

## Kesan Gaya Komunikasi Doktor Perubatan Terhadap Kepuasan Pesakit

FAUZIAH ISMAIL  
*Universiti Malaysia Perlis*

BAHIYAH OMAR  
*Universiti Sains Malaysia*

### ABSTRAK

Kajian ini bertujuan mengkaji kesan gaya komunikasi doktor perubatan terhadap kepuasan pesakit. Terdapat tiga jenis gaya komunikasi doktor (gaya berpusatkan pesakit, gaya hubungan dan gaya kawalan) dan beberapa faktor lain (kemahiran teknikal, akses kepada perkhidmatan, dan masa yang diluangkan bersama doktor perubatan) yang dikaji dalam kajian ini sebagai peramal kepada kepuasan pesakit. Kajian ini ingin mengetahui sejauh mana gaya komunikasi doktor dapat meramal kepuasan pesakit berbanding faktor-faktor lain. Data dikutip menggunakan kaedah tinjauan terhadap 115 pesakit luar yang mendapatkan perkhidmatan dan rawatan di Hospital Seberang Jaya Pulau Pinang, salah sebuah hospital awam di Malaysia. Beberapa ujian statistik iaitu ujian Korelasi Pearson, Regresi Berganda Standard dan Regresi Berganda Hierarchy, telah digunakan untuk menganalisis data. Hasil keputusan ujian korelasi yang diperoleh menunjukkan gaya komunikasi berpusatkan pesakit, gaya hubungan, kemahiran teknikal dan akses kepada perkhidmatan doktor mempunyai hubungan yang signifikan dan positif dengan kepuasan pesakit. Walau bagaimanapun, hasil ujian Regresi Berganda menunjukkan bahawa gaya hubungan adalah peramal yang terbaik terhadap kepuasan pesakit diikuti dengan kemahiran teknikal. Ini menunjukkan dalam konteks budaya timur, seperti di Malaysia, gaya komunikasi doktor yang mengutamakan kesopanan, kemesraan dan menunjukkan kasih sayang adalah faktor terpenting dalam mempengaruhi kepuasan pesakit. Dapatan data juga mendapati sumbangan yang besar daripada gaya komunikasi doktor dalam menerangkan kepuasan pesakit berbanding faktor lain. Kajian ini menyumbang pada pembangunan perkhidmatan kesihatan di Malaysia.

**Kata Kunci:** *Gaya komunikasi, kemahiran teknikal, akses perkhidmatan, masa bersama doktor, kepuasan pesakit.*

## The Effects of Physician Communication Style on Patient Satisfaction

### ABSTRACT

This study aims to identify the effects of physician communication style on patient satisfaction. There are three communication styles (patient-centered style, affiliation style and control style) and other relevant factors (technical skills, access to services and time spent with medical doctors) examined in this study as predictors to patient satisfaction. This study is interested to uncover the extent that physician communication style determines patient satisfaction as compared to other factors. Data were collected using a survey on 115 outpatients who received treatment at Hospital Seberang Jaya, Penang, one of the public hospitals in Malaysia. A few

statistical analyses, namely Pearson Correlation, Standard Multiple Regression and Hierarchical Multiple Regression were used to analyse the data. Correlational results suggested that patient-centered communication style, affiliation style, technical skills and access to services have significant positive relationships with patient satisfaction. Results from Multiple Regression analysis, however, showed that affiliation style was the best predictor of patient satisfaction followed by technical skills. This shows that in an eastern cultural context, such as Malaysia, physician communication style that emphasizes on politeness, warmth and showing of love and affection has the greatest influence on patient satisfaction. The result also revealed substantial contribution of physician communication style in explaining patient satisfaction as compared to other factors. The study contributes to the development of health services in Malaysia.

**Keywords:** *Communication style, technical skills, access services, time spent with doctor, patient satisfaction.*

## PENGENALAN

Komunikasi kesihatan bergantung kepada kekuatan komunikasi interpersonal dalam mempengaruhi tingkahlaku dan kesihatan individu. Sehubungan itu, komunikasi interpersonal dalam bidang kesihatan adalah sangat penting kerana dapat membentuk hubungan dan interaksi di antara individu dengan kakitangan perubatan serta sistem sokongan sosial individu terbabit yang terdiri daripada kenalan terdekat mereka seperti keluarga dan rakan-rakan. Hubungan yang terbentuk secara positif ini dapat mempengaruhi keputusan individu untuk membuat pilihan yang dapat menyihatkan diri mereka sendiri (Kreps, 1998). Sememangnya kesihatan merupakan keperluan asas manusia dan diiktiraf oleh organisasi antarabangsa. Walaubagaimanapun, kesihatan turut menyumbang kepada sumber kebimbangan orang ramai (Aguerrebere, 2015).

Aspek yang amat berkait rapat dengan komunikasi interpersonal ini adalah komunikasi di antara pesakit dengan doktor. Penyampaian mesej dan maklumat kesihatan yang baik kepada pesakit dapat menentukan kejayaan konsultasi perubatan yang dijalankan dan turut memberi kesan kepada kesihatan pesakit ke arah yang lebih baik (Haron & Ibrahim, 2013). Pesakit yang lebih memahami cara penyampaian doktor lebih cenderung untuk menerima masalah kesihatan mereka, memahami pilihan rawatan yang diberikan kepada mereka, mudah bagi mengubah tingkahlaku mereka dan mematuhi rawatan susulan yang perlu diikuti (Cingi, Hanci & Muluk, 2015).

Selaras dengan itu, komunikasi merupakan kunci utama kepada kepuasan pesakit. Kepuasan pesakit didefinisikan sebagai perspektif pengalaman pesakit dengan doktor dan perkhidmatan yang diterima meliputi pelan penjagaan kesihatan mereka (Aniza, Rizal, Mardhiyyah, Helmi, Syamimi & Tahar, 2011). Antara faktor yang menyumbang kepada ketidakpuasan terhadap perkhidmatan kesihatan awam berkaitan dengan perkhidmatan doktor adalah seperti masa yang diambil untuk merawat pesakit, doktor yang kurang berpengalaman dan kurang mahir, doktor yang kurang empati, masa menunggu yang terlalu lama untuk mendapatkan rawatan, doktor yang tidak mengambil peduli mengenai permasalahan pesakit serta gaya berinteraksi dengan pesakit yang tidak efektif (Ganasegaran & Al-Dubai, 2014; Andaleeb, Siddiqui & Khandakar, 2007; Al-Dubai, Ganasegaran, Perianayagam & Rampal, 2013; Steward, 1984; Bertakis, Roter & Putnam,

1991 & Bertakis, Callahan, Helms, Azari, Robbins, Miller, 1998). Menurut Francisco, Miquel, Inmaculada & Jesus (2017), ketidakcukupan masa bersama doktor dalam sesi konsultasi merupakan antara faktor yang menyumbang pada ketidakpuasan dalam kalangan pesakit. Sementara itu, kajian lepas sering kali melaporkan gaya komunikasi menyumbang kepada kesan negatif seperti ketidakpatuhan pesakit dengan rawatan dan ketidakpuasan dalam kalangan pesakit (Crawford & Makoul, 2003; Flickinger, Saha, Moore & Beach, 2013). Oleh itu, aspek kepuasan pesakit perlu diberi keutamaan kerana keselesaan dalam mendapatkan perkhidmatan dan perubahan dari segi kualiti penjagaan kesihatan menjadi tuntutan masyarakat kini (Abdullah, 2008).

Salah satu aspek yang menyumbang kepada kepuasan pesakit ialah hubungan pesakit dengan doktor serta kakitangan perubatan. Hubungan yang terjalin antara pesakit dengan kakitangan perubatan merupakan penentu yang sangat penting kepada pematuhan pesakit terhadap rawatan. Menurut Emily, Steven, Mariam, Caitlin, Debra, Sounkalo, Seydou dan Peter (2017), pematuhan pesakit dapat dihasilkan melalui komunikasi lisan dan bukan lisan doktor semasa berinteraksi dengan pesakit. Oleh sebab itu, gaya komunikasi yang efektif perlu ditentukan. Kelemahan gaya komunikasi boleh menjadi punca utama berlakunya perselisihan faham kerana kemungkinan idea atau mesej yang hendak disampaikan tidak dapat difahami yang boleh menimbulkan rasa tidak puas hati dan akhirnya boleh menyebabkan pesakit tidak meneruskan rawatannya.

Berpandukan kajian lepas, kajian ini mengkaji gaya komunikasi doktor yang terdiri daripada gaya berpusatkan pesakit, gaya hubungan dan gaya kawalan dengan kepuasan pesakit. Selain aspek gaya komunikasi doktor, kajian ini juga ingin melihat faktor lain yang terdiri daripada kemahiran teknikal doktor, akses kepada perkhidmatan doktor dan masa bersama doktor yang menjadi faktor penyumbang kepada kepuasan pesakit. Oleh sebab kajian ini memberi tumpuan terhadap gaya komunikasi doktor, teori interaksi sosial dijadikan asas teoretikal kajian ini seperti yang ditemui dalam kajian lepas.

