

**TAHAP LITERASI KESIHATAN GOLONGAN LELAKI
KUMPULAN PENDAPATAN B40 DAN M40 DI JOHOR BAHRU**
(Health Literacy Status of B40 and M40 Income Bracket Men in Johor Bahru)

Affiqka Humaira Abdullah & Emma Mohamad

ABSTRAK

Literasi kesihatan memainkan peranan yang penting dalam era globalisasi. Kemahiran ini dilihat perlu untuk memperkasakan individu dan masyarakat dalam pengurusan kesihatan, terutamanya penyakit kronik. Secara spesifiknya literasi kesihatan dapat membantu golongan lelaki. Melihatkan secara statistiknya mereka mempunyai jangka hayat lebih pendek dan lebih berisiko untuk menghadapi penyakit tidak berjangkit berbanding wanita. Keadaan menjadi lebih berisiko kepada mereka yang berpendapatan rendah dan sederhana kerana limitasi untuk membiayai kos penjagaan kesihatan. Oleh sebab itu, kajian ini dijalankan untuk mengkaji tahap literasi kesihatan dan faktor-faktor demografi yang mungkin berhubungan dengan literasi. Model Literasi Kesihatan Sorensen et al. (2012) digunakan sebagai landasan teori kajian. Sebanyak 168 orang responden lelaki berbangsa Melayu daripada golongan B40 dan M40 telah ditemu bual menggunakan tinjauan soal-selidik sebagai instrumen kajian. Dapatan kajian mendapati tahap literasi kesihatan lelaki adalah pada tahap yang rendah iaitu 45.9% (77 orang) berada pada tahap bermasalah, diikuti 32.1% (54 orang) sangat bermasalah. Dapatan juga menunjukkan wujud hubungan signifikan antara tahap pendidikan ($r = 0.250^{**}$) dan pendapatan isi rumah ($r = 0.318^{**}$) dengan literasi kesihatan. Bagi faktor kekerapan penggunaan media, dapatan mendapati tiada hubungan signifikan dengan literasi kesihatan iaitu pada nilai $r = -0.014$. Begitu juga dengan faktor BMI iaitu pada nilai $r = 0.057$.

Kata kunci: Literasi kesihatan, komunikasi kesihatan, kesejahteraan, lelaki, B40, M40

ABSTRACT

Health literacy plays an important role in the globalized world. Health literacy skills may be necessary to empower individuals and communities in their management of health, especially concerning chronic diseases. Men specifically could benefit from health literacy skills as statistics shown that men have shorter life expectancy and higher risk of suffering from non-communicable diseases, compared to women. This is even important among those of low and medium income bracket because of the financial limitations to cover the cost of health care. This research therefore aims to measure health literacy status among men and explore selected demographic factors that may correlate with their health literacy level. Health literacy model adapted from Sorensen et al. (2012) was utilised as the theoretical framework for this study. Using questionnaire as research instrument, a survey was conducted on 168 Malay male respondents from medium and low income (M40 and B40) group. This research found that majority of respondents have low health literacy, in which 45.9% (N=77) belongs to the problematic group while 32.1% (N=54) is categorized as inadequate. Findings also showed a significant relationship between health literacy and education level ($r = 0.250^{**}$) as well as household income ($r = 0.318^{**}$). This study however found no significant relationship between frequency of media usage ($r = -0.014$) as well as BMI ($r = 0.057$) with health literacy.

Keywords: Health literacy, health communication, wellbeing, men, B40, M40

PENGENALAN

Golongan lelaki dan wanita mempunyai isu berkaitan kesihatan yang berbeza. Golongan lelaki lebih berisiko dan mempunyai jangka hayat yang lebih pendek berbanding wanita di kebanyakan negara (Regan & Partridge 2013). Sebagai contoh, di Australia, pada tahun 2014, purata jangka hayat lelaki hanya 80.4 tahun manakala perempuan pula sehingga 84.4 tahun (Australian Bureau of Statistics 2015). Hal ini disebabkan oleh sikap golongan lelaki yang lebih gemar mengamalkan tingkah laku yang berisiko (Harris, Jenkins & Glaser 2006). Antara tingkah laku berisiko yang dilakukan seperti merokok, pengambilan alkohol yang berlebihan dan tidak menjalankan aktiviti fizikal serta pengamalan diet yang tidak sihat. Pengamalan tingkah laku

berisiko ini akan menyebabkan seseorang individu itu mudah dijangkiti penyakit yang tidak berjangkit seperti tekanan darah tinggi dan sakit jantung. Penyakit tidak berjangkit ini juga merupakan antara jenis penyakit yang berisiko tinggi untuk menjadi penyebab kepada kematian (Cordier & Wilson 2014). Penyakit tidak berjangkit juga lebih berisiko dihadapi oleh golongan lelaki berbanding golongan wanita.

Sebagai contoh, menurut laporan Pusat Kawalan dan Pencegahan Penyakit Amerika Syarikat mendapati pada tahun 2010, penyakit kanser hati telah menyerang golongan lelaki tiga kali ganda berbanding wanita. Selain itu, laporan yang dikeluarkan Institut Kanser Amerika Syarikat juga mendapati 57 peratus daripada 68,000 penduduk yang menghidapi penyakit tersebut adalah lelaki (Suhana Veru 2013). Bukan itu sahaja, penyakit Parkinson yang mampu menyerang sesiapa sahaja juga lebih banyak menyerang golongan lelaki berbanding wanita. Buktinya, nisbah antara pesakit lelaki dengan wanita yang menghidap penyakit ini di negara barat ialah tiga nisbah dua (Hamberg & Hariz 2014).

