

HUBUNGKAIT KOMUNIKASI KESIHATAN DENGAN KESAN HIRARKI ISU KESIHATAN TERHADAP PERUBAHAN AMALAN GAYA HIDUP SIHAT

MANIMARAN KRISHNAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

SAMSUDIN A RAHIM
UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA

Abstrak

Kajian ini adalah mengenai perancangan komunikasi kesihatan dan amalan gaya hidup sihat. Tujuan utama kajian ini adalah untuk meninjau apakah faktor-faktor yang perlu diambilkira dalam perancangan komunikasi kesihatan untuk mengubah amalan gaya hidup sihat. Selaras dengan itu, objektif kajian ini adalah untuk melihat hubungan antara beberapa faktor psiko-sosial dan komunikasi yang berperanan untuk membawa perubahan dalam gaya hidup individu iaitu membabitkan aktiviti fizikal dan pemakanan sihat. Satu kerangka model kajian yang dibina berasaskan gabungan Model Kepercayaan Kesihatan, Teori Tindakan Bersebab dan Teori Penglibatan Rendah telah digunakan. Untuk mengumpul data, kaedah tinjauan telah digunakan dengan menemubual secara bersemuka seramai 290 orang responden berumur di antara 18 hingga 82 tahun. Kajian telah dijalankan di 7 kawasan bandar dan luar bandar iaitu sekitar Kuala Lumpur (Sentul, Jinjang dan Bangsar), Selangor (Batang Berjuntai, Sungai Buloh dan Bangi), Perak (Slim River, Tanjung Malim, dan Sitiawan) dan Putra Jaya. Hasil kajian dibahagikan kepada dua komponen utama iaitu saringan kesihatan asas dan pengaruh faktor psiko-sosial serta komunikasi terhadap amalan kesihatan (aktiviti fizikal dan pemakanan sihat). Saringan kesihatan asas menunjukkan

majoriti responden mempunyai petunjuk antropometri yang tidak normal terutamanya jisim indeks tubuh dan kadar lemak badan yang berlebihan. Berhubung amalan gaya hidup pula, majoriti responden berada dalam kategori yang aktif (79%) , manakala 76% responden tidak mengambil sayuran dan buah-buahan yang secukupnya. Hasil kajian memperlihatkan faktor-faktor komunikasi (penglibatan kesihatan, tindakan pencarian maklumat kesihatan dan rujukan untuk bertindak) mempengaruhi responden ke arah perubahan kesihatan secara positif. Penglibatan kesihatan menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap tindakan pencarian maklumat kesihatan. Sementara itu, tindakan pencarian maklumat kesihatan pula menunjukkan hubungan yang signifikan dengan faktor rujukan untuk bertindak . Faktor rujukan untuk bertindak pula menunjukkan hubungan yang signifikan dengan niat tingkahlaku iaitu kesungguhan responden untuk berubah (orientasi kesihatan). Kajian ini juga memperlihatkan bahawa faktor-faktor psiko-sosial (pengetahuan, sikap dan persepsi) bertindak sebagai keperluan awalan yang signifikan dalam mempengaruhi penglibatan kesihatan dan lain-lain faktor komunikasi . Regresi secara hirarki memperlihatkan faktor-faktor psiko-sosial (pengetahuan, sikap dan persepsi) mempunyai hubungan yang signifikan dengan tingkahlaku pemakanan sihat. Sementara itu faktor penglibatan kesihatan dan sikap pula menunjukkan hubungan yang signifikan dengan aktiviti fizikal. Kajian ini menjelaskan Model Perancangan Komunikasi Kesihatan tidak boleh mengabaikan isu-isu komunikasi (penglibatan kesihatan, tindakan pencarian maklumat kesihatan, rujukan untuk bertindak) dalam mempengaruhi niat tingkahlaku untuk perubahan yang positif . Sementara itu faktor psiko-sosial (pengetahuan, sikap dan persepsi) menjadi keperluan asas dalam mempengaruhi proses komunikasi untuk perubahan tingkahlaku kesihatan. Kajian ini membuktikan bahawa penglibatan kesihatan yang tinggi ataupun rendah akan menentukan kadar tindakan responden untuk mencari maklumat kesihatan. Model perancangan komunikasi kesihatan ini mencadangkan agar tindakan pencarian maklumat kesihatan juga perlu memenuhi kepenggunaan maklumat tersebut mengikut kehendak individu secara spesifik.

Kata kunci: *Komunikasi kesihatan, kesan hirarki, isu kesihatan, perubahan, amalan gaya hidup sihat*

The Relationship of Health Communication With the Hierarchy Of Effect in Health Issues Towards Healthy Life Style

Abstract

This study is about health communication planning and healthy lifestyle practices. The main purpose of this study is to explore the factors that should be considered in the planning of health communication for a healthy lifestyle change. The objective of this study is to examine the relationship between psycho-social factors and the role of communication to bring about changes in lifestyle, mainly physical activity and healthy eating. The research framework model is built based on a combination of Health Belief Model, Theory of Reasoned Action and Theory of Low Involvement. Survey method was used to interview about 290 respondents aged between 18 and 82 years. The study was conducted in 7 rural and urban areas of Kuala Lumpur (Sentul, Jinjang and Bangsar), Selangor (Batang Berjuntai, Sungai Buloh and Bangi), Perak (Slim River, Tanjung Malim, and Sitiawan) and Putra Jaya. The findings are divided into two main components which encompasses basic health screenings and psycho-social factors which influence the communication factors towards health practices (physical activity and healthy eating). Basic health screening showed the majority of respondents have abnormal anthropometric markers which is body mass index and excess body fat rate. In relation to lifestyle, the majority of respondents is physically active (79%) meanwhile 76% of respondents do not take sufficient vegetables and fruits. The study shows that the communication factors (health involvement, health information seeking behavior and cues to action) influence the respondents towards positive health practices. Health involvement showed a significant relationship to the health information seeking behavior. Meanwhile, the health information seeking behavior showed a significant correlation with cues to action. Meanwhile the cues to action showed a significant correlation towards behavioral intention of respondents towards positive health behavior (health orientation). The study also showed that the psycho-social variables (knowledge, attitudes, and perceptions) act as a significant predisposing factor in influencing health involvement and other health communication issues. The hierarchical regression demonstrated psycho-social factors (knowledge, attitude and perception) significantly correlated with

healthy eating behaviors. Meanwhile, health involvement and attitudes demonstrated a significant relationship with physical activity. This study explains the Health Communication Planning Model should not ignore the communication factors in influencing behavioral intention and lead towards positive health behavior changes. Meanwhile, psycho-social factors act as a prerequisite in influencing the communication process towards positive health behavior changes. This study revealed that the high or low health involvement will determine the respondents' health information seeking behavior. Health communication planning model proposed that the health information must meet the consumer need and demand in accordance with the specific requirements of individuals.

Keywords: *Health communication, hierarchy of effect, health issues, changes, healthy lifestyle.*

PENGENALAN

Peranan komunikasi kesihatan dalam menentukan status kesihatan individu adalah penting. Ini disebabkan status kesihatan individu banyak ditentukan oleh tingkah laku aktiviti fizikal, pemakanan dan juga gaya hidup individu berkenaan. Memandangkan kebanyakan penyakit berpunca daripada amalan gaya hidup manusia, maka komunikasi kesihatan mempunyai peranan besar untuk menyampaikan pelbagai maklumat agar individu dapat mengamalkan gaya hidup sihat dan seterusnya mempunyai tahap kesihatan yang baik (Rimal & Lipinski, 2009).

Punca utama penularan penyakit adalah kerana amalan kesihatan yang tidak sihat terutamanya amalan pemakanan yang tidak sihat, tidak melakukan aktiviti fizikal, merokok, mengalami tekanan perasaan, pengambilan alkohol dan sebagainya (Lederberg, Shope & Oakes, 1992; Glanz & Yang, 1996; WHO, 2012b; WHO, 2013c). Punca ini dapat dielakkan jika individu mempunyai pengetahuan yang mencukupi terutamanya berhubung pencegahan penyakit dan faktor risikonya. Kebanyakan daripada individu mungkin sedar tentang keburukan amalan gaya hidup mereka, tetapi sikap untuk memperbaiki amalan-amalan tersebut mungkin negatif. Dengan itu langkah pertama penjagaan kesihatan dan menghindari penyakit adalah melalui input maklumat yang akan mencetuskan pengetahuan bagi membawa perubahan dalam sikap serta gaya hidup individu (Bandura, 2001).

