodological characteristics of researching and directing the hidden curriculum in the field of health education work. Researching and directing the hidden curriculum is an ongoing process in which we determine its positive and negative sides. This process is being continuously improved and directed on the basis of new findings. In the empirical part of the study, designed as a case study, we present the results of a review of the existing research, analysed according to the principles of meta-synthesis. Based on the research findings, we develop guidelines for researching and directing the hidden curriculum, which are grounded on action and evaluation research, as well as research according to the method of the deconstruction and redefinition of personal thinking and beliefs that guide the individual's professional activity. We assume that these guidelines can contribute to raising the quality of the health education work of employees in healthcare institutions.

## 1 Uvod

Za začetnika raziskovanja koncepta prikritega kurikuluma v šestdesetih letih velja Jackson (1968), čeprav se konceptualno preučevanje prikritega kurikuluma pripisuje že Deweyu (1916). Poleg njega sta bila med vidnejšimi začetnimi raziskovalci Apple (1992) in Gerbner (1974). Po mnenju slednjega se v vsaki instituciji z uradnim kurikulumom uresničuje tudi prikriti kurikulum, ki deluje tako, da se na osnovi skupnih institucionalnih načinov delovanja zdravstvenovzgojne institucije izoblikujejo določeni stereotipni načini socialnega vedenja in odzivanja, ki vplivajo na delovanje posameznika. Ob tem posebej izpostavi, da se prikriti kurikulum institucije povezuje tudi s prikritim kurikulumom določene družbe, ki vsebuje skupek veljavnih pravil, norm ali kulturnih vzorcev. Vsaka kultura, vsaka institucija pa teži k organizaciji spoznanj in k delovanju v skladu s socialnimi vzorci, ki determinirajo njegov obstoječi socialni red. Ker prikriti kurikulum v zdravstveno-vzgojnih praksah lahko zaseda tudi mesto ideološkega dejavnika, kjer se prisvajajo identitete simbolnega okvira socialnega

reda, je zelo pomembno, da se ga reflektira in strokovno ustrezno usmerja k doseganju čim višje ravni kakovosti zdravstvenovzgojnega dela (Kecmanović, 2004, 2011). V empiričnem delu, ki je zasnovan kot študija primera, predstavljamo rezultate pregleda raziskav, ki so analizirani po načelih metasinteze. Na podlagi ugotovitev razvijemo smernice za raziskovanje in usmerjanje prikritega kurikulumu, ki slonijo na postavkah akcijskega in evalvacijskega raziskovanja ter raziskovanja po metodi dekonstrukcije in redefinicije lastnega mišljenja in prepričanj, ki usmerjajo posameznikovo poklicno delovanje. Zanje predpostavljamo, da lahko pripomorejo k dvigu kakovosti zdravstveno-vzgojnega dela zaposlenih v zdravstvenih institucijah.

## **2 Raziskovanje in usmerjanje prikritega kurikulumu v zdravstveno vzgojnem delu**

Raziskovanje in usmerjanje prikritega kurikulumu je nepretrgan proces, v katerem iščemo njegove dobre in slabe strani. Na podlagi novih ugotovitev ga nenehno izboljšujemo in usmerjamo. Ob tem pa moramo vedeti, da prikriti kurikulum ni vedno negativen in je zaradi njega mogoče realizirati nekaj, kar sicer v osnovi ni predpisano z uradnimi dokumenti. Je pa res, da pri identifikaciji vseskozi težimo: (1) k identifikaciji tistih dejavnikov kakovostnega dela v oddelku, ki bi jih lahko prenesli v druge oddelke, (2) k razumevanju, kako se različni pristopi, postopki, metode, vsebine in oblike obnesejo v delovnem okolju, (3) k iskanju kakovosti in/ali učinkovitosti zdravstvenovzgojnega programa oz. prakse, (4) k identifikaciji spontanah, rutinskih dejavnosti in drugih pravil bivanja in delovanja v zdravstveni instituciji. Ker pa ni programa in prakse, ki ne bi vsebovala vrednot in prepričanj, prikrita kurikulumu ne moremo raziskovati in usmerjati ločeno od subjektivnih teorij (Jug Došler in sod., 2015a; Jug Došler in sod., 2015b).

Številni avtorji (Elfer in Wedge, 1996; Woodhead in Faulkner, 1999; Mac Naughton, 2005; Moss, 1994, 1996; Whitebread idr., 1996; Kroflič, 2002; Taylor idr., 2005; Smith idr., 2008; Kecmanović, 2004, 2011; Moss, Dillon in Statham, 2000; Nixon idr., 2013; Janssen idr., 2013; Shorey, 2013; Higashi idr., 2013; Mossop idr., 2013; Arons in Krabb, 2013; Roberts in Priest, 2010; Marjanovič Umek in Zupančič, 2004) navajajo, da prikriti kurikulum v zdravstvenovzgojnem in izobraževalnem delu določajo dejavniki, kot so: socialni odnosi; interakcija in komunikacija; socialno in čustveno odzivanje strokovnih delavcev na potrebe posameznikov in njihovo razumevanje individualnih razlik med njimi; socialno ozračje in klima v oddelku; poučevanje postopkov, pravil in principov, ki jih sodelavci hitro prevzemajo; skrita pričakovanja strokovnih delavcev in njihova osebnostna naravnost; posebni načini socializiranja in discipliniranja; strokovni delavci kot objekti identifikacije; delovni proces, vsebine, postopki in metode; spremljanje vzgojno-izobraževalnih in zdravstveno-vzgojnih učinkov in samoevalviranje pedagoške oz. zdravstvene prakse; prostori in okolje; dnevni red in organizacija časa; organizacija dela in menedžment znotraj zdravstvene institucije; svetovanje in strokovna podpora strokovnim delavcem; sodelovanje med