Kajian Linell, Richardson dan Wamala (2013) juga mendapati bahawa golongan lelaki mempunyai jangka hayat yang lebih pendek berbanding wanita walaupun wanita menganggap mereka mempunyai tahap kesihatan yang lebih teruk berbanding golongan lelaki. Kajian ini turut menjelaskan beberapa syarat untuk mencapai tahap kesihatan yang baik seperti tahap pendidikan, pekerjaan, akses kepada penjagaan kesihatan dan rawatan perubatan serta persekitaran tempat tinggal. Linell, Richardson dan Wamala (2013) turut menyatakan bahawa golongan berpendapatan rendah mempunyai jangka hayat yang lebih pendek dan mempunyai tahap kesihatan yang rendah berbanding populasi penduduk yang lain. Laporan World Health Organization (WHO) juga mendapati bahawa 80 peratus pesakit yang mati akibat penyakit tidak berjangkit terdiri daripada mereka yang berpendapatan rendah dan sederhana (World Health Organization 2010). Di Amerika Syarikat, golongan berpendapatan rendah mencatatkan kadar yang lebih tinggi menghidap penyakit seperti strok, penyakit hati, dan diabetes berbanding golongan yang berpendapatan tinggi (Woolf et al. 2015). Hal ini turut disokong oleh Zhang et al. (2015) yang menyatakan bahawa golongan berpendapatan rendah mempunyai tahap kualiti kesihatan berkaitan kehidupan yang lebih teruk berbanding golongan yang mempunyai tahap pendapatan yang tinggi.

Antara faktor golongan berpendapatan rendah lebih berisiko menghidap penyakit adalah disebabkan tidak mendapatkan rawatan kerana masalah kos rawatan, jarang menggunakan perkhidmatan kesihatan yang bersesuaian, dan kurang pengurusan penjagaan kesihatan diri (Berenson et al. 2012). Oleh sebab itu, di Malaysia, pelbagai inisiatif telah dilaksanakan oleh kerajaan dan badan bukan kerajaan bagi memastikan golongan berpendapatan rendah turut memperoleh rawatan kesihatan yang bersesuaian. Contohnya seperti Klinik 1 Malaysia dan Tabung Kebajikan Perubatan Malaysia di bawah kelolaan Persatuan Pegawai Pembangunan Masyarakat Malaysia. Usaha meningkatkan tahap kesihatan golongan berpendapatan rendah ini bertujuan untuk meningkatkan tahap kesihatan mereka supaya dapat menjalani hidup yang lebih berkualiti.

Kesihatan yang baik akan membantu individu untuk menjalani kehidupan yang lebih berkualiti dan dapat melaksanakan tugas dengan sempurna. Setiap individu menginginkan kehidupan yang lebih selesa dan ingin meningkatkan ekonomi mereka termasuklah golongan berpendapatan rendah. Mereka juga akan sentiasa berusaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga untuk menjalani kehidupan yang sejahtera terutamanya mereka yang menetap di bandar. Dalam menjalani kehidupan di bandar yang memerlukan kos sara hidup yang tinggi, segelintir individu terutamanya yang terdedah kepada risiko akan menggunakan aset yang dimiliki untuk mempelbagaikan aktiviti penjaan pendapatan supaya dapat meningkatkan pendapatan keluarga (Amla, Doris & Norlaila 2011). Hal ini bermaksud, golongan berpendapatan rendah yang menetap di bandar atau lebih dikenali sebagai golongan miskin bandar ini perlu sentiasa bijak mencari peluang untuk meningkatkan ekonomi keluarga.

Pelbagai usaha telah dilakukan oleh kerajaan bagi memastikan golongan yang memerlukan dapat menjalani kehidupan yang lebih baik. Bagi memastikan setiap rakyat memperoleh hak yang sepatutnya, kerajaan telah mengkategorikan rakyat mengikut pendapatan mereka seperti kelompok yang berpendapatan isi rumah 40 peratus terendah (B40) iaitu RM 3860 ke bawah. Manakala, kelompok yang berpendapatan 40 peratus sederhana (M40) pula berpendapatan daripada RM 3861 hingga RM 8300. Inisiatif yang disediakan kerajaan terhadap golongan M40 lebih tertumpu kepada pelepasan cukai (Kementerian Kewangan Malaysia 2015). Bagi golongan B40 pula, inisiatif yang disediakan kerajaan seperti peruntukan RM 100 juta

kepada Institut Latihan Kemahiran Swasta dan Badan Bukan Kerajaan (NGO), RM 200 juta untuk Program Latihan Kemahiran Kerjaya dan Program Peningkatan Pendapatan yang dikelola oleh Kementerian Luar Bandar dan Wilayah, RM 200 juta untuk Amanah Ikhtiar Malaysia, RM 600 juta kepada TEKUN dan Projek Perumahan Rakyat (PPR).

Amatlah penting bagi individu memiliki literasi kesihatan walaupun dikategorikan sebagai golongan yang berpendapatan rendah. Kemahiran literasi kesihatan yang dimiliki pastinya akan dapat membantu individu untuk memastikan kesihatan berada dalam keadaan yang baik dan seterusnya membantu dalam mencapai kesejahteraan lain dalam kehidupan seperti kesejahteraan kewangan, kesejahteraan sosial, kesejahteraan kerjaya, kesejahteraan spiritual dan kesejahteraan masyarakat. Oleh kerana itu, kajian ini akan memfokuskan kepada objektif berikut:

OBJEKTIF KAJIAN

1. Mengukur tahap literasi kesihatan lelaki
2. Mengkaji hubungan antara profil demografi terpilih (dari aspek tahap pendidikan, pendapatan isi rumah, BMI dan kekerapan penggunaan media) dengan literasi kesihatan dalam kalangan lelaki.