Menurut 1, Loken, & Hornik (2010), komunikasi kesihatan mempunyai peranan penting untuk membantu proses pemindahan maklumat daripada pihak berkuasa kesihatan kepada khalayak ramai. Kepentingan komunikasi kesihatan turut disokong oleh UNICEF (2005), yang menyatakan program kesihatan yang

baik akan membantu untuk mencapai matlamat kesihatan awam. Di Amerika Syarikat, kempen pendidikan kesihatan mengenai darah tinggi didapati telah berjaya mengurangkan kadar strok sebanyak 60 peratus dalam kalangan penghidap penyakit darah tinggi (Obregón, Chitnis, Morry, Feek, Bates et al. 2009).

Walaupun kempen komunikasi kesihatan telah banyak menyampaikan maklumat mengenai kepentingan penjagaan kesihatan, namun perubahan tingkah laku kesihatan yang diharapkan adalah terlalu kecil (Synder, Hamilton, Mitchell, Kiwanuka-Tondo, Fleming-Milici & Proctor, 2004; Wakefield et al. 2010). Tidak semua maklumat yang disampaikan oleh kempen komunikasi kesihatan diterima oleh khalayak dan digunakan untuk mengubah amalan kesihatan (Wallack, 1990). Adalah diandaikan bahawa faktor penglibatan terhadap isu kesihatan sebagai salah satu pembolehubah penentu yang penting dalam proses perubahan tingkah laku kesihatan. Dalam konteks ini penglibatan individu dalam sesuatu isu kesihatan diandaikan mempunyai hubungan yang signifikan dengan proses pendedahan kepada maklumat kesihatan, usaha pencarian maklumat kesihatan dan seterusnya perubahan kepada tingkah laku gaya hidup sihat (Rogers & Storey, 1987; Grunig, 1989; Samsudin & Latifah, 2002).

Kajian ini akan mengenal pasti sama ada kesihatan dianggap sebagai produk yang mempunyai kepentingan yang tinggi dalam kalangan individu. Sekiranya individu menganggap kesihatan sebagai produk yang bernilai maka ia akan meningkatkan kepentingan penjagaan kesihatan serta membawa penglibatan yang tinggi. Penglibatan yang tinggi terhadap kesihatan akan mendorong individu untuk mencari maklumat tambahan berhubung kesihatan. Kebanyakan kajian lalu menunjukkan pencarian maklumat kesihatan membawa kesan yang positif dalam menguruskan penyakit serta memperbaiki kesihatan diri (Brashers, Goldsmith & Hsieh, 2002; Ross, Kohler, Grimley, Green & Anderson-Lewis, 2007). Kajian komunikasi kesihatan perlulah melihat penerima sebagai salah satu entiti terpenting kerana penglibatan kesihatan dan pencarian maklumat kesihatan tersebut bermula daripada individu ataupun khalayak itu sendiri.

KESAN HIRARKI DAN KOMUNIKASI KESIHATAN

Ray (1979) dalam kajiannya mengenai kesan hirarki menyatakan bahawa kesan komunikasi tidak semestinya menurut urutan yang menganggap bahawa pengetahuan yang dicetuskan oleh maklumat komunikasi akan membawa perubahan afektif dan seterusnya akan mengubah tingkah laku. Urutan sebegini hanya akan berlaku sekiranya individu mempunyai penglibatan tinggi terhadap sesuatu produk atau maklumat yang diterimaanya. Sekiranya keadaan sebaliknya berlaku iaitu dalam konteks penglibatan rendah, maka kemungkinan perubahan tingkah laku boleh berlaku terlebih dahulu tanpa pengaruh pengetahuan dan afektif. Krugman (1965), berpendapat penglibatan rendah berlaku apabila khalayak menunjukkan tindak balas kepada perkara tersurat dalam sesuatu mesej yang mempunyai kredibiliti yang rendah. Manakala bagi penglibatan yang tinggi

pula ianya merujuk kepada penggunaan usaha-usaha pemikiran yang teliti dan memberi perhatian yang penuh ke atas sesuatu maklumat.

Dalam konteks kempen kesihatan awam, beberapa model yang lazim digunakan digunakan seperti Model Kepercayaan Kesihatan (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974), Teori Tindakan Bersebab (Fishbein, 1967) dan Teori Tingkah laku Terancang (1985). Secara umumnya model-model tersebut mengandaikan individu membuat keputusan berdasarkan prinsip rasional di mana terdapat urutan hubungan antara faktor demografi, sikap dan tingkah laku. Namun begitu strategi komunikasi kesihatan awam dalam banyak keadaan tidak memberikannya impak perubahan tingkah laku kesihatan yang diharapkan.

Berdasarkan pendekatan kesan hirarki untuk mendapatkan kesan yang optimum dari segi perubahan tingkah laku kesihatan, individu mestilah mempunyai penglibatan yang tinggi terhadap isu kesihatan yang dihadapinya. Tetapi dari segi realitinya tidak semua individu menganggap isu kesihatan adalah isu yang amat penting dalam hidupnya. Jika keadaan ini berlaku strategi komunikasi kesihatan yang sering kali mengandaikan bahawa individu mempunyai penglibatan tinggi dalam isu kesihatan tidak akan memberikan banyak kesan. Pengetahuan yang disalurkan tidak semestinya akan menimbulkan tahap afektif yang diperlukan untuk mempengaruhi perubahan tingkah laku kesihatan seperti amalan pemakanan dan juga melaksanakan aktiviti fizikal.

Model penglibatan telah lama digunakan dalam bidang pengiklanan dan dianggap sebagai salah satu model yang paling sesuai untuk menerangkan sambutan pengguna ke atas pengiklanan sesuatu produk (Zinkhan & Fornell 1989). Aspek penglibatan individu terhadap sesuatu isu ataupun produk akan menentukan peringkat mana individu itu berada sama ada di peringkat kognitif, afektif ataupun konotif. Faktor penglibatan mencadangkan peringkat asas kognitif akan memberi kesan kepada peringkat afektif iaitu sikap terhadap sesuatu isu ataupun produk dan seterusnya memberi kesan ke atas perubahan tingkah laku. Menurut Krugman (1965), penglibatan adalah faktor yang paling kritikal menentukan penerimaan sesuatu mesej.

Manakala Petty et al. (1983), dapati bahawa subjek penglibatan rendah (low involvement) masih memerlukan keadaan perhatian yang penuh agar terangsang. Penglibatan tinggi (high involvement) berlaku dalam keadaan jumlah kepentingan peribadi ataupun sebab yang munasabah terhadap subjek yang mereka libatkan. Kepentingan yang ditunjukkan oleh seseorang terhadap isu kesihatan akan menentukan sama ada membawa kepada tahap penglibatan yang tinggi ataupun rendah. Menurut Johnson (2005), penglibatan perlu memenuhi keperluan peribadi, minat serta kepentingan terhadap sesuatu isu atau topik dan melihat sejauh manakah seseorang individu tersebut ingin atau mempunyai kemahuan untuk memikirkan tentang topik tersebut.

Hierarki kesan komunikasi boleh diaplikasikan dalam topik ataupun mesej penglibatan rendah. Pendedahan ke atas iklan yang melibatkan penglibatan rendah boleh terus membawa kepada tindakan pembelian kerana ianya

melibatkan kos yang rendah. Penglibatan rendah ataupun tinggi ke atas isu kesihatan akan menentukan kadar penerimaan inovasi dan perubahan tingkah laku kesihatan tersebut (Smith & Swinyard, 1982). Sementara itu Chaffee & Roser (1986) mendapati apabila seseorang menunjukkan penglibatan yang tinggi terhadap sesuatu isu, maka proses untuk mendapatkan maklumat akan menjadi lebih mendalam dan dilakukan dengan penuh teliti. Penglibatan terhadap isu kesihatan sudah tentu akan mendorong individu mencari maklumat untuk memperbaiki kesihatan diri.

Semenza, Ploubidis, & George (2011) telah meninjau pengaruh persepsi risiko dan persepsi keterukan melalui penggunaan Model Kepercayaan Kesihatan sebagai kerangka teori untuk menilai langkah pengurangan kesan rumah hijau. Kajian ini telah meninjau seramai 771 individu di Amerika melalui pemilihan secara rawak panggilan digit. Hasil kajian menunjukkan bahawa responden akan mengurangkan penggunaan bahan api jika mereka percaya ianya akan memberi kesan kepada kehidupan mereka (persepsi risiko) dan membahayakan kehidupan mereka (persepsi keterukan).

Seale, Heywood, McLaws, Ward, Lowbridge, Van & MacIntyre (2010) melaporkan kempen komunikasi awam berhubung penerimaan vaksin influenza pandemik untuk orang dewasa dan kanak-kanak berumur 10 tahun ke atas, di Australia. Tinjauan dibuat terhadap penduduk di Sydney, Australia untuk memastikan persepsi risiko mereka, sikap terhadap wabak dan kesanggupan untuk menerima vaksin influenza semasa wabak (H1N1) 2009. Penerimaan vaksin ini dipengaruhi oleh persepsi risiko termasuk risiko jangkitan, risiko kematian atau risiko penyakit teruk dan risiko kesan sampingan serius vaksin. Faktor peramal kempen komunikasi awam seperti persepsi risiko dan sikap telah berjaya mempengaruhi majoriti penduduk untuk menerima vaksin tersebut.