#### LATAR BELAKANG TEORI DAN PEMBANGUNAN HIPOTESIS

Kajian lepas menggunakan teori interaksi sosial yang diperkenalkan oleh German Max Weber (1990) dalam memahami gaya komunikasi doktor (Ben-Sira, 1976; Ben-Sira, 1980; Buller & Buller, 1987; Swedlund, Schumacher, Young & Cox, 2012). Teori interaksi sosial ini menjelaskan perbezaan ilmu pengetahuan antara seseorang dengan individu lain yang memberikan kesan terhadap tindakan individu lain dan interaksi sosial. Seperti kajian-kajian lepas yang menggunakan teori ini dalam memahami komunikasi doktor, tumpuan kajian adalah pada aspek afektif yang merujuk kepada tindakan sosial yang lebih didominasi oleh perasaan atau emosi yang bersifat spontan. Cara seseorang membuat tanggapan mengenai tingkah laku manusia apabila berhubungan dengan orang lain merupakan persoalan utama teori ini. Dalam konteks kajian ini, pesakit terlibat dengan komunikasi bersama doktor semasa sesi konsultasi. Kebanyakan pesakit biasanya kurang ilmu pengetahuan tentang kesihatan dan rawatan berbanding doktor. Ben-Sira (1976, 1980) menyatakan bahawa apabila berlaku ketidaksamaan ilmu pengetahuan antara pembekal dengan pelanggan, dalam konteks kajian ini ialah doktor dan pesakit, komponen afektif adalah sangat penting untuk menentukan kepuasan

pesakit. Komponen afektif yang dimaksudkan adalah gaya komunikasi doktor.

Gaya komunikasi ialah satu interaksi yang melibatkan pendekatan lisan atau bukan lisan untuk memberi isyarat cara makna perlu diambil, diinterpretasi, ditapis atau difahami (Norton, 1978). Komponen afektif gaya komunikasi yang dipelopori oleh Ben-Sira (1976, 1980) merujuk cara seorang doktor berkomunikasi dengan pesakit. Komponen afektif ini mengandungi tingkah laku yang dikawal oleh doktor semasa berinteraksi dengan pesakitnya (Ben-Sira, 1980). Tingkah laku ini melibatkan peruntukan masa yang mencukupi untuk berinteraksi, mempamerkan minat terhadap pesakit dan menawarkan pertolongan bagi permasalahan pesakit. Berdasarkan kajian lepas, komunikasi terdiri daripada pelbagai jenis gaya. Walau bagaimanapun, kajian yang dilakukan ini hanya mempamerkan tiga jenis gaya sahaja bagi pesakit membuat penilaian iaitu gaya komunikasi berpusatkan pesakit, gaya hubungan dan gaya kawalan.

### *Gaya Komunikasi Doktor*

Komunikasi berpusatkan pesakit digambarkan sebagai sejauh mana seorang doktor mampu untuk membuat pesakit menyatakan tujuan mereka hadir bagi sesi konsultasi dan pesakit bebas menyatakan simptom, idea, perasaan dan jangkaan mereka terhadap penyakit yang dihidapi. Fokus pendekatan ini adalah dengan mendengar masalah pesakit dan juga memahami latar belakang serta pengalaman pesakit dari sudut kaca mata seorang doktor (Henbest dan Steward, 1989). Dalam kajian yang dilakukan oleh Steward (1984), gaya komunikasi berpusatkan pesakit dari sudut doktor adalah seperti bertanya mengenai pandangan dan bertanya untuk menawarkan pertolongan. Ciri-ciri ini merujuk kepada tingkah laku secara aktif oleh doktor kepada pesakitnya. Hal ini bermakna doktor berkelakuan dengan cara yang memudahkan pesakit itu menyatakan keadaan diri pesakit dan bebas bagi pesakit bercakap secara terbuka dan bertanya soalan. Manakala Anderson (2002) menjelaskan, gaya komunikasi berpusatkan pesakit turut dikenali sebagai gaya komunikasi biopsikososial di mana secara aktifnya, pesakit terlibat dalam perbincangan dan proses membuat keputusan bersama doktor. Gaya komunikasi ini juga menggalakkan pesakit untuk berkongsi idea dan mewujudkan hubungan sebagai rakan kongsi. Hasil kajian lepas (Del Piccolo et al., 2008) menunjukkan gaya komunikasi berpusatkan pesakit dari sudut doktor dan pesakit ini mempunyai hubungan yang positif dengan kepuasan pesakit. Oleh itu, kajian ini mengemukakan hipotesis berikut:

H1: Gaya komunikasi berpusatkan pesakit mempunyai kesan yang positif terhadap kepuasan pesakit

Manakala, gaya hubungan pula merujuk kepada kemesraan, kehangatan dan kedamaian (Kevin & Penni, 2016). Selain itu, menurut Mara dan Carlos (2000), gaya hubungan terdiri daripada tingkah laku lisan dan bukan lisan yang menekankan perkembangan hubungan yang positif dengan pesakit dan kebiasaannya gaya ini lebih cenderung ke atas doktor perempuan. Antara elemen gaya hubungan ini termasuklah tingkah laku komunikasi yang menarik, mesra, empati, kehangatan, kasih sayang, humor, kejujuran, keinginan untuk menolong, ketulenan, keaslian, berterus terang, belas

kasihan, ketaatan dan orientasi sosial (Mara & Carlos, 2000). Kehangatan semasa konsultasi merupakan salah satu ciri gaya hubungan yang diketengahkan oleh Sadler dan Woody (2003). Hasil kajian lepas (e.g: Buller & Buller, 1987; Norton, 1978; Sadler & Woody, 2003; Lilia, Fiona, Lars & Susan, 2017) menunjukkan gaya hubungan mempunyai perkaitan yang positif dengan kepuasan pesakit. Berdasarkan kajian lepas, hipotesis kedua kajian adalah seperti berikut:

H2: Gaya hubungan mempunyai kesan yang positif terhadap kepuasan pesakit

Kajian lepas juga mengkaji tingkah laku komunikasi yang dominan, memberi arahan dan perlu dipatuhi (Kevin & Penni, 2016) yang dikenali sebagai gaya kawalan. Ia merujuk kepada tingkah laku yang cuba mengawal komunikasi dalam interaksi. Sebagai contoh seperti komunikasi yang ringkas, tergesa-gesa, mengarah, berhujah dan menunjukkan isyarat semasa berkomunikasi (Street, 1989). Menurut Mara dan Carlos (2000), gaya kawalan lebih memberi tumpuan kepada pengurusan tingkah laku pesakit semasa konsultasi dan gaya ini sering dikaitkan dengan doktor lelaki. Sementara itu, konsep gaya kawalan menurut Sadler & Woody (2003) ialah tingkah laku yang lebih mendominasi; seperti gaya komunikasi ibu bapa yang menggunakan nada suara yang tinggi, memaksa arahan mereka dipatuhi dan mengancam anak-anak dengan hukuman (Stijn, Maarten, Bart, Gregoire, Jean, Sophie & Elien, 2016). Manakala, Dowsett et al. (2000) menjelaskan bahawa gaya kawalan mempunyai maksud yang hampir sama dengan gaya berpusatkan doktor iaitu dalam gaya berpusatkan doktor, pegawai perubatan mempamerkan tingkah laku kawalan yang tinggi, lebih fokus dan cenderung untuk menjadi kurang empati. Kajian lepas (Flocke, Miller & Crabtree, 2002; Dowsett et al., 2000) mendapati gaya kawalan yang tinggi dipamerkan doktor menyumbang kepada tahap kepuasan pesakit yang rendah. Seterusnya, kajian ini mencadangkan hipotesis berikut:

H3: Gaya komunikasi kawalan yang dipamerkan doktor mempunyai hubungan yang negatif dengan kepuasan pesakit.

#### *Faktor-Faktor Lain*

Selain gaya komunikasi doktor, terdapat beberapa faktor lain yang dikenalpasti dalam kajian lepas yang didapati menyumbang kepada kepuasan pesakit. Salah satu faktor penting adalah kemahiran teknikal doktor. Kemahiran teknikal adalah mengenai persepsi pesakit terhadap ilmu pengetahuan dan kepakaran profesional doktor (Boquiren, Hack, Beaver & Williamson, 2015) serta kebijaksanaan, ilmu pengetahuan dan kepakaran doktor yang boleh memberikan jaminan bahawa mereka boleh memberikan perkhidmatan yang terbaik kepada pesakit (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1991 dalam Andaleeb, Siddiqui & Khandakar, 2007). Aniza et al. (2011) menunjukkan bahawa terdapat hubungan yang signifikan antara kepuasan responden dengan kualiti kemahiran teknikal dan faktor-faktor lain seperti masa bersama doktor, mudah

berhubung, kemahiran komunikasi, aspek interpersonal dan aspek kewangan. Oleh itu, kajian ini meramalkan kesan positif kemahiran teknikal terhadap kepuasan pesakit.