Literasi Kesihatan Melengkapi Jurang Pendidikan Kesihatan

Konsep pendidikan kesihatan telah diperkenalkan sejak abad ke 19. Ia merupakan sebahagian daripada kurikulum persekolahan yang diperkenalkan di Eropah (Lindstrom & Eriksson 2011). Konsep kesihatan dianggap sebagai sesuatu yang bertentangan dengan penyakit dan pengetahuan mengenai perkara yang menyebabkan berlakunya sesuatu penyakit. Maka, fokus dalam bidang pendidikan kesihatan ialah perlindungan, pengurangan risiko dan pencegahan terhadap sesuatu penyakit. Pendidikan kesihatan yang dijadikan sebahagian dari aktiviti kurikulum di sekolah mahupun institusi pengajian tinggi adalah untuk mempromosi kesihatan yang baik, menyokong kejayaan akademik pelajar, produktiviti dan mencapai kualiti kehidupan yang baik dan bebas daripada penyakit tidak berjangkit, kecacatan, kecederaan dan kematian awal (Crossman 2016).

Selain itu, pendidikan kesihatan merupakan aktiviti perkhidmatan sosial yang membawa kepada kesejahteraan masyarakat (Simonds 1974). Antara matlamat pendidikan kesihatan yang dicadangkan oleh beliau adalah seperti insurans kesihatan disediakan terhadap semua rakyat Amerika supaya mereka berupaya mendapatkan penjagaan kesihatan yang mereka perlukan. Selain itu, hospital perlu bertindak sebagai pusat untuk menyelaraskan keseluruhan penjagaan kesihatan dan memperuntukkan perkhidmatan pendidikan kesihatan seperti promosi kesihatan kepada mereka yang menggunakan perkhidmatan hospital dan penduduk setempat. Akhir sekali, matlamat pendidikan kesihatan diharap mampu mencapai literasi kesihatan di peringkat institusi pendidikan. Institusi pendidikan yang tidak mencapai standard yang diinginkan perlu menerima bantuan persekutuan. Matlamat yang disasarkan oleh Simonds menunjukkan kepentingan pelbagai agensi seperti kerajaan, institusi pendidikan dan institusi kesihatan untuk menyediakan informasi kesihatan yang perlu dimiliki individu. Namun, pada masa yang sama, individu dan masyarakat perlu terlibat dalam program dan aktiviti yang dijalankan serta memperoleh literasi kesihatan.

Matlamat yang dinyatakan oleh Simonds untuk menerapkan literasi kesihatan menerusi sistem pendidikan turut dipersetujui oleh beberapa sarjana. Kajian McCuaig, Coore dan Hay (2012) serta Lindstrom dan Eriksson (2011) menyatakan bahawa literasi kesihatan adalah tindakan yang baik dalam memastikan tingkah laku berkaitan kesihatan. Kajian yang dijalankan oleh Friedman dan Hoffman-Goetz (2008) juga bersetuju bahawa literasi kesihatan sebagai satu kemahiran yang penting dan bernilai untuk memproses maklumat yang diperolehi daripada pendidikan kesihatan. Kemahiran mengira dianggap sebagai kemahiran tambahan ketika mengaplikasikan maklumat yang diperolehi. Kajian mengenai pendidikan kanser oleh Friedman dan Hoffman-Goetz (2008) dalam kalangan pesakit kanser menunjukkan bahawa literasi kesihatan membantu individu untuk memahami maklumat yang diedarkan dan membuat keputusan yang bermaklumat.

Terdapat pelbagai sarjana yang mengkaji dan mengembangkan definisi literasi kesihatan seperti (Johnson 2014, Kickbusch et al. 2013, Nutbeam 2000, Ratzan 2001, Ishikawa dan Kiuchi 2010, How 2011). Berdasarkan takrifan dan perbincangan mengenai literasi kesihatan yang telah dijalankan oleh sarjana-sarjana ini, penyelidik mendapati bahawa konsep literasi kesihatan yang

diketengahkan adalah untuk menambah baik konsep pendidikan kesihatan sebelum ini. Namun, setiap sarjana mengetengahkan pelbagai konsep dan kaedah pengukuran literasi kesihatan yang berbeza. Hal ini turut disokong oleh Pearson dan Saunders (2009) yang menyatakan bahawa kebanyakan kajian yang dijalankan hanya menggunakan konsep literasi kesihatan secara terhad. Buktinya apabila takrifan yang diberikan hanya memfokuskan kepada maklumat, pengetahuan dan tindakan dalam sistem penjagaan kesihatan. Sedangkan konsep ini sangat luas iaitu meliputi keupayaan memahami dan bertindak terhadap maklumat untuk membuat pertimbangan secara kritikal dan keputusan terhadap tetapan berkaitan kesihatan dan mengenai kesihatan itu sendiri (Pearson & Saunders 2009).

Oleh itu, Sorensen et al. (2012) telah menjalankan analisis tinjauan susatara bersistematik (*systematic review*) bagi merangkumkan kesemua takrifan literasi kesihatan yang telah digunakan oleh sarjana-sarjana lepas agar dapat mengeluarkan suatu takrifan yang bersifat lebih menyeluruh. Sorensen et al akhirnya mentakrifkan literasi kesihatan dalam konteks kemahiran individu dalam 3 domain yang berbeza. Secara khususnya mereka merumuskan literasi kesihatan sebagai pengetahuan, motivasi dan kompetensi individu untuk mengakses, memahami, menilai dan menggunakan maklumat kesihatan untuk membuat penilaian dan keputusan dalam kehidupan harian meliputi tiga domain iaitu penjagaan kesihatan pencegahan penyakit dan promosi kesihatan. Hal ini menunjukkan literasi kesihatan yang diketengahkan bukan sahaja menekankan kepada kesihatan individu tetapi juga terhadap kesihatan masyarakat.