Sementara itu, Sharon Teitler-Regev, Shosh Shahrabani, & Uri Benzion (2011), melaporkan tentang kajian dalam kalangan 387 pelajar dari institusi pendidikan tinggi di Israel berhubung niat sebagai peramal untuk mendapatkan vaksin selesema babi dengan menggunakan Model Kepercayaan Kesihatan sebagai asas kerangka teori. Hasil kajian menunjukkan bahawa persepsi risiko dan keadaan teruk mempunyai pengaruh yang kuat dalam mempengaruhi niat responden untuk menerima vaksin tersebut.

Moges & Amberbir (2011) telah meninjau kesanggupan wanita hamil untuk menjalani ujian saringan HIV secara sukarela untuk menyekat jangkitan HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome) daripada ibu mengandung kepada anak dalam kandungan. Kajian ini melibatkan seramai 418 ibu mengandung yang menghadiri sesi antenatal dan diikuti dengan empat perbincangan kumpulan bertumpu serta lima sesi temu duga secara mendalam. Hasil kajian menunjukkan kebanyakan wanita mempunyai persepsi risiko yang amat rendah dan persepsi halangan yang tinggi untuk menjalani ujian darah HIV secara sukarela. Keadaan ini tidak menggalakkan responden untuk mendapatkan perkhidmatan ujian saringan HIV tersebut. Sementara itu, kajian

ini menunjukkan bahawa pembolehubah Model Kepercayaan Kesihatan seperti persepsi risiko, faedah, halangan serta keupayaan sendiri boleh menjadi faktor peramal yang rasional untuk menyediakan wanita hamil memperoleh ujian saringan HIV secara sukarela. Persepsi risiko yang rendah tidak mendorong untuk menjalani ujian saringan Ingram, Cabral, Hay, Lucas, & Horwood (2013) melaporkan bahawa ibu-bapa yang mempunyai tahap persepsi risiko yang tinggi terhadap jangkitan saluran pernafasan anak mereka akan mengambil tindakan mendapatkan perundingan daripada pegawai perubatan sebagai langkah pencegahan. Kajian ini melibatkan 7 perbincangan kumpulan bertumpu dan 30 sesi temu bual separa berstruktur diadakan dengan 60 ibu bapa yang mempunyai anak berusia 5 bulan hingga 17 tahun dari pelbagai latar belakang sosio-ekonomi.

Model Kepercayaan Kesihatan telah digunakan untuk meramal faktor yang mempengaruhi tindakan mendapatkan perundingan penjagaan kesihatan berhubung jangkitan saluran pernafasan anak mereka. Hasil kajian menunjukkan bahawa persepsi ancaman dan persepsi risiko meningkat apabila berlaku jangkitan yang teruk terhadap anak mereka. Melalui kajian ini, Model Kepercayaan Kesihatan menjelaskan bahawa peningkatan persepsi risiko dan ancaman akan meningkatkan tindakan pencegahan terhadap penyakit jangkitan saluran pernafasan dalam kalangan kanak-kanak.

Shakerinejad (2011) melaporkan tentang kajian beliau berhubung kesan pendidikan pemakanan kalsium kepada perubahan pengetahuan, sikap dan amalan. Model Kepercayaan Kesihatan telah digunakan sebagai kerangka teoritik sebagai peramal perubahan. Intervensi telah dilaksanakan ke atas 188 responden iaitu 95 kes dan 93 kawalan yang terdiri daripada pelajar perempuan sekolah tinggi serta rendah dalam kumpulan umur 14-18 tahun yang dipilih secara rawak daripada dua buah sekolah di Ahvaz, Iran. Responden yang menjadi kes telah mengambil bahagian dalam lapan sesi pendidikan pemakanan setengah jam untuk tempoh tiga bulan melalui ceramah dan perbincangan berdasarkan Model Kepercayaan Kesihatan. Hasil kajian menunjukkan bahawa terdapat peningkatan dari segi pengetahuan dan sikap bagi kumpulan kes berbanding kawalan selepas campur tangan pendidikan kesihatan. Hasil kajian ini menunjukkan pembolehubah pengetahuan dan sikap mempengaruhi amalan pemakanan kalsium dalam kalangan pelajar secara mendadak.

Penglibatan juga mempunyai perkaitan dengan kesan hierarki komunikasi iaitu perubahan pengetahuan, sikap dan amalan (K-A-B). Menurut Krugman (1965) kebanyakan penonton televisyen tidak melibatkan diri (tindak balas kognitif rendah) dalam penontonan terhadap sesuatu topik. Walaupun iklan televisyen tidak mengubah sikap penonton secara langsung namun tujuannya mungkin mengubah aspek kognitif. Biasanya dalam situasi ini pengguna dapat mengingat semula nama produk ataupun sesuatu idea yang diiklankan.

Bagi barangan penglibatan rendah, semasa pengguna ingin membeli produk tersebut nama jenama tersebut akan muncul dalam minda mereka dan dalam keadaan ini tidak banyak proses kognitif terlibat. Kemungkinan mereka akan

membeli dan dalam situasi ini sikap berubah mengikut trend pengiklanan (Barry & Howard, 1990). Apa yang berlaku dalam sesuatu hierarki komunikasi ialah proses perubahan itu bermula dengan kognitif diikuti dengan afektif dan seterusnya konotif (tindakan). Krugman (1965), menjelaskan bahawa dalam hierarki penglibatan rendah pula proses perubahan bermula dengan kognitif diikuti dengan konotif dan berakhir dengan afektif (K-B-A) iaitu pengetahuan, tingkah laku dan sikap. Namun perubahan tingkah laku tidak semestinya mengikut hierarki komunikasi secara berperingkat dalam mana-mana kempen kesihatan. Perubahan ini adalah bergantung kepada tahap penglibatan khalayak terhadap isu ataupun topik kesihatan (Leavy, Bull, Rosenberg & Bauman, 2011).

Menurut Ray (1979) penglibatan biasanya dipengaruhi oleh situasi keperluan pengguna. Penglibatan menentukan bagaimana individu dalam pelbagai peringkat membuat keputusan berkaitan dengan pelbagai sumber maklumat. Kajian oleh Lastovicka & Gardner, (1978) menunjukkan bahawa penglibatan mempunyai hubungan yang positif dengan kemahuan individu untuk mengumpul maklumat. Jika berlaku ketidakpastian dan kepentingan terjejas maka individu akan membuat penilaian serta mencari dan menilai maklumat tentang perkara tersebut. Tindakan pencarian maklumat tambahan merupakan peramal penting terhadap amalan cara hidup sihat (Yang, McComas, Gay, Leonard, Dannenberg & Dillon, 2000; Samsudin & Latifah, 2002). Menurut Carter, Ruggels, Jackson, & Heffer (1973), aktiviti komunikasi itu dianggap bermula dengan tindakan pencarian maklumat oleh individu.

Melalui penglibatan khalayak terhadap sesuatu topik ataupun isu kesihatan, akan membuka peluang kepada pencarian maklumat yang luas dan seterusnya maklumat tersebut akan digunakan untuk perubahan diri (Munshi, 2005; Samsudin Latifah, 2002). Model hierarki komunikasi melihat hubungan di antara pemprosesan maklumat dan kesan perubahan ke atas kognitif, afektif dan konotif (McGuire, 1974). Individu yang mempunyai penglibatan kesihatan yang tinggi di andaikan bertindak mencari maklumat kesihatan tambahan serta memprosesnya untuk tujuan perubahan tingkah laku.

Menurut Limbu & Torres (2009) jika terdapat penglibatan yang tinggi terhadap produk ubat-ubatan maka wujud sikap yang positif untuk bertanya kepada pegawai perubatan berhubung ubat-ubatan. Kajian ini memperlihatkan bahawa penglibatan merupakan salah satu pembolehubah yang rasional untuk membawa kepada perubahan tingkah laku. Faktor umur dan isu menjadi salah satu perkara penting yang mendorong kepada penglibatan kumpulan sasaran terhadap isu kesihatan. Tindall & Winter (2011), melaporkan wanita yang muda tidak menunjukkan sebarang penglibatan terhadap maklumat berhubung penyakit jantung kerana mereka berpendapat tidak kena-mengena dengan mereka. Responden yang lebih tua menunjukkan minat dan mengambil berat berhubung dengan penyakit jantung berbanding dengan orang muda. Secara amnya responden yang berumur menunjukkan penglibatan yang lebih tinggi berhubung isu penyakit jantung berbanding dengan orang muda.