zaposlenimi pri načrtovanju, izvajanju in evalviranju zdravstvenovzgojnega dela; možnosti zaposlenih za nadaljnje izobraževanje; sodelovanje in timsko delo ipd. Če bi želeli naštetje dejavnike, ki so lahko sestavni del prikrita kurikuluma, sistematizirati in specificirati, jih glede na njihovo smer delovanja lahko razvrstimo v tri skupine, in sicer: (1) dejavniki, ki učinkujejo na proces dela in kakovost zdravstvenih storitev; (2) dejavniki, ki učinkujejo na proces organizacije in menedžmenta institucije; ter, (3) tisti, ki zaokrožajo poklicni razvoj in sodelovanje zaposlenih na mikro in makro nivoju.

Veliko dejavnikov prikrita kurikuluma pogosto izhaja iz posameznega strokovnega delavca in njegovih subjektivnih teorij, ki niso ustrezno reflektirane in strokovno utemeljene. Ob dejavniki prikrita kurikuluma je problematično, če le-ta ostaja prikrit prav z namenom manipuliranja, v ozadju katerega lahko stojijo različni prikriti interesi (King, 1986; Ginsburg, 1986; Moss, Dillon in Statham, 2000; Mac Naughton, 2005; Smith idr., 2008), kot npr. da zdravstvena institucija afirmira določene koncepte, ki služijo predvsem ideološkemu konceptu strokovnega dela oz. zdravstvene prakse (Mac Naughton, 2005; Mossop idr., 2013). Foucault (Mac Naughton, 2005) pojasnjuje, da prikriti kurikulum deluje na posameznike v kontekstu družbenega nadzora, norm in moči. Pravi, da ni statičen, saj se nenehno spreminja v poklicno socialnih interakcijah, kjer je odvisen od vrednotnih sistemov, prepričanj ter družbenozgodovinskih in kulturnih okoliščin, ki determinirajo posameznikov delovni prostor in njegovo poklicno delovanje. Zato je še toliko bolj pomembno, da je posameznik sposoben dekonstruirati, kritično analizirati in ustrezno usmerjati načine tako svojega kot institucionalnega ali morda politično in ideološko 'obarvanega' mišljenja in delovanja (Mac Naughton, 2005; Kecmanović, 2004; Higashi idr., 2013; Chretien, 2013). Tudi položaj, ki ga posameznik zaseda na delovnem mestu in v družbi nasploh, lahko vpliva na njegovo ravnanje in odzivanje, za katerega velja, da se vedno in povsod ne ujema povsem z njegovim dejanskim vedenjem, mišljenjem, prepričanjem in/ali stališčem (Howells, 1999; Breidenstein, 2002; Mac Naughton, 2005; Janssen idr., 2013; Higashi idr., 2013; Dweck idr., 1995; Turnšek, 2008). Pajares (1992) v zvezi s tem opozarja, da na človekovo objektivno znanje najpogosteje vplivajo ravno njegova prepričanja, ki lahko izkrivijo ali preoblikujejo celo njegov informacijski in miselni proces. Ta igra pomembno vlogo tudi pri prepoznavanju, percepciji in interpretaciji znanja, spretnosti in veščin, ko načrtujemo in odločamo o svojem poklicnem odzivanju (Sternberg, 1999; Norris, 2004; Katz, Sutherland in Earl, 2005; Mossop idr., 2013). Prikriti kurikulum pomembno določa zdravstvenovzgojni proces. Vpet je tako v oblastna razmerja in sociokulturni kontekst zdravstvene institucije, v kateri strokovni delavci delajo, kot tudi v njihovo osebno zgodovino življenjskih in profesionalnih spretnosti, veščin, izkušenj in znanja. Izkušnje starejših strokovnih delavcev močno vplivajo tudi na to, da se 'rutine prikrita kurikuluma' selijo v subjektivne teorije mlajših oz. na novo zaposlenih ljudi v zdravstveni instituciji. Dejavniki prikrita kurikuluma se pogosto nanašajo na elemente rutinskih dejavnosti, ki jih lahko favorizira posameznik in/ali institucija. Tudi večja strokovna avtonomija zaposlenih lahko predstavlja večjo nevarnost za dejavnike prikrita kurikuluma, saj se nanaša na proces dela, vsebine, postopke oz. metode ter organizacijo zdravstvenovzgojnega dela v zdravstvenih institucijah kot skupek postopkov in ritualov (Jug Došler s sod., 2015a). Pomembno ob tem pa je, ali ga je posameznik in/ali zdravstvena institucija zmožna prepoznati, reflektirati in v