Kepentingan Demografi Dalam Literasi Kesihatan

Faktor demografi merupakan salah satu aspek yang penting dalam kajian literasi kesihatan. Hal ini kerana, faktor demografi akan menyumbang kepada tahap literasi kesihatan individu. Pelbagai kajian lepas yang dijalankan telah melihat hubungan antara faktor demografi dengan tahap literasi kesihatan.

Dapatan kajian di Beijing juga mendapati bahawa golongan yang berumur 60 tahun ke atas juga mempunyai literasi kesihatan mengenai penyakit tidak berjangkit paling rendah antara kelompok umur yang lain iaitu di antara 18 hingga 59 tahun (Zhang et al. 2015). Selain dari

kelompok umur, kajian yang dijalankan oleh Zhang et al juga mendapati bahawa tahap pendidikan, status berkaitan kesihatan, pekerjaan dan kawasan penempatan mempunyai perkaitan signifikan dengan literasi kesihatan mengenai penyakit berjangkit. Berdasarkan item berikut, golongan yang mempunyai literasi kesihatan mengenai penyakit tidak berjangkit yang rendah ialah terdiri daripada individu yang bekerja sebagai pekerja buruh, individu yang buta huruf, tahap kesihatan yang teruk dan menetap di kawasan pinggir bandar.

Perkaitan yang signifikan antara tahap literasi kesihatan dengan faktor sosio-demografi seperti pendidikan, umur, pendapatan isi rumah, dan pekerjaan juga dipersetujui oleh pengkaji yang menjalankan kajian literasi kesihatan di negara China. Kajian ini mendapati bahawa mereka yang mempunyai tahap pendidikan dan jumlah pendapatan yang tinggi, bekerja dalam bidang profesional dan pekerja kolar putih akan mempunyai literasi kesihatan yang tinggi berbanding mereka yang tidak melepasi tahap pendidikan sekolah tinggi, bekerja sebagai pekerja kolar biru atau buruh (Liu et al. 2015). Kajian yang dijalankan terhadap 1396 responden ini melibatkan 44 institusi pencen iaitu Urumqi, Changji, Karamay, dan Shihezi dari Xinjiang. Walau bagaimanapun, dapatan ini bertentangan dengan dapatan kajian yang dijalankan di Taiwan yang mendapati bahawa literasi kesihatan tidak mempunyai perkaitan dengan tahap pendidikan individu tetapi pengetahuan mengenai kesihatan diperoleh melalui penontonan rancangan berkaitan kesihatan yang dipaparkan di televisyen (Duong et al. 2015). Selain itu, kajian Lee, Lee dan Kim (2015) mendapati bahawa pendapatan bulanan yang tinggi merupakan faktor yang berhubungan dengan tahap literasi kesihatan tidak kiralah kepada golongan lelaki mahupun perempuan.

Secara keseluruhannya, banyak kajian-kajian lepas mengenai literasi kesihatan yang telah dijalankan di beberapa buah negara melihat perkaitan antara faktor pendapatan isi rumah, jenis pekerjaan dan tahap pendidikan. Namun, tidak banyak kajian yang melihat hubungan antara BMI ataupun status kesihatan dengan literasi kesihatan. Oleh itu, dalam kajian ini penyelidik akan melihat perkaitan antara pendapatan isi rumah, tahap pendidikan dan BMI dengan literasi kesihatan.

KAEDAH KAJIAN

Sebanyak 168 responden telah dipilih untuk menjalankan kajian ini yang dipilih melalui teknik persampelan bertujuan. Dalam menjalankan kajian ini, responden yang dipilih adalah terdiri daripada golongan lelaki di negeri Johor, menetap di bandar dan dikelompokkan sebagai golongan B40 dan M40. B40 ialah mereka yang berpendapatan 40% terendah iaitu berpendapatan RM3,860 ke bawah dan M40 pula ialah berpendapatan antara RM3,861 hingga RM8,300. Setelah proses pengumpulan data dijalankan, data dianalisis menggunakan perisian *Statistical Package For social Science (SPSS)* versi 22. Bagi objektif kajian pertama iaitu mengukur tahap literasi kesihatan, data dianalisis menggunakan formula yang telah diketengahkan oleh Sorensen et al. iaitu $(\text{min}-1) \times (50/4)$. Seterusnya, untuk objektif kedua iaitu mengkaji hubungan antara faktor demografi dengan literasi kesihatan, korelasi Pearson telah digunakan.

DAPATAN KAJIAN

Tahap Literasi Kesihatan Lelaki

Berdasarkan Model Literasi Kesihatan yang diperkenalkan oleh Sorensen et al. (2012), tahap literasi kesihatan seseorang individu boleh diketahui melalui indeks literasi kesihatan yang telah diperkenalkan. Formula pengiraan indeks tahap literasi kesihatan adalah seperti berikut:

$$\text{Indeks} = (\text{min}-1) \times (50/3).$$

Hasil daripada pengiraan indeks membolehkan penyelidik untuk mengetahui tahap literasi kesihatan responden yang dibahagikan kepada empat tahap iaitu sangat bermasalah (0 hingga 25), bermasalah (>25 hingga 33), memadai (>33 hingga 42), dan sangat baik (>42–50). Namun, sebagai langkah untuk mengesan kumpulan yang perlu diambil tindakan bagi meningkatkan literasi kesihatan, tahap sangat bermasalah dan bermasalah digabungkan dan dikenali sebagai literasi kesihatan terhad iaitu dari nilai skor 0 hingga 33 (Sorensen et al. 2015).

Secara keseluruhan, dapatan kajian ini mendapati bahawa 45.9% (77 orang) berada pada tahap bermasalah, diikuti 32.1% (54 orang) sangat bermasalah dan selebihnya iaitu 22% (37 orang) berada pada tahap memadai. Oleh itu, secara keseluruhannya dapatan kajian ini menunjukkan bahawa 78% responden mempunyai literasi kesihatan yang terhad.