H4: Kemahiran teknikal mempunyai kesan yang positif terhadap kepuasan pesakit

Di samping itu, akses perkhidmatan merupakan sebahagian daripada struktur kualiti penjagaan. Menurut Boquiren, Hack, Beaver dan Williamson (2015), akses perkhidmatan adalah mengenai persepsi pesakit tentang pengalaman bertemu dengan doktor samada mudah atau sebaliknya. Akses perkhidmatan juga dilihat daripada sudut adanya doktor, jururawat dan katil hospital mengikut keperluan pesakit (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1991 dalam Andaleeb, Siddiqui & Khandakar, 2007). Kajian oleh Andaleeb, Siddiqui dan Khandakar (2007) mengenai kepuasan pesakit dengan perkhidmatan kesihatan di Bangladesh menunjukkan faktor-faktor seperti orientasi perkhidmatan doktor, orientasi perkhidmatan jururawat, bentuk-bentuk fizikal yang disediakan di hospital (*tangibles*), akses perkhidmatan, kos rawatan dan proses perkhidmatan rawatan adalah penentu kepada kepuasan pesakit. Hasil kajian tersebut menunjukkan bahawa akses kepada perkhidmatan doktor merupakan faktor yang paling kuat mempengaruhi kepuasan pesakit. Oleh itu, hipotesis kelima kajian ini adalah seperti berikut:

H5: Akses perkhidmatan mempunyai kesan yang positif terhadap kepuasan pesakit

Antara faktor yang sering dikaitkan dengan kepuasan pesakit adalah masa yang diluangkan oleh doktor untuk merawat pesakit. Persepsi pesakit terhadap jumlah masa yang diperuntukkan bersama doktor (Boquiren, Hack, Beaver & Williamson, 2015) turut dilihat sebagai penyumbang kepada kepuasan pesakit. Kenagy, Berwick dan Shore (1999) dalam WHO (2008) menjelaskan bahawa masa bersama doktor merupakan sebahagian daripada kualiti perkhidmatan yang melibatkan peruntukan masa berinteraksi antara kakitangan perubatan dengan pesakit. Kajian yang dilakukan oleh Ganasegeran et al. (2015) juga mendapati dimensi kualiti teknikal masa bersama doktor mempunyai hubungan yang positif dengan kepuasan pesakit. Kajian ini turut meramalkan hubungan yang positif antara masa bersama doktor dengan kepuasan pesakit.

H6: Masa bersama doktor mempunyai kesan yang positif terhadap kepuasan pesakit

## KAEDAH KAJIAN

Kaedah tinjauan digunakan dalam kajian ini untuk mengukur persepsi pesakit tentang gaya komunikasi doktor dan faktor-faktor lain yang menyumbang kepada kepuasan pesakit. Kaedah tinjauan mampu menghuraikan sikap, pandangan, kepercayaan, perasaan dan tingkahlaku (Piaw, 2014) dan merupakan kaedah yang terbaik untuk menggambarkan ciri-ciri populasi yang besar (Babbie, 2008). Oleh itu, kaedah tinjauan amat sesuai untuk melihat persepsi pesakit terhadap gaya komunikasi doktor. Teknik persampelan bertujuan, yang menasaskan sekumpulan subjek yang mempunyai ciri-ciri tertentu (Piaw, 2014), digunakan dalam kajian ini. Ciri-ciri responden yang dipilih dalam kajian ini adalah pesakit yang menerima perkhidmatan atau rawatan di klinik, bukan menghadapi masalah mental, berumur 18 tahun ke atas, boleh memahami Bahasa Malaysia, warganegara Malaysia dan secara sukarela bersetuju menyertai kajian ini. Oleh itu, hanya responden yang memenuhi semua kriteria yang ditetapkan dipilih sebagai sampel kajian.

#### *Responden Kajian*

Seramai 115 orang pesakit dari Klinik Pesakit Luar, Hospital Seberang Jaya telah diambil sebagai responden kajian ini. Hospital Seberang Jaya dipilih sebagai lokasi kajian dan dijangka dapat mewakili keseluruhan hospital di Malaysia disebabkan ciri-ciri perkhidmatan dan rawatan yang disediakan hampir sama dengan hospital-hospital lain. Penentuan saiz sampel dibuat berdasarkan Jadual penentuan saiz sampel Cohen (1992) yang menunjukkan sekurang-kurangnya 97 responden diperlukan untuk mengesan kesan sederhana pada tahap signifikan  $< 0.5$ . Oleh itu, jumlah 115 orang responden adalah mencukupi bagi kajian ini. Taburan responden menunjukkan responden perempuan (57.4%) melebihi jumlah responden lelaki (42.6%). Selain itu, kebanyakan responden terdiri daripada warga emas yang berumur 60 tahun ke atas (26.0%) diikuti dengan responden yang berumur 40–49 (25.2%), manakala peratusan yang paling rendah ialah responden yang berumur di bawah 20 tahun (2.6%). Keadaan ini menunjukkan tahap kesihatan warga emas adalah lebih rendah berbanding golongan muda dan golongan yang lebih berumur ini berhadapan dengan lebih banyak penyakit.

Majoriti responden terdiri daripada bangsa Melayu (67.8%), diikuti bangsa India (20.0%) dan selebihnya bangsa Cina (12.2%). Didapati kebanyakan responden sudah berkahwin (73.0%), diikuti bujang (17.4%), manakala selebihnya ialah responden yang berstatus duda atau janda (9.6%). Taburan responden juga menunjukkan bahawa responden yang tidak bekerja adalah paling tinggi (50.4%), disusuli dengan responden yang bekerja di sektor swasta (30.4%) dan responden yang bekerja di sektor kerajaan (11.3%). Sehubungan dengan itu, taburan responden menunjukkan hampir sebahagian daripada responden tidak mempunyai pendapatan (46.1%). Nilai peratusan yang paling rendah ialah pendapatan responden dalam lingkungan RM3001 dan ke atas (2.6%). Kebanyakan responden berkelulusan SPM/SPMV (40.9%) manakala terdapat beberapa responden kajian ini yang tidak bersekolah (2.6%). Ini menunjukkan golongan berpendapatan rendah dan berpelajaran rendah lebih banyak mendapatkan rawatan di hospital kerajaan.

#### *Pengukuran Pembolehubah*

Terdapat tujuh pembolehubah yang dikaji dalam kajian ini. Borang soal selidik digunakan untuk mengumpul data tentang responden dan pembolehubah kajian. Pengukuran soal selidik ini diukur dengan menggunakan 5 item skala likert di mana 1 = sangat tidak setuju dan 5 = sangat setuju. Pengukuran pembolehubah diguna pakai daripada kajian lepas dan kesemua pembolehubah mencapai tahap kebolehpercayaan Cronbach alpha melebihi 0.7. Berikut merupakan huraian berdasarkan pembolehubah yang dikaji dalam kajian ini.

#### *Berpusatkan Pesakit (Patient-centredness)*

Konsep berpusatkan pesakit dapat dirumuskan daripada kajian-kajian lepas (Henbest dan Steward, 1989; Steward, 1984; Anderson, 2002; Del Piccolo et al., 2008) adalah merujuk kepada tingkah laku doktor yang mengambil berat terhadap pesakit dengan mendengar masalah pesakit secara mendalam yang turut mendorong pesakit bebas untuk berkomunikasi dengan doktor terutama dalam proses pesakit membuat keputusan. Konsep berpusatkan pesakit merujuk kepada Del Piccolo et al. (2008) digambarkan sebagai tingkah laku komunikasi yang mendengar secara aktif, memberi sokongan, mencapai pemahaman bersama serta melibatkan pesakit dalam proses membuat keputusan. Kajian ini telah mengadaptasi 21 pernyataan daripada kajian Del Piccolo et al. (2008) bagi gaya berpusatkan pesakit. Nilai alpha bagi pernyataan-pernyataan ini adalah  $\alpha = .96$ . Beberapa pernyataan yang digunakan bagi mewakili gaya berpusatkan pesakit adalah seperti 'doktor menyenaraikan semua masalah pesakit', 'doktor mengambil berat mengenai kesan emosi terhadap masalah pesakit' dan 'intervensi doktor adalah berdasarkan kepada percakapan pesakit.'