danih (z)možnostih tudi spreminjati oz. usmerjati v pozitivni smeri kot dvig kakovosti zdravstvenovzgojnega dela. Tako je raziskovanje in usmerjanje prikrita kurikuluma predpogoj za dvig kakovosti zdravstveno-vzgojnega dela zaposlenih v zdravstvenih in izobraževalnih institucijah. V nadaljevanju pa na podlagi pregleda rezultatov raziskav prikrita kurikuluma predstavljamo nekatere nove konceptualne, metodološke in vsebinske smernice za njegovo raziskovanje in usmerjanje pri zdravstvenovzgojnem delu.

### 3 Metode

Glede na vsebinski kriterij je naša študija primera, ki temelji na pregledu znanstvene literature, edukacijska, saj teži k razumevanju zdravstvenovzgojne dejavnosti (Stenhouse, 1988). V njej se prepletata tako interpretativna kot kavzalna paradigma. Sklepanje poteka na osnovi analitične indukcije, v okviru katere smo preučevali, kako so posamezne lastnosti, procesi in/ali dejavnosti med seboj povezane ter v kakšnih odnosih ali razmerjih so (Yin, 2003; Vogrinc, 2008). Podatki so bili združeni in obdelani po načelih metasinteze analiziranih raziskav s kombinacijo različnih raziskovalnih metod: deskripcije, razvrščanja, kompilacije in komparacije. Analiza je bila izvedena po tipu vsebinske analize spoznanj izsledkov raziskav drugih raziskovalcev, objavljenih v revijah in zbranih s pomočjo navedenih podatkovnih baz glede na naše izbirne kriterije. Pregledane so bile baze podatkov: Google Scholar, Elsevier, Cochrane Library, EIFL Direct, MEDLINE, ScienceDirect, ProQuest, ERIC, MIDIRS, Embase in COBIB.SI ter združevalni iskalniki DiKUL in Athens. Izbor zadetkov v znanstvenih bazah je bil omejen na izbirne kriterije: dostopnost (z vidika dostopa celotnega besedila), znanstvenost (v pregled in analizo rezultatov smo vključili prispevke, ki so glede na tipologijo bili ali izvorni znanstveni ali pregledni znanstveni ali znanstvena monografija), vsebinska ustreznost (v analizo smo vključili literaturo in vire, ki so preučevali dejavnike prikrita kurikuluma v zdravstvenovzgojnem delu) in aktualnost vira (v raziskavo smo vključili vse relevantne vire, ki pomembno prispevajo k razvoju teorije prikrita kurikuluma v zdravstvenovzgojnem delu). Ključne besede, po katerih smo iskali literaturo in vire, so bile: *hidden curriculum*, *subjective views*, *quality of health education work*, *daily routine*, *educational process*. Raziskave niso bile časovno omejene, so pa bile ovrednotene glede na metodološko kakovost in analizirane glede na raziskovane parametre in rezultate. Za analizo so bile uporabljene presečne, longitudinalne, perspektivne in primerjalne raziskave. Pregled literature in rezultatov raziskav je trajal od septembra 2014 do junija 2016.

### 4 Rezultati

Raziskave smo ovrednotili glede na kakovost na osnovi štiristopenjske lestvice, oblikovane glede na vrsto raziskave in moč dokazov (Tabela 1). Raziskave označene z I. imajo najvišjo zanesljivost dokazov, najmanjšo pa imajo tiste, ki so označene s IV. (Eccles in Mason, 2001).

Tabela 1: Metodološko razvrščanje analiziranih študij (Eccles in Mason, 2001)

| Kategorija | Metodologija študije                                                                                                                                        |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I.         | Dokazi, dobljeni s sistematičnim pregledom metaanaliz iz randomiziranih kontrolnih raziskav ali vsaj ene randomizirane kontrolne raziskave.                 |
| II.        | Dokazi, dobljeni iz vsaj ene kontrolne raziskave brez randomizacije ali vsaj ene kvaziekperimentalne raziskave drugačnega tipa.                             |
| III.       | Dokazi, dobljeni s pomočjo neeksperimentalnih, opisnih oz. deskriptivnih raziskav, kot so primerjalne raziskave, študije primera in korelacijske raziskave. |
| IV.        | Dokazi, dobljeni iz poročil ekspertnih skupin oz. mnenje in/ali klinična/izobraževalna izkušnja spoštovane avtoritete.                                      |

Največ v raziskavo vključenih raziskav je bilo iz III. ( $n = 7$ ) in IV. kategorije ( $n = 4$ ), najmanj pa iz I. ( $n = 1$ ) in II. kategorije ( $n = 2$ ) (tabela 2). Glede na izbirne kriterije pa vseh raziskav oz. zadetkov zaradi pomanjkljivih podatkov ni bilo mogoče vključiti v nadaljnjo analizo.