Jadual 4.1 : Peratusan tahap literasi kesihatan lelaki (%)

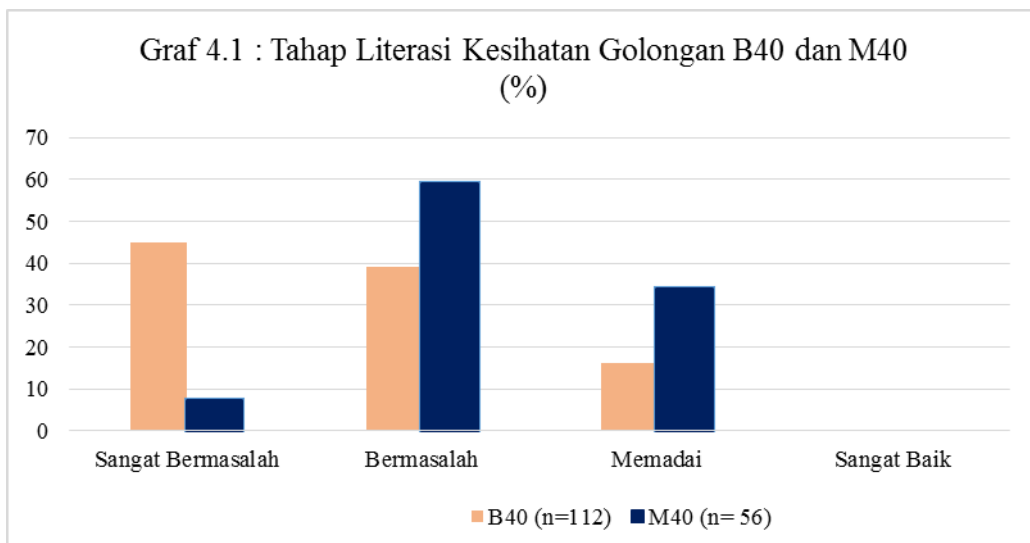
Elemen / tahap	Penjagaan kesihatan	Pencegahan penyakit	Promosi kesihatan	Keseluruhan Literasi kesihatan
Sangat bermasalah	29.7	33.9	25.6	32.1
Bermasalah	42.3	46.5	51.8	45.9
Memadai	28.0	19.6	22.6	22.0
Sangat baik	-	-	-	-
Jumlah	100	100	100	100

Berdasarkan jadual 4.1 bagi elemen penjagaan kesihatan, 42.3% (71 orang) berada pada tahap bermasalah, diikuti tahap sangat bermasalah iaitu 29.7% (50 orang) dan memadai sebanyak 28.0% (47 orang). Hal ini menunjukkan, bagi elemen penjagaan kesihatan 72% responden yang tergolong dalam kumpulan yang mempunyai tahap literasi kesihatan terhad. Seterusnya, bagi elemen pencegahan penyakit 80.4% responden mempunyai tahap literasi kesihatan terhad. Dapatan menunjukkan peratusan tertinggi juga pada tahap bermasalah iaitu 46.5% (78 orang), diikuti 33.9% (57 orang) pada tahap sangat bermasalah dan tahap memadai hanya 19.6% (33 orang). Elemen terakhir iaitu promosi kesihatan juga menunjukkan pola peratusan yang sama iaitu peratusan tertinggi pada tahap bermasalah sebanyak 51.8% (87 orang) diikuti sangat bermasalah sebanyak 25.6% (43 orang) dan tahap memadai hanya 22.6% (38 orang). Bagi elemen ini, 74.4% responden mempunyai tahap literasi kesihatan yang terhad. Dapatan kajian ini mendapati bahawa tiada responden yang berada pada tahap sangat baik.

Graf 4.1 menunjukkan peratusan tahap literasi kesihatan secara keseluruhan bagi golongan yang berpendapatan isi rumah RM 3850 ke bawah iaitu B40 dan M40 iaitu yang

berpendapatan RM 3851 hingga RM 8300 . Dalam kajian ini, seramai 112 orang responden terdiri daripada mereka yang dikategorikan sebagai golongan B40. Daripada 112 orang, 45% responden (50 orang) mempunyai tahap literasi kesihatan yang sangat bermasalah iaitu tahap yang paling rendah. 39% responden (44 orang) pada tahap yang bermasalah dan hanya 16% (18 orang) sahaja berada pada tahap memadai. Berdasarkan carta ini, dapat dirumuskan bahawa 84% daripada golongan B40 mempunyai tahap literasi kesihatan yang terhad.

Bagi golongan M40, daripada 56 orang responden hanya 7.1% (empat orang) yang berada pada tahap literasi kesihatan sangat bermasalah. Seterusnya, sebanyak 58.9% responden (33 orang) yang mempunyai tahap literasi kesihatan yang bermasalah dan 34% (19 orang) berada pada tahap yang memadai. Oleh itu, bagi kelompok M40 66% responden yang berada pada tahap literasi kesihatan terhad.



Hubungan Antara Faktor Demografi Dengan Literasi Kesihatan

Dalam kajian ini, demografi yang dipilih untuk melihat hubungan dengan literasi kesihatan ialah BMI, tahap pendidikan, pendapatan isi rumah dan penggunaan media yang meliputi televisyen, Internet dan surat khabar. Jadual 4.2 menunjukkan hasil analisis ujian korelasi antara faktor demografi dengan literasi kesihatan.