Moore (2008), melalui kajiannya dalam kalangan pelajar kolej Afrika di Amerika menunjukkan terdapat hubungan yang rasional dengan penglibatan pelajar dalam isu HIV/AIDS dengan kesedaran yang serius berhubung penyakit HIV/AIDS di Amerika. Penglibatan kognitif berhubung penyakit HIV/AIDS dalam kalangan pelajar tersebut menyumbangkan perubahan yang tinggi berhubung penyakit HIV/AIDS. Sementara itu, penemuan beliau juga selari dengan kajian oleh Opt & Loffredo (2004) di mana penglibatan pelajar kolej dalam isu HIV/AIDS membawa kesedaran yang serius terhadap masalah HIV/AIDS.

Kajian Moore (2008) turut mempamerkan penglibatan tingkah laku ataupun tindakan pencarian maklumat juga adalah amat bererti dengan penglibatan kognitif terhadap isu HIV/AIDS ini. Jung & Villegas (2011) melaporkan melalui kajian mereka bahawa penglibatan tinggi akan meningkatkan tindakan memproses maklumat secara berpusat. Manakala penglibatan rendah akan memproses maklumat secara sampingan. Kajian ini menunjukkan bahawa pemrosesan maklumat secara berpusat akan meningkatkan perincian terhadap sesuatu mesej sebelum diambil tindakan.

Greenfield, Kaplan & Ware (1985) mendapati bahawa pesakit yang mempunyai penglibatan ke atas pengurusan rawatan diri memperlihatkan pencapaian tahap kesihatan yang lebih memberangsangkan berbanding pesakit yang tidak melibatkan diri dalam pengurusan rawatan diri. Pesakit yang mendapat perantaraan menunjukkan kesungguhan untuk mendapatkan maklumat berhubung kesihatan daripada pakar perubatan berbanding dengan pesakit kawalan. Pada keseluruhannya kajian ini membuktikan bahawa penglibatan pesakit membawa kepada pencarian maklumat dan menggunakannya untuk membaiki kesihatan diri.

Street, Voigt, Geyer, Manning, & Swanson (1995) telah meninjau faktor yang memberi kesan ke atas penglibatan pesakit kanser payu dara untuk mendapatkan rawatan awal. Kajian menunjukkan, pendidikan dan umur memberi kesan yang rasional ke atas penglibatan pesakit berhubung pelan rawatan. Essen (2010), telah meninjau mekanisme penglibatan di sebalik kesan pendidikan melalui hiburan drama bersiri untuk pencegahan pengambilan alkohol. Kajian ini juga menunjukkan bahawa penglibatan yang tinggi ke atas cerita dan perwatakan membawa kepada kurang berlaku pertikaian, penghindaran secara pertahanan dan kurang maklumat yang diperlukan. Namun demikian, penglibatan penonton menunjukkan kesan yang lebih ketara untuk mengujudkan persepsi keterukan.

Domingo (2005) melalui kajian beliau telah meninjau penglibatan remaja yang berpenyakit kronik dalam rawatan kesihatan untuk membuat keputusan menerangkan, menjelaskan dan meramalkan hubungan keyakinan diri dalam membuat keputusan antara pesakit remaja yang tua dan muda remaja. Sementara itu, kajian ini meneroka hubungan antara keterukan gejala-gejala dengan keyakinan diri berhubung rawatan serta membuat keputusan dalam kalangan remaja berpenyakit kronik. Pan, Li, Hu, Wang & Howard (1997) telah meninjau

sejauh mana individu memproses maklumat kesihatan dari laman se sawang mengenai isu kontroversi seperti obesiti dan makanan segera. Kajian ini telah menerokai kesan penglibatan peribadi berkepentingan nilai, penglibatan produk, isyarat dari sumber, dan bingkai mesej yang sah pada peserta, persepsi risiko, perubahan sikap dan niat berkaitan pemakanan sihat.

Blair & Alice (1989) pula membawa dua aspek dalam isu penglibatan iaitu media dan produk. Diandaikan faktor penglibatan ke atas isu kesihatan akan membawa kepada perubahan tingkah laku dalam kalangan kumpulan sasaran. Pembelajaran aktif memerlukan penglibatan yang tinggi berbanding dengan pembelajaran pasif yang hanya melibatkan penglibatan rendah. Biasanya pembelajaran pasif wujud akibat daripada mesej yang berulang seperti peringatan kesihatan dalam media. Situasi ini tidak memerlukan pemrosesan maklumat yang kritikal berbanding dengan pembelajaran yang aktif melalui penglibatan yang tinggi.

Sehubungan itu, komunikasi kesihatan perlu memberi fokus ke atas strategi pemusatan khalayak dalam sesuatu perancangan kempen berbanding melihat kepada keberkesanan mesej dan saluran. Strategi pemusatan khalayak ini perlu mengambil kira beberapa isu seperti keperluan maklumat, kepenggunaan maklumat dan bagaimana maklumat tersebut memberi kesan ke atas khalayak. Menurut Samsudin (1991) walaupun khalayak menghadapi masalah kesihatan yang sama tetapi keperluan maklumat mungkin berbeza. Kepenggunaan maklumat banyak bergantung kepada keperluan maklumat kesihatan yang dihadapi oleh khalayak. Maka untuk mendekati isu kesan komunikasi kesihatan, kajian ini akan memberi penekanan kepada isu penglibatan kesihatan dan tindakan pencarian maklumat kesihatan sebagai faktor peramal untuk perubahan tingkah laku kesihatan.

KAEDAH KAJIAN

Kajian ini menggunakan kaedah tinjauan dengan menemubual seramai 290 responden berumur 18 tahun ke atas. Selain itu responden juga melalui satu saringan ujian kesihatan asas dilakukan oleh pengkaji sendiri dengan dibantu oleh seorang paramedik iaitu Penolong Pegawai Perubatan. Responden dipilih daripada beberapa kawasan unit persampelan iaitu Lembah Kelang (Kuala Lumpur dan Putra Jaya), Selangor (Bangi, Batang Berjuntai dan Sungai Buloh), dan Perak (Ayer Tawar dan Slim River). Sejumlah 45 peratus responden adalah daripada kawasan Bandar dan selebihnya daripada kawasan luar bandar.

Sejumlah lapan konstruk utama digunakan dalam kajian ini. Pengkonsepian dan pengendalian konstruk tersebut adalah seperti berikut:

Pengetahuan Kesihatan

Pengetahuan kesihatan mempunyai tiga dimensi merujuk kepada pengetahuan mengenai faktor risiko penyakit kronik (diabetes dan jantung) komplikasi akibat salah satu penyakit kronik, dan pengetahuan umum tentang cara hidup.

Sebanyak 26 item digunakan dengan skor maksimum 4 dan minimum 1. Item tersebut dibina hasil gabungan ukuran yang pernah digunakan oleh Chaffee & Roser (1986), Winkleby, Flora & Kraemer (1994), pengetahuan amalan gaya hidup (Samsudin dan Latifah, 2002). Chew et al. (2002) juga telah menggunakan beberapa item berhubung pemakanan sayuran dan buah-buahan, pengambilan lemak dan aktiviti fizikal dengan Nilai Cronbach's Alpha bagi pembolehubah pengetahuan kesihatan adalah .89.

Persepsi Kesihatan

Persepsi kesihatan mempunyai tujuh dimensi iaitu persepsi kesihatan umum, persepsi kecemerlangan tahap kesihatan, persepsi risiko untuk mendapat penyakit, persepsi kerisauan ancaman penyakit, persepsi kesejahteraan masa lalu, persepsi kesihatan semasa dan persepsi kerisauan komplikasi penyakit . Sebanyak 26 item telah digunakan dengan skor maksimum 4 dan skor minima 1. Ukuran ini diadaptasi daripada Ware, (1976) dan Ware & Gandek, (1998). Nilai Cronbach's adalah .71.

Sikap Kesihatan

Sikap kesihatan merupakan penilaian keseluruhan terhadap sesuatu tingkah laku kesihatan. Sikap kesihatan diukur dengan tumpuan kepada dua dimensi utama iaitu sikap terhadap amalan gaya hidup sihat dan sikap terhadap perkhidmatan penjagaan kesihatan dan perubatan. Sebanyak 7 item telah digunakan untuk meninjau sikap terhadap 2 subdimensi amalan gaya hidup sihat iaitu tingkah laku aktiviti fizikal dan pemakanan sihat. Manakala sikap terhadap perkhidmatan penjagaan kesihatan dan pula ditinjau melalui 11 item dengan 3 dimensi. Skor diberi mengikut sikap responden iaitu skor maksimum sebanyak 4 dan 1 adalah skor minima. Nilai Cronbach's alpha bagi pembolehubah sikap ialah .82.