Tabela 2: Ovrednotenje uporabljenih raziskav po štiristopenjski lestvici

| Avtor                 | Stopnja kakovosti raziskave | Vrsta metodologije | Tehnika zbiranja podatkov                                                   |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Apple (1992)          | I.                          | kombinirana        | raziskovalni dnevnik, intervju, opazovanje,                                 |
| Janssen idr. (2013)   | II.                         | kombinirana        | vprašalnik, intervju, opazovanje                                            |
| Mac Naughton (2005)   | II.                         | kombinirana        | dokumentacija primarnih in sekundarnih virov, etnografski zapis, opazovanje |
| Tuden idr. (2013)     | III.                        | kvalitativna       | dokumentacija primarnih in sekundarnih virov                                |
| Mossop idr. (2013)    | III.                        | kvalitativna       | fokusne skupine, vprašalnik                                                 |
| Kroflič (2002)        | III.                        | kvalitativna       | dokumentacija primarnih in sekundarnih virov, etnografski zapisi            |
| Taylor idr. (2005)    | III.                        | kvalitativna       | refleksije praks, skupinski sestanki, fokusne skupine                       |
| Higashi idr. (2013)   | III.                        | kvalitativna       | intervjuji                                                                  |
| Nixon idr. (2013)     | III.                        | kombinirana        | intervju, fokusne skupine, vprašalniki                                      |
| Arons in Krabb (2013) | III.                        | kvalitativna       | dokumentacija primarnih in sekundarnih virov                                |
| Turnšek (2008)        | IV.                         | kombinirana        | vprašalnik, intervju, opazovanje                                            |
| Katz idr. (2005)      | IV.                         | kombinirana        | dokumentacija primarnih in sekundarnih virov                                |
| Moore idr. (2012)     | IV.                         | kombinirana        | fokusne skupine, vprašalnik                                                 |
| Smith idr. (2008)     | IV.                         | kombinirana        | dokumentacija primarnih in sekundarnih virov, konzultacije                  |

Čeprav je primanjkovalo število randomiziranih in longitudinalnih raziskav, lahko na osnovi sistematičnega pregleda prispevkov s področja raziskovanja in usmerjanja dejavnikov prikritega kurikuluma zaključimo, da so raziskovalci v večini primerov

uporabili deskriptivno in kavzalno-neeksperimentalno empirično metodo, da so bile raziskave zasnovane na kvantitativni metodologiji, v katero so bili vključeni tudi elementi kvalitativnih raziskovalnih metod. Raziskovanje je večinoma potekalo na manjših vzorcih, zato so njihovi izsledki, ugotovitve in rezultati kontekstualno vezani na specifično raziskovalno okolje institucije. Tehnike zbiranja podatkov, ki so jih raziskovalci najpogosteje uporabili, so bile: anketa, opazovanje, intervju in analiza dokumentov (refleksivni dnevniki, etnografski zapisi, analiza zdravstvene dokumentacije itd.).

## 5 Razprava

Ugotovitve raziskav v Evropi in po svetu so pokazale, da raziskovanje in usmerjanje dejavnikov prikritega kurikulumu ni vezano na poenoteno raziskovalno metodologijo. To bi lahko pripisali dejstvu, da so institucije, znotraj katerih se odvija zdravstvenovzgojni proces v Evropi in po svetu zelo različne tako z vidika pravne ureditve, sistemskih, organizacijskih in vsebinskih rešitev kot tudi z vidika prevladujoče vloge, ki jo imajo: klinična in ali medicinska, zdravstveno-vzgojna in razvojna. To pomeni, da kakovosti zdravstvenovzgojnega dela v zvezi s prikritim kurikulumom ni mogoče preverjati z vidika enotnih standardov, ciljev in metod raziskovalnega dela (npr. Woodhead in Faulkner, 1999; Smith, 2008; Tuden idr., 2013; Higashi idr., 2013; Moore, Crozier in Kite, 2012; Jug Došler s sod., 2015b). Težava je tudi v tem, da ni enotnih konceptov prikritega kurikulumu in jasno definiranih vsebinsko-strukturnih področij, kjer bi ta v posamezni instituciji lahko bil prepoznan. Z vidika vsebinske strukturiranosti raziskovanja in usmerjanja dejavnikov prikritega kurikulumu pa smo na osnovi metasinteze analiziranih raziskav prišli do zaključka, da raziskave lahko delimo v štiri skupine:

Raziskave (npr. Apple, 1992; Mac Naughton, 2005; Turnšek, 2008; Tuden idr., 2013), ki so preučevale, kako preko prikritega kurikulumu na delovanje institucije in ravnanje zaposlenih vplivajo prevladujoče družbene ideologije. Tovrstnim raziskavam je skupna ugotovitev, da je družbena ideologija tista, ki se 'pretaka' v stališča in prepričanja zaposlenih in prikriti kurikulum usmerja v smer, ki se odmika od uradnega kurikulumu, uradnih dokumentov, strokovnih smernic in strokovne zakonodaje določene zdravstvene profesije.