Jadual 4.2 : Hubungan antara demografi dengan literasi kesihatan

Faktor demografi	Nilai korelasi (r)
BMI	.057
Tahap pendidikan	.250**
Pendapatan isi rumah	.318**
Penggunaan media	-.014

** . Korelasi adalah signifikan pada tahap 0.01 (2-tailed).

Jadual 4.2 menunjukkan bahawa berdasarkan empat faktor demografi yang dipilih, dua faktor demografi menunjukkan wujud hubungan signifikan yang positif dan dua faktor demografi menunjukkan tiada wujud hubungan antara dua pemboleh ubah. Ujian korelasi pertama dijalankan untuk menilai sama ada wujud hubungan antara faktor demografi BMI dengan literasi kesihatan dalam kalangan golongan lelaki. Berdasarkan *rule of thumb* menunjukkan bahawa tiada hubungan yang wujud antara BMI dengan literasi kesihatan. Hal ini dapat dilihat apabila nilai $r = 0.057$ pada tahap signifikan (p) 0.46. Seterusnya, faktor demografi kedua iaitu tahap pendidikan pula menunjukkan nilai $r = 0.250$ dan $p = 0.01$. Hal ini menunjukkan bahawa wujud hubungan signifikan antara tahap pendidikan dengan literasi kesihatan tetapi hubungan berada pada tahap yang sangat lemah.

Faktor demografi ketiga ialah pendapatan isi rumah. Bagi faktor ini, dapatan mendapati bahawa wujud hubungan signifikan yang sangat lemah antara pendapatan isi rumah dengan literasi kesihatan kerana analisis menunjukkan nilai $r = 0.318$ dan $p = 0.000$. Akhir sekali, faktor demografi kekerapan penggunaan media pula menunjukkan tiada hubungan yang wujud antara faktor kekerapan penggunaan media dengan literasi kesihatan apabila nilai korelasi yang diperoleh ialah $r = 0.014$, $p = 0.856$. Oleh itu, hipotesis pertama kajian iaitu terdapat hubungan yang signifikan antara faktor demografi terpilih dengan literasi kesihatan diterima sebahagian.

PERBINCANGAN DAN KESIMPULAN

Objektif pertama kajian ini adalah untuk mengukur tahap literasi kesihatan golongan lelaki. Kajian ini hanya memfokuskan kepada golongan lelaki Melayu yang mempunyai pendapatan isi rumah RM 8300 ke bawah. Walaupun skor min keseluruhan literasi kesihatan berada pada nilai 3.15, namun berdasarkan pengiraan indeks literasi kesihatan yang diperkenalkan Sorensen et al. (2012), majoriti responden mempunyai kemahiran literasi kesihatan yang terhad pada ketiga-tiga elemen iaitu penjagaan kesihatan, pencegahan penyakit dan promosi kesihatan.

Kajian Lee, Lee dan Kim (2015) mendapati bahawa di Korea literasi kesihatan golongan lelaki mempunyai hubungan dengan jumlah pendapatan tetapi tidak dari aspek pendidikan. Bagi golongan lelaki di Malaysia pula, faktor pendidikan dan pendapatan mempunyai hubungan dengan literasi kesihatan. Di Malaysia tahap pendidikan mempunyai perkaitan dengan pendapatan yang diterima. Penetapan jumlah pendapatan yang diberikan oleh majikan juga berasaskan kepada kelayakan tahap pendidikan yang dimiliki oleh individu.

Salah satu ciri lain responden yang dijadikan sampel kajian ialah kawasan penempatan. Hanya responden yang menetap di kawasan bandar sahaja yang dipilih sebagai responden kajian. Maka, menerusi dapatan ini didapati bahawa 78 peratus golongan lelaki di kawasan bandar memiliki literasi kesihatan yang terhad. Dapatan ini bertentangan dengan hasil kajian yang dijalankan oleh Zhang et al. (2015) yang menyatakan bahawa literasi kesihatan yang terhad dimiliki oleh mereka yang menetap di kawasan pinggir bandar. Perbezaan dapatan ini menunjukkan bahawa tidak wujud perbezaan antara mereka yang menetap di bandar mahupun di luar bandar. Hal ini bermakna, walaupun di bandar mempunyai pelbagai kemudahan penjagaan kesihatan seperti hospital, kemudahan mengakses terhadap media dan pelbagai program kesihatan yang dijalankan, namun ia tidak memberi maksud bahawa mereka lebih mudah untuk memahami dan berupaya untuk menggunakan maklumat kesihatan yang diberikan.

Objektif kedua kajian ini adalah untuk mengkaji hubungan antara profil demografi terpilih dengan literasi kesihatan. Bagi mencapai objektif kajian ini, analisis korelasi Pearson telah digunakan seperti yang telah dibincangkan dalam bab sebelum ini. Dapatan kajian

mendapati bahawa berdasarkan empat faktor demografi yang dipilih untuk diuji, hanya tahap pendidikan dan pendapatan isi rumah yang mempunyai hubungan dengan literasi kesihatan. Manakala, ukuran BMI dan kekerapan penggunaan media pula menunjukkan tiada hubungan yang wujud dengan literasi kesihatan.

Dapatan kajian menunjukkan bahawa tahap pendidikan dan pendapatan isi rumah mempunyai hubungan yang signifikan dengan literasi kesihatan. Kajian yang telah dijalankan di China oleh Liu et al. (2015) juga mendapati bahawa faktor pendidikan dan pendapatan isi rumah mempunyai hubungan yang signifikan dengan literasi kesihatan. Berdasarkan kajian ini, dapatan menunjukkan bahawa golongan yang berpendapatan rendah dan sederhana mempunyai literasi kesihatan yang terhad. Menetap di bandar dengan pendapatan isi rumah sederhana atau rendah merupakan satu cabaran besar bagi setiap ketua keluarga.