Penglibatan Kesihatan

Penglibatan kesihatan adalah berkaitan dengan keketaraan isu kesihatan dan afektif kesihatan (pemahaman dan tafsiran tentang kesihatan). Penglibatan kesihatan mempunyai dua dimensi iaitu ketaraan isu kesihatan (9 item) dan penglibatan afektif kesihatan (tafsiran dan pemahaman) sebanyak 8 item. Skor diberi mengikut penglibatan responden ke atas isu kesihatan iaitu skor maksimum sebanyak 4 dan 1 adalah skor minima. Nilai Cronbach's Alpha bagi penglibatan kesihatan pada keseluruhannya adalah .71.

Pencarian Maklumat Kesihatan

Seseorang individu mencari maklumat tambahan untuk mengetahui etiologi ataupun penyebab penyakit, peluang untuk terus hidup (prognosis) dan pilihan rawatan. Pencarian maklumat kesihatan juga dilakukan untuk mendapatkan maklumat pencegahan dan cara mengurangkan ancaman sesuatu penyakit. Pembolehubah tindakan pencarian maklumat kesihatan mempunyai tiga dimensi

iaitu jenis maklumat kesihatan (6 item), tujuan pencarian maklumat kesihatan (8 item) dan penglibatan pencarian maklumat kesihatan (8 item). Skor maksimum 4 dan minimum 1 diberikan kepada setiap respon kepada item ukuran. Nilai Cronbach's Alpha pencarian maklumat kesihatan adalah .89.

Niat Tingkah laku

Niat tingkah laku adalah berkaitan dengan amalan kesihatan umum, melakukan aktiviti fizikal, pemakanan sihat dan tabiat merokok. Niat yang dimaksudkan untuk kajian ini ialah keinginan responden untuk melaksanakan amalan gaya hidup berhubung yang berkaitan dengan pemakanan, aktiviti fizikal, tabiat merokok dan beberapa aspek kesihatan umum. Sebanyak 7 item ditinjau berhubung niat untuk mengamalkan gaya hidup sihat dalam kalangan responden. Skor maksimum 4 dan minimum 1 diberikan kepada setiap respon kepada item ukuran. Nilai Cronbach's Alpha pembolehubah niat adalah .82.

Tingkah laku Kesihatan

Tingkah laku kesihatan mempunyai dua dimensi iaitu aktiviti fizikal dan pemakanan sihat. Tingkah laku fizikal ditinjau dengan menggunakan Global Physical Activity Questionnaire, (WHO, 2002a). yang mempunyai tiga domain 3 domain iaitu aktiviti fizikal yang berkaitan dengan kerja (WPA) dan masa aktiviti fizikal masa lapang (LTPA), pemberat 8.0 untuk aktiviti lasak, 4.0 sederhana dan 4.0 untuk berjalan kaki atau berbasikal (TPA). 1 MET (metabolic equivalent) sama dengan penggunaan tenaga semasa duduk ataupun bersantai, 3.5 mlO₂/kg/min. Penggunaan peralatan ini menunjukkan kebolehppercayaan dan ketekalan yang baik ($r = 0,67-0,81$). Dimensi pemakanan sihat untuk kajian ini akan menilai 5 kumpulan makanan ataupun teras dalam Piramid Pemakanan iaitu sayuran, buah-buahan, bijirin, daging dan ikan serta bahan tenusu. Sementara itu, garis panduan ini juga menekankan pengurangan gula dan garam dalam makanan di samping mengurangkan makanan berlemak dan berminyak (Ministry of Health, 2010). Soalan daripada Kajian Kesihatan dan Morbiditi Kebangsaan ke IV (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2011g) turut digunakan dalam kajian ini.

HASIL KAJIAN

Pengetahuan Kesihatan

Hasil kajian menunjukkan bahawa skor min keseluruhan pengetahuan kesihatan adalah sebanyak 3.0. Skor min bagi pengetahuan penyakit kronik diabetis dan penyakit jantung menunjukkan pada kadar sederhana iaitu 2.8 masing-masing. Pengetahuan berhubung komplikasi penyakit diabetis pula mencatatkan skor min sebanyak 2.9. Manakala skor min bagi pengetahuan berhubung amalan gaya hidup sihat mencatatkan kadar yang lebih tinggi iaitu 3.4 (sila rujuk Jadual 1). Kajian menunjukkan responden mempunyai pengetahuan yang lebih baik

tentang gaya hidup sihat berbanding penyakit diabetes serta komplikasinya dan juga penyakit jantung.

Jadual 1: Pengetahuan Kesihatan

Pengetahuan	Skor	Min
Penyakit Diabetes	2.8	
Penyakit Jantung	2.8	
Komplikasi Penyakit Diabetes	2.9	
Amalan Gaya Hidup Sihat	3.4	
Skor Min Keseluruhan	3.0	

Persepsi Kesihatan

Pada keseluruhannya didapati skor min persepsi kesihatan adalah berada pada paras sederhana iaitu 2.8. Pencapaian skor min bagi “persepsi kesihatan umum” adalah sederhana (min=2.7). Sementara itu, dimensi kecemerlangan tahap kesihatan responden pula menunjukkan skor min yang terendah (min=2.5) berbanding dengan “persepsi kerisauan terhadap penyakit” (min = 2.7), “persepsi kesejahteraan masa lalu” (min=2.8) dan “persepsi kesihatan masa hadapan” (min 2.8). Sementara itu, “persepsi kerisauan komplikasi penyakit” pula menunjukkan skor min yang tinggi (min=3.1) bersama dengan “risiko untuk memperolehi penyakit” (min 3.5). Ini akan membuka peluang untuk memperbaiki tahap kesihatan mereka.

Jadual 2 Persepsi Kesihatan

Persepsi Kesihatan dan Amalan Gaya Hidup Sihat	skor min	
Persepsi Kesihatan Umum	2.7	
Persepsi Kecemerlangan Tahap Kesihatan	2.5	
Persepsi Risiko Untuk Mendapat Penyakit	3.5	
Persepsi Kerisauan Ancaman Penyakit	2.7	
Persepsi Kesejahteraan Masa Lalu	2.8	
Persepsi Kesihatan Semasa	2.8	
Persepsi Kerisauan Komplikasi Penyakit	3.1	
Skor Min Keseluruhan	2.8	N : 290

Sikap Kesihatan

Sikap kesihatan menunjukkan pencapaian sederhana tinggi iaitu (min=3.0). Hasil kajian menunjukkan skor min sikap amalan gaya hidup sihat dan sikap ke atas perkhidmatan penjagaan kesihatan serta perubatan selari dengan pencapaian keseluruhan sikap kesihatan di mana mencatatkan skor min iaitu 3.0. Sikap kesihatan mempamerkan hubungan yang lebih ketara berbanding lain-lain pembolehubah dalam mempengaruhi tingkah laku. Sementara itu sikap kesihatan juga menunjukkan hubungan yang lebih ketara dengan kebanyakan faktor dalam kajian ini. Untuk perbandingan skor min sila rujuk Jadual 3.

Jadual 3: Sikap Amalan Gaya Hidup Sihat dan Perkhidmatan Penjagaan Kesihatan

Dimensi Sikap Kesihatan	Min
Sikap Terhadap Amalan Gaya Hidup Sihat	3.0
Sikap Terhadap Perkhidmatan	3.0
Penjagaan Kesihatan dan Perubatan	
Skor Min Keseluruhan	3.0

N : 290

Penglibatan Kesihatan

Hasil kajian menunjukkan skor min keseluruhan bagi pembolehubah penglibatan adalah sebanyak 2.9 iaitu berada pada paras sederhana tinggi. Sementara itu skor min dimensi keketaraan isu kesihatan adalah lebih tinggi (3.0) berbanding “tahap afektif kesihatan” (min=2.7). Responden menunjukkan penglibatan yang lebih tinggi berbanding pemahaman terhadap penyakit dan kesejahteraan (sila rujuk Jadual 4).