Raziskave (Turnšek, 2008; Mossop idr., 2013; Higashi idr., 2013; Smith idr., 2008), ki so preučevale učinek širšega (socio)kulturnega okolja in drugih družbenozgodovinskih okoliščin na oblikovanje in usmerjenost prikritega kurikulumu. Skupna značilnost pri tovrstnih raziskavah je, da (socio)kulturni, organizacijski in družbenozgodovinski dejavniki prav tako determinirajo posameznikov družbeni prostor in usmerjajo njegovo poklicno delovanje.

Raziskave (npr. Kroflič, 2002; Taylor idr., 2005; Janssen idr., 2013; Katz idr., 2005; Nixon idr., 2013), ki so preučevale strukturna mesta, kjer lahko prepoznamo oz. izsledimo prikriti kurikulum. Raziskavam je skupno, da prikriti kurikulum lahko izsledimo na strukturnih mestih, kot so: proces dela, vsebine, organizacija in način izvedbe po-

sameznih dejavnosti oz. postopkov; organizacija, menedžment in oblikovanje dnevne rutine v instituciji; odnos, komunikacija in (socialna) interakcija ter načini socializiranja med zaposlenimi in med zaposlenimi ter ostalimi akterji v zdravstvenovzgojnem procesu; pričakovanja zaposlenih; razumevanje in odzivanje na individualne razlike in zmožnosti posameznikov ter realizacija možnosti izbire med zaposlenimi in ostalimi akterji v zdravstvenovzgojnem procesu.

Raziskave (npr. Mac Naughton, 2005; Moore idr., 2012; Arons in Krabb, 2013; Janssen idr., 2013), ki so bile zasnovane kot razvojno-akcijske raziskave, ki so se ob tem, kako na zdravstvenovzgojni proces vplivajo dejavniki prikritega kurikulumu ukvarjale tudi z njihovim sistematičnim spreminjanjem in usmerjanjem. Vrednost tovrstnih raziskav v kontekstu raziskovanja in usmerjanja prikritega kurikulumu vidimo v tem, da so razvojno-akcijske raziskave namenjene uvajanju novih in izboljševanju obstoječih načinov, programov, postopkov, metod dela ipd., in sicer na temelju znanstvenega raziskovanja na eni strani in praktičnih izkušenj na drugi, saj so namenjeni pridobivanju novih oz. posodabljanju obstoječih spoznanj o preučevanih pojavih, hkrati pa sledijo aplikativnim ciljem in namenom.

Na podlagi pregleda obstoječe literature in rezultatov raziskav smo dokazali, da je raziskovanje in usmerjanje prikritega kurikulumu v vzgojno-izobraževalnem in zdravstvenovzgojnem delu celosten proces, ki zadeva tako posameznika kot institucijo, v kateri je ta zaposlen. Razumevanje delovnega konteksta strokovnega delavca vključuje tudi njegovo subjektivno vedenje, katerega kritična analiza je pomembna metoda za njegovo ozaveščanje in doseganje ustrezne povezave med teorijo in prakso. Evalvacija, zlasti če temelji na triangulaciji virov in metod, zaposlenim omogoča oceniti razliko med načrtovanim in izvedenim zdravstvenovzgojnim delom. In ravno na tej relaciji dobimo uvid v prikriti kurikulum. Evalvacija, ki temelji na triangulaciji virov in metod, predstavlja zaposlenemu strategijo, preko katere se ta sooča z lastnimi subjektivnimi teorijami. Hermenevtično-dialektični krog v konstruktivistično-naturalistični evalvaciji pa v polju raziskovanja prikritega kurikulumu zaposlenim pomaga pri utrjevanju skupnih pogledov in strategij, ravnanja in odzivanja v skladu z dogovorjenimi protokoli, postopki in smernicami zdravstvenovzgojnega dela. V ozadju tega pa se odvija podoben proces, kot je formiranje utemeljene teorije.

Čeprav je naše raziskavo omejevalo predvsem pomanjkanje sorodnih empiričnih študij tako v slovenskem kot v mednarodnem prostoru, ki bi se poglobljeno ukvarjale s preučevanjem raziskovanja in usmerjanja dejavnikov prikritega kurikulumu v zdravstvenovzgojnem delu, so ugotovitve, ki jih v prispevku navajamo, pomembne zlasti z vidika podpore in izboljševanja kakovosti zdravstvenovzgojnega dela strokovnih delavcev. Zavedati se namreč moramo, da tudi raziskovanje in usmerjanje dejavnikov prikritega kurikulumu lahko pripomore k izboljšanju kakovosti zdravstvenih obravnav in izidov za paciente.