#### *Gaya Hubungan (Affiliation)*

Konsep gaya hubungan menurut kajian lepas (Kevin & Penni, 2016; Mara & Carlos, 2000; Sadler & Woody, 2003; Ben Sira, 1976; Collins, 1983; DiMatteo, Prince & Taranta, 1979; Korsch, Gozzi & Francis, 1968; Buller dan Buller, 1987) menunjukkan tingkah laku komunikasi yang harmoni, berkasih sayang, menekankan hubungan yang positif dengan pesakit dan mempamerkan keikhlasan dalam membantu pesakit. Manakala konsep gaya hubungan menurut Buller & Buller (1987) merupakan tingkah laku komunikasi yang menarik, mesra, empati, kehangatan, kasih sayang, humor, kejujuran, keinginan untuk menolong, ketulenan, keaslian, berterus terang, belas kasihan, ketaatan dan orientasi sosial. Terdapat 14 pernyataan yang telah diadaptasi daripada kajian Buller dan Buller (1987) bagi mewakili gaya hubungan. Nilai alpha bagi pernyataan-pernyataan ini adalah  $\alpha = .96$ . Beberapa pernyataan berkaitan gaya hubungan yang mewakili kajian ini adalah seperti 'doktor sentiasa memberi galakan', 'doktor sangat mesra', 'konsultasi bersama doktor sangat santai' dan 'doktor dilihat bersikap terbuka dan jujur'.

#### *Gaya Kawalan*



Gaya kawalan dipetik daripada kajian lepas (Kevin & Penni, 2016, Mara & Carlos, 2000, Sadler & Woody, 2003; Stijn, Maarten, Bart, Gregoire, Jean, Sophie & Elien, 2016; Street, 1989; Dowsett et al, 2000; Buller dan Buller, 1987) menunjukkan tingkah laku komunikasi yang dikawal oleh sebelah pihak, lantang bersuara, tidak mempamerkan sifat empati, memberi arahan dan perlu mematuhi arahan tersebut. Gaya kawalan menurut Buler dan Buller (1987) menggambarkan tingkah laku komunikasi yang dikawal, berkuasa, ringkas, tergesa-gesa dan mengarah. Bagi kajian ini, konsep gaya kawalan diadaptasi daripada lima pernyataan daripada kajian Buller dan Buller (1987). Nilai alpha bagi gaya kawalan ini adalah  $\alpha = .71$ . Antara pernyataan yang digunakan bagi mengukur gaya kawalan adalah seperti 'dokter cenderung menjadi ketua dalam konsultasi', 'dokter lebih mendominasi perbualan', dan 'komunikasi bersama doktor gemar bercanggah dengan pesakit'.

#### *Kemahiran Teknikal*

Kemahiran teknikal yang dapat dirumuskan daripada kajian-kajian lepas (Andaleeb, Siddiqui & Khandakar, 2007; Boquiren, Hack, Beaver dan Williamson, 2015; Marshall dan Hays, 1994) adalah merujuk kepada doktor yang berpengetahuan, bijak dan mempunyai kepakaran dalam bidang perubatan. Konsep kemahiran teknikal yang dijelaskan oleh Boquiren, Hack, Beaver dan Williamson (2015) secara umumnya merujuk kepada persepsi pesakit terhadap ilmu pengetahuan dan kepakaran profesional doktor. Kajian ini telah mengadaptasi satu pernyataan daripada Boquiren, Hack, Beaver dan Williamson (2015) dan empat pernyataan daripada kajian Marshall dan Hays (1994). Secara keseluruhannya terdapat lima pernyataan yang digunakan dalam kajian ini bagi mewakili kemahiran teknikal. Nilai alpha bagi kemahiran teknikal ini adalah  $\alpha = .76$ . Antara pernyataan yang digunakan bagi mengukur kemahiran teknikal adalah seperti 'segala keperluan rawatan daripada doktor adalah lengkap', dan 'dokter yang merawat pesakit dilihat kurang berpengalaman dan pesakit ragu-ragu dengan keupayaan doktor yang merawat pesakit' (dikod terbalik).

#### *Akses Perkhidmatan*

Konsep akses perkhidmatan merujuk kepada kajian-kajian lepas (Boquiren, Hack, Beaver dan Williamson, 2015; Marshall dan Hays, 1994; Andaleeb, Siddiqui dan Khandakar, 2007) merupakan tanggapan pesakit mengenai pengalaman bagi mendapatkan perkhidmatan rawatan adalah sukar ataupun tidak, di samping melihat kepada kecukupan bilangan katil hospital dan bilangan staf perubatan seperti doktor dan jururawat. Andaleeb, Siddiqui dan Khandakar (2007) menjelaskan akses perkhidmatan merujuk kepada adanya doktor, jururawat dan katil hospital sepanjang masa, termasuk juga perkhidmatan penjagaan kesihatan dari pelbagai dimensi. Akses perkhidmatan merupakan perkara yang amat diambil perhatian oleh pesakit. Bagi kajian ini, dua pernyataan daripada Andaleeb, Siddiqui dan Khandakar (2007) dan satu pernyataan daripada Marshall dan Hays (1994) diguna pakai untuk mentakrifkan akses perkhidmatan. Nilai alpha bagi motif ini adalah sebanyak  $\alpha = .71$ . Antara pernyataan yang diguna pakai bagi perwakilan akses perkhidmatan ini adalah 'pesakit mampu

mendapatkan perkhidmatan rawatan perubatan pada bila-bila masa yang diperlukan', 'bilangan doktor di hospital mencukupi' dan 'bilangan jururawat di hospital mencukupi'.

#### *Masa Bersama Doktor*

Konsep masa bersama doktor merujuk kepada kajian-kajian lepas (Boquiren, Hack, Beaver dan Williamson, 2015; Kenagy, Berwick dan Shore, 1999; Marshall dan Hays, 1994) merupakan jumlah masa pesakit bersama doktor bagi mendapatkan perkhidmatan rawatan. Manakala konsep masa bersama doktor yang dijelaskan oleh Marshall dan Hays (1994) merupakan satu penilaian pesakit terhadap penjagaan kesihatan yang berfokus kepada jumlah dan kualiti masa seseorang pesakit menerima rawatan daripada doktor. Kajian ini telah mengadaptasi pernyataan-pernyataan daripada kajian Marshall dan Hays (1994) bagi mewakili masa bersama doktor. Nilai alpha bagi pernyataan-pernyataan ini adalah  $\alpha = .75$ . Antara pernyataan yang digunakan bagi perwakilan masa bersama doktor adalah seperti 'doktor meluangkan banyak masa bersama pesakit' dan 'doktor yang merawat pesakit dilihat tergesa-gesa' (dikod terbalik).

#### *Kepuasan Pesakit*

Kepuasan pesakit boleh dirumuskan sebagai penilaian pesakit terhadap tahap keseluruhan kepuasan melalui pengalaman perkhidmatan yang telah diterima dan penilaian pesakit terhadap penjagaan kesihatan (Kotler, 1992; Marshall & Hays, 1994; Andaleeb, Siddique & Khandakar, 2007). Kajian ini telah mengadaptasi 7 pernyataan daripada kajian Andaleeb, Siddiqui dan Khandakar (2007) serta kajian Marshall dan Hays (1994) bagi mewakili kepuasan pesakit. Nilai alpha bagi pernyataan-pernyataan ini adalah  $\alpha = .89$ . Antara pernyataan yang digunakan bagi perwakilan kepuasan pesakit adalah seperti 'rawatan yang diterima pesakit sangat baik', 'pesakit gembira dengan perkhidmatan yang disediakan di hospital' dan 'secara keseluruhan kualiti perkhidmatan yang diberikan adalah cemerlang'.

### HASIL KAJIAN

Kajian ini mengkaji pengaruh gaya komunikasi doktor berbanding faktor-faktor lain dalam menerangkan kepuasan pesakit. Hasil analisis deskriptif pembolehubah menunjukkan skor min yang tinggi bagi gaya komunikasi berpusatkan pesakit ( $M = 4.11$ ,  $S.P = .485$ ) berbanding gaya komunikasi hubungan ( $M = 4.04$ ,  $S.P = .534$ ) dan gaya komunikasi kawalan ( $M = 3.97$ ,  $S.P = .987$ ). Manakala, faktor-faktor lain didahului dengan kemahiran teknikal ( $M = 3.99$ ,  $S.P = .647$ ), diikuti dengan masa bersama doktor ( $M = 3.77$ ,  $S.P = .770$ ) dan akses perkhidmatan ( $M=3.64$ ,  $S.P = .600$ ). Tahap kepuasan pesakit adalah pada tahap yang tinggi ( $M = 4.05$ ,  $S.P = .458$ ). Sebelum pengujian hipotesis dilakukan melalui analisis Regresi Berganda Standard, ujian korelasi dijalankan untuk melihat sama ada terdapat hubungan yang signifikan antara tiga jenis gaya komunikasi (gaya komunikasi berpusatkan pesakit, gaya komunikasi hubungan, gaya komunikasi kawalan) dan faktor lain (kemahiran teknikal, akses perkhidmatan dan masa bersama doktor) dengan kepuasan pesakit. Jadual 3 menunjukkan bahawa terdapat empat perhubungan yang signifikan manakala dua lagi tidak signifikan. Gaya komunikasi

