

Penekanan Interaksi dalam Komunikasi Sepanjang Pembelajaran di Hospital

Nor Shela Saleh*, Hashim Fauzy Yaacob

Department of Human Resource Development Faculty of Management, University Teknologi Malaysia, 81310 UTM Johor Bahru, Johor, Malaysia

*Corresponding author: shela_saleh87@yahoo.com.my

Abstract

This study aims to identify the level of trainee doctors communication competence, the effect of Kolb's learning theory applications to trainee doctors communication competence. In addition, the researchers also identify the phase in Kolb's learning theory is the most dominant impact on trainee doctors communication competence during housemanship. Respondents of this research were 102 trainee doctors at a hospital in Johor Bahru. Data were collected using a survey questionnaire has three parts, A, B, and C. Each section includes demographic factors, phases of learning and competence. This study uses trainee doctor communication competence as the dependent variable and the theory of Kolb's learning phase as the dependent variable. The collected data was then analyzed using descriptive statistics (mean, frequency, percentage) and inferential statistics (pearson correlation and multiple regression). The findings showed that the level of communication competency is moderate. Next, the analysis of the correlation test showed all phases of learning has a positive relationship with competence. Meanwhile multiple regression test showed conceptual phase has the highest β value and this proves that the phase of the highest contribution to competency of trainee doctors during housemanship.

Keywords: Communication competence; trainee doctors; housemanship; Kolb learning theory; learning phase

Abstrak

Kajian ini bertujuan mengenal pasti tahap kompetensi komunikasi doktor pelatih, kesan aplikasi teori pembelajaran Kolb terhadap kompetensi komunikasi doktor pelatih. Selain itu, pengkaji juga mengenal pasti tentang fasa dalam teori pembelajaran Kolb yang paling dominan memberi kesan terhadap kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*. Responden kajian ini adalah seramai 102 orang doktor pelatih di sebuah hospital Johor Bahru. Data dikumpul dengan menggunakan tinjauan borang soal selidik yang mempunyai tiga bahagian iaitu bahagian A, B, dan C. Setiap bahagian merangkumi faktor demografi, fasa pembelajaran dan kompetensi. Kajian ini menggunakan kompetensi komunikasi doktor pelatih sebagai pemboleh ubah tidak bersandar manakala fasa pembelajaran teori Kolb sebagai pemboleh ubah bersandar. Data yang dikumpul kemudian telah dianalisis dengan menggunakan statistik deskriptif (min, kekerapan, peratus) dan statistik inferensi (korelasi pearson dan regresi berganda). Hasil dapatan kajian menunjukkan tahap kompetensi komunikasi berada pada tahap sederhana. Seterusnya, hasil analisis ujian korelasi menunjukkan semua fasa pembelajaran mempunyai hubungan positif dengan kompetensi. Sementara itu ujian regresi berganda menunjukkan fasa konseptual mempunyai nilai β paling tinggi dan ini membuktikan bahawa fasa tersebut memberikan sumbangan yang tertinggi terhadap kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*.

Kata Kunci: Kompetensi komunikasi; doktor pelatih; *housemanship*; teori pembelajaran Kolb; fasa pembelajaran

© 2014 Penerbit UTM Press. All rights reserved

1.0 PENGENALAN

Kompetensi komunikasi merupakan kebolehan dalam berinteraksi yang dimiliki oleh individu semasa menjelaskan prosedur tugas atau pekerjaan supaya dapat disampaikan kepada sasaran individu (Rylatt & Lohan 1995). Ini bermakna, seseorang dikatakan tidak mempunyai kompetensi komunikasi jika gagal menyampaikan mesej dan menjelaskan tugas atau pekerjaan kepada sasaran individu (McClelland 1973). Sehubungan dengan itu, Goldhaber (1993) mencadangkan supaya penerapan amalan komunikasi dalam meningkatkan kompetensi akan menjadi realiti jika sesebuah organisasi telus dalam berinteraksi dalam menyalurkan maklumat dan mesej. Justeru, perilaku membisu dalam menyembunyikan maklumat tidak sewajarnya dilakukan. Ini kerana ia hanya akan menjejaskan produktiviti dan aktiviti dalam organisasi.

Masalah ketidaktelusan pekerja dalam berkomunikasi boleh menyebabkan komunikasi tidak berkesan. Istilah yang biasa diguna pakai pada zaman kajian awalan perilaku membisu oleh ahli-ahli psikologi pada tahun 70-an adalah *mum effect* (Rosen & Tesser 1970). Menurut Conlee dan Tesser (1973), identifikasi perilaku membisu merupakan keengganan individu dalam menyampaikan maklumat negatif kerana tidak mahu dikaitkan sebagai penyampai maklumat buruk dalam organisasi. Kajian- kajian lain banyak membuktikan ramai

pekerja yang enggan menyampaikan maklumat berkaitan prestasi organisasi terhadap pihak atasan atas faktor ketidakselesaian untuk berkomunikasi perkara negatif dengan pihak atasan (Morrison & Milliken 2003; Milliken, Morrison & Hewlin 2003; Vacola & Bouradas 2005 dan Tangirala & Ramanujam 2008).

van Dyne, Ang dan Botera (2003) serta Gildea (1981) mengemukakan pandangan bahawa perilaku membisu menyebabkan pekerja tidak mendapatkan maklumat dengan jelas dan menyeluruh. Kenyataan ini disokong oleh Pace (1983) bahawa halangan utama dalam berkomunikasi adalah apabila maklumat yang diperolehi adalah tidak jelas dan kabur. Oleh itu, Sherwood (1985) menegaskan bahawa pengurus perlu memberikan maklumat yang telus kepada pekerja. Ini adalah untuk memastikan semua sistem pengurusan bergerak dan berjalan lancar (Urwick & Dale 1960).

Secara umumnya kajian ini bertujuan untuk menguji tahap kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*. Penerapan dan garapan aplikasi teori Kolb (1984) yang mengemukakan empat fasa pembelajaran akan memperincikan secara mendalam sejauhmana teori tersebut mempengaruhi kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*. Walaubagaimanapun, berdasarkan hujah-hujah dan premis kajian lepas jelas menunjukkan teori Kolb (1984) sebenarnya telah dibuktikan secara empirikal dalam pelbagai bidang, namun tumpuan kajian utama adalah berlandaskan pembelajaran. Justeru, pengkaji cuba menerapkan pembelajaran secara komunikasi yang diaplikasikan semasa *housemanship* dalam menguji pengaruh dan kesan teori tersebut terhadap doktor pelatih.

■2.0 TEORI PEMBELAJARAN KOLB

Menurut Kolb dan Fry (1975), teori Kolb merupakan gabungan fasa-fasa yang sentiasa berputar dan berpusing. Secara tidak langsung, ia dikatakan sentiasa mengubah fenomena untuk menjadi lebih baik kerana eksperimentasi yang baru dilakukan berdasarkan kepada pengalaman dan pemerhatian serta pembinaan konseptual (Kolb 1984). Teori yang mempunyai empat fasa ini disokong oleh Mumford (1996) iaitu gabungan pengalaman, pemerhatian, konseptual dan eksperimentasi merupakan gabungan yang baik dalam pelbagai bidang. Ini terbukti apabila kajian Kolb telah digunakan dalam pelbagai bidang kajian sama ada dalam mahupun luar negara. Misalnya kajian dalam negara yang menggunakan teori Kolb adalah bidang Perakaunan (Rohaila *et al.* 2007), Pendidikan Biologi (Norasmah & Siti Rashidah 2004), Pendidikan Kimia (Lee 2002), Sains Politik (Cherry 1990), bidang Perubatan (Davis 1998) dan bidang Keusahawanan (Norasmah 2003).

Kepelbagaian latar belakang kajian yang menggunakan teori Kolb telah menunjukkan teori ini bukan sahaja bersifat fleksibel dalam pelbagai bidang kajian malahan dapat digunakan dalam pelbagai latar belakang responden sama ada dalam bidang pendidikan, perubatan, politik mahupun keusahawanan. Pengkaji akan melihat keberkesanan teori Kolb terhadap kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*. Hal ini kerana teori Kolb banyak digunakan sebagai model asas pengajaran dalam bidang perubatan tetapi kajian empirikal berhubung kompetensi komunikasi doktor pelatih berasaskan model pembelajaran ini masih lagi kurang khususnya di Malaysia.

Pendekatan pembelajaran Kolb merupakan gabungan yang baik dalam meningkatkan interaksi sosial antara doktor pelatih dengan pesakit kerana ia dapat memberikan suasana baru berasaskan pengalaman lepas (Clucas & Claire 2011). Secara tidak langsung pengalaman serta pemerhatian dapat menjadikan doktor pelatih lebih optimal dalam melaksanakan tanggungjawab (Ong, De Haes, Hoos & Lammes 1995). Ini kerana berdasarkan kepada pengalaman dan pemerhatian doktor pelatih dapat membentuk nilai diri yang lebih baik (Balint 1976) misalnya bersama pesakit semasa menjalankan diagnosis dalam komunikasi dua hala (Parse 2006). Kajian kualitatif juga membuktikan bahawa, pengalaman merupakan aset penting dalam menjadikan doktor pelatih kompeten dalam komunikasi (Matthews & Callister 2004). Begitu juga dengan kajian kuantitatif turut menunjukkan pengalaman dan pemerhatian dapat memupuk konsep pemikiran dan eksperimentasi baik doktor pelatih dalam berkomunikasi (Blanchard & Lurie 2004).

Dalam kajian ini, aplikasi teori Kolb akan melihat keempat-empat fasa digunakan dalam kompetensi komunikasi doktor pelatih. Berdasarkan kepada kepelbagaian fasa dalam pelbagai bidang, Kolb (1984) menegaskan bahawa keempat-empat gabungan fasa ini merupakan gabungan efektif dalam membentuk kompetensi dan prestasi. Pengkaji pula melihat kompetensi komunikasi yang dikaitkan dalam teori Kolb. Ini adalah bagi memastikan proses komunikasi doktor pelatih berkesan dan menjadi positif melalui pengalaman (Kunda 1999) serta mendapatkan perkongsian maklumat antara doktor pelatih dengan pesakit secara positif (Swann 1990). Malahan, pemerhatian turut menjadi cara untuk doktor pelatih menjadi lebih baik dalam berkomunikasi apabila pemerhatian lepas menunjukkan komunikasi adalah negatif, maka doktor pelatih akan cuba menjadikan komunikasi positif pada masa seterusnya (Stewart 1995) khususnya untuk memastikan pesakit sentiasa memberikan maklumat yang tepat dan benar (Purnell 1999). Secara tidak langsung, ia akan memberikan pengetahuan baru dan konsep serta teori pemikiran kepada doktor pelatih melalui tingkah laku pesakit semasa berkomunikasi (Jones 2002 dan Purnell 1999), dapatan maklumat semasa komunikasi (Kelly & True 1980), mendengar luahan pesakit (Jones 2002) dan maklumat daripada individu lain (Beach, Roter, Wang, Duggan & Cooper 2006).

Dalam pendekatan komunikasi berasaskan teori Kolb melalui pengalaman akan membolehkan doktor pelatih untuk melibatkan diri dalam komunikasi secara aktif serta berfikiran terbuka (Sheehan & Kearns 1995). Manakala menurut Wu dan Lanclous (2011) pula, fasa pemerhatian melibatkan doktor pelatih untuk melihat tingkah laku interaksi doktor lain semasa bersama pesakit dan seterusnya akan mengambil inisiatif serta membuat aplikasi dalam komunikasi seterusnya. Tindakan dan praktikal dalam fasa konseptual yang melibatkan kefahaman menyebabkan doktor pelatih untuk mengetahui beberapa pendekatan yang terbaik dalam menggunakan komunikasi semasa bersama pesakit (Zubeer 2002). Akhirnya, eksperimentasi komunikasi akan dilakukan bagi meningkatkan komunikasi dan interaksi serta mengurangkan kesilapan semasa diagnosis (Lange & Pugh 1997).

Justeru itu, pengkaji menerapkan aplikasi teori Kolb dalam kajian. Kompetensi komunikasi juga merupakan kompetensi yang harus dipelajari (Woodhead *et al.* 2000). Teori Kolb merupakan gabungan aplikasi empat fasa yang sesuai digunakan dalam memantapkan komunikasi individu pekerja. Menurut Kolb (1984), teori ini dikemukakan dengan empat fasa iaitu fasa pengalaman, fasa pemerhatian, fasa konseptual dan fasa eksperimentasi dan teori ini sebenarnya menjurus kearah sebuah pembelajaran berasaskan pengalaman (Kolb 1976). Sehubungan dengan itu, kesemua fasa akan melihat tahap kompetensi komunikasi dapat menerima implikasi daripada fasa dalam teori Kolb (Enggan & Kauchak 1996).

■3.0 KOMPETENSI KOMUNIKASI

Kepentingan komunikasi sememangnya dikenali sebagai tunjang utama dalam pengurusan organisasi. Tanpa kewujudan komunikasi, sesebuah organisasi tidak mampu mencapai pelbagai objektif dan matlamatnya. Peranan komunikasi menjadi perantara dan pencetus kepada idea melalui pertuturan dan persembahan semasa pembentangan kertas kerja sememangnya tidak dapat dipertikaikan. Menurut Goldhaber (1993), komunikasi merupakan aspek yang penting dalam membentuk pertukaran mesej dalam kalangan pekerja. Malahan komunikasi boleh meningkatkan hubungan antara manusia (Youdale 1991). Dalam kajian ini, kompetensi komunikasi amat penting kerana doktor pelatih sememangnya sentiasa akan berkomunikasi dan berinteraksi bersama pegawai atasan, doktor lain dan juga paling penting bersama pesakit (Whetten & Cameron 1991). Sistem komunikasi pesakit dengan doktor yang tidak berkesan boleh menyebabkan teretusnya rasa tidak puas hati dikalangan pesakit (Abdul Majeed, Habib & Rafiqul 2011). Selain itu, kajian Mazzi (2008) mendapati bahawa komunikasi efektif antara doktor dengan pesakit adalah disebabkan oleh cara seseorang doktor meyakinkan pesakit dan memahami masalah pesakit.

Seseorang doktor pelatih perlu menguasai kemahiran komunikasi dalam menjalankan diagnosis keatas pesakit dan kemahiran mendengar pandangan doktor lain. Ini kerana doktor pelatih sentiasa berinteraksi dengan pesakit dalam melakukan diagnosis sebelum menjalankan rawatan. Menurut Chassin dan Becher (2002), kesilapan dalam diagnosis boleh menyebabkan kesilapan dalam rawatan. Pandangan ini disokong oleh Lingard (2004) dan Reader *et al.* (2007) iaitu penguasaan kemahiran adalah untuk menilai sejauhmana tahap kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa menjalankan tugas keatas pesakit. Justeru itu, Sox (2007) menyatakan supaya doktor pelatih bijak memilih cara dalam komunikasi bersama pesakit. Walaubagaimanapun, doktor perlu mencetuskan suasana yang selesa supaya pesakit berasa bebas berkomunikasi tanpa sebarang jurang dan perasaan rendah diri terhadap doktor bagi memudahkan maklumat pesakit diperolehi dengan tepat (Al Klalid 2010).

Menurut Ong *et al.* (2005) kemahiran komunikasi merupakan perkara yang penting bagi doktor pelatih kerana ia sangat mempengaruhi proses interaksi dalam memberikan rawatan kepada pesakit. Ini kerana menurut Robbin (1993) keberkesanan dalam komunikasi akan meningkatkan kompetensi dalam pengetahuan dan kemahiran. Oleh itu, seorang doktor pelatih perlu menguasai teori dan konsep yang berkaitan dengan komunikasi kesihatan (Kaufman *et al.* 2000). Buktinya, sejak 30 tahun yang lalu, kajian latihan komunikasi doktor pelatih dilakukan kerana ia merupakan kompetensi yang penting dalam melahirkan doktor yang kompeten (Fallowfield *et al.* 2002; Humphris & Kaney 2001 dan Rutter & Maguire 1976). Kajian yang dijalankan oleh Boon dan Van Der Klink (2001) serta Garavan dan Mc Guire (2001) mendapati bahawa komunikasi yang berkesan menjadikan ahli perubatan menjadi kompeten dalam menjalankan tugas.

Kemahiran mendengar juga merupakan kemahiran yang sangat penting bagi memastikan proses komunikasi berkesan. Ini kerana mendengar merupakan aktiviti yang penting dalam kehidupan (Mohd Nashuha 1999). Dalam kajian ini, proses mendengar sangat penting supaya doktor pelatih dapat menjalankan tugas dan berinteraksi dengan rakan doktor dengan baik. Memberi tumpuan sepenuhnya merupakan perkara penting dalam proses mendengar (Abdul Rahim 1989) dengan menggunakan semua deria secara serentak (Edwards 1991) kerana pendengar yang baik akan menggunakan deria telinga, mata dan hati secara serentak semasa mendengar (Bone 1988).

Kajian ini berasaskan teori Kolb (1984), model kajian ini adalah seperti Rajah 1. Oleh kerana teori Kolb (1984) mempunyai instrumen atau inventori yang lengkap bagi menguji tahap fasa pembelajaran setiap individu iaitu *Kolb Learning Styles Inventory (KLSI)* yang mana KLSI ini juga telah digunakan oleh Siti Badariah (2010) dalam kajiannya. Rajah dibawah menunjukkan dua pemboleh ubah yang digunakan iaitu pemboleh ubah bersandar dan pemboleh ubah tidak bersandar. Pemboleh ubah tidak bersandar terdiri daripada empat fasa pembelajaran yang terdapat dalam teori Kolb. Empat fasa pembelajaran ini digunakan berdasarkan pandangan yang dikemukakan Kolb (1984) tentang empat fasa pembelajaran dalam teori Kolb.

■4.0 OBJEKTIF KAJIAN

- (1) Mengetahui tahap kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*.
- (2) Mengetahui hubungan setiap fasa pembelajaran Kolb dengan kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*.
- (3) Mengetahui fasa yang paling dominan mempengaruhi kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*.

Bagi mencapai objektif tersebut, persoalan kajian ialah:

- (1) Apakah tahap kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*?
- (2) Apakah hubungan setiap fasa pembelajaran Kolb dengan kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*?
- (3) Apakah fasa yang paling dominan mempengaruhi kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa *housemanship*?

■5.0 METODOLOGI KAJIAN

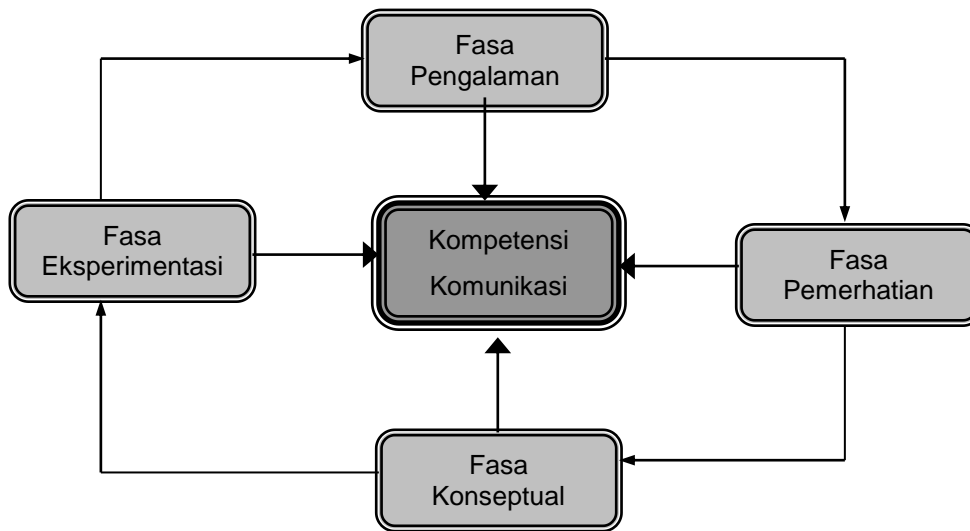
Kajian yang dijalankan ini adalah berbentuk tinjauan dengan menggunakan borang soal selidik. Kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti tahap kompetensi komunikasi doktor pelatih serta hubungan setiap fasa dalam teori Kolb dengan kompetensi komunikasi doktor pelatih. Seterusnya pengkaji akan melihat fasa yang paling dominan dalam mempengaruhi kompetensi komunikasi doktor pelatih. Doktor pelatih yang telah dijalankan kajian adalah doktor pelatih dari Hospital Sultan Ismail, Johor Bahru. Kebenaran menjalankan kajian ini telah didaftarkan di *National Medical Research Register* dengan nombor ID NMRR-11-476-9695.

Responden kajian dipilih menggunakan kaedah *selective dan purposive sampling* kerana pemilihan doktor pelatih adalah keatas doktor pelatih tahun kedua menjalani *housemanship* (Gill & Johnson 2002). Jumlah sampel yang diperolehi adalah seramai 102 orang sahaja. Pemboleh ubah bersandar terdiri daripada kompetensi doktor pelatih. Kompetensi tersebut merupakan elemen kompetensi yang dinyatakan oleh Boyatzis (1982) dan digunakan dalam kajian Zakaria (2006). Kompetensi komunikasi merupakan salah satu kompetensi yang terdapat dalam kajian kompetensi tersebut.

Kajian ini menggunakan kaedah borang soal selidik dalam mendapatkan kajian. Berdasarkan kajian ini, kaedah soal selidik digunakan untuk mengumpul data. Soal selidik ini mengandungi tiga bahagian iaitu Bahagian A, Bahagian B dan Bahagian C. Bahagian A bertujuan mengumpul maklumat latar belakang responden iaitu Jantina, Umur, Bangsa, Status Perkahwinan, Pendidikan Ijazah Sarjana Muda Perubatan dan Jabatan *Housemanship* Terkini yang Sedang Dijalani.

Bahagian B dihasilkan berdasarkan soal selidik yang dibangunkan oleh Kolb dalam teori Kolb (1984) yang mempunyai empat fasa pembelajaran iaitu pengalaman, pemerhatian, konseptual dan eksperimentasi. Oleh kerana teori Kolb (1984) mempunyai instrumen atau inventori yang lengkap bagi menguji tahap fasa pembelajaran setiap individu iaitu *Kolb Learning Styles Inventory (KLSI)* yang mana KLSI ini juga telah digunakan oleh Siti Badariah (2010) dalam kajiannya. Setiap fasa mengandungi lima soalan. Bahagian C pula mengandungi kompetensi yang merupakan elemen kompetensi yang dinyatakan oleh Boyatzis (1982) dan digunakan dalam kajian Zakaria (2006).

Secara ringkasnya, Rajah 1 menunjukkan kerangka kajian ini. Dalam kerangka kajian, pengkaji telah menggunakan empat fasa pembelajaran dalam teori Kolb (1984) sebagai pemboleh ubah bebas. Empat fasa tersebut adalah fasa pengalaman, fasa pemerhatian, fasa konseptual dan fasa eksperimentasi. Sehubungan dengan itu, untuk melengkapkan kerangka kajian, pengkaji meletakkan kompetensi komunikasi sebagai pemboleh ubah bersandar. Justeru, pengkaji akan melihat sejauhmana setiap fasa akan mempengaruhi kompetensi komunikasi doktor pelatih semasa pembelajaran *housemanship*. Dalam masa yang sama, tahap setiap fasa dan tahap kompetensi komunikasi juga akan dikenalpasti dalam kajian.



Rajah 1 Kerangka kajian

6.0 DAPATAN KAJIAN

6.1 Tahap Kompetensi Komunikasi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Hasil daripada analisis data mendapati dari segi tahap kompetensi komunikasi, majoriti responden adalah mempunyai tahap sederhana iaitu seramai 76 orang (74.5%). Hanya 26 orang (25.5%) sahaja yang menyatakan kompetensi komunikasi berada pada tahap yang tinggi sepertimana yang ditunjukkan oleh Jadual 1. Berdasarkan hasil kajian ini, majoriti doktor pelatih mempunyai tahap kompetensi komunikasi yang sederhana kemungkinan atas faktor kekangan masa dan tanggungjawab yang tinggi semasa menjalankan tugas lebih memerlukan tindakan berbanding percakapan. Nilai min yang diperolehi juga sederhana iaitu 3.31 dan nilai sisihan piawai adalah 0.430. Bagi nilai minimum dalam analisis ini adalah 2.50 dan nilai maksimum adalah 4.25.

Jadual 1 Tahap kemahiran komunikasi

Tahap	Kekerapan (f)	Peratusan(%)
Tinggi	26	25.5
Sederhana	76	74.5
Rendah	0	0
Min 3.31 Sisihan Piawai 0.430		Nilai Minimum 2.50 Nilai Maksimum 4.25

6.2 Hubungan Setiap Fasa Pembelajaran Kolb dengan Kompetensi Komunikasi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Hasil daripada ujian korelasi pearson membuktikan bahawa terdapat hubungan yang signifikan arah positif antara keempat-empat fasa dengan kompetensi. Walaubagaimanapun, tahap kekuatan bagi setiap fasa adalah berbeza-beza dimana fasa konseptual mempunyai nilai korelasi yang paling tinggi pada tahap sederhana ($r=0.405$, $p<0.01$) berbanding dengan fasa lain. Manakala fasa lain iaitu fasa

eksperimentasi, fasa pengalaman dan fasa pemerhatian menunjukkan nilai pekali korelasi pada tahap lemah dimana fasa eksperimentasi adalah ($r=0.235$, $p<0.01$). Fasa pengalaman dan fasa pemerhatian menunjukkan nilai korelasi ($r=0.340$, $p<0.01$). Manakala fasa pemerhatian menunjukkan nilai pekali korelasi iaitu ($r=0.292$, $p<0.01$). Hasil ujian tersebut adalah berdasarkan dalam Jadual 2.

Jadual 2 Ujian korelasi setiap fasa pembelajaran dengan kompetensi

Dimensi	r	Sig.
Pengalaman	0.340**	0.000
Pemerhatian	0.292**	0.003
Konseptual	0.405**	0.000
Eksperimentasi	0.235**	0.018

**Aras signifikan 0.01 (2-tailed)

6.3 Fasa Yang Paling Dominon Mempengaruhi Kompetensi Komunikasi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Jadual 3 menunjukkan hasil analisis regresi berganda terhadap fasa yang mempengaruhi kompetensi komunikasi doktor pelatih. Fasa pengalaman, fasa pemerhatian, fasa konseptual dan fasa eksperimentasi merupakan pemboleh ubah bebas manakala kompetensi merupakan pemboleh ubah bersandar. Secara keseluruhan nilai keputusan R adalah 0.497, $R^2=0.247$ pada darjah kebebasan (df) iaitu 4. Aras signifikan yang ditetapkan dalam analisis kajian ini adalah 0.05.

Keputusan analisis bagi fasa pengalaman adalah ($\beta=0.185$, $t=2.861$, $p<0.05$). Bagi keputusan fasa pemerhatian pula adalah ($\beta=0.184$, $t=1.764$, $p>0.05$). Nilai $\beta=0.242$, $t=2.030$, $p<0.05$ pula merujuk kepada hasil analisis fasa konseptual. Manakala hasil analisis fasa eksperimentasi adalah ($\beta=0.350$, $t=2.411$, $p>0.05$). Ini menunjukkan terdapat dua fasa yang mempunyai kesan yang signifikan terhadap kompetensi iaitu fasa pengalaman dan fasa konseptual manakala fasa pemerhatian dan fasa eksperimentasi tidak mempunyai kesan yang signifikan kerana $p>0.05$.

Jadual 3 Ujian Regresi Fasa yang Paling Dominan Mempengaruhi Kompetensi Komunikasi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Angkubah Bebas	Angkubah Bersandar (Kompetensi)			
	B	Beta	t	Sig.
Pengalaman	0.185	0.267	2.861	0.005
Pemerhatian	0.184	0.172	1.764	0.081
Konseptual	0.242	0.237	2.030	0.45
Eksperimentasi	0.350	0.044	0.411	0.682
(Konstan)	0.967		2.117	0.037
R	0.497	R^2	0.247	F 7.964

7.0 PERBINCANGAN

Persoalan dan objektif kajian telah diperolehi melalui dapatan kajian berdasarkan hasil analisis data. Rajah 2 menunjukkan secara keseluruhan hasil objektif-objektif kajian. Objektif pertama menunjukkan tahap kompetensi komunikasi doktor pelatih adalah 3.314. Dalam dapatan objektif kedua hanya ujian korelasi antara setiap fasa dengan kompetensi komunikasi doktor pelatih.

Hubungan yang signifikan dapat dilihat melalui hubungan setiap fasa dengan kompetensi dimana analisis ini telah mendapati bahawa hanya fasa konseptual mempunyai hubungan korelasi yang sederhana manakala fasa yang lain berada pada tahap lemah. Seterusnya, objektif ketiga kajian telah diperolehi dengan mendapati bahawa fasa yang paling dominan dalam memberi kesan terhadap kompetensi komunikasi doktor pelatih adalah fasa konseptual.

Berdasarkan dapatan kajian yang diperolehi, tahap kompetensi komunikasi haruslah diperbaiki dari masa ke semasa untuk mencapai tahap yang maksimum dan memuaskan. Menurut Whetten dan Cameron (1991), kompetensi komunikasi sangat penting dalam pembelajaran doktor pelatih bagi memudahkan proses interaksi dengan pesakit. Kompetensi komunikasi doktor perlu ditingkatkan kerana berdasarkan kajian komunikasi ke atas doktor pelatih, jelas menunjukkan doktor pelatih yang kompeten adalah mempunyai komunikasi yang baik dan efektif (Fallowfield *et al.* 2002; Humphris & Kaney 2001 dan Rutter & Maguire 1976). Kajian Sox (2007) menyatakan doktor pelatih perlu bijak memilih cara komunikasi bersama pesakit manakala kajian Chassin dan Becher (2002) menyatakan kesilapan komunikasi dalam diagnosis pesakit menyebabkan kesilapan akan dilakukan oleh doktor pelatih semasa menjalankan rawatan ke atas pesakit. Selain itu, kajian Mazzi (2008) mendapati bahawa komunikasi efektif antara doktor dengan pesakit adalah disebabkan oleh cara seseorang doktor meyakinkan pesakit dan memahami masalah pesakit.

8.0 KESIMPULAN

Dalam dunia yang mencabar dengan tumbuhnya pelbagai masalah dan cabaran berimpak tinggi, setiap pekerja perlu bijak dalam interaksi untuk meningkatkan kompetensi kerja yang mantap. Jika seseorang pekerja menunjukkan amalan komunikasi yang kurang memberansangkan, kebarangkalian prestasi dan produktiviti dalam organisasi akan menurun kerana pekerja menonjolkan perilaku membusu yang dominan. Ini kerana menurut kajian Abdullah (2000) di Malaysia, majoriti pekerja hanya berdiam diri apabila berasa tidak puas hati terhadap pegawai atasan mereka. Sehubungan dengan itu, pihak kerajaan sentiasa ingin menyediakan prasarana serta perkhidmatan yang terbaik untuk masyarakat agar slogan yang seringkali dicanang oleh Perdana Menteri iaitu "*rakyat didahulukan dan*

"pencapaian diutamakan" akan menjadi realiti dan bukannya fantasi. Menurut Samsudin (1993) dan Manogran (2000), negara telah mencapai perubahan dalam ekonomi iaitu p-ekonomi kepada k-ekonomi dewasa ini. Perkara ini wajar dikekalkan dan ditingkatkan untuk menjadi negara alaf baru yang maju serta memberi impak paradigma dalam merancang pertumbuhan modal insan terbilang dan gemilang. Amalan komunikasi yang tidak efektif serta fenomena perilaku membisu telah menunjukkan beberapa contoh terbesar dalam dunia yang membabitkan kompetensi pekerja. Walaubagaimapun kajian terhadap perilaku membisu wujud tetapi masih kurang bukti-bukti empirikal yang menyokong kajian perilaku membisu dalam amalan komunikasi (Perlow & William 2003). Diharapkan agar kajian ini dapat menghalang terjadinya masalah generasi dunia daripada menjadi realiti di Malaysia.

9.0 PENGHARGAAN

Jutaan terima kasih diucapkan kepada semua yang terlibat khususnya pihak hospital dan doktor-doktor pelatih yang sanggup meluangkan masa serta kerjasama dalam kajian ini. Penghargaan yang tinggi juga diberikan kepada *National Medical Research Register* kerana membenarkan kajian ini dilaksanakan.

Rujukan

- Abd. Rahim Selamat. (1989). *Belajar Cara Belajar*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Abdul Majeed Alhashen, Habib Alquraini dan Rafiqul I. Chowdhury. (2011). Factors Influencing Patient Satisfaction in Primary Healthcare Clinics In Kuwait. *The International Journal of Health Care*, 24(2), 249–262.
- Abdullah Abdul Ghani. (2000). *Pengaruh Tingkah Laku Etika Ketua Terhadap Tingkah Laku Etika Subordinat di Sekitar Kewangan Malaysia*. Tesis PHD, Universiti Utara Malaysia.
- Ahmad Atory Hussain. (1996). *Pentadbiran Awam: Asas pemikiran dan Falsafah*. Edisi ke-2. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Ahmad Sarji Abdul Hamid. (1993). *The Changing Civil Service*. Pelandok Publications.
- Al Khalid dan Ar Farid. (2010). Stopping Doctor-Patient Communication Gap: The Ten Essential Methods. *Journal of Community Health*, 16(10), 1–6.
- Balint, E. (1976). *Six Minutes for The Patient : Interactions in General Practice Consultation*. London: Tavistock.
- Beach, M. C., Roter, D. L., Wang, N., Duggan, P. S. dan Cooper, L. A. (2006). Are Physicians Attitudes of Respect Accurately Perceived by Patients and Associated with More Positive Communication Behaviors. *Journal of Patients Education and Counseling*, 62(13), 347–354.
- Blanchard, J. dan Lurie, N. (2004). Respects: Patient's Reports of Disrespects in The Health Care Setting and Its Impact on Care. *The Journal of Family Practice*, 53(17), 721–730.
- Bone, D. (1988). *A Practical Guide To Effective Listening*. London: Kogan Page Ltd.
- Boon, J. dan van Der Klink, M. (2001). *Scanning The Concept of Competencies: How Major Vagueness Can Be Highly Functional*. Proceedings of the Research and Practice Across European Conference, University of Twente, Enschede.
- Boyatzis, R. (1982). *The Competent Manager*. New York: Macmillan.
- Caden, G. E. (1991). *Administrative Reform Comes of Age*. Walter de Gruyter.
- Chassin, M. R. dan Becher, E. C. (2002). The Wrong Patient. *Journal of Internal Medicine*, 136(67), 178–187.
- Cherry, W. A. (1990). *Teaching Political Science: An Ipsative Study using Kolb's Learning Theory*. PhD. Tesis. Northern Arizona University.
- Clucas, C. dan Claire St. L. (2011). Influences of Patients Self-Respects on Their Experience of Feeling Respected in Doctor-Patient Interactions. *Journal of Psychology, Health & Medicine*, 16(8), 166–177.
- Conlee, M. C. dan Tesser, A. (1973). *The Effects of Recipient Desire to Hear on News Transmission*. (pp. 58-99). Sociometry Publications.
- Davis, N. L. (1998). *A Comparative Analysis of the Learning Style Preferences of Medical Students and Practicing Physicians Using Kolb's Learning Styles Inventor*. PhD Tesis. Kansas State University.
- Edwards, P. (1991). *Seven Keys To Successful Study*. Kuala Lumpur: S. Abdul Majeed & Co.
- Eggen, P. D. dan Kauchak, D. P. (1996). *Strategies for Teacher: Teaching Content and Thinking Skills*. Boston: Allyn and Bacon.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. dan Eves, R. (2002). Efficacy of A Cancer Research UK Communication Skills Training Model for Oncologists: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medicine*, 23(10), 650–665.
- Garavan, T. dan McGuire, D. (2001). Competencies and workplace Learning: Some Reflections on The Rhetoric and The Reality. *Journal of Workplace Learning*, 13(8), 56–65.
- Gildea, J. A. (1981). Employees Judge Effectiveness of Internal Communication. *Journal of Organisational Communication*, 10(2), 3–10.
- Gill, J. dan Johnson, P. (2002). *Research Methods*. Edisi Ke-3. London: Sage Publications.
- Goldhaber, G. M. (1991). *Communication in Organisation*. Edisi Ke-3. New York: Mc Millan, Inc.
- Goldhaber, G. M. (1993). *Organisation Communication*. Brown Company Publisher.
- Hammaker, D.M. dan Rader, L. T. (1972). *Plain Talk for Group Executives*. Homewood, IL: Richard D. Irwin.
- Humphris, G. M. dan Kaney, S. (2001). Assessing The Development of Communication Skills in Undergraduate Medical Students. *Journal of Medical Education*, 35(13), 225–310.
- Jones, H. M. F. (2002). Respecting Respect: Exploring a Great Deal. *Journal of Educational Studies*, 28(11), 341–352.
- Kaufman, D. M., Laidlaw, T. A. dan Macleod, H. (2000). Communication Skills in Medical School: Exposure, Confidence, and Performance. *Academic Medicine of Journal*, 75(28), 90–102.
- Kelly, E. W. dan True, J. H. (1980). Eye Contact and Communication of Facilitative Conditions. *Perceptual and Motor Skills*, 51(37), 815–820.
- Kunda, Z. (1999). *Social Cognition: Making Sense of People*. U. S.: MIT press.
- Kolb, D. A. dan Fry, R. (1975). *Toward An Applied Theory of Experiential Learning*. London: John Wiley.
- Kolb, D. A. (1976). *Management and the Learning Process*. California: (pp: 21-31). *Management Review*.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experiences As a Source of Learning and Development*. New Jersey : Prantice Hall.
- Lange, T. & Pugh, G. (1997). High-tech Investment and Learning –by-doing: An Alternative Training Strategy. *Journal of Education and Training*, 39, 316–321.
- Lee Nga Ching. (2002). *Kajian Mengenai Gaya Pembelajaran Pelajar dan Hubungannya Dengan Pencapaian Dalam Mata Pelajaran Kimia*. Latihan Ilmiah. Universiti Teknologi Malaysia.
- Lingard, L. (2004). Communication Failures in The Operating Room: An Observational Classification of Recurrent Types and Effects. *Quality and Safety in Health Care Journal*, 13(7), 112–143.
- Mahathir Mohamad. (1990). *Komunikasi*. Pengurusan Awam. Jilid 2(2), 1–6.
- Manogran, P. (2000). Core Competencies and The Knowledge Economy.
- Matthews, R., dan Callister, L. C. (2004). Childbearing Women's Perceptions of Nursing Care That Promotes Dignity. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 33(19), 498–507.
- Mazzi, M. A. (2008). A Theory-Based Proposal to Evaluate Patient-Centered Communication in Medical Consultations. *Journal of Medical Care*, 108(66), 355–372.
- Mc Carthy, J. J. (1978). *Why Managers Fail and What to do About It*. New York: McGraw Hill.

- McClelland, D. C. (1973). Testing for Competence Rather Than For Intelligence. *American Psychologist Journal*, 28(13), 1–14.
- Milliken, F. J., Morrison, E. W. dan Hewlin, P. F. (2003). An Exploratory Study of Employee Silence: Issues That Employees Don't Communicate Upward & Why. *Journal of Management Studies*, 1(1), 53–76.
- Mohd. Nashuha Jamidin. (1999). *Kemahiran Berfikir dan Belajar*. Kuala Lumpur: Fajar Bakti Sdn. Bhd.
- Morrison, E. W. dan Milliken, F. J. (2003). Speaking Up Remain Silence: The Dynamics of Voice and Silence in The Organisation. *Journal of Management Studie*, 4(2), 52–54.
- Muhd. Mansur Abdullh. (1998). *Komunikasi Dalam Pengurusan*. Kuala Lumpur. Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Mumford, A. (1996). Four Approaches to Learning From Experience. *The Journal of Workplace Learning*, 8(3), 22–29.
- Norasmah Hj. Othman. (2003). Aplikasi Model Kolb Dalam Program Keusahawanan Remaja. *Jurnal Teknologi*, 38(19), 49–64.
- Norasmah Hj. Othman dan Siti Rashidah Othman. (2004). Gaya Pembelajaran Kolb Dalam Mata Pelajaran Biologi. *Jurnal Teknologi*, 40(24), 45–58.
- Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. dan Lammes, F. B. (2005). Doctor-Patient Communication: A Review of The Literature. *Social Science & Medicine Journal*, 40(7), 75–87.
- Pace, R. W. (1983). *Organizational Communication: Foundation for Human Resource Development*. New Jersey: Prentice Hall.
- Parse, R. R. (2006). Feeling Respected: A Parse Method Study. *Nursing Science Quarterly*, 19 (1), 51–56.
- Perlow, C. dan Williams, S. (2003). *Is Silence Killing Your Company*. Harvard Bussiness Review. 52–58.
- Purnell, L. (1999). Panamanians's Practices for Health Promotion and The Meaning of Respect Afforded Them by Health Care Providers. *Journal of Transcultural Nursing*, 10 (1), 331–339.
- Reader, T., Flin, R., Meams, K. dan Cuthbertson, B. (2007). Interdisciplinary Communication in The Intensive Care Unit. *Journal of Anaesthesia*, 98(2), 68–93.
- Redding, W. C. (1982). *The Corporate Manager's Guide to Better Communication* Glenview, III : Scott, Foresman.
- Robbin, S. P. (1993). *Organizational Behavior Concept*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Rohaila Yusof, Faridah Karim & Norasmah Othman. (2007). Kesan Strategi Pembelajaran Pengalaman Terhadap Pembangunan Kompetensi: Perspektif Pendidikan Perakaunan. *Jurnal Teknologi*, 43(3), 1–26.
- Rossen, S. R. dan Tesser, A. (1970). *On Reluctance To Communicate Undesirable Information: The Mum Effect*. *Sociometry*. 33–63.
- Rutter, D. & Maguire, P. (1976). History-taking for Medical Students-Valuation of A Training Programme. *Journal of Medical*, 27(2), 55–68.
- Rylatt, A. dan Lohan, K. (1995). *Creating Training Miracles*. New Jersey: Prentice Hall.
- Shamsudin Abdul Rahman. (1993). *Komunikasi Asas*. Selangor: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Sheehan, M. dan Kearns, D. (1995). Using Kolb: Implementation and Evaluation of Facilitation Skills. *Journal of Industrial and Commercial Training*, 27(6), 8–14.
- Sherwood, G. P. 1985. Galvaning Your Communication. *Training and Development Journal*. 4(1): 5-11.
- Siti Badariah binti Abdullah 2010. *Gaya Pembelajaran Dan Pemilihan Mod Penyampaian Latihan*. Sarjana Sains (Pembangunan Sumber Manusia) Universiti Teknologi Malaysia.
- Sox, H. (2007). Straight Talk About Disease Prevention. *Annals of Internal Medicine*. 146(4), 470–477.
- Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(1), 1423–1433.
- Swann, W. B. 1990. To be Adored or to be Known: The Interplay of Self-Enhancement and Self-Consistency Confronts Self-Enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 881–889.
- Tangirala, S. dan Ramanunjam, R. 2008. Employee Silence on Critical Work Issues: The Cross Level Effects of Procedural Justice Climate. *Personal Psychology Journal*, 61(1), 37–68.
- Urwick, L. dan Dale, E. (1960). *Staff in Organization*. ew York: McGraw-Hill, Inc.
- Vacola, M. dan Bouradas, D. (2005). Antecedents and Consequences of Organisational Silence: An Empirical Investigation. *Employee Relation Journal*, 27(5), 441–458.
- Van Dyne, L., Ang, S. dan Botero, I. (2003). Conceptualising Employee Silence & Employee Voice as Multidimensional Construct. *Journal of Management Studies*, 40(6), 92–135.
- Woodhead S. E., Ashley, N. V., Atkinson, J. S. dan Moore, M. R. (2000). Innovation In Communication: The Experience of A Specialist Healthcare Communication Management Consultancy. *Journal of Communication*, 5(1), 41–47.
- Whetten, D. dan Cameron, K. (1991). *Developing Managerial Skills*. Edisi Kedua. New York: Harper Collins.
- Wu, S. K. dan Lanclos, D. (2011). Re-imagining The User's Experience: An Ethnographic Approach to Web Usability and Space Design. *Journal of Business Strategy*, 39(3), 369–389.
- Youdale, P. 1991. Communication and Professional Image. *Executive Development Journal*. 4(3): 47-77.
- Zakaria Bin Haron. (2006). *Kajian Kompetensi Pegawai Kanan Polis, Polis Diraja Malaysia, Kontinjen Terengganu*. Ijazah Doktor Falsafah. Universiti Utara Malaysia.
- Zuber, O. (2002). The Concept of Action Learning. *Learning Organization Journal*, 9(3), 114–124.