Kajian juga mendapati bahawa tahap pendidikan juga mempunyai hubungan dengan literasi kesihatan. Dalam kajian Paasche-Orlow et al. (2005) menyatakan secara jelas perkaitan antara tahap pendidikan dengan literasi kesihatan. Dalam kajian beliau, dua indikator tahap pendidikan yang diuji ialah mereka yang tidak menamatkan pengajian sehingga peringkat menengah dan mereka yang menerima ijazah pendidikan umum. Mereka yang hanya menamatkan pengajian di peringkat menengah mempunyai hubungan yang signifikan dengan literasi kesihatan yang rendah. Dapatan kajian ini juga mendapati tahap pendidikan rendah berhubung dengan literasi kesihatan yang rendah. Hal ini kerana tahap pendidikan berperanan dalam meningkatkan kemahuan individu dalam berfikir dan memahami sesuatu perkara. Walaupun tiada mata pelajaran kesihatan secara khusus di institusi pengajian tinggi mahupun di sekolah tetapi KKM sering menjadikan institusi pendidikan terutamanya institusi pengajian tinggi sebagai medium penyampaian maklumat berkaitan promosi kesihatan, penjagaan kesihatan dan pencegahan penyakit. Kaedah ini akan membantu mahasiswa untuk mendapatkan pendedahan yang lebih banyak mengenai kesihatan.

Kaedah yang dilaksanakan ini menyebabkan individu yang mempunyai tahap pendidikan di peringkat pengajian tinggi akan mempunyai kemahiran literasi kesihatan yang tinggi. Kajian di New Zealand juga menyatakan bahawa individu yang melepasi tahap pendidikan pengajian

tinggi akan mempunyai literasi kesihatan yang tinggi (Ministry of Health NZ 2011). Tahap pendidikan yang tinggi akan membantu individu untuk mengakses maklumat yang pelbagai dan membuat pemilihan maklumat yang tepat. Kemahiran yang dimiliki untuk mengakses maklumat yang pelbagai untuk tujuan pendidikan juga dapat diaplikasikan dalam pencarian maklumat kesihatan. Kesannya, walaupun telah tamat pengajian mereka akan lebih berkeyakinan untuk berkomunikasi mengenai kesihatan dan terus mengakses maklumat kesihatan yang diperlukan.

Selain itu, dua lagi faktor yang diuji dalam kajian ini ialah kekerapan penggunaan media dan ukuran BMI. Namun, kedua-dua faktor ini menunjukkan tidak wujud hubungan signifikan dengan literasi kesihatan. Media memainkan peranan yang penting dalam menyalurkan maklumat tidak kiralah melalui media baru mahupun media massa. Kajian Duong et al. (2015) mendapati bahawa maklumat yang disalurkan di televisyen mampu untuk membantu dalam meningkatkan kemahiran literasi kesihatan. Bukan itu sahaja, kajian Tyler dan Williams (2014) pula menyatakan bahawa medium Internet juga telah menjadi pilihan golongan masa kini terutamanya golongan muda untuk mendapatkan maklumat berkaitan kesihatan. Berdasarkan dapatan kajian lepas telah membuktikan bahawa media memainkan peranan dalam meningkatkan kemahiran literasi kesihatan.

Walaupun media memainkan peranan dalam meningkatkan literasi kesihatan, namun dapatan kajian ini telah menunjukkan bahawa tidak wujud hubungan yang signifikan antara kekerapan penggunaan media dengan literasi kesihatan. Hal ini bermakna, tahap literasi kesihatan yang tinggi tidak boleh diukur melalui kekerapan penggunaan media. Jika seorang itu kerap menggunakan media, itu tidak bermakna individu tersebut mempunyai literasi kesihatan yang tinggi. Hal ini juga bertepatan dengan takrifan literasi kesihatan iaitu keupayaan individu untuk mengakses, memahami, menilai dan menggunakan maklumat kesihatan. Oleh itu, jika individu tidak kerap menggunakan media untuk mengakses maklumat tetapi berupaya untuk memahami, menilai dan menggunakan maklumat tersebut individu berkenaan juga dianggap mempunyai literasi kesihatan yang tinggi.

Akhir sekali, dapatan kajian ini menunjukkan bahawa tiada hubungan signifikan yang wujud antara ukuran BMI dengan literasi kesihatan. Dapatan kajian mendapati tidak wujud

banyak perbezaan jumlah responden yang mempunyai BMI yang ideal dan tidak. Daripada kajian ini, 81 responden mempunyai BMI yang ideal dan 87 responden mempunyai berat badan yang tidak ideal iaitu sama ada kurang berat badan, lebih berat badan atau obesiti.

Dapat disimpulkan bahawa walaupun golongan lelaki mempunyai BMI yang ideal tetapi ia tidak bermakna mereka berupaya untuk menilai maklumat kesihatan yang diterima. Penyelidik juga mengandaikan bahawa terdapat golongan lelaki yang mempunyai BMI yang tidak ideal atas faktor biologikal keluarga. Tetapi mereka berupaya untuk memahami, menilai dan menggunakan maklumat kesihatan kerana menyedari bahawa mereka lebih berisiko untuk mendapat pelbagai penyakit dalam jangka panjang jika terus mengamalkan gaya hidup yang tidak sihat dan bukannya untuk mencapai BMI yang ideal. Walau bagaimanapun, dapatan ini bertentangan dengan kajian yang dijalankan Yokokawa et al. (2016) yang menyatakan bahawa wujud hubungan antara BMI dengan literasi kesihatan. Kajian beliau mendapati bahawa individu yang mempunyai literasi kesihatan yang tinggi akan lebih menekankan keperluan untuk mendapatkan BMI yang ideal.