hubungan didapati mempunyai perhubungan yang kuat dengan kepuasan pesakit ( $r = .649, p = .000$ ). Perhubungan antara gaya komunikasi berpusatkan pesakit dengan kepuasan pesakit ( $r = .577, p = .000$ ) juga positif dan signifikan, namun lebih rendah sedikit kekuatannya daripada gaya komunikasi hubungan. Pemboleh ubah lain yang turut mempunyai hubungan positif dengan kepuasan pesakit ialah kemahiran teknikal ( $r = .413, p = .000$ ) dan disusuli dengan akses perkhidmatan ( $r = .230, p = .013$ ). Manakala, gaya kawalan ( $r = -.009, p = .926$ ) dan masa bersama doktor ( $r = .157, p = .095$ ) masing-masing tidak mempunyai hubungan dengan kepuasan pesakit. Hasil dapatan menunjukkan doktor yang mempamerkan gaya komunikasi kawalan tidak dikaitkan dengan ketidakpuasan pesakit. Keadaan ini menjelaskan bahawa berkemungkinan budaya Malaysia lebih cenderung untuk menerima komunikasi berbentuk arahan. Malah bagi pesakit yang meluangkan masa yang lama bersama doktor turut tidak memberi sebarang kesan terhadap kepuasan pesakit. Hasil yang diperoleh ini menjelaskan bahawa berkemungkinan juga pesakit lebih mementingkan hasil rawatan yang diterima berbanding masa bersama doktor.

Jadual 3: Korelasi antara pemboleh ubah bebas dengan Kepuasan Pesakit.

Pemboleh ubah Bebas	Kepuasan Pesakit	
	R	P
Gaya Komunikasi Berpusatkan Pesakit	.577**	.000
Gaya Komunikasi Hubungan	.649**	.000
Gaya Komunikasi Kawalan	-.009	.926
Kemahiran Teknikal	.413**	.000
Akses Perkhidmatan	.230*	.013
Masa Bersama Doktor	.157	.095

N= 115, \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$

Seterusnya, kajian ini turut mengenal pasti faktor-faktor yang dapat meramal kepuasan pesakit. Analisis Regresi Berganda Standard (*Standard Multiple Regression*) dijalankan untuk menguji hipotesis kajian. Jadual 4 menunjukkan model regresi adalah signifikan ( $p = .000$ ) dan kesemua pemboleh ubah di dalam model ini menerangkan 44.4% bagi keseluruhan varian dalam pemboleh ubah bersandar iaitu kepuasan pesakit. Hasil analisis menunjukkan hanya dua faktor yang signifikan dalam meramal kepuasan pesakit iaitu gaya komunikasi hubungan ( $\beta = .459, p = .000$ ) dan kemahiran teknikal ( $\beta = .215, p = .031$ ). Hubungan antara kepuasan pesakit dengan faktor-faktor lain adalah tidak signifikan. Dapatan menunjukkan gaya komunikasi berpusatkan pesakit dan akses perkhidmatan adalah signifikan di peringkat korelasi tetapi tidak signifikan apabila diuji melalui analisis Regresi Berganda Standard yang mengambilkira sumbangan setiap pemboleh ubah tidak bersandar dalam menerangkan kepuasan pesakit. Oleh itu, kedua-dua pemboleh ubah ini tidak dapat meramal kepuasan pesakit. Pengujian hipotesis

menggunakan analisis Regresi Berganda Standard menunjukkan hanya H2 dan H4 disokong manakala H1, H3, H5 dan H6 ditolak dalam kajian ini. Hasil kajian menunjukkan peramal kepuasan pesakit yang paling kuat ialah gaya komunikasi hubungan.

Jadual 4: Analisis regresi berganda standard bagi pemboleh ubah dengan Kepuasan Pesakit.

Pembolehubah	Kepuasan Pesakit $\beta(p)$
Gaya Komunikasi Berpusatkan Pesakit	.084 (.501)
<b>Gaya Komunikasi Hubungan</b>	<b>.459 (.000)</b>
Gaya Komunikasi Kawalan	-.125 (.158)
<b>Kemahiran Teknikal</b>	<b>.215 (.031)</b>
Akses Perkhidmatan	.110 (.142)
Masa Bersama Doktor	.074 (.324)
R <sup>2</sup>	.473
Adjusted R <sup>2</sup>	.444
F	16.152
Sig.	<b>.000</b>

N= 115, \*p< .05, \*\*p< .001

Analisis Regresi Berganda Standard hanya dapat menerangkan saiz kesan (*effect size*) keseluruhan pembolehubah menggunakan nilai R<sup>2</sup> tetapi kesan pembolehubah secara individu tidak dapat ditentukan. Trusty et.al (2004) mencadangkan analisis Regresi Berganda Hierarki dijalankan untuk melihat peningkatan dalam R<sup>2</sup> apabila pembolehubah dimasukkan secara hierarki ke dalam persamaan regresi (*regression equation*). Kajian lepas yang mengkaji kepuasan pesakit (cth: Ghosh, 2014) juga menggunakan analisis Regresi Berganda Hierarki untuk melihat saiz kesan faktor individu terhadap kepuasan pesakit.

Oleh itu, kajian ini turut menjalankan Analisis Regresi Berganda Hierarki untuk meneroka sumbangan gaya komunikasi berbanding faktor lain dalam menerangkan kepuasan pesakit. Hasil ujian Regresi Berganda Hierarki dalam Jadual 5 menunjukkan bahawa blok pertama iaitu gaya komunikasi doktor ialah penyumbang terbesar dalam kepuasan pesakit (R<sup>2</sup> = 42.9%). Selepas pemboleh ubah kemahiran teknikal, akses perkhidmatan dan masa bersama doktor dimasukkan ke dalam blok kedua, perubahan R Square adalah sangat kecil (R<sup>2</sup> Change = 4.4). Keadaan ini menunjukkan bahawa pemboleh ubah faktor lain memberikan pertambahan sebanyak 4.4 peratus sahaja kepada varians kepuasan pesakit. Hal ini menunjukkan bahawa sumbangan faktor lain termasuk kemahiran teknikal kepada kepuasan pesakit adalah kecil berbanding gaya

komunikasi doktor.

Jadual 5: Analisis regresi berganda hierarki (*hierarchical multiple regression*)  
 bagi pemboleh ubah dengan Kepuasan Pesakit.

Pembolehubah	B	SE (B)	B	P (2-tailed)
Langkah 1:				
Gaya berpusatkan pesakit	.146	.116	.154	.212
Gaya hubungan	.450	.105	.525	.000
Gaya kawalan	.012	.034	.025	.730
$R^2 = .429$ , $AdjR^2 = .414$ $F(3, 111) = 27.811$ , $p = .000$				
Langkah 2:				
Masa bersama doktor	.044	.045	.074	.324
Akses perkhidmatan	.084	.057	.110	.142
Kemahiran teknikal	.152	.070	.215	.031
$R^2 = .473$ ( $\Delta R^2 = .044$ , $p = .000$ ), $Adj R^2 = .444$ $F(3, 108) = 2.993$ , $p = .000$				

Kedua-dua analisis Regresi Berganda Standard dan Regresi Berganda Hierarki menunjukkan gaya hubungan dan kemahiran teknikal adalah peramal yang signifikan terhadap kepuasan pesakit. Gaya berpusatkan pesakit dan akses perkhidmatan mempunyai hubungan signifikan di peringkat korelasi (hubungan antara dua pembolehubah), namun kedua-dua pembolehubah ini tidak dapat meramal kepuasan pesakit. Manakala, hubungan gaya kawalan dan masa bersama doktor dengan kepuasan pesakit adalah tidak signifikan pada semua peringkat analisis.

#### PERBINCANGAN

Berbeza dengan kajian lepas, kajian ini memberikan tumpuan kepada tiga aspek gaya komunikasi dan melihat faktor lain yang dapat menyumbang kepada kepuasan pesakit. Terdapat kajian lepas yang hanya melihat gaya komunikasi sahaja dan tidak melihat faktor-faktor sampingan yang lain terhadap kepuasan pesakit (Ben-Sira, 1980; Buller & Buller, 1987; Savage & Armstrong, 1990; Webster & Sundaram, 2009; Swedlund, Schumacher, Young & Cox, 2012) dan terdapat kajian lepas yang hanya melihat faktor lain dan bukan dari aspek gaya komunikasi doktor (Ganasegaran & Al-Dubai, 2014; Andaleeb, Siddiqui & Khandakar, 2007; Farzianpour, Byravan & Amirian, 2015). Di samping itu, kajian yang dijalankan ini dapat mengesahkan dapatan kajian lepas tentang peranan gaya komunikasi doktor dalam menentukan kepuasan pesakit tanpa mengeneipkan sumbangan faktor-faktor lain.