Jadual 4: Keketaraan Isu Kesihatan

Keketaraan Isu Kesihatan	Min	Sisihan Piawai	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Tidak
Saya memberi keutamaan terhadap penjagaan kesihatan berbanding lain-lain perkara dalam hidup saya.	3.0	.67	20	57	23	1
Saya sentiasa mementingkan amalan gaya hidup sihat	3.0	.69	23	55	21	1
Saya aktif mendapatkan nasihat untuk memperbaiki tahap kesihatan saya	3.0	.71	21	54	23	1
Saya memberi keutamaan untuk menjalani ujian saringan kesihatan dan perubatan setiap tahun	2.9	.78	16	48	32	5

Saya sentiasa memberi keutamaan untuk berjumpa dengan doktor mengikut janji temu yang telah ditetapkan	3.0	.75	23	55	18	4
Saya mengambil ubat seperti yang diarahkan oleh doktor sehingga penyakit saya sembuh	3.1	.72	28	56	14	3
Saya sangat mengambil kisah tentang berat badan saya kerana ianya dapat mencegah pelbagai penyakit kronik	3.2	.69	32	56	10	2
Saya sangat mengambil berat tentang pemakanan yang sihat untuk mencegah pelbagai risiko penyakit	3.1	.80	29	55	15	1
Penjagaan kesihatan diri memberi nilai yang tinggi untuk saya	3.3	.65	9	53	7	1
Skor Min Keseluruhan :	3.0					N :290

Pada asasnya responden menunjukkan tahap keketaraan yang tinggi ke atas isu kesihatan seperti penjagaan berat badan dan amalan pemakanan sihat. Sementara itu, responden turut memperlihatkan keutamaan terhadap penjagaan kesihatan, pentingkan gaya hidup sihat, mendapatkan nasihat dan mengutamakan berjumpa dengan doktor. Majoriti responden merujuk kesihatan kepada penyakit dan tanda yang nyata berbanding melihat kesihatan itu sebagai “kesejahteraan” pada keseluruhannya. Untuk keterangan selanjutnya sila rujuk Jadual 5.

Jadual 5: Tahap Afektif Kesihatan

Tafsiran Terhadap Aspek Kesihatan	Min	Sisihan Piawai	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Kurang Setuju
Seseorang itu hanya perlu mendapatkan rawatan apabila wujud tanda-tanda penyakit yang nyata						
(nampak ataupun jelas)	2.7	.82	8	27	49	16
Selagi saya tidak mempunyai sebarang penyakit kronik saya anggap diri saya sihat	2.8	.81	7	27	50	17
Penyakit kronik adalah sebahagian daripada proses penuaan	2.7	.87	9	31	42	19
Kesihatan adalah hidup tanpa sebarang penyakit	2.1	.87	28	45	20	7
Banyak orang yang aktif secara fizikal masih boleh diserang oleh						

penyakit jantung	3.0	.68	15	64	17	4
Orang yang mempunyai berat badan unggul atau ideal masih boleh mendapat penyakit diabetes	2.8	.72	16	56	25	3
Makanan yang sedap adalah makanan yang berkhasiat untuk kesihatan	3.0	.87	30	46	18	7
Merokok tidak semestinya punca utama penyakit kerana ramai yang hidup untuk jangka hayat yang lama walaupun mereka adalah perokok tegar	2.9	1.01	10	24	28	39
Skor Min Keseluruhan :	2.7					N : 290

Pencarian Maklumat Kesihatan

Skor min keseluruhan bagi pembolehubah “tindakan mencari maklumat kesihatan” yang dicapai adalah sebanyak 2.5. Pada keseluruhannya pencapaian min skor bagi tindakan pencarian maklumat kesihatan adalah amat rendah.

Jadual 6 : Jenis Pencarian Maklumat Kesihatan

Jenis Maklumat	Min	Sisihan Piawai	Kerap	Sekali-sekala	Jarang	Tidak Pernah
Perkhidmatan perubahan dan kesihatan yang sesuai boleh diperoleh untuk diri saya	2.9	.76	20	53	24	4
Berkaitan ubat-ubatan	2.8	.77	16	48	32	4
Isu berkaitan penyakit kronik seperti diabetes ataupun penyakit jantung	2.7	.90	21	43	26	10
Isu tentang penyakit berjangkit yang terbaru seperti SARS atau H1N1	2.6	.96	18	41	25	16
Bantuan kumpulan sokongan berhubung masalah sesuatu penyakit	2.3	.91	11	32	38	19
Peraturan dan perundangan berhubung kesihatan awam dan penyakit	2.3	.91	10	32	38	20
Skor Min Keseluruhan :	2.6					N : 290

Niat Tingkah laku

Skor min keseluruhan menunjukkan pencapaian adalah 3.3. Rata-rata responden menunjukkan niat yang positif terhadap hampir ke semua kenyataan berhubung

amalan gaya hidup sihat iaitu skor min di antara 3.1 hingga 3.4 (sila rujuk Jadual 10). Majoriti responden menunjukkan niat positif terhadap tindakan mengambil langkah pencegahan untuk mengekalkan tahap kesihatan. Namun niat untuk melakukan aktiviti fizikal menunjukkan skor min yang terendah (3.1) berbanding item yang lain.

Jadual 10: Perubahan Niat Untuk Mengamalkan Gaya Hidup Sihat.

Perubahan Orientasi/ Niat	Min	Sisihan Piawai	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Kurang Setuju
Saya akan cuba mengambil langkah pencegahan untuk mengekalkan tahap kesihatan saya yang baik	3.4	.55	40	57	3	0.3
Saya akan melakukan aktiviti fizikal setiap hari sekurang-kurang 30 minit	3.1	.68	24	60	13	2
Saya akan memastikan berat badan saya sentiasa unggul	3.2	.63	32	58	9	1
Saya akan memakan buah-buahan dan sayuran dengan banyak	3.3	.63	38	54	7	1
Saya akan mengehadkan pengambilan makanan berlemak dan berminyak	3.3	.58	37	57	5	1
Saya akan minum 6 hingga 8 gelas air setiap hari	3.4	.62	45	49	5	1
Saya akan terus menghindari daripada merokok	3.4	.80	58	31	7	5
Skor Min Keseluruhan :	3.3					N : 290

Status Kecergasan Fizikal

Penganalisan ke atas semua aktiviti fizikal dan masa kecergasan para responden menunjukkan jumlah MET minit yang terkumpul ialah sebanyak (minit MET 7770) bagi seminggu. Melalui pengiraan jumlah MET untuk seminggu (Metabolic Equivalent) ataupun tenaga yang digunakan oleh para responden menunjukkan agak tinggi untuk membakar kalori mereka melalui pelbagai pergerakan fizikal. Kajian ini menunjukkan majoriti responden (79 peratus) berada dalam kategori yang aktif dan hanya 21 peratus responden jatuh dalam kategori yang tidak aktif (sila rujuk Jadual 11). Penjumlahan MET melalui pelbagai aktiviti fizikal

semasa bekerja, berjalan/berbasikal ke tempat kerja, rekreasi dan sukan responden kajian membakar tenaga yang tinggi. Pada keseluruhannya kajian menunjukkan majoriti responden melakukan pelbagai aktiviti fizikal terkumpul bagi seminggu sehingga membawa MET minit yang tinggi MET minit 7770). Walaupun kajian menunjukkan kebanyakan daripada responden tidak terlibat dengan aktiviti fizikal secara berkala, (kecergasan fizikal melalui rekreasi berintensiti tinggi 46 peratus & sederhana 39 peratus) namun responden menjalani gaya hidup yang aktif sepanjang hari.

Jadual 11: Status Kecergasan Fizikal

Status	Kekerapan	Peratusan
Aktif	228	79
Tidak Aktif	62	21

N = 290

Amalan Pemakanan

Pada keseluruhannya, kadar pengambilan buah-buahan adalah lebih rendah berbanding pengambilan sayur-sayuran. Melalui pengelasan pengambilan sayuran, didapati 80 peratus responden tidak mengambil sayur-sayuran yang secukupnya. Sementara itu, pengambilan buah-buahan juga menunjukkan corak yang sama iaitu sebanyak 41 peratus responden tidak mengambil buah-buahan yang secukupnya. Namun secara perbandingan, amalan pengambilan buah-buahan lebih baik daripada pengambilan sayur-sayuran. Pada keseluruhannya didapati 76 peratus responden tidak mengambil kedua-dua jenis makanan ini dengan secukupnya. Kajian ini menunjukkan corak pemakanan sihat responden berada pada paras yang sederhana. Kajian ini menunjukkan pengambilan makanan tenusu dan serat (sayuran dan buah-buahan) adalah amat rendah. Sementara itu jumlah air yang sepatutnya di minum setiap hari juga tidak memenuhi kriteria iaitu 6 hingga 8 gelas sehari. Manakala amalan meminum air bergas dan pengambilan makanan bergula menunjukkan corak yang amat positif. Pengambilan kumpulan makanan berprotein didapati berada pada paras yang sederhana sahaja. Walau bagaimanapun kajian ini menunjukkan kadar pengambilan makanan utama dan bijirin adalah agak baik. Untuk keterangan lanjut sila rujuk Jadual 12).

Jadual 12: Corak Pengambilan Sayuran dan Buah-Buahan

Jenis Makanan	Kekerapan	Peratusan
Sayur-sayuran		
Mencukupi	97	20
Tidak Mencukupi	233	80
Buah-Buahan		
Mencukupi	172	59
Tidak Mencukupi	118	41
Jumlah Pengambilan Sayuran dan Buah-buahan keseluruhan		
Mencukupi	71	24
Tidak Mencukupi	219	76

N : 290

Kajian ini telah juga menguji hubungan faktor psiko-sosial (sikap kesihatan, persepsi kesihatan dan pengetahuan kesihatan) dengan penglibatan isu kesihatan. Dengan keadah stepwise didapati sikap kesihatan memberikan sumbangan yang terbesar ($R^2=.27$). Sementara itu apabila persepsi kesihatan dimasukkan dalam model ini, ianya hanya menyumbang sebanyak 2 peratus kepada varian penglibatan isu kesihatan (Perubahan $R^2=.02$). Manakala pengetahuan kesihatan pula hanya menyumbang 1 peratus sahaja kepada varian penglibatan isu kesihatan (Perubahan $R^2=.01$). Secara keseluruhan faktor psiko-sosial menyumbang sebanyak 30 peratus kepada varian untuk melihatkan diri dalam isu kesihatan ($R^2 \text{ adjusted} =.30$) (sila rujuk Jadual 13) .

Hasil ujian regresi juga menjelaskan bahawa peningkatan dalam setiap unit sikap akan menyumbang sebanyak .47 unit peningkatan dalam penglibatan terhadap isu kesihatan [$\beta=.47$ $p < 0.05$]. Sementara itu , peningkatan dalam setiap unit pembolehubah persepsi kesihatan [$\beta=.12$ $p < 0.05$] menyumbang kepada .12 kenaikan dalam penglibatan ke atas isu kesihatan. Di samping itu pengetahuan kesihatan [$\beta=.13$ $p < 0.05$] menyumbang kepada .13 unit peningkatan dalam penglibatan responden terhadap isu kesihatan.

Jadual 13: Hubungan Psiko-Sosial Dengan Penglibatan Terhadap Isu Kesihatan

Faktor	R^2 adjusted	R^2 perubahan	Beta	Nilai t	Signifikan
Sikap Kesihatan	.26	.27	.47	9.350	.000*

Persepsi Kesihatan	.28	.02	.13	2.618	.003*
Pengetahuan Kesihatan	.30	.01	.12	2.348	.020*

*Signifikan pada aras 0.05 ($F=41.2$, $p < 0.05$; R^2 adjusted =.30)

Keputusan kajian menunjukkan bahawa sikap memainkan peranan penting dalam mempengaruhi individu untuk melibatkan dalam isu kesihatan. Usaha-usaha ke arah perubahan sikap yang positif adalah amat penting agar ianya akan membuka peluang-peluang kepada penglibatan terhadap isu kesihatan. Perancangan untuk perubahan kesihatan perlu mengambil kira sikap sebagai petunjuk utama agar berlaku penglibatan terhadap isu kesihatan dan seterusnya membawa perubahan amalan kesihatan yang positif. Walaupun persepsi dan pengetahuan menunjukkan hubungan positif kepada penglibatan, namun faktor sikap merupakan penyumbang yang lebih besar terhadap penglibatan isu kesihatan. Biasanya pengetahuan diandaikan mempunyai pengaruh yang lebih ketara dalam mempengaruhi individu bertindak terhadap sesuatu isu, namun kajian ini menunjukkan sikap memainkan peranan yang lebih signifikan dan ketara.

Ujian seterusnya adalah hubungan antara faktor penglibatan dengan tindakan mencari maklumat kesihatan. Melalui kaedah stepwise, ujian regresi penglibatan kesihatan menyumbang sebanyak 14 peratus kepada varian tindakan pencarian maklumat kesihatan (R^2 adjusted =.13). Keputusan kajian juga menunjukkan bahawa peningkatan dalam setiap unit penglibatan isu kesihatan [$\beta=.37$ $p < 0.05$] akan menyumbang sebanyak .37 unit peningkatan dalam tindakan pencarian maklumat kesihatan. (sila rujuk Jadual 14 untuk keterangan lanjut).

Jadual 14: Hubungan Penglibatan Terhadap Isu Kesihatan Dengan Tindakan Pencarian Maklumat Kesihatan

Faktor	R^2 adjusted	R^2 perubaha	Beta	Nilai t	Signifikan
Penglibatan Isu Kesihatan	.13	.14	.37	6.710	000*

*Signifikan pada aras 0.05 ($F=45.0$, $p < 0.05$; R^2 adjusted =.13)

Keputusan kajian menjelaskan bahawa penglibatan terhadap isu kesihatan akan memberi pengaruh ke atas tindakan pencarian maklumat kesihatan. Tanpa penglibatan terhadap isu kesihatan individu tidak akan membuat sebarang usaha untuk mencari maklumat kesihatan untuk kepenggunaannya. Walaupun pihak berkuasa telah menyampaikan pelbagai maklumat berhubung kesihatan tetapi ianya mungkin tidak akan dapat menembusi khalayak jika mereka tidak melibatkan diri terhadap isu kesihatan. Penglibatan terhadap isu kesihatan jelas membuktikan bahawa akan memudahcarakan tindakan pencarian maklumat

kesihatan tersebut. Maka perancangan perubahan kesihatan harus mengambil kira faktor penglibatan individu terhadap isu kesihatan agarnya ianya akan memberi kesan ke atas tindakan pencarian maklumat serta kepenggunaannya untuk membaiki kesihatan.

Ujian seterusnya dilakukan untuk melihat hubungan antara faktor psiko-sosial, penglibatan kesihatan dan mencari maklumat kesihatan terhadap amalan gaya hidup sihat (pemakanan sihat dan aktiviti fizikal). Dengan menggunakan ujian regresi pelbagai dan memasukkan data secara stepwise hasil ujian menunjukkan bahawa hanya 3 pembolehubah (persepsi, pengetahuan dan sikap,) menyumbang sebanyak 6 peratus varian dalam mempengaruhi responden untuk amalan pemakanan sihat($F= 6.97, p < 0.05 ; R^2 \text{ adjusted} =.06$) (sila rujuk Jadual 15).

Kajian menunjukkan bahawa pengetahuan kesihatan sebagai penyumbang terbesar iaitu 3 peratus kepada varian penglibatan seseorang ke atas amalan pemakanan sihat (Perubahan $R^2=.03$). Sementara itu persepsi kesihatan hanya menyumbang sebanyak 2 peratus kepada varian penglibatan isu kesihatan (Perubahan $R^2=.02$). Manakala sikap kesihatan pula menyumbang sebanyak 2 peratus kepada varian amalan pemakanan sihat (Perubahan $R^2=.02$). Penemuan kajian ini memperlihatkan bahawa sumbangan faktor psiko-sosial adalah kecil terhadap amalan pemakanan sihat namun sumbangan terhadap kesedaran isu kesihatan adalah ketara ($R^2 \text{ adjusted} =.47$). Faktor psiko-sosial menjadi penyumbang utama kepada kesedaran isu kesihatan.

Jadual 15: Hubungan Kognitif dan Afektif Dengan Amalan Pemakanan Sihat

Faktor	R ² adjusted	R ² perubahan	Beta	Nilai t	Signifikan
Persepsi Kesihatan	.01	.02	.07	1.194	.027*
Pengetahuan Kesihatan	.04	.03	.17	2.984	.002*
Sikap Kesihatan	.06	.02	.14	2.336	.000*

*Signifikan pada aras 0.05 ($F= 6.97, p < 0.05 ; R^2 \text{ adjusted} =.06$)

Hasil ujian regrasi juga memperlihatkan bahawa peningkatan dalam setiap unit pengetahuan kesihatan akan menyumbang sebanyak .17 unit peningkatan dalam amalan pemakanan [$\beta=.17 p < 0.05$]. Di samping itu sikap kesihatan [$\beta=.14 p < 0.05$] menyumbang kepada .14 unit peningkatan dalam amalan pemakanan sihat. Sementara itu , persepsi kesihatan juga menyumbang hubungan yang positif di mana peningkatan dalam setiap unit pembolehubah persepsi kesihatan [$\beta=.07 p < 0.05$] menyumbang kepada .07 kenaikan dalam

amalan pemakanan sihat.

Dari segi dimensi kedua amalan gaya hidup sihat iaitu melakukan aktiviti fizikal di dapati hanya dua pembolehubah (sikap dan penglibatan) menyumbang sebanyak 5 peratus varian kepada penglibatan amalan aktiviti fizikal (R^2 adjusted=.05) . Hasil ujian regrasi menunjukkan penglibatan menyumbang peratusan varian yang tertinggi iaitu 3 peratus (Perubahan R^2 =.03) dalam mempengaruhi amalan aktiviti fizikal. Sementara itu sikap kesihatan menyumbang sebanyak 2 peratus varian dalam mempengaruhi amalan aktiviti fizikal (sila rujuk Jadual 16) . Ujian regrasi menunjukkan bahawa peningkatan dalam sikap kesihatan menyumbang sebanyak .26 unit kepada peningkatan terhadap amalan aktiviti fizikal [$\beta =.26$ $p < 0.05$]. Sementara itu , pembolehubah penglibatan menunjukkan sumbangan yang negatifaif di mana peningkatan dalam setiap unit penglibatan akan mengurangkan .22 unit amalan aktiviiti fizikal [$\beta =.22$ $p < 0.05$] .

Jadual 16: Hubungan Kognitif dan Afektif Dengan Amalan Aktiviti Fizikal

Faktor	R^2 adjusted	R^2 perubahan	Beta	Nilai t	Signifikan
Sikap Kesihatan	.02	.02	.26	3.636	.019*
Penglibatan Kesihatan	.05	.03	-.22	-2.976	.003*

*Signifikan pada aras 0.05 ($F=7.32$, $p < 0.05$; R^2 adjusted =.05)

Penemuan kajian menunjukkan bahawa dua faktor yang menjadi tonggak utama bagi sesuatu perubahan adalah sikap dan penglibatan terhadap isu kesihatan. (tetapi penglibatan mempunyai hubungan negatif) Analisis ke atas model kajian menjelaskan bahawa sikap mempunyai pengaruh yang kuat ke atas tindakan aktiviti fizikal responden. Sementara sikap yang positif akan mempengaruhi penglibatan terhadap kesihatan. Hasil kajian menunjukkan bahawa kedua-dua faktor ini mempunyai pengaruh dalam membuat seseorang melakukan aktiviti fizikal berbanding lain-lain pemboleh ubah.

RUMUSAN DAN CADANGAN

Kempen kesihatan awam sering kali terikat dengan model yang menganggapkan bahawa perubahan tingkah laku boleh dilakukan dengan memberikan pengetahuan dan kesedaran kepada individu terhadap sesuatu isu kesihatan. Walaupun telah kerap kali pendekatan ini digunakan tetapi hasil yang lebih efektif masih lagi belum tercapai. Kajian ini telah cuba membuat inovasi kepada model sedia ada dengan menekankan isu penglibatan kesihatan sebagai satu komponen penting dalam kempen kesihatan awam. Dalam kajian kempen periklanan didapati penglibatan memberikan kesan hirarki yang berbeza terhadap pembelian sesuatu

produk.

Kajian ini menunjukkan bahawa faktor psiko-sosial seperti sikap kesihatan, persepsi kesihatan dan pengetahuan kesihatan memberi sumbangan yang positif kepada penglibatan kesihatan. Ini bermaksud bahawa sikap, persepsi dan pengetahuan mengenai sesuatu isu kesihatan akan mendorong individu untuk memberikan perhatian yang lebih terhadap isu kesihatan yang sedang dihadapinya. Begitu dengan penglibatan yang tinggi terhadap isu kesihatan individu juga akan terdorong untuk mencari maklumat yang ada kaitan dengan masalah kesihatan yang sedang dihadapinya.

Untuk menjaga tahap kesihatan individu, nasihat yang diberikan oleh agensi penjagaan kesihatan adalah untuk mengamalkan gaya hidup sihat melalui jenis pemakanan dan juga aktiviti fizikal. Dalam konteks ini adakah penglibatan kesihatan individu dapat menjadi peramal utama dalam mengamalkan gaya hidup sihat. Hasil kajian tidak dapat menyokong kekuatan penglibatan kesihatan untuk mengamalkan gaya hidup sihat sepenuhnya. Dalam melakukan pemakanan seimbang hanya faktor pengetahuan kesihatan, sikap kesihatan dan persepsi yang memberikan sumbangan positif walaupun terlalu kecil untuk memberikan impak yang besar kepada perubahan tingkah laku pemakanan. Begitu juga keadaannya dengan melakukan aktiviti fizikal. Sikap masih lagi menyumbang secara positif tetapi kecil daripada segi perubahan varian melakukan aktiviti fizikal. Penglibatan kesihatan juga menyumbang kepada melakukan aktiviti fizikal tetapi dalam arah yang negatif dan juga kecil impaknya kepada varian aktiviti fizikal. Ini mungkin disebabkan majoriti telah pun melakukan aktiviti fizikal. Dengan itu penglibatan kesihatan yang tinggi tidak lagi mendorong melakukan aktiviti fizikal.

Sebagai rumusan walaupun penglibatan kesihatan mendorong individu mencari maklumat kesihatan tetapi tidak dalam mempengaruhi tingkah laku gaya hidup sihat. Ini mungkin terjadi kerana walaupun penglibatan kesihatan tinggi tetapi individu tidak berupaya mengubah gaya hidup sihatnya kerana tabiinya sudah sehati dengan amalan gaya hidup yang lalu. Mungkin juga data ini perlu dilihat dalam konteks adakah faktor umur menjadi faktor pencelah yang penting untuk melihat pengaruh penglibatan kesihatan yang sebenarnya. Keadaan ini seringkali dilihat dalam konteks kempen kesihatan awam mengenai gaya hidup sihat dimana walaupun individu mempunyai kesedaran tinggi dan turut mempunyai maklumat yang mempengaruhi pengetahuannya tetapi mereka masih lagi tidak mengamalkan gaya hidup sihat yang disarankan.

BIODATA

Manimaran Krishnan adalah calon siswazah peringkat kedoktoran di Pusat Pengajian Media dan Komunikasi, UKM. Beliau bertugas sebagai Pegawai Pendidikan Kesihatan di Institut Tingkahlaku Kesihatan, Kementerian Kesihatan Malaysia. (mkvrindas@gmail.com)

Samsudin A. Rahim adalah Pengarah Pusat Pemerkasaan Remaja, UKM. Beliau adalah professor dalam bidang komunikasi dan perubahan sosial. (samsudinukm@gmail.com)

RUJUKAN

- Ajzen, I. 1985. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Bandura, A. 2001. *Social Cognitive Theory of Mass Communication*. *Mediapsychology* . 3 : 265-299.<http://www.dr-eskandary.org/download/Social%20Cognitive%20Theory%20OF%20MASS%20COMMUNICATIO.pdf>. [11/7/2012]
- Barry, T.E., & Howard, D. J. (1990). A Review and Critique of the Hierarchy of Effects in Advertising. *International Journal of Advertising*. 9 : 121-135. Diperolehi daripada http://fabriken.akestamholst.se/akestamholst/files/critiqueofthe_hierarchy_of_effects.
- Becker, H.M., Drachman, R.H. & Kirscht, J.P. (1974). A New Approach to Explaining Sick_role Behaviour in low Income Population. *American Journal of Public Health* 64.
- Blair, T. J., & Alice, H.E. (1989). Effects of Involvement on Persuasion : A Meta Analysis. *Psychological Bulletin*. 106 (2) : 290 : 314.
- Brashers, D.E., Goldsmith, D.J. & Hsieh, E. 2002 . Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. *Human Communication Research* 28(2) : 258-271. Diperoleh daripada <http://faculty-staff.ou.edu/H/Elaine.K.Hsieh-1/download/Brashers2002.pdf>. [12/4/2013]
- Carter, R.Y., Ruggels, W., Jackson, K. & Heffer, M. 1973. Application of Signaled Stopping Technique to Communication Research. Dlm. Clarke, P. *New Model for Mass communication & Research*. Beverly Hills : Sage.
- Chaffee, S.H. & Roser, C. 1986. Involvement and The Consistency Of Knowledge, Attitudes and Behaviors. *Communication Research* 13 : 373 – 399.
- Chew F., Palmer,S., Slonska,Z. & Kalyani, S. 2002. Enhancing Health Knowledge, Health Beliefs, and Health Behavior in Poland through a Health Promoting Television Program Series. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. Diperoleh daripada <http://www.tandfonline.com/loi/uhcm20>. [3/4/2013]
- Domingo, E. B. (2005). Chronically ill adolescents' involvement in health treatment decision making. University of San Diego. ProQuest Dissertations and Theses, 246-246. Diperolehi daripada.<http://search.proquest.com/docview/305370086?accountid=41453>. (305370086)
- Essen, A.V. 2010. Entertainment education for alcohol prevention among adolescent girls: unraveling involvement to overcome resistances to persuasion. Tesis : Msc Applied Communication Science. Diperoleh daripada <http://library.wur.nl/WebQuery/edepot/166199>. [12/4/2012].
- Fishbein, M. 1967. *Reading in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley.

- Gandek, B. & Ware, J.E. 1998. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires : The IQOLA