



The Influence on the Competency of Doctors in Medical Learning

Pengaruh Kompetensi Doktor Pelatih terhadap Pembelajaran Perubatan

Nor Shela Saleh^{1*}, Hashim Fauzy Yaacob², Mohd Shafie Rosli³,
Thuaibah Abu Bakar⁴, Azlah Md. Ali⁵

¹Pusat Pengajian Umum dan Kokurikulum,
Universiti Tun Hussein Onn Malaysia, MALAYSIA

^{2,3,4,5}Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan,
Universiti Teknologi Malaysia, MALAYSIA

*Corresponding Author

DOI: <https://doi.org/10.30880/jstard.2020.01.02.006>

Received 29 September 2019; Accepted 22 November 2019; Available online 17 December 2019

Abstract: This study was conducted among the trainees who are undergoing medical learning or known as housemanship. The main issue of this research is the influence of the trainee doctor competency in medical education. There are four research objectives; to study the background, competency level, level of medical learning and the influence between competency and teaching of trainee doctor. This study was used questionnaires and a resulted 98 respondents were acquired. The majority of respondents aged are between 21 and 25 years old and married. The study also found that all the competencies and mastery of medical learning were well achieved. Researchers also found that there was a significant influence between competency and medical learning of a trainee doctor. However, researchers suggest that this study will be enhanced by researchers in the future so that the limitations and shortcomings of this study can be improved.

Keywords: Trainee doctor, learning, medicine, competency, housemanship

Abstrak : Kajian ini dijalankan dalam kalangan doktor pelatih yang sedang menjalani pembelajaran perubatan atau dikenali sebagai housemanship. Isu utama yang diselidik adalah pengaruh kompetensi doktor pelatih terhadap penguasaan pembelajaran perubatan. Terdapat empat objektif kajian; mengkaji latar belakang, tahap kompetensi, tahap penguasaan pembelajaran perubatan dan pengaruh antara kompetensi dengan penguasaan pembelajaran doktor pelatih. Kajian ini menggunakan instrumen soal selidik dan hasilnya sebanyak 98 responden diperolehi. Majoriti responden adalah berumur antara 21 hingga 25 tahun dan telah berkahwin. Kajian juga mendapati kesemua kompetensi dan penguasaan pembelajaran perubatan dapat dicapai dengan baik dan tinggi. Pengkaji juga mendapati terdapat pengaruh yang signifikan antara kompetensi dengan pembelajaran perubatan doktor pelatih. Namun, pengkaji mencadangkan agar kajian ini dapat dipertingkatkan oleh pengkaji akan datang supaya limitasi dan kekurangan kajian ini dapat diperbaiki.

Kata kunci: Doktor pelatih, pembelajaran, perubatan, kompetensi, housemanship

1. Pendahuluan

Pelbagai inisiatif telah dijalankan oleh pihak kerajaan dalam meningkatkan mutu dan kualiti perkhidmatan sektor perubatan dan kesihatan di Malaysia. Ini kerana, perubatan dan kesihatan merupakan sektor yang bertanggungjawab dalam memastikan kesejahteraan komuniti dan masyarakat sama ada di bandar mahupun di luar bandar. Antara langkah yang diambil oleh pihak kerajaan adalah menyediakan tenaga sumber manusia yang menjadi pengamal perubatan profesional di klinik dan hospital yang disediakan oleh pihak kerajaan. Seawal pembelajaran doktor pelatih, pendedahan silibus dan model yang berkualiti tinggi sentiasa dikaji dan diperbaiki dari masa ke semasa dalam langkah memastikan kompetensi doktor di negara ini adalah sejajar dengan skop perubatan dunia.

Menurut Garavan dan McGuire (2001) pembelajaran merujuk kepada kaedah untuk mendapatkan dan menggunakan pengetahuan atau kemahiran melalui latihan dan pembelajaran. Ia boleh dibangunkan melalui gaya pembelajaran dan latihan secara formal atau informal mengikut keperluan pembelajaran yang dikehendaki. Selain itu, pembelajaran juga merujuk kepada proses penyampaian dan penerimaan maklumat terhadap individu atau kelompok dalam pembelajaran (Hung, Chen & Lee, 2009; Marley, Collier & Goldstein, 2004). Implikasi dalam pembelajaran dapat ditingkatkan melalui beberapa kaedah. Ini kerana, kesan pembelajaran dapat memberi impak terhadap perubahan tingkah laku, emosi dan perasaan penerima atau penyampai semasa proses pembelajaran dijalankan (Zuber, 2002; Gerber, 2001).

Ramai pengkaji lepas membuat hubung kait antara pembelajaran dan kitaran pembelajaran. Hubung kait ini dijelaskan melalui beberapa fasa yang dikategorikan sebagai rantai dan pelengkap antara fasa-fasa pembelajaran yang dijalankan. Model Kolb (1984) merupakan salah satu model pembelajaran dan latihan yang holistik dalam menjelaskan fasa-fasa pembelajaran sehingga ia dikaitkan dengan kitaran pembelajaran. Dalam konsep kajian ini, pengkaji akan menjelaskan sejauhmana kompetensi doktor pelatih dapat menguasai proses pembelajaran yang dilalui dengan baik. Menurut Kolb (1984), kitaran pembelajaran merujuk kepada empat fasa pembelajaran iaitu pengalaman konkrit, pemerhatian reflektif, konseptual abstrak dan eksperimentasi aktif. Kitaran pembelajaran juga turut dipengaruhi oleh empat gaya iaitu diverger, assimilator, konverger dan akomodator (Boyatzis & Kolb, 1995; Kolb, 1984).

Menurut Benecke dan Bezuidenhout (2011), kesemua konteks dan konsep pembelajaran seringkali dikaitkan dengan penguasaan kompetensi. Ini kerana, penguasaan dan kebolehan melakukan adaptasi kompetensi dapat menjadi pengukur pencapaian doktor pelatih sepanjang pembelajaran dijalankan. Walaubagaimanapun, Garavan dan McGuire (2001), menjelaskan bahawa konsep kompetensi sangat luas kerana ia melibatkan kepelbagaian potensi individu. Antara bentuk kompetensi yang terlibat dalam pembelajaran individu adalah kemahiran asas pembelajaran, kemahiran generik, kemahiran interpersonal dan kemahiran intrapersonal merujuk kepada pengetahuan serta sikap yang akan menjadi tunjang kepada prestasi seseorang dalam merentasi semua bidang (Day, 1989). Selain itu, Geran dan Tate, (1995), berpendapat bahawa kompetensi dapat dibahagikan kepada tiga elemen. Pertama, kompetensi adalah mempunyai satu set prosedur yang tertentu yang dapat dikenal pasti. Kedua, kompetensi dapat ditunjukkan dalam pelbagai keadaan. Ketiga, kompetensi dapat dibentuk melalui amalan.