Hasil kajian menunjukkan gaya komunikasi hubungan mempunyai nilai sumbangan yang paling besar dan mempunyai kekuatan hubungan paling kuat, berbanding lima pemboleh ubah lain, dengan kepuasan pesakit. Gaya komunikasi hubungan merupakan peramal yang paling signifikan dalam menerangkan kepuasan pesakit. Perhubungan yang positif dan signifikan antara gaya komunikasi hubungan dan kepuasan pesakit turut ditemui dalam kajian lepas seperti Korsch, Gozzi dan Francis (1968), Buller dan Buller (1987), Sadler dan Woody (2003), Lilia, Fiona, Lars dan Susan (2017). Dalam kajian ini, gaya hubungan yang dipamerkan doktor memberikan kepuasan kepada pesakit berbanding gaya komunikasi berpusatkan pesakit. Hasil kajian ini menjelaskan bahawa budaya di Malaysia amat mementingkan layanan yang baik dalam interaksi antara dua individu. Tindakan afektif yang didominasi oleh perasaan dan emosi, mengikut andaian teori interaksi sosial, dilihat mampu menerangkan peranan penting gaya hubungan dalam meningkatkan kepuasan pesakit. Budaya timur masyarakat negara ini yang mengutamakan kesopanan dan kemesraan serta sering menunjukkan kasih sayang dan kehangatan dapat menerangkan sumbangan yang besar gaya hubungan berbanding gaya komunikasi berpusatkan pesakit.

Dapatan kajian yang diperoleh menunjukkan tidak terdapat hubungan antara gaya komunikasi kawalan dengan kepuasan pesakit. Hal ini menerangkan bahawa doktor yang mempamerkan gaya komunikasi kawalan tidak memberi kesan terhadap ketidakpuasan pesakit. Dapatan kajian yang diperoleh ini bertentangan dengan Buller dan Buller (1987) yang menyatakan bahawa Pegawai Perubatan yang mempamerkan gaya komunikasi berbentuk kawalan telah meningkatkan ketidakpuasan dalam kalangan pesakit. Namun, terdapat kajian lepas (William, Weinman & Dale, 1998) ada yang menunjukkan bahawa pesakit yang mengalami masalah fizikal lebih berpuas hati dengan konsultasi berbentuk kawalan berbanding konsultasi berbentuk perkongsian. Kajian yang dilakukan oleh Payal Mehra (2016) juga menjelaskan bahawa gaya komunikasi kawalan yang dipamerkan doktor dapat meningkatkan kepuasan pesakit. Dalam konteks Malaysia, gaya komunikasi kawalan yang dipamerkan doktor tidak membawa kepada ketidakpuashatian pesakit sepertimana yang dijangka. Ini mungkin disebabkan oleh budaya masyarakat Malaysia yang cenderung untuk menerima arahan. Sifat akur kepada arahan orang yang lebih berautoriti, seperti ibubapa, guru dan doktor, yang dipupuk sejak kecil menjadikan tindakan berbentuk dominasi oleh doktor didapati tidak memberikan apa-apa kesan kepada kepuasan pesakit.

Kajian ini juga menunjukkan kemahiran teknikal mempunyai hubungan yang positif dengan kepuasan pesakit. Kekuatan hubungan juga adalah sederhana. Malah keputusan kajian ini adalah sama dengan hasil dapatan kajian yang dilakukan oleh Aniza et al. (2011) dan Ganasegeran et al. (2015). Kajian yang dilakukan oleh Aniza et al. (2011) turut melaporkan bahawa kekuatan perhubungan juga adalah sederhana. Manakala analisis Regresi Berganda Hierarki menunjukkan kemahiran teknikal mempunyai hubungan yang positif dan signifikan dengan kepuasan pesakit dan dapat meramalkan kepuasan pesakit. Ini menunjukkan bahawa, pesakit amat mementingkan ilmu dan kepakaran doktor bagi mendapatkan perkhidmatan rawatan. Ini kerana ujian analisis regresi berganda menunjukkan kemahiran teknikal turut meramal kepada

kepuasan pesakit dan hasil dari ujian analisis regresi pula menerangkan bahawa kemahiran teknikal turut menyumbang sebanyak 4.4% varians kepada kepuasan pesakit. Kajian ini juga menunjukkan sumbangan yang signifikan, walaupun kecil dari segi saiz varian, daripada gaya komunikasi dalam menerangkan kepuasan pesakit. Dapatan yang diperoleh ini dapat menerangkan bahawa pesakit mementingkan ilmu dan kepakaran doktor dalam mendapatkan perkhidmatan rawatan yang memuaskan hati. Sumbangan gaya komunikasi terhadap kepuasan pesakit, walaubagaimanapun, didapati lebih tinggi berbanding sumbangan faktor lain termasuk kemahiran teknikal. Ini menunjukkan kepentingan elemen afektif dan perhubungan antara doktor dan pesakit di mana gaya komunikasi sangat penting dalam meningkatkan kepuasan pesakit.

Kajian ini mempunyai implikasi kepada pembangunan perkhidmatan kesihatan di Malaysia. Hal ini demikian kerana Malaysia pada masa ini merupakan sebuah negara yang menjadi pilihan pelawat di serata dunia untuk mendapatkan perkhidmatan rawatan kesihatan. Kerajaan telah mengenal pasti industri ini sebagai satu industri yang dapat menyumbangkan pendapatan negara dan sedang berusaha giat dalam memajukan Malaysia sebagai pusat untuk industri pelancongan kesihatan di peringkat serantau. Oleh hal yang demikian, faktor-faktor yang menyumbangkan kepuasan pesakit perlu dititikberatkan dan kajian ini amat berguna untuk dijadikan panduan untuk menjayakan aspirasi Malaysia untuk menjadi destinasi pelancongan kesihatan. Sumbangan praktikal kajian ini boleh dilihat dari sudut saranan penambahbaikan mutu perkhidmatan yang bukan sahaja berbentuk fizikal semata-mata (seperti peralatan canggih dan prasarana moden) tetapi juga kepentingan kemahiran insaniah (*soft skills*) seperti gaya komunikasi pengamal perubatan yang masih kurang mendapat perhatian di Malaysia.

Sehubungan itu, Kementerian Kesihatan Malaysia perlu menyediakan perkhidmatan yang terbaik kepada pesakit dengan memastikan anggota pengamal perubatan perlu memberi layanan yang baik kepada pesakit. Justeru itu, penguasaan kemahiran komunikasi berkesan bersama pesakit perlu diterapkan dalam kalangan pengamal kesihatan di samping penguasaan kepakaran perubatan perlu diteruskan kerana kemahiran teknikal turut penting dalam menentukan kepuasan pesakit. Hal ini selari dengan hasil kajian yang diperoleh yang menerangkan bahawa gaya komunikasi hubungan dan kemahiran teknikal doktor telah menyumbang kepada kepuasan pesakit.

#### KESIMPULAN DAN CADANGAN KAJIAN MASA HADAPAN

Umumnya, kajian ini berjaya melihat faktor-faktor yang menyumbang kepada kepuasan pesakit. Kajian ini merumuskan gaya komunikasi adalah lebih penting berbanding faktor-faktor lain, termasuk kemahiran teknikal seorang doktor, dalam menentukan kepuasan pesakit. Melalui hasil kajian yang diperoleh, wujud penemuan baru yang menunjukkan gaya komunikasi hubungan adalah lebih berpengaruh daripada gaya komunikasi berpusatkan pesakit dan juga faktor-faktor lain dalam memahami kepuasan pesakit. Berbanding kebanyakan kajian di Barat yang lebih menekankan peranan komunikasi berpusatkan pesakit, kajian ini membuktikan masyarakat Timur lebih mementingkan layanan baik dan mesra seorang doktor terhadap pesakitnya (gaya komunikasi hubungan) daripada interaksi yang hanya tertumpu kepada permasalahan perubatan

pesakit (gaya komunikasi berpusatkan pesakit). Ini menunjukkan peranan budaya adalah penting dalam memahami kepuasan pesakit. Oleh itu, kajian dalam bidang komunikasi kesihatan pada masa hadapan disarankan untuk mengkaji peranan budaya dalam memahami gaya komunikasi antara doktor dan pesakit dan kesannya kepada kepuasan pesakit.

Secara praktikalnya, teori interaksi sosial didapati sesuai diaplikasi dalam konteks kajian ini dan berjaya menonjolkan peranan gaya komunikasi dalam interaksi sosial antara pesakit dan doktor. Umumnya, pesakit memiliki kurang ilmu pengetahuan berkaitan dengan ilmu perubatan dan mempunyai kebimbangan yang tinggi mengenai beberapa perkara yang tidak dapat ditangani oleh pesakit sendiri. Ternyata komponen dalam teori interaksi sosial iaitu aspek tindakan afektif - yang merujuk kepada gaya komunikasi doktor dalam kajian ini – mempunyai kesan terhadap persepsi kepuasan pesakit terhadap rawatan yang diterima. Sehubungan itu, komponen lain dalam teori interaksi sosial seperti tindakan instrumen, tindakan nilai dan tindakan tradisional boleh diterokai dalam kajian akan datang.