## 6 Zaključek

Pregled literature in predstavljenih rezultatov raziskav s področja vsebinske strukturiranosti, namena preučevanja in uporabljenega metodološkega pristopa nas je pripeljal do sklepne ugotovitve, da skoraj vse raziskave temeljijo na participatornem raziskovanju, v ozadju katerega je moč najti segmente akcijskega in/ali evalvacijskega raziskovanja ter raziskovanja po metodi dekonstrukcije in redefinicije lastnega mišljenja in prepričanj, ki usmerjajo posameznikovo poklicno delovanje na osnovi kritičnega ozaveščanja in refleksije. Rezultati tudi jasno kažejo na to, da dejavnikov prikritega kurikulumu ni mogoče odpravljati, temveč jih je treba strokovno ustrezno osmišljati in jih reflektirano umeščati v načrtovanje, izvajanje in evalviranje zdravstvenovzgojnega dela, in to najprej na ravni posamezne institucije. Kakovost zdravstvenovzgojnega dela z raziskovanjem in usmerjanjem prikritega kurikulumu je lahko zagotovljena in uspešna šele tedaj, ko izhaja neposredno iz prakse, s strani praktikov, ki poleg ustreznega znanja in védenja ob podpori strokovnjakov skozi procese spremljanja in refleksije evalvirajo zdravstvenovzgojni proces in sebe v njem. Od zunaj vnesene spremembe zdravstvene vzgoje zelo težko prodrejo v prakso tako posameznika kot zdravstvene institucije, če jim nasprotujejo institucionalne rutine in subjektivna stališča zaposlenih.

Anita Jug Došler, PhD

### **Researching and Directing the Hidden Curriculum in Health Education Work**

*The article presents some conceptual and methodological characteristics of researching and directing the hidden curriculum in the field of health education work. Researching and directing the hidden curriculum is an ongoing process in which we determine its positive and negative sides. This process is being continuously improved and directed on the basis of new findings. In the empirical part of the study, designed as a case study, we present the results of a review of the existing research, analysed according to the principles of meta-synthesis. Based on the research findings, we develop guidelines for researching and directing the hidden curriculum, which are grounded on action and evaluation research, as well as research according to the method of the deconstruction and redefinition of personal thinking and beliefs that guide the individual's professional activity. We assume that these guidelines can contribute to raising the quality of the health education work of employees in healthcare institutions.*

*The hidden curriculum has always been interesting for health politics and different health ideologies; tendencies to instrumentalise and misuse it for purposes that are (not) health-educational have always been present. The authors see such invasion of health ideological elements as happening through the implicit learning of rules,*

content, values and norms, the organisation and manner of learning, learning forms and methods of work, learning social roles, rituals and daily routines, hidden expectations, etc. A great many factors of the hidden curriculum originate in each individual's professional activity and their subjective theories that are not adequately reflected upon or expertly substantiated. The hidden curriculum is importantly defined by the factors relating to health education work at all three quality levels: process, structural and indirect levels. The following factors importantly define the hidden curriculum at the quality process level: social relationships, the interaction and communication; social and emotional responses to patient's needs and their understanding of individual differences among them; the social atmosphere in groups of employees; working rules and principles that are quickly adopted; hidden health-educational expectations; personal orientation of employees; their knowledge; special ways of professional socialising, daily routines and so on. At the structural level of quality, the hidden curriculum is importantly defined by factors such as the space where employees work; daily timetables, time and work organisation in healthcare institutions, etc. At the indirect level of quality, the hidden curriculum is defined by these factors: counselling and expert support provided to employees; the cooperation between employees and their leaders; the possibilities of employees for further training and education; co-operation and teamwork in healthcare institutions, etc. It is particularly problematic if the hidden curriculum remains hidden precisely because of manipulative intentions, based on either health political and technological or academic interests, trying to preserve the existing social ideologies or developmentality. It is, therefore, even more important for each employee to be capable of deconstructing, critically analysing, and suitably directing the ways of (their own, as well as institutional or politically and ideologically "tainted") thinking and acting. The experiences of older employees have a significant impact on the "routines of the hidden curriculum" as they become part of the subjective theories of younger or recently employed people. Education quality through researching and directing the hidden curriculum can be guaranteed only when it starts directly from practice, from practitioners who – in addition to adequate knowledge and the help of experts – evaluate the professional activity and process, for themselves and patient participating in the process, using the processes of monitoring and reflection. For researching and directing the hidden curriculum we can use the process of reflection and analysis, the action deepening of professional intervention, as well as different application approaches in health education work, research methods and techniques such as: observations with discussions and consultations, interpretations of good and less good professional practices, the analysis of ethnographic notes with discussions, health expert-led reflections, discussions with the elements of core reflection, documentation analysis, project work, combining different research methods, procedures and techniques, collecting different data, observing employees during their direct work with immediate discussions or consultations with each individuals, collective interpretations of adequate and inadequate professional practices, concrete interactions and observations among the patients, and so on. We can "catch" the hidden curriculum in certain stages of professional work of employees in healthcare institutions through their daily activities based on the process of facing the

employees with and making them aware of their own concepts, which are the basis for their professional functioning. The findings of research in Europe and throughout the world show that researching and directing the factors of the hidden curriculum is not linked to a unified research methodology. This could be attributed to the fact that institutions within which the health education process takes place in Europe and throughout the world are very different, both from the perspective of legal regulation, systemic and content solutions, as well as from the perspective of the prevailing role of institutions: clinical, educational and developmental. This means that the concept of quality health education work in connection with the hidden curriculum cannot be established and verified from the perspective of unified standards, goals and research methods. The problem also lies in the fact that there are no unified concepts of the hidden curriculum, nor are there clearly defined content-structural fields in which the hidden curriculum could be recognised in a particular institution. From the perspective of content structuring, and how the factors of the hidden curriculum are directed, the studies can be divided into four groups:

Studies investigating how the prevailing social ideologies have influenced the operation of institutions and the behaviours of employees through subjective views and the hidden curriculum. Common to this kind of study is the conclusion that social ideology is 'transferred' to the subjective theories of employees, directing the hidden curriculum towards a shift away from the official curriculum, official documents, guidelines, and legislation of profession.

Studies investigating the effect of the broader (socio)cultural, environment and other socio-historical circumstances on the formation of directing the hidden curriculum. The common characteristic recognised in these studies is that (socio)cultural, organisational and socio-historical factors determine both the individual's social space and direct their professional operation.

Studies investigating structural locations where the hidden curriculum can be recognised or traced. Common to these studies is the fact that the hidden curriculum can be found at structural locations such as: the work process, content, organisation and way of organising individual activities or procedures; the organisation and creation of daily routine in healthcare institution; the relationship, communication and social interaction, as well as ways of socialising and disciplining, both between employees and between employees and other actors in health education process.

Studies designed as developmental-action research that, in addition to investigating how the factors of the hidden curriculum influence the health education process, also deal with their systematic modification and directing (the central goal of this kind of research is changing the hidden curriculum). Within the context of researching and directing the hidden curriculum, the value of this kind of study is seen in the focus on introducing new practices, programmes, procedures, work methods, etc., and improving the existing ones. This is undertaken on the basis of scientific research, on the one hand, and practical experience, on the other; as these studies serve as the achievement of new findings, or as update of the existing findings regarding the phenomena studied, while at the same time following applicative goals and purposes.

*According to the literature overview and the results of our research, we can conclude that the findings of our study have contributed to an increased awareness of the importance of researching and directing the factors of the hidden curriculum. A review of the literature and the presented results of the studies from the perspective of content structuring, research aims and the employed methodological approach has led to a conclusion that almost all of the studies are based on participatory research, in the background of which the following segments can be traced: action and/or evaluation research, as well as research following the method of the deconstruction and redefinition of personal thinking and beliefs that direct the individual's professional operation on the basis of processes of critical awareness and reflection. The results also clearly show that the factors of the hidden curriculum cannot be eliminated; instead, it is necessary to imbue them with meaning in a professionally appropriate way, embedding them in the planning, execution and evaluation of education or health education work, primarily on the level of the individual institution. The quality of health education work, including researching and directing the hidden curriculum, can only be ensured when it is derived directly from practice, from practitioners who, in addition to possessing the appropriate knowledge and behaviours, evaluate the education and health education process and their role in it with professional support and through processes of monitoring and reflection; however, this is very difficult if these changes are opposed by the institutional routine and subjective viewpoints of employees.*

## LITERATURA

1. Apple, W. M. (1992). Šola, učitelj in oblast. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
2. Arons, M. A. and Krabbe, F. P. (2013). Probabilistic choice models in health-state valuation research: background, theories, assumptions and applications. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 13, št. 1, str. 93–108.
3. Breidenstein, A. (2002). Researching teaching, researching self: qualitative research and beginning teacher development. *The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas*, 75, št. 6, str. 314–318.
4. Chretien, C. K. (2013). Teaching and learning moments: the other hidden curriculum. *Acad Med*, 288, št. 2, str. 289.
5. Dewey, J. (1916). *Democracy and education: an introduction to the philosophy of education*. New York: Macmillan.
6. Dweck, S. C., Chiu, C. and Hong, Y. (1995). Implicit theories: elaboration and extension of the model. *Psychological Inquiry*, 6, št. 4, str. 322–333.
7. Eccles, M. and Mason, J. (2001). How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess* 5, št. 16, str. 14–26.
8. Elfer, P. and Wedge, D. (1996). Defining, measuring and supporting quality. V: Gillian, P. (ur.). *Working Collaboratively for Children*. London: Children's Bureau.
9. Gerbner, G. (1974). Teacher image and the hidden curriculum. *The American Scholar*, 42, št. 1972–1973, str. 66–91.
10. Ginsburg, B. M. (1986). Reproduction, contradictions, and conceptions of curriculum in preservice teacher education. *Curriculum Inquiry*, 16, št. 3, str. 283–309.
11. Higashi, T. R., Tillack, A., Steinman, A. M., Johnston, C. B. and Harper, G. M. (2013). The 'worthy' patient: rethinking the 'hidden curriculum' in medical education. *Anthropol Med*, 20, št. 1, str. 13–23.