Percanggahan dan kontradiksi antara pandangan pengkaji lepas berkenaan kompetensi banyak diperdebatkan secara empirikal. Misalnya, Boyatzis (1982) pula mendefinisikan kompetensi sebagai keupayaan seseorang individu dalam menunjukkan satu sistem serta tingkah laku dalam mencapai matlamat prestasi. Schroder (1989), pula berpandangan bahawa kompetensi menjadi penilai prestasi melalui perubahan tingkah laku dalam konteks kerja. Walaubagaimanapun, McClelland (1973) menjelaskan bahawa kompetensi adalah perintis kognitif yang akan membentuk kesepaduan dan kesatuan dalam tingkah laku.

Pembangunan kompetensi dapat dilakukan melalui prinsip-prinsip tertentu. McClelland (1973) mendapati pembangunan kompetensi dapat dilakukan berdasarkan kepada empat prinsip. Prinsip pertama, kompetensi mengikut keadaan (*situational*) dan *personal* dimana ia berbentuk dalaman dan luaran. Prinsip kedua ialah kompetensi adalah terhad kepada persepsi dan ciri individu. Prinsip ketiga, kompetensi memerlukan kepelbagaian dalam gaya pembelajaran. Akhir sekali prinsip keempat, menggariskan kompetensi merupakan satu motivasi. Keempat-empat prinsip ini merupakan prinsip dan asas kepada pembangunan kompetensi.

2. Penyataan Masalah

Isu kemasyarakatan banyak memperlihatkan kebergantungan komuniti terhadap doktor dan semakin meningkat dari masa ke semasa. Ini kerana, tidak semua individu berkemampuan untuk mendapatkan rawatan di hospital swasta memandangkan kos rawatan yang tinggi (Atinga, Abekah & Domfen, 2011). Justeru, ramai individu akan memilih hospital kerajaan sebagai tempat mendapatkan rawatan termasuklah golongan kanak-kanak, remaja dan golongan warga tua. Sehubungan dengan itu, pihak kerajaan sangat peka dengan penyediaan pakar perubatan perubatan dan tindakan ini dilakukan seawal peringkat pengajian doktor pelatih di universiti. Ini termasuklah usaha Kementerian Kesihatan Malaysia yang sentiasa memberikan mutu terbaik melalui latihan, pembelajaran doktor khususnya semasa pembelajaran di peringkat *housemanship*.

Dalam sebuah keratan akhbar 14 Februari 2011, isu masalah doktor kurang kompeten pernah diketengahkan ia menjadi isu yang hangat. Masalah kompetensi yang berkaitan dengan doktor yang dibincangkan termasuklah kelemahan komunikasi, kurang keyakinan dan ketidakcekapan doktor dalam melakukan prosedur asas semasa pembelajaran dijalankan (Syed Azwan Syed Ali, 2011). Memandangkan isu kompetensi menjadi pengukur dalam pembelajaran, doktor pelatih perlulah sentiasa memastikan kompetensi mereka dibangunkan dengan baik (Marley, Collier & Goldstein, 2004). Misalnya, kompetensi komunikasi merupakan isu yang banyak diperdebatkan kerana ia adalah proses awalan antara doktor dan pesakit melalui diagnosis. Kompetensi interpersonal juga perlu dibangunkan kerana ia akan menjadi simbol keyakinan pesakit dalam menerima rawatan doktor (Cegala & Broz, 2003; Humphris & Kaney, 2001).

Peningkatan kompetensi juga diharapkan dapat membantu doktor meningkatkan kuantiti rawatan seiring dengan kualiti yang diberikan. Walaubagaimanapun, sikap segelintir pihak yang gemar menularkan isu negatif berkaitan waktu rawatan di klinik atau hospital kerajaan menjadi antara perkara yang boleh menjejaskan nama baik doktor pelatih. Antara isu yang seringkali dibangkitkan adalah pesakit terpaksa menunggu giliran dalam jangka waktu yang lama untuk berjumpa doktor (Lokman, Gabriel & Nicolson, 2011; Beattie *et al.*, 2002). Lebih membimbangkan, terdapat keluarga pesakit yang menyelina masuk ke dalam bilik rawatan doktor dan mengambil video untuk ditularkan dalam media sosial. Sikap ini menunjukkan bahawa masyarakat sebenarnya kurang peka dan empati dalam memahami skop kerja doktor. Berikutan hal ini, doktor pelatih sentiasa ditekankan dengan pembelajaran yang mana ia membentuk kekuatan fizikal dan emosi dalam jangka masa yang panjang bagi memastikan kesiapsiagaan mereka menghadapi gejala ini.

3. Objektif Kajian

Beberapa objektif kajian dibangunkan dalam memastikan hasil kajian dapat diperolehi. Antara objektif dalam kajian ini adalah:

- 2.1 Mengkaji latar belakang doktor pelatih dalam kajian yang dijalankan.
- 2.2 Mengkaji tahap kompetensi doktor pelatih semasa pembelajaran perubatan.
- 2.3 Mengenalpasti tahap penguasaan doktor pelatih semasa pembelajaran perubatan.
- 2.4 Mengenalpasti pengaruh kompetensi-kompetensi doktor pelatih terhadap penguasaan doktor pelatih semasa pembelajaran perubatan.

4. Kompetensi Doktor Pelatih

Menyedari tentang kepentingan meningkatkan kompetensi doktor pelatih dalam tempoh pembelajaran perubatan, Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia pernah mengubah tempoh lanjutan pembelajaran doktor pelatih yang juga dikenali sebagai *housemanship* kepada dua tahun. Perlanjutan ini disebabkan oleh doktor pelatih memerlukan lebih banyak penguasaan pengetahuan dan kemahiran supaya segala aspek kompetensi dapat dibangunkan dengan sempurna. Keahlian jawatankuasa pembelajaran doktor pelatih melibatkan Pengarah Hospital, Timbalan Pengarah Hospital (Perubatan), Ketua Jabatan Perubatan, Ketua Jabatan Pediatrik, Ketua Jabatan Bedah, Ketua Jabatan Ortopedik, Ketua Jabatan O&G, Ketua Jabatan Kecemasan dan Unit Sumber Manusia. Jawatankuasa ini perlu mengadakan mesyuarat sekurang-kurangnya tiga bulan sekali untuk mengenalpasti isu-isu yang berkaitan dan mencadangkan penambahbaikan dari masa ke semasa (Garis Panduan Pelaksanaan Latihan Pegawai Perubatan Siswazah Selama Dua tahun). Menurut Symes (2009), kompetensi merupakan perkara penting kerana ia melibatkan keupayaan dan kemahiran yang dimiliki oleh seseorang. Kompetensi boleh dibangunkan melalui latihan dan pembelajaran (Belvis *et al.*, 2011). Dalam kajian ini, kompetensi dilihat sebagai asas yang membantu doktor pelatih menjadi kompeten untuk memiliki kemahiran, pengetahuan untuk berfikir secara kritikal dan kreatif serta sikap yang positif untuk pembelajaran.

4.1.1 Kompetensi Kemahiran Interpersonal

Kemahiran interpersonal berkaitan dengan sikap dan tingkah laku doktor pelatih semasa belajar. Antara kes permasalahan yang berkaitan isu interpersonal, terdapat kes doktor pelatih yang tidak mampu mengendalikan kerja secara beretika sehingga mencetuskan konflik pembelajaran. Misalnya, dalam kajian Dorgan (1995), terdapat 50 000 pelajar perubatan di Amerika Syarikat terdedah kepada darah tercemar semasa menjalani latihan perubatan kerana tidak mengikut etika kerja yang ditetapkan. Begitu juga kajian oleh Osborn *et al.* (1999) terhadap pelajar perubatan tahun 3 dan 4 di Universiti California, San Francisco pada tahun 1990 hingga 1996 mendapati terdapat 119 dari 1022 pelajar terdedah pada 129 darah dan cecair pesakit yang tercemar. Sehubungan dengan itu, doktor pelatih perlu sentiasa mengikut etika kerja serta menjalankan tugas berdasarkan pengetahuan dan kemahiran bagi mengelakkan masalah semasa bertugas.

4.1.2 Kompetensi Merancang

Selain itu, doktor pelatih perlu bijak dalam menjalankan perancangan terhadap segala tugas yang diberikan semasa proses pembelajaran. Kaedah meramal hasil kerja perlu dilakukan bagi menjangkakan kesan yang bakal diperolehi sama ada ia menjadi sebuah implikasi negatif atau positif (Dale, 1993). Sebagai contoh, ketika menjalankan

tugas, doktor pelatih perlu peka dalam memikirkan kebarangkalian jangkitan yang akan diperolehi daripada pesakit. Potensi mendapat risiko bahan tercemar dengan patogen merbahaya semasa menjalankan pembelajaran adalah sangat tinggi jika tiada langkah berhati-hati diambil. Oleh itu, doktor pelatih perlu mengambil teliti, menyusun dan konsisten dalam merancang sepanjang proses pembelajaran bagi mengurangkan risiko keselamatan dan kesihatan (Mackenzie & Husey, 1976).

4.1.3 Kompetensi Komunikasi

Menurut Benecke dan Bezuidenhout (2011), komunikasi merupakan perkara yang penting bagi doktor pelatih kerana ia mempengaruhi proses interaksi semasa rawatan kepada pesakit. Ini kerana keberkesanan komunikasi meningkatkan pengetahuan dan kemahiran doktor pelatih untuk menguasai teori dan konsep yang berkaitan dengan pembelajaran (Fallowfield *et al.*, 2002). Buktinya, sejak 30 tahun yang lalu, kajian latihan komunikasi doktor pelatih sentiasa dilakukan secara aktif dan progresif (Cegala & Broz, 2003; Fallowfield *et al.*, 2002; Humphris & Kaney, 2001). Menurut kajian yang dijalankan di Australia oleh RAMCA (2006) juga menjelaskan bahawa kompetensi komunikasi perlu diberi perhatian kerana doktor pelatih sentiasa berinteraksi dengan rakan sekerja mengenai isu kesihatan pesakit. Pandangan RAMCA disokong oleh kajian Boon dan Van Der Klink (2001) turut menegaskan akan perlunya komunikasi berkesan dalam kalangan doktor pelatih sebagai instrumen awalan mereka dalam kerjaya sebagai ahli perubatan profesional. Kelemahan dalam komunikasi akan menjadi sulit sekiranya ia mengganggu interaksi bersama pesakit. Komunikasi *vulgar* dan *jargon* perlulah dihindari agar kelancaran komunikasi dapat dilakukan dengan efektif dan kompeten.

4.1.4 Kompetensi Pemikiran Logik

Kompetensi pemikiran logik merupakan asas kefahaman sesuatu teori dan konsep semasa pembelajaran. Aspek teoritikal terhadap pengetahuan pelajar akan melibatkan kombinasi konseptual dalam pembelajaran. Walaubagaimanapun, tidak banyak kajian yang dilakukan tentang kompetensi yang menggariskan aspek pemikiran logik dalam pembelajaran perubatan khususnya yang melibatkan doktor pelatih. Justeru, pengukuhan kajian berkaitan dengan pemikiran logik telah dibuktikan oleh Fahey *et al.* (1997). Kajian beliau menunjukkan doktor pelatih perlu sentiasa menekankan aspek pemikiran logik semasa menjalankan rawatan sebagai langkah pencegahan, mengurangkan risiko kemudaratan dan kemalangan semasa belajar. Bukti kajian lain yang berkaitan telah dijalankan oleh Azmi (1997). Azmi (1997) mendapati situasi di Jabatan Kemalangan dan Kecemasan Hospital Kuala Lumpur (HKL) menunjukkan terdapat 39.3% doktor pelatih yang kurang pengetahuan dalam ramalan secara logik telah terdedah pada risiko kemalangan. Kemalangan dan pendedahan dapat dicegah jika doktor pelatih mempunyai pengetahuan yang tinggi dalam teoritikal perubatan sebagai persediaan dan langkah pencegahan awal.

4.1.5 Kompetensi Sikap Proaktif

Dunn dan Dunn (1978) mendefinisikan proaktif merupakan kompetensi dan keupayaan seseorang untuk menjalankan tugas yang lebih luas menjalankan amali berdasarkan idea yang dibentuk. Selain itu, individu yang proaktif juga dikatakan lebih baik daripada individu yang bersifat reaktif kerana individu yang proaktif lebih cepat dan terperinci dalam menjalankan tugas (Jones, 1985). Bahkan, kompetensi proaktif ini menunjukkan perasaan ingin tahu yang tinggi dan ia sangat selari dengan ciri-ciri doktor yang perlu menyelidik secara mendalam tentang rawatan yang dilakukan. Dalam memastikan sikap proaktif dibangunkan dengan baik, doktor pelatih perlu holistik misalnya kesungguhan untuk mencuba dan melakukan eksperimentasi semasa belajar dalam kadar kesilapan yang sangat rendah (Sulaiman Masri, 1996). Dalam konteks kajian ini, doktor pelatih perlu positif dalam membangunkan kompetensi proaktif secara konsisten dan sistematik agar tekanan semasa menjalankan tugas dapat dikurangkan. Tekanan kerja yang tinggi bukan sahaja membebankan emosi, bahkan ia akan mengganggu proses penerimaan dan pelaksanaan pembelajaran dengan berkesan.

4.1.6 Kompetensi Mengendalikan Kerja Berpasukan

Menurut Jones (1985), bekerja secara pasukan memerlukan komitmen yang tinggi demi mencapai keputusan dan mutu kerja yang baik. Kerja berpasukan dalam kalangan doktor pelatih adalah sangat penting dan menjadi salah satu skop kerja mereka. Longaker (2008) menyatakan bahawa doktor pelatih perlu bersikap terbuka dan positif semasa bekerja secara kumpulan dan pasukan. Justeru, ia sangat ditekankan oleh Olsen dan Neale (2005) yang mana sikap yang positif dalam kumpulan kerja perlu dilaksanakan dengan teliti dan toleransi khususnya jika ia melibatkan pembedahan dan rawatan klinikal semasa pembelajaran dijalankan. Kecuaian dan keengganan doktor pelatih bekerjasama dengan baik bukan sahaja akan mencetuskan konflik antara pasukan bahkan ia memberi impak khususnya kepada pesakit. Ini kerana, kesilapan dalam kerja yang melibatkan pesakit boleh menyebabkan kegagalan rawatan dan akhirnya menjadi punca kematian pesakit (West & Borrill, 2006).

4.2 Pembelajaran Doktor Pelatih

Pembelajaran yang berkesan akan terjadi jika seseorang individu bersifat tanggungjawab dan sentiasa prihatin terhadap perkara yang dipelajari (Bell, 1972). Individu yang memiliki sifat tanggungjawab terhadap pembelajaran akan sentiasa melakukan tugas dengan baik dan mengikuti prosedur kerja yang telah ditetapkan (Dunn & Dunn, 1978). Dalam kajian ini, doktor pelatih mempunyai peranan dan tanggungjawab yang telah ditetapkan sepanjang proses pembelajaran (*housemanship*) dijalankan. Terdapat enam jabatan atau disiplin utama yang perlu dilalui oleh doktor pelatih sepanjang tempoh pembelajaran. Penempatan setiap jabatan atau disiplin adalah sekurang-kurangnya empat bulan (minima).

4.2.1 Perubatan Am

Jabatan Perubatan Am merupakan perubatan yang melibatkan penyakit-penyakit umum misalnya tekanan darah tinggi, kencing manis, demam biasa dan lain-lain kesakitan yang boleh dirawat dalam keadaan zon selamat, klinik atau pusat-pusat kesihatan (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.2.2 Obstetrik & Ginekologi

Sepanjang tempoh pembelajaran di jabatan Obstetrik & Ginekologi, doktor pelatih akan terlibat dalam dua bahagian iaitu Klinik Sakit Puan dan Klinik Ibu Mengandung. Obstetrik merupakan penyakit-penyakit yang berkaitan dengan wanita mengandung. Sebagai contoh, keguguran, penyakit sebelum atau selepas bersalin. Manakala Ginekologi adalah penyakit-penyakit yang berkaitan dengan organ-organ khusus wanita atau lebih dikenali sebagai Sakit Puan. Sebagai contohnya, kanser payudara, kanser rahim, kanser pangkal rahim dan lain-lain penyakit yang khusus berkaitan dengan wanita (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.2.3 Paediatrik

Paediatrik merupakan jabatan yang merawat pesakit kanak-kanak yang berumur di bawah 12 tahun sahaja (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.2.4 Ortopedik

Ortopedik merupakan jabatan yang berkaitan otot dan tulang. Kebiasaannya, jabatan ini lebih tertumpu kepada pesakit yang mengalami kemalangan (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007). Selain itu, Banister (1993) dan Symes (2009) menjelaskan keutamaan yang diperlukan dalam jabatan ini adalah kecekapan doktor yang tinggi dan optimum dalam menjalankan kerja-kerja rawatan. Ini kerana, proses pemulihan pesakit perlu dilakukan dengan cekap dan berkualiti sepanjang rawatan dijalankan.

4.2.5 Pembedahan

Jabatan ini juga dikenali sebagai *Surgeri Operation* atau pembedahan kecil. Pembedahan kecil melibatkan pembedahan yang minor dan lazimnya rawatan selepas pembedahan mengambil masa yang pendek berbanding dengan pembedahan major (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.2.6 Anestesiologi

Jabatan ini juga dikenali sebagai Jabatan Kecemasan dan Trauma. Jabatan ini memerlukan keupayaan dan kredibiliti yang tinggi kerana doktor pelatih hanya ditempatkan ke jabatan ini selepas melepasi sekurang-kurangnya empat jabatan lain. Ini kerana kepelbagaian latar belakang dan bentuk rawatan adalah sukar diramalkan dan ia memerlukan kebolehan melakukan keputusan dengan cepat dan hasil kerja yang cekap (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.2.7 Penilaian Pembelajaran Perubatan semasa *Housemanship*

Sistem pembelajaran doktor pelatih yang juga dikenali sebagai *housemanship* juga mempunyai beberapa bentuk penilaian secara tugas dan modul iaitu:

4.3 Penilaian Buku Log

Doktor pelatih dikehendaki menyediakan laporan setiap hari di dalam buku log. Antara perkara-perkara yang perlu dicatatkan adalah prosedur perubatan harian berdasarkan kepada disiplin yang sedang dijalankan keatas pesakit (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.3.1 Penilaian Sesi Pembentangan

Dalam penilaian pembentangan, setiap doktor pelatih diwajibkan melakukan pembentangan berkaitan kes yang kritikal dan kronik misalnya kanser, kemalangan yang teruk, penyakit yang membawa maut dan sebagainya. Bagi pembentangan berkaitan teori, ia memerlukan usaha dan sedikit penyelidikan rujukan berkaitan dengan falsafah perubatan yang sedang dipelajari. Dari segi proses penilaian pembentangan, ia akan dinilai oleh Pegawai Perubatan dan Doktor Pakar yang bertauliah atau senior (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.3.2 Penilaian Peperiksaan

Peperiksaan terbahagi kepada dua jenis iaitu peperiksaan secara lisan dan peperiksaan secara praktikal atau amali. Dalam peperiksaan lisan, doktor pelatih membentangkan situasi pesakit yang akan dipilih secara rawak oleh penilai. Peperiksaan amali pula memerlukan latihan dan praktikal secara *hands on* yang mana ia juga dinilai oleh pegawai atau pakar perubatan yang bertauliah dan berpengalaman (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

4.3.3 Day to Day Monitoring

Penilaian “*day to day monitoring*” merupakan penilaian yang akan dilakukan oleh Doktor Pakar atau Pegawai Perubatan ke atas doktor pelatih pada setiap hari. Justeru itu, doktor pelatih dikehendaki untuk membuat pemeriksaan dan pemantauan pesakit di wad sebelum pemantauan dilakukan oleh Pegawai Perubatan atau Pakar (Bahagian Perkembangan Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia, 2007).

5. Metodologi Kajian

Terdapat dua bentuk penyelidikan iaitu penyelidikan secara deskriptif dan penyelidikan secara inferensi. Kajian deskriptif dapat menjelaskan keadaan sebenar yang berlaku serta menerangkan perhubungan, keberkesanan dan corak yang digunakan dalam kajian (Best & Kahn, 1998). Dalam konteks kajian ini, kajian deskriptif dan inferensi digunakan bagi mendapatkan maklumat melalui kutipan data menerusi edaran borang soal selidik. Pengkaji menggunakan analisis secara deskriptif bagi mencapai objektif kajian pertama hingga ketiga. Bagi objektif kajian keempat, pengkaji menjalankan analisis inferensi iaitu menggunakan analisis regresi linear mudah.