Secara keseluruhannya, untuk membantu meningkatkan kemahiran literasi kesihatan golongan B40 dan M40, peningkatan pendapatan isi rumah untuk golongan ini perlu diberi perhatian. Peningkatan ekonomi keluarga akan membantu golongan ini untuk menjalani kehidupan yang lebih baik. Pendapatan isi rumah yang mencukupi akan memberi ruang kepada mereka untuk menjaga kesihatan seperti melakukan ujian saringan kesihatan, mendapatkan rawatan penyakit yang lebih baik dan mampu untuk mendapatkan insurans kesihatan. Keadaan hidup yang lebih baik juga akan membantu golongan B40 dan M40 untuk meluangkan masa menjalani aktiviti riadah dan merehatkan mental dan fizikal daripada hanya bekerja dan memikirkan solusi untuk meningkatkan pendapatan keluarga.

RUJUKAN

- Amla A/P Arokia Nathen, Doris Padmini A/P Selvaratham & Norlaila Abu Bakar. 2011. Hubungan Tingkat Pendapatan dan Kehidupan Lestari : Kerangka Konseptual. *Prosiding Perkem IV 2011*, hlm. 27–37.
- Australian Bureau of Statistics. 2015. Life expectancy and deaths hit historic highs. <http://www.abs.gov.au/ausstats> [23 April 2016].
- Berenson, J., Doty, M., Abrams, M. & Shih, A. 2012. Achieving better quality of care for low-income populations : the role of health insurance and the medical home for reducing health inequities. *The Commonwealth Fund* 11: 1–18.
- Cordier, R. & Wilson, N.J. 2014. Community-based men’s sheds: promoting male health, wellbeing and social inclusion in an international context. *Health Promotion International* 29(3): 483–493.
- Crossman, J.M. 2016. Advancing health education pedagogy through life-enhancing and life-saving perspectives, and backward design. *Pedagogy in Health Promotion* 5(1): 1-11.
- Duong, V.T., Lin, I.F., Sorensen, K., Pelikan, J.M., Van Den Broucke, S., Lin, Y.C. & Chang, P.W. 2015a. Health literacy in Taiwan: a population-based study. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 27(8): 871–880.
- Friedman, D.B. & Hoffman-Goetz, L. 2008. Literacy and health literacy as defined in cancer education research: A systematic review. *Health Education Journal* 67(4): 285–304.
- Hamberg, K. & Hariz, G.M. 2014. The decision-making process leading to deep brain stimulation in men and women with parkinson’s disease - an interview study. *BMC neurology* 14(1): 89.
- Harris, C.R., Jenkins, M. & Glaser, D. 2006. Gender differences in risk assessment : why do women take fewer risks than men ? *Judgment and Decision Making*, 1(1), 48–63.
- Ishikawa, H. & Kiuchi, T. 2010. Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial medicine* 4(18):1-5.
- Kementerian Kewangan Malaysia. 2015. Ucapan Bajet 2016. Kuala Lumpur: Malaysia.
- Lee, H.Y., Lee, J. & Kim, N.K. 2015. Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men? *American Journal of Men’s Health* 9(5): 370–379.
- Lindstrom, B. & Eriksson, M. 2011. From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health* 39(S6): 85–92.

- Linell, A., Richardson, M.X. & Wamala, S. 2013. The Swedish national public health policy report 2010. *Scandinavian Journal of Public Health* 41(S10), 3–56.
- Liu, Y.B., Liu, L., Li, Y.F. & Chen, Y.L. 2015. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: a survey of elderly chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12(8), 9714–9725.
- McCuaig, L., Coore, S. & Hay, P.J. 2012. Reducing dissonance along health-education fault lines: health-literacy advocacy and the case for efficacious assessment. *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education* 3(1): 3–15.
- Ministry of Health, N. Z. 2011. RapidE: chronic care. Health literacy intervention - a brief summary, New Zealand.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3): 259–267.
- Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohlman, L.T. & Rudd, R.R. 2005. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20(2): 175–184.
- Peerson, A. & Saunders, M. 2009. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International* 24(3): 285–296.
- Regan, J.C. & Partridge, L. 2013. Gender and longevity: Why do men die earlier than women? Comparative and experimental evidence. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism* 27(4): 467–479.
- Simonds, S.K. 1974. Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2: 1–10.
- Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J. Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falzon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S. & Brand, H. 2015. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25(6): 1053–1058.
- Suhana Veru. 2013. Estrogen Pending Kesehatan Wanita. *Kosmo*, 8 Mac.
- Tyler, R. E. & Williams, S. 2014. Masculinity in young men’s health: Exploring health, help-seeking and health service use in an online environment. *Journal of Health Psychology* 19(4): 457–70.
- Wolf, S.H., Simon, S.M., Aron, L., Zimmerman, E., Dubay, L. & Luk, K.X. 2015. How Are Income and Wealth Linked to Health and Longevity?. Center on Society and Health, April.
- WHO. 2010. *Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010*, Geneva: World Health Organization.

- Yokokawa, H., Fukuda, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T. & Naito, T. 2016. Association between health literacy and metabolic syndrome or healthy lifestyle characteristics among community-dwelling Japanese people. *Diabetology & Metabolic Syndrome* 8(30): 1-9
- Zhang, D., Wu, S., Zhang, Y., Yang, P., MacIntyre, C.R., Seale, H. & Wang, Q. 2015. Health literacy in Beijing: an assessment of adults' knowledge and skills regarding communicable diseases. *BMC Public Health* 15(799): 1-9.
- Zhang, Y., Ou, F., Gao, S., Gao, Q., Hu, L. & Liu, Y. 2015. Effect of Low Income on Health-Related Quality of Life: A Cross-sectional Study in Northeast China. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 27(2): 1013-1025.

Affiqka Humaira Abdullah,
Dr. Emma Mohamad,
Pusat Penyelidikan Impak Media dan Industri Kreatif,
Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan
Universiti Kebangsaan Malaysia
Email: emmamohamad@ukm.edu.my