12. Howells, C. (1999). *Deconstruction from phenomenology to ethics*. Cambridge: Polity Press.
13. Jackson, P. (1968). *Life in classrooms*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
14. Janssen, J., Hale, L., Mirfin-Veitch, B. and Harland, T. (2013). Building the research capacity of clinical physical therapists using a participatory action research approach. *Phys Ther*, 93, št. 7, str. 923–934.
15. Jug Došler, A., Mivšek, A. P., Petročnik, P. in Škodič Zakšek, T. (2015a). Subjektivne teorije in stališča kot kazalnika procesne ravni kakovosti v zdravstvu in socialnem delu. *Socialno delo*, 54, št. 6, str. 329–340.
16. Jug Došler, A., Skubic, M. in Petročnik, P. (2015b). Raziskovanje lastne prakse kot dejavnika profesionalnega razvoja babic in medicinskih sester. *Andragoška spoznanja*, 21, št. 1, str. 81–92.
17. Katz, S., Sutherland, S. and Earl, L. (2005). Towards an evaluation habit of mind: Mapping the journey. *Teachers College Record*, 107, št. 10, str. 2326–2350.
18. Kecmanović, D. (2004). *Racionalno i iracionalno u nacionalizmu*. Beograd: Krug.
19. Kecmanović, D. (2011). Conceptual discord in psychiatry: Origin, implications and failed attempts to resolve it. *Psychiatra Danubina*, 23, št. 3, str. 210–222.
20. King, N. (1986). Recontextualizing the Curriculum. *Theory into Practice*, 25, št. 1, 36–40.
21. Kroflič, R. (2002). *Izbrani pedagoški spisi*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
22. Mac Naughton, G. (2005). *Doing Foucault in Early Childhood Studies. Applying poststructural ideas*. London, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
23. Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (2004). *Razvojna psihologija. Razprave Filozofske fakultete*. Ljubljana: Rokus.
24. Moore, J., Crozier, K. and Kite, K. (2012). An action research approach for developing research and innovation in nursing and midwifery practice: building research capacity in one NHS foundation trust. *Nurse Educ Today*, 32, št. 1, str. 39–45.
25. Moss, P. (1994). The early childhood league in Europe. Problems and possibilities in cross-national comparisons of levels of provision. *European Early Childhood Educational Research Journal*, 2, št. 2, str. 5–19.
26. Moss, P. (1996). Defining objectives in early childhood services. *European Early Childhood Educational Research Journal*, 4, št. 1, str. 17–31.
27. Moss, P., Dillon, J. and Statham, J. (2000). The “child in need” and “rich child”: discourses, constructions and practice. *Critical Social Policy*, 20, št. 2, str. 233–254.
28. Mossop, L., Dennick, R., Hammond, R. and Robbé, I. (2013). Analysing the hidden curriculum: use of a cultural web. *Med Educ*, 47, št. 2, str. 134–143.
29. Nixon, E., Young, S., Sellick, V. and Wright, K. (2013). An innovative approach to facilitating nursing research. *Br J Nurs*, 22, št. 3, str. 160–167.
30. Norris, C. (2004). *Deconstruction*. London, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
31. Pajares, F. (1992). Teachers' beliefs and educational research, cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62, št. 3, str. 307–332.
32. Roberts, P. and Priest, H. (2010). *Health research: a textbook for students and practitioners*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
33. Shorey, M. J. (2013). Signal versus noise on the wards: what “messages” from the hidden curriculum do medical students perceive to be importantly meaningful?. *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 124, št. 1, str. 36–45.
34. Smith, E., Ross, F., Donovan, S., Manthorpe, J., Brearley, S., Sitzia, J. and Beresford, P. (2008). Service user involvement in nursing, midwifery and health visiting research: a review of evidence and practice. *Int J Nurs Stud*, 45, št. 2, str. 298–315.
35. Stenhouse, L. (1988). *Case study methods*. V: John, P. K. (ur.). *Educational research, methodology and measurement: an international handbook*. Sydney: Pergamon Press.
36. Sternberg, J. R. (1999). *Tacit knowledge in professional practice: researcher and practitioner perspectives*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
37. Taylor, B., Edwards, P., Holroyd, B., Unwin, A. and Rowley, J. (2005). Assertiveness in nursing practice: an action research and reflection project. *Contemp Nurse*, 20, št. 2, str. 234–247.

38. Tuden, D., Gidora, H., Quick, D. P., Ebdon, N., Glover, K., Harmer, S., Miller, W., Taylor, M. and Borycki, E. M. (2013). Developing a strategy for studying critical thinking in a nurse telehealth setting: a participatory approach. *Stud Health Technol Inform*, 183, št. 1, str. 68–73.
39. Turnšek, N. (2008). *Subjektivne teorije o otroštvu in vzgoji*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta UL.
40. Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
41. Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage.
42. Whitebread, D. (1996). *Teaching and learning in the early years*. London: Routledge.
43. Woodhead, M. and Faulkner, D. (1999). *Making sense of social development*. London: Routledge.