Untuk memahami dengan lebih mendalam tentang peranan gaya komunikasi doktor terhadap kepuasan pesakit, kajian masa hadapan disyorkan agar menggabungkan kaedah kajian kuantitatif dan kualitatif dalam meneroka perkara ini. Kaedah kualitatif melibatkan pemerhatian secara langsung dan/atau pemerhatian melalui video rakaman dijangka dapat memperkayakan dapatan kajian dalam bidang ini. Di samping itu, kajian masa hadapan dicadangkan untuk memperluaskan lagi jumlah sampel kajian meliputi konteks kerja di hospital swasta bagi tujuan perbandingan dengan hospital kerajaan. Faktor persekitaran kerja yang berbeza dijangkakan menyumbang kepada perbezaan gaya komunikasi doktor dan juga mempengaruhi persepsi pesakit terhadap perkhidmatan kesihatan yang diberi. Gaya komunikasi doktor dalam konteks persekitaran dan budaya yang berbeza adalah penting untuk dikaji pada masa hadapan.

#### BIODATA

*Fauziah Ismail* adalah pensyarah di Pusat Pengajian Pembangunan Insan dan Teknokomunikasi, Universiti Malaysia Perlis. Beliau memegang ijazah B.Hsc. Pembangunan Manusia dan Pengurusan (Universiti Putra Malaysia) dan M.A. Komunikasi (Universiti Sains Malaysia). Bidang kajian beliau adalah komunikasi kesihatan. Email: [fauziahismail@unimap.edu.my](mailto:fauziahismail@unimap.edu.my)

*Bahiyah Omar* adalah pensyarah kanan di Pusat Pengajian Komunikasi, Universiti Sains Malaysia. Beliau memegang ijazah B.Hsc. Komunikasi (Universiti Islam Antarabangsa Malaysia), M.A. Teknologi Komunikasi (Universiti Putra Malaysia); PhD Komunikasi (Universiti Monash, Australia). Bidang penyelidikan beliau termasuk media baharu dan kajian komunikasi. Email: [bahiyah@usm.my](mailto:bahiyah@usm.my)



#### RUJUKAN

- Abdullah, M. Y. (2008). *Penjagaan kesihatan primer di Malaysia: Cabaran, prospek dan implikasi dalam latihan dan penyelidikan perubatan serta sains kesihatan di Universiti Putra Malaysia*. Serdang: Universiti Putra Malaysia Press.
- Aguerrebere, P. M. (2015). Management of the internal communication in hospitals: Conceptual framework and implementation model. *The International Journal of Communication and Health*, 5.
- Al-Dubai, S. A. R., Ganasegeran, K., Perianayagam, W., & Rampal, K. G. (2013). Emotional burnout, perceived sources of job stress, professional fulfillment, and engagement among medical residents in Malaysia. *The Scientific World Journal*, 2013.
- Andaleeb, S. S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. (2007). Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22(4), 263-273.
- Anderson, E. B. (2002). Patient-centeredness: A new approach. *Nephrology News & Issues*, 16(12), 80-82.
- Aniza, I., Rizal, M., Mardhiyyah, M., Helmi, I., Syamimi, B., & Tahar, M. (2011). Caregivers' satisfaction of healthcare delivery at pediatric clinics of University Kebangsaan Malaysia Medical Centre in 2009. *Medical Journal of Malaysia*, 66(2), 84-88.
- Azizam, N. A., & Shamsuddin, K. (2015). Healthcare provider-patient communication: A satisfaction study in the outpatient clinic at Hospital Kuala Lumpur. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 22(3), 56-64.
- Babbie, E. R. (Ed.). (2008). *The basics of social research*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Baxter, L. A., & Babbie, E. R. (2004). *The basics of communication research*. Belmont, CA: Cengage Wadsworth.
- Bednar, D.A. (1982). Relationship between communicator style and managerial performance in complex organizations: A field study. *Journal of Business Communication*, 19(4), 51-76.
- Ben-sira, Z. (1976). The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: A revised approach to social interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 3-11.
- Ben-sira, Z. (1980). Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: An additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 170-80.
- Bertakis, K. D., Callahan, E. J., Helms, L. J., Azari, R., Robbins, J. A., & Miller, J. (1998). Physician practice styles and patient outcomes: Differences between family practice and general internal medicine. *Medical Care*, 36(6), 879-891.
- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putnam, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32(2), 175-182.
- Boon, Y., & Ghazali, A. (2007). *Gaya komunikasi guru besar dan hubungannya dengan kepuasan bekerja guru di tiga buah sekolah rendah daerah Johor Bahru, Johor*. Pusat Pengurusan Penyelidikan: Universiti Teknologi Malaysia.

- Boquiren, V. M., Hack, T. F., Beaver, K., & Williamson, S. (2015). What do measures of patient satisfaction with the doctor tell us? *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1465-1473.
- Bradley, P. H., & Baird Jr, J. E. (1977). Management and communicator style: A correlational analysis. *Communication Studies*, 28(3), 194-203.
- Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 375-388.
- Cingi, C. C., Hanci, D., & Muluk, N. B. (2015). Will communication strategies in patient relations improve patient satisfaction? *International Journal of Communication and Health*, 7.
- Cappella, J. N. (1987). *Interpersonal communication: Definitions and fundamental questions. Handbook of Communication Science* (pp. 184-238). Newby Park, CA: Sage Publication.
- Cegala, D. J. (2011). An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health Communication*, 26 (5), 427-436.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, M. (1983). *Communication in health care the human connection in the life cycle*. St. Louis: Mosby.
- Comstock, J., & Higgins, G. (1997). Appropriate relational messages in direct selling interaction: Should salespeople adapt to buyers' communicator style? *Journal of Business Communication*, 34(4), 401-418
- Cresswell, J. W. (1994). *Research design: Qualitative & quantitative approaches*. California: Sage Publications.
- Crawford, G., & Makoul, G. (2003). *Physicians' financial news: Guide to effective communication*. New York: Rogers U.S. Publishing.
- Crawford, P., Bonham, P., & Brown, B. (2006). *Foundations in nursing and health: Care communication in clinical settings*. United Kingdom: Nelson Thornes.
- Del, P. L., Angela, M. M., Scardoni, S., Gobbi, M., & Zimmermann, C. (2008). A theory-based proposal to evaluate patient-centred communication in medical consultations: The verona patient-centred communication evaluation scale (VR-COPE). *Health Education*, 108(5), 355-372.
- Dianne, B. E. R. Y. (2007). *Health communication: Theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.
- DiMatteo, M. R., Prince, L. M., & Taranta, A. (1979). Patients' perceptions of physicians' behavior. *Journal of Community Health*, 4(4), 280-290.
- Dowsett, S. M., Saul, J. L., Butow, P. N., Dunn, S. M., Boyer, M. J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology*, 9(2), 147-156.
- Eliot, F. (1970). *Professional dominance. The social structure of medical care*. New York: Atherton.

- Emily, A. H., Steven, A. H., Mariam, K., Caitlin, E. K., Debra, R., Sounkalo, D., Seydou, D., & Peter, J. W. (2017). Patient-provider communication styles in HIV treatment programs in Bamako, Mali: A mixed-methods study to define dimensions and measure patient preferences. *Population Health*, 3, 539-548.
- Farzianpour, F., Byravan, R., & Amirian, S. (2015). Evaluation of patient satisfaction and factors affecting it: A review of the literature. *Health*, 7, 1460-1465.
- Flickinger, T. E., Saha, S., Moore, R. D., & Beach, M. C. (2013). Higher quality communication and relationships are associated with improved patient engagement in HIV care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(3), 362-366.
- Flocke, S. A., Miller, W. L., & Crabtree, B. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *Journal of Family Practice*, 51(10), 835-841
- Forgas, J. P., & Jones, R. (1985). *Interpersonal behaviour: The psychology of social interaction*. Rushcutters Bay, Australia: Pergamon Press.
- Francisco, J. V. B., Miquel, P. G., Herminia, M. M., Inmaculada, C. G., & Jesus, T. D. (2017). Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria*, 2017.
- Ganasegeran, K., & Al-Dubai, S. A. R. (2014). Medical professionalism from a socio-cultural perspective: Evaluating medical resident's communicative attitudes during the medical encounter in Malaysia. *Journal of Postgraduate Medicine*, 60(1), 12.
- Ganasegeran, K., Perianayagam, W., Abdul, M. R., Ali, J. S. A., & Al-Dubai, S. A. R. (2015). Patient satisfaction in Malaysia's busiest outpatient medical care. *The Scientific World Journal*, 2015.
- Goerge, D., & Mallery, P. (2001). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 10.0 update*. Toronto: Allyn and Bacon.
- Gudykunst, W. B., Matsumoto, Y., Ting-Toomey, S. T. E. L. L. A., Nishida, T., Kim, K., & Heyman, S. (1996). The influence of cultural individualism-collectivism, self construals, and individual values on communication styles across cultures. *Human Communication Research*, 22(4), 510-543.
- Haron, N. N., & Ibrahim, N. A. (2013). Doctors' communication style: Impact on patient's participation. *Jurnal Teknologi*, 65(2), 85-92.
- Henbest, R.J., & Stewart, M.A. (1989). Patient-centredness in the consultation. 1: A method for measurement. *Family Practice*, 6 (4), 249-253.
- Henbest, R. J., & Stewart, M. (1990). Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Family Practice*, 7(1), 28-33.
- Heffner, C. L. (1997). Communication styles. Diambil daripada <http://www.siu.edu/offices/counsel/talk.htm#chart>.
- Honeycutt, J. M., Wilson, C., & Parker, C. (1982). Effects of sex and degrees of happiness on perceived styles of communicating in and out of marital relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 395-406.