Jumlah populasi dalam kajian ini adalah seramai 180 orang semasa kutipan data dijalankan di sebuah hospital kerajaan di Negeri Johor. Walaubagaimanapun, pengkaji menjalankan fokus kajian kepada doktor pelatih tahun dua sahaja dengan menggunakan kaedah *purposive sampling*. Berdasarkan hasil kutipan data, pengkaji berjaya memperoleh seramai 105 responden. Walaubagaimanapun, hanya 98 responden sahaja yang akan dianalisis kerana responden yang lain mempunyai ralat dalam membantu pencapaian objektif kajian ini.

Dari aspek instrumen kajian, Mohd Najib (1998) menjelaskan bahawa instrumen kajian merupakan set pengumpulan data secara terancang yang ditentukan dengan cara pengedaran soal selidik atau temuduga. Walaubagaimanapun, pengkaji hanya menggunakan kaedah soal selidik dalam mencapai objektif kajian. Hal ini kerana, terdapat beberapa kelebihan jika menggunakan soal selidik dalam kajian. Menurut Mohd Majid (1990) kelebihan menggunakan borang soal selidik adalah mengelakkan berlaku bias antara responden dengan pengkaji, murah dan menjimatkan masa.

Soal selidik yang diedarkan mempunyai kesemua elemen dalam menjawab objektif iaitu latar belakang responden (jantina, umur, bangsa dan status perkahwinan). Elemen lain adalah soalan yang merangkumi aspek kompetensi doktor pelatih (kemahiran interpersonal, kemahiran merancang, kemahiran komunikasi, kemahiran berfikir secara logik, kemahiran sikap proaktif dan kemahiran kerja secara berpasukan). Soalan lain pula meliputi aspek penguasaan pembelajaran (eksperimentasi).

6. Dapatan Kajian

Analisis dapatan kajian akan menjelaskan elemen latar belakang doktor pelatih, kompetensi dan pembelajaran perubatan doktor pelatih.

6.1 Analisis Latar Belakang Responden

Jadual 1 - Latar Belakang Responden (Doktor Pelatih)

| Latar Belakang | Kekerapan (f) | Peratusan (%) |
|----------------|--------------------|---------------|
| Jantina | Lelaki | 48 |
| | Perempuan | 50 |
| | Jumlah (N) | 98 |
| Umur | 21 hingga 25 tahun | 57 |
| | 26 hingga 30 tahun | 37 |
| | 31 hingga 35 tahun | 4 |
| | 36 tahun ke atas | 0 |
| | Jumlah (N) | 98 |

| | | | |
|--------------------|-------------------|-----------|------------|
| Bangsa | Melayu | 55 | 56 |
| | Cina | 22 | 22 |
| | India | 20 | 20 |
| | Lain-lain | 1 | 2 |
| | Jumlah (N) | 98 | 100 |
| Status | Bujang | 69 | 70 |
| Perkahwinan | Berkahwin | 29 | 30 |
| | Jumlah (N) | 98 | 100 |

Dapatan kajian berkenaan latar belakang responden kajian telah diperincikan berdasarkan Jadual 1. Dapatan menunjukkan seramai 98 orang responden telah diperolehi. Berdasarkan analisis jantina, bilangan responden doktor pelatih perempuan melebihi doktor pelatih lelaki seramai dua orang (jumlah doktor pelatih perempuan = 50 orang responden / 51 peratus). Jumlah doktor pelatih lelaki pula adalah seramai 48 orang responden atau 49 peratus.

Julat umur tertinggi doktor pelatih berada di antara 21 tahun hingga 25 tahun dimana ianya mewakili sebanyak 58 peratus daripada keseluruhan responden. Bagi julat umur di antara 26 tahun hingga 30 tahun serta julat umur 31 tahun hingga 35 tahun adalah pada nilai 37 peratus dan 4.0 peratus. Walaubagaimanapun, tiada doktor pelatih yang mempunyai julat umur 36 tahun keatas.

Bagi analisis latar belakang bangsa, ia menunjukkan bangsa Melayu mencatatkan bilangan yang tertinggi seramai 55 orang. Manakala bilangan terendah adalah lain-lain bangsa iaitu hanya seorang sahaja. Jumlah responden yang berbangsa Cina dan India masing-masing sebanyak 22 dan 20 orang responden sahaja.

Status perkahwinan juga merupakan elemen yang dikaji. Pengkaji mendapati daripada jumlah 98 doktor pelatih yang dipilih sebagai responden, majoriti mereka telah berkahwin. Hanya 29 orang sahaja yang masih bujang. Keputusan ini mungkin disebabkan oleh faktor kekangan masa dan kesibukkan semasa pembelajaran yang memerlukan komitmen dan tanggungjawab tinggi.

6.2 Analisis Tahap Kompetensi Doktor Pelatih

Aspek kompetensi doktor pelatih yang dikaji adalah kemahiran interpersonal, kemahiran merancang, kemahiran komunikasi, kemahiran berfikir secara logik, kemahiran sikap proaktif dan kemahiran kerja secara berpasukan.

6.2.1 Kemahiran Interpersonal

Jadual 2 - Tahap Kompetensi Kemahiran Interpersonal Doktor Pelatih

| Julat Min Skor | Tahap | Kekerapan (f) | Peratusan(%) |
|-----------------------|--------------|----------------------|---------------------|
| 3.68 – 5.00 | Tinggi | 89 | 90.8 |
| 2.34 – 3.67 | Sederhana | 9 | 9.2 |
| 1.00 – 2.33 | Rendah | 0 | 0 |
| Jumlah (N) | | 98 | 100 |

Jadual 2 menunjukkan pencapaian tahap kompetensi kemahiran interpersonal doktor pelatih. Dapatan menunjukkan 89 orang doktor pelatih (90.8%) yang mempunyai tahap kemahiran interpersonal yang tinggi dan hanya 9 orang sahaja (9.2%) doktor pelatih yang mempunyai tahap sederhana. Walaubagaimanapun, tiada doktor pelatih yang mempunyai tahap pencapaian interpersonal yang rendah.

6.2.2 Kemahiran Merancang

Jadual 3 - Tahap Kompetensi Kemahiran Merancang Doktor Pelatih

| Julat Min Skor | Tahap | Kekerapan (f) | Peratusan(%) |
|-----------------------|--------------|----------------------|---------------------|
| 3.68 – 5.00 | Tinggi | 80 | 81.6 |
| 2.34 – 3.67 | Sederhana | 18 | 18.4 |
| 1.00 – 2.33 | Rendah | 0 | 0 |
| Jumlah (N) | | 98 | 100 |

Maklumat dalam Jadual 3 menunjukkan dapatan tahap kompetensi kemahiran merancang doktor pelatih. Pengkaji mendapati, terdapat 80 orang (81.6%) doktor pelatih yang mempunyai tahap tinggi dan 18 orang (18.4%) mempunyai

tahap sederhana dalam kompetensi ini. Tiada doktor pelatih yang mempunyai tahap pencapaian rendah dalam kompetensi kemahiran merancang.

6.2.3 Kemahiran Komunikasi

Jadual 4 - Tahap Kompetensi Kemahiran Komunikasi Doktor Pelatih

| Julat Min Skor | Tahap | Kekerapan (f) | Peratusan(%) |
|-----------------------|--------------|----------------------|---------------------|
| 3.68 – 5.00 | Tinggi | 87 | 88.8 |
| 2.34 – 3.67 | Sederhana | 11 | 11.2 |
| 1.00 – 2.33 | Rendah | 0 | 0 |
| Jumlah (N) | | 98 | 100 |

Kemahiran komunikasi yang ditunjukkan dalam Jadual 4 jelas menunjukkan majoriti doktor pelatih mempunyai tahap kompetensi yang tinggi dan tiada yang mempunyai tahap kompetensi rendah. Ini dibuktikan melalui dapatan seramai 87 orang (88.8%) mempunyai tahap tinggi dan selebihnya mempunyai tahap kompetensi yang sederhana (11 orang = 11.2%).

6.2.4 Kemahiran Berfikir Secara Logik

Jadual 5 - Tahap Kompetensi Kemahiran Berfikir Secara Logik Doktor Pelatih

| Julat Min Skor | Tahap | Kekerapan (f) | Peratusan(%) |
|-----------------------|--------------|----------------------|---------------------|
| 3.68 – 5.00 | Tinggi | 92 | 93.9 |
| 2.34 – 3.67 | Sederhana | 6 | 6.1 |
| 1.00 – 2.33 | Rendah | 0 | 0 |
| Jumlah (N) | | 98 | 100 |

Kompetensi berfikir secara logik merupakan antara perkara yang perlu dicapai dengan baik. Dapatan ini telah membuktikan hampir keseluruhan doktor pelatih mempunyai tahap pencapaian kompetensi kemahiran berfikir secara logik yang tinggi sepertimana yang ditunjukkan dalam Jadual 5. Seramai 92 orang doktor pelatih (93.9%) doktor pelatih mempunyai tahap kemahiran berfikir secara logik yang tinggi, manakala hanya 6 orang (6.1%) sahaja yang mempunyai tahap sederhana.

6.2.5 Kemahiran Sikap Proaktif

Jadual 6 - Tahap Kompetensi Kemahiran Sikap Proaktif Doktor Pelatih

| Julat Min Skor | Tahap | Kekerapan (f) | Peratusan(%) |
|-----------------------|--------------|----------------------|---------------------|
| 3.68 – 5.00 | Tinggi | 96 | 98.0 |
| 2.34 – 3.67 | Sederhana | 2 | 2.0 |
| 1.00 – 2.33 | Rendah | 0 | 0 |
| Jumlah (N) | | 98 | 100 |

Berdasarkan Jadual 6, kompetensi kemahiran sikap proaktif menunjukkan hanya 2 orang sahaja doktor pelatih yang mencapai tahap sederhana dan 96 orang mempunyai tahap tinggi. Tidak ada doktor pelatih yang mempunyai tahap kompetensi kemahiran sikap proaktif yang rendah. Ini menunjukkan sikap proaktif merupakan antara kompetensi yang berjaya diaplikasikan semasa pembelajaran perubahan dijalankan.

6.2.6 Kemahiran Kerja Secara Berpasukan

Jadual 7 - Tahap Kompetensi Kemahiran Kerja Secara Berpasukan Doktor Pelatih

| Julat Min Skor | Tahap | Kekerapan (f) | Peratusan(%) |
|-------------------|-----------|---------------|--------------|
| 3.68 – 5.00 | Tinggi | 79 | 80.6 |
| 2.34 – 3.67 | Sederhana | 19 | 19.4 |
| 1.00 – 2.33 | Rendah | 0 | 0 |
| Jumlah (N) | | 98 | 100 |

Kerja berpasukan merupakan antara kompetensi penting yang perlu dicapai oleh doktor pelatih semasa pembelajaran perubatan dijalankan. Walaubagaimanapun berdasarkan hasil kajian dalam Jadual 7, masih terdapat 19 orang doktor pelatih yang mempunyai tahap sederhana dalam kompetensi ini. 79 orang lagi berjaya mencapai pencapaian yang tinggi. Namun, tidak ada doktor pelatih yang mempunyai tahap kompetensi kerja berpasukan yang rendah. Ini menunjukkan kesemua doktor pelatih sedar akan kepentingan kemahiran bekerja secara berpasukan perlu dilakukan dengan kompeten.

6.3 Analisis Tahap Penguasaan Pembelajaran Doktor Pelatih

Jadual 8 - Tahap Penguasaan Pembelajaran Doktor Pelatih

| Julat Min Skor | Tahap | Kekerapan (f) | Peratusan(%) |
|-------------------|-----------|---------------|--------------|
| 3.68 – 5.00 | Tinggi | 93 | 94.9 |
| 2.34 – 3.67 | Sederhana | 5 | 5.1 |
| 1.00 – 2.33 | Rendah | 0 | 0 |
| Jumlah (N) | | 98 | 100 |

Jadual 8 menunjukkan pencapaian tahap penguasaan pembelajaran doktor pelatih. Dapatan menunjukkan 93 orang doktor pelatih (94.9%) yang mempunyai tahap penguasaan pembelajaran yang tinggi dan hanya 5 orang sahaja (5.1%) doktor pelatih yang mempunyai tahap sederhana. Walaubagaimanapun, tiada doktor pelatih yang mempunyai tahap pencapaian yang rendah dalam pembelajaran perubatan yang dijalankan. Ini menunjukkan, silibus, modul dan kesemua aspek dalam pembelajaran mampu diaplikasikan dan dikuasai dengan baik oleh doktor pelatih yang telah menjadi responden dalam kajian ini.

6.4 Analisis Regresi: Pengaruh Kompetensi Doktor Pelatih terhadap Penguasaan Pembelajaran

Jadual 9 - Ujian Regresi Kompetensi terhadap Pembelajaran Doktor Pelatih

| Angkubah Bebas | Angkubah Bersandar (Kompetensi) | | | |
|----------------|---------------------------------|-------|----------------------|-------|
| | B | Beta | t | Sig. |
| Pengalaman | 0.27 | 0.058 | 0.257 | 0.014 |
| | R | | R² | |
| | 0.047 | | 0.002 | |

*Aras signifikan 0.05

Analisis regresi linear mudah telah dijalankan bagi melihat sejauhmana pengaruh kompetensi-kompetensi terhadap penguasaan pembelajaran perubatan doktor pelatih. Kesemua kompetensi digabungkan dengan menggunakan analisis “merge” dan dinamakan sebagai kompetensi. Hasil kajian telah dipaparkan dalam Jadual 9 yang mana ia menunjukkan nilai pengaruh adalah sebanyak 0.047. Nilai-nilai lain adalah B = 0.27, Beta= 0.058, nilai t = 0.257 dan nilai R² = 0.002. Pengaruh ini menunjukkan kesan yang signifikan kerana nilai signifikan adalah 0.014 < 0.05 di bawah aras keyakinan 95 peratus.

7. Kesimpulan Kajian

Hasil kajian menunjukkan kesemua objektif kajian berjaya dicapai. Dalam objektif pertama, pengkaji berjaya mengumpulkan beberapa maklumat berkaitan dengan latar belakang responden. Pengkaji memperoleh seramai 98 orang responden terdiri daripada doktor pelatih yang sedang menjalani pembelajaran perubatan disebuah hospital di Johor. Pengkaji hanya memilih responden dalam kalangan doktor pelatih tahun kedua sahaja. Seramai 48 responden adalah lelaki dan 50 doktor pelatih adalah perempuan. Dari segi latar belakang umur, 57 orang doktor pelatih berusia antara 21 hingga 25 tahun, 37 orang berusia antara 26 hingga 30 tahun, 4 orang yang berusia 31 hingga 34 tahun dan tiada doktor pelatih yang berusia 36 tahun ke atas. Dalam aspek latar belakang bangsa pula, 55 orang doktor pelatih adalah berbangsa Melayu, 22 orang berbangsa Cina, 20 orang adalah India dan hanya seorang sahaja yang dari kalangan lain-lain bangsa. Selain itu, majoriti (70 peratus) doktor pelatih telah berkahwin dan hanya 30 peratus sahaja yang belum berkahwin.

Dalam objektif yang kedua, pengkaji mendapati majoriti dan hampir keseluruhan doktor pelatih mencapai tahap kompetensi yang tinggi dalam semua kemahiran yang dikaji. Antara kompetensi tersebut adalah kompetensi kemahiran interpersonal, kompetensi merancang, kompetensi komunikasi, kompetensi pemikiran logik, kompetensi sikap proaktif dan kompetensi mengendalikan kerja berpasukan.

Pencapaian objektif yang ketiga juga telah dicapai dengan menunjukkan majoriti doktor pelatih mencapai tahap tinggi dalam penguasaan pembelajaran perubatan. Aspek yang diketengahkan dalam penguasaan pembelajaran adalah aspek eksperimentasi yang mana ia menjadi penanda aras dan pengukur doktor pelatih menjalankan tugas melalui adaptasi kompetensi-kompetensi yang dikaji.

Objektif yang keempat juga telah dicapai dengan menunjukkan nilai pengaruh kompetensi-kompetensi doktor pelatih terhadap penguasaan pembelajaran perubatan adalah 47 peratus. Ini menunjukkan sebanyak 53 peratus lagi dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang mungkin akan dikaji oleh penyelidik akan datang. Justeru, kesemua kompetensi yang dinyatakan dalam kajian (kompetensi kemahiran interpersonal, kompetensi merancang, kompetensi komunikasi, kompetensi pemikiran logik, kompetensi sikap proaktif dan kompetensi mengendalikan kerja berpasukan) menyumbang sebanyak 47 peratus kepada penguasaan pembelajaran doktor pelatih. Pengkaji perlu meneroka dan meneruskan kajian secara terperinci bagi mengenalpasti faktor-faktor lain yang menyumbang terhadap pembelajaran doktor pelatih. Selain itu, pengkaji juga berharap supaya terdapat lain-lain pengkaji yang boleh melanjutkan kajian ini bagi mengenalpasti jurang-jurang kajian yang masih belum ditemui.

8. Cadangan Kajian

Pengkaji telah mengemukakan cadangan yang mungkin dapat membantu pihak-pihak yang terlibat untuk meningkatkan kebolehcapaian doktor pelatih sepanjang pembelajaran melalui adaptasi dan penggunaan kompetensi secara holistik. Secara tidak langsung, bakal-bakal pakar perubatan yang setaraf dengan doktor diperingkat profesional antarabangsa dapat diantisipasi dari masa ke semasa secara unjuran menaik yang konsisten. Antara cadangan yang ingin diutarakan adalah seperti berikut :

Unit Pembangunan Kompetensi bertanggungjawab menguruskan pembangunan pembelajaran doktor pelatih serta membuat kajian yang lebih lanjut dan terperinci bagi setiap kompetensi untuk mengenalpasti keperluan pembelajaran yang dijalankan selama dua tahun. Ini kerana kesan pembelajaran doktor pelatih dapat meningkatkan sistem perkhidmatan rawatan terhadap pesakit supaya lebih efisien dan berkualiti (Kumar, 2011).

Penyusunan *silibus* berorientasikan teknologi dan penempatan jabatan semasa *housemanship* perlu diperkemas supaya pembelajaran lebih tersusun, sistematik dan memberi sumbangan yang banyak setelah dua tahun menjalani pembelajaran.

Konsep pembelajaran berteraskan eksperimentasi perlu sentiasa dipraktik demi mencari kaedah pembelajaran yang sesuai bagi mencapai sasaran melahirkan doktor kompeten dan beribawa (Garavan & McGuire, 2001).

Waktu dan masa kerja yang diberikan kepada doktor pelatih perlu dipertimbangkan agar tidak maksimum supaya doktor pelatih dapat menjalankan tugas secara baik dan efektif dan menggunakan kompetensi dengan holistik dan berkesan. Secara tidak langsung, tekanan kerja juga dapat dikurangkan.

Penghargaan

Penulis ingin merakamkan setinggi-tinggi penghargaan kepada Universiti Tun Hussein Onn Malaysia dan Universiti Teknologi Malaysia atas sokongan secara langsung atau tidak langsung dalam menjayakan proses penerbitan artikel ini.

Rujukan

- Atinga, R. A., Abekah, G. & Domfen, K. A. (2011). Managing Healthcare Quality in Ghana: A Necessity of Patient Satisfaction. *International Journal of Health Care*. 24 (7): 548-563.
- Azmi, M.T. (1997). *Komplians Terhadap Amalan Pencegahan Universal di Kalangan-Kalangan Perubatan Jabatan Kemalangan Dun Kecemasan, Hospital Kuala Lumpur*. Fakulti Perubatan, UKM. CDC. 1998. Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of HIV and Hepatitis B Virus and Other Blood Borne Pathogens in Health-Care settings *MMWR*. 37(24): 387-388.
- Banister, G. (1993). Extended Role of Pphysiotherapist In A Out-patient Clinic. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 20(2): 242-259.
- Beattie, P. F., Pinto, M. B., Nelson, M. K. & Nelson, R. (2002). Patient Satisfaction with Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation, *Physical Therapy*. *International Journal of Health Care*. 82(6): 557-668.
- Bell, M. E. (1972). *Learning and Instrucyion: Theory Into Practice*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Belvis, E. (2011). Education of Training Effectiveness in the Spanish Health Sector. *Journal of Health Organization and Management*. 23(5): 315-330.
- Benecke D. R. & Bezuidenhout R. (2011). Experiential Learning in Public Relations Education in South Africa. *Journal of Communication Management*. 15(1): 55-69.
- Benecke D.R. & Bezuidenhout R. (2011). Experiential Learning in Public Relations Education in South Africa. 15 (1): 55-69.
- Best, J. W. dan Kahn, J. V. (1998). *Research In Education*. 6 New Jersey: Prentice Hall.
- Boon, J. & 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*, p.309.
- Boyatzis, R. (1982). *The Competent Manager*. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Boyatzis, R. E. & D. A. Kolb. (1995). From Learning Styles to Learning Skills: The Executive Skills Profile. *Journal of Managerial Psychology*. 10(5): 3-17.
- Cegala, D. J. & Broz, S. L. (2003). Provider and Patient Communication Skills Training. *Handbook of Health Communication*, LEA, Mahwah, NJ, pp.95-119.
- Cegala, D. J. & Broz, S. L. (2003). Provider and Patient Communication Skills Training. *Handbook of Health Communication*, LEA, Mahwah, NJ, pp.95-119.
- Dale, M. (1993). *Developing Management Skills Techniques for Improving Learning and Performance*. London: Kogan Page Ltd.
- Dato' Dr. Azmi Bin Shapie (2007). Surat Pekeliling Bil.4/2007, Pelaksanaan Pembelajaran Profesional Berterusan Continuing Professional Development (CPD), Pengarah Perkembangan Perubatan, Bahagian Perkembangan Perubatan (2007).
- Day, M. (1989). Management Competence and the Charter Initiative. *Personel Management*. 21: 30-34.
- Dorgan, C. A. (1995). *Statistical Record of Health and Medicine*. Detroit: Gale Research: pp. 596.
- Dunn, R. & Dunn, K. (1978). *Teaching Students Through Their Individual Learning Styles: A Practical Approach*. Reston, Virginia: Reston Publishing.
- Dunn, R. dan Dunn, K. (1978). *Teaching Students Through Their Individual Learning Styles: A Practical Approach*. Reston, Virginia: Reston Publishing.
- Fahey, B. J., Koziol, D. E., Banks, S. M. & Henderson, D. K. (1997). Frequently of Non-Parenteral Occupational Exposures to Blood and Body Fluids Before and After Universal Precautions Training. *Am J. Med*. 90: 145-153.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. & Eves, R. (2002). Efficacy of A Cancer Research UK Communication Skills Training Model for Oncologists: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medicine*. 23(359): 650-665.
- Garavan, T. & McGuire, D. (2001). Competencies and Workplace Learning: Some Reflections on the Rhetoric and the Reality. *Journal of Workplace Learning*. 13(4).
- Garavan, T. & McGuire, D. (2001). Competencies and Workplace Learning: Some Reflections on the Rhetoric and the Reality. *Journal of Workplace Learning*. 13(4).
- Geran & Tate, W. (1995). *Developing Corporate Competence: A High-Performance Agenda for Managing Organizations*. Hampshire : Gower Publishing Ltd.

- Gerber R. (2001). The Concept of Common Sense in Workplace Learning and Experience. 43 (2): 72-81.
- Humphris, G. M. & Kaney, S. (2001). Assessing the Development of Communication Skills in Undergraduate Medical Students. *Journal of Medical Education*. 35(3): 225-310.
- Humphris, G. M. & Kaney, S. (2001). Assessing The Development of Communication Skills in Undergraduate Medical Students. *Journal of Medical Education*. 35(3): 225-310.
- Hung S., Chen C. C. & Lee W. (2009). Moving Hospitals Toward E-Learning Adoption : An Empirical Investigation. 22 (3): 239-256.
- Jones, N. (1985). *Continuing Professional Development: Perspectives from Human Resource Professionals*. Wales: University of Glamorgan.
- Jones, N. (1985). *Continuing Professional Development: Perspectives from Human Resource Professionals*. Wales: University of Glamorgan.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experiences as a Source of Learning and Development*. New Jersey : Prantice Hall.
- Kumar, S. (2011). Examining Quality and Efficiency of The US Healthcare System. *International Journal of Health Care*. 24(5): 366-388.
- Lokman, P., Gabriel, Y. & Nicolson, P. (2011). Hospital Doctors' Anxieties at Work: Patient Care as Intersubjectives Relationship and or as System Output. *International Journal of Organizational Analysis*. 19(1): 29-48.
- Longaker, M. (2008). Presidential Address: Leadership, Teamwork and SUS Brand Extension. *Surgery Clinical Journal*. 144(4): 130-147.
- Mackenzie, R. A. & Husey R. (1976). The Management in 3D. In D.E. Hussey, *Corporate Planning Theory and Practice*. Oxford: Pergamon Press Ltd. pp. 132-130.
- Marley, K. A, Collier, D. A. & Goldstein, S. M. (2004). The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences Journal*. 35(3): 349-360.
- Marley, K.A, Collier, D.A. & Goldstein, S.M. (2004). The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences*. 35(3): 349-360.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for Competence Rather than for Intelligence. *American Psychologist Journal*. 28(1): 1-14.
- Mohd. Majid Konting, (1990). *Kaedah Penyelidikan Pendidikan*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Mohd. Najib Abdul Ghafar (1998). *Penyelidikan Pendidikan*. Fakulti Pendidikan : Universiti Teknologi Malaysia.
- Osborn, E. H., Papadakis, M. A. & Gerberding J. L. (1999). Occupational Exposures to Body Fluid in Medical Students. A Seven Year Longitudinal Study. *International Medicine Journal*. 130(1): 45-51.
- Schroder, H. M. (1989). *Managerial Competence: The Key Excellence*. Iowa: Kelldall-Hunt.
- Sulaiman Masri (1996). *Pelajar Cemerlang*. Kuala Lumpur: Utusan Publications and Distributors Sdn. Bhd.
- Syed Azwan Syed Ali (2011). *Kemahiran Pelatih Pegawai Perubatan Lulusan Universiti Dipersoal*. Berita Harian, 14 Februari 2011.
- Symes, G. (2009). *Extended Scope Physiotherapy Occupational Interest Group Resources Manual and Competencies for Extended Musculoskeletal Psysiotherapy Roles*. Psysiotherapy, London.
- West, M. & Borrill, C. (2006). The Influence of Team Working, In Cox, J., King, J., Hutchinson, A. dan McAvoy, P. (Eds). *Understanding Doctors' Performance*, Radcliffe Publishing Oxford.
- Zuber O. (2002). The Concept of Action Learning. 9 (3): 114-124.