- Idris, H., Safie, M., Sikor, H., Ariff, M., Zahara, S., & Mustafa, M. Z. (2008). Komunikasi interpersonal dalam pengajaran di kalangan guru-guru teknikal Sekolah Menengah Teknik di negeri Melaka. Diambil daripada [http://eprints.uthm.edu.my/183/1/mohd\\_safiee.pdf](http://eprints.uthm.edu.my/183/1/mohd_safiee.pdf)
- Infante, D. A., & Gorden, W. I. (1982). Similarities and differences in the communicator styles of superiors and subordinates: Relations to subordinate satisfaction. *Communication Quarterly*, 30(1), 67-71.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2011). Pelan kesihatan negara-rancangan Malaysia ke-10 2011-2015, satu penjagaan untuk satu Malaysia. Laporan Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Kenagy, J. W., Berwick, D. M., & Shore, M. F. (1999). Service quality in health care. *JAMA*, 281(7), 661-665.
- Keyton, J. (2006). *Communication research: Asking question, finding answers* (2nd Ed). New York: McGraw-Hill.
- Kevin, D. J., & Penni, S. F. (2016). Medical student empathy: interpersonal distinctions and correlates. *Adv in Health Sci Educ*, 2016 (21), 1009-1022.
- Kirsner, R. S., & Federman, D. G. (1997). Patient satisfaction: quality of care from the patients' perspective. *Archives of Dermatology*, 133(11), 1427-1431.
- Knapp, M. L., Cody, M. J., & Reardon, K. K. (1987). *Nonverbal signals. Handbook of communication sciences*. Charles R. Berger and Steven H. Chaffie (Eds.), (pp. 385-418). Newby Park, CA: Sage Publication.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42(5), 855-871.
- Kreps, G. L. (1998). *The history and developments of the field of health communication. Health communication research: A guide to developments and directions*. Westport, Conn: Greenwood.
- Ladhari, R. (2009). A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 1(2), 172-198.
- Lau, S. R., Christensen, S. T., & Andreasen, J. T. (2013). Patients' preferences for patient-centered communication: A survey from an outpatient department in rural Sierra Leone. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 312-318.
- Lee, S. A. (1997). Communication styles of wind river native American clients and the therapeutic approaches of their clinicians. *Smith College Studies in Social Work*, 68(1), 57-81.
- Lilia, W., Fiona, S. R., Lars, R., C., & Susan, J. C. (2017). Factors influencing satisfaction with the process of orthodontic treatment in adult patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 153(3), 362-370
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*, 323(7318), 908-911.

- Malaysian Medical Resources. (1996). Hospital Seberang Jaya, Pulau Pinang. Diambil daripada <http://new.medicine.com.my/government/hospitals/?cn-s=Pulau+Pinang>
- Manimay, G. (2014). Measuring patient satisfaction: An empirical study in India, leadership in health services. *International Journal of Health Care*, 22(4), 366-381.
- Mara, S. A., & Carlos, A. R., (2000). Gender, affiliation and control in physician-patient encounters. *Sex Roles a Journal of Research*, 42(1-2), 107.
- Marshall, G. N., & Hays, R. D. (1994). *The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18)*. Rand: Santa Monica, CA.
- McCallister, L. (1992). *I wish i'd said that: How to talk your way out of trouble and into success*. NY: John Wiley and Sons
- Norton, R.W. (1977). Teacher effectiveness as a function of communicator style. In B.D. Ruben (Eds.), *Communication yearbook 1* (pp. 525-542). New Brunswick: Transaction books.
- Norton, R. W. (1978). Foundation of a communicator style construct. *Human Communication Research*, 4(2), 99-112.
- Norton, R. W. (1983). *Communicator style: Theory, applications and measures*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. New York: McGraw-Hill.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival manual: A step-by step guide to data analysis* (2nd ed). Australia: Allen & Unwin.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67 (4), 50-420.
- Parsons, T. (1969). Research with human subjects and the professional complex. *Daedalus*, 98, 325-360.
- Payal, M. (2016). Outpatient clinic waiting time, provider communication styles and satisfaction with healthcare in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29 (7), 759-778.
- Piaw, C. Y. (2014). *Kaedah Penyelidikan Edisi Ketiga*. Shah Alam: McGraw-Hill (Malaysia) Sdn. Bhd.
- Price, E. G., & Cooper, L. A. (2003). Hypertension in african americans: Strategies to help achieve blood pressure goals. *Consultant*, 43(11), 1330-1336.
- Rahman, M. M., Shahidullah, M., Shahiduzzaman, M., & Rashid, H. A. (2002). Quality of health care from patient perspectives. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 28(3), 87-96.
- Raynes, B. L. (2001). Predicting difficult employees: The relationship between vocational

- interests, self-esteem and problem communication styles. *Applied Human Resource Management Research*, 6(1), 33-66. Diambil dari [http://www.radford.edu/~applyhrm/2001/MS%206\\_1\\_%20Raynes.pdf](http://www.radford.edu/~applyhrm/2001/MS%206_1_%20Raynes.pdf).
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 247-247.
- Ritzer, G., & Goodman, D. J. (2005). *Teori sosiologi moden. Terjemahan alimandan*. Jakarta: Prenada Media.
- Roter, D. (2000). The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expectations*, 3 (1), 17-25.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviours and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Medical Care*, 25, 437-451.
- Sadler, P., & Woody, E. (2003). Is who you are who you're talking to? Interpersonal style and complementarity in mixed-sex interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 80-96.
- Saman, M. A., Mohamed, R., & Anis, S. (1984). *Pengantar komunikasi*. Pulau Pinang: Penerbit Universiti Sains Malaysia.
- Savage R., & Armstrong, D. (1990). Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: A controlled study. *BMJ*, 301(6758), 968-970.
- Soleimanpour, H., Gholipouri, C., Salarilak, S., Raoufi, P., Vahidi, G. R., Rouhi, A. J., Ghafouri, R. R. & Soleimanpour, M. (2011). Emergency department patient satisfaction survey in Iman Reza Hospital, Tabriz, Iran. *International Journal of Emergency Medicine*, 4 (1), 21-29.
- Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Sciences & Medicine*, 19(2), 167-175.
- Steward, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152 (9), 1423-1433.
- Stijn, V. P., Maarten, V., Bart, S., Gregoire, Z., Jean, P. A., Sophie, B. & Elie, A. (2016). When do adolescents accept or defy to maternal prohibitions? The role of social domain and communication style. *J Youth Adolescence*, 2017(46), 1022-1037.
- Street, Jr, R. L. (1989). Patients' satisfaction with dentists' communicative style. *Health Communication*, 1(3), 137-154.
- Street Jr, R. L. (1992). Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Medical Care*, 976-988.
- Suarez-Almazor, M.E. (2004). Patient-physician communication. *Current Opinion in Rheumatology*, 16(2), 91-95.
- Sulaiman Salleh & Azlina. (2002). *Komunikasi dalam pengajaran dan kepimpinan pendidikan*. Kuala Lumpur: Karisma Publications Sdn. Bhd.
- Swedlund, M. P., Schumacher, J. B., Young, H. N., & Cox, E. D. (2012). Effect of communication style and physician-family relationships on satisfaction with pediatric chronic disease care. *Health Communication*, 27(5), 498-505.
- Tucker, A. L. (2004). "The impact of operational failures on hospital nurses and their patient". *Journal of Operations Management*, 22(2), 151-169.

- VI, A. H. F. (2002). Communication skills to improve patient satisfaction and quality of care. *Ethnicity & Disease*, 12 (3), 58-61.
- Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 81-101.
- WHO. (2008). A framework for measuring responsiveness. *GPE discussion paper series*, 32.
- Webster, C., & Sundaram, D. S. (2009). Effect of service provider's communication style on customer satisfaction in professional services setting: the moderating role of criticality and service nature. *Journal of Services Marketing*, 23(2), 104-114.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: *Family Practice*, 15(5), 480-492.
- Yusof, Z. (2000). *Sukarkah komunikasi anda? Seni berhubung dengan orang lain*. Kuala Lumpur: Utusan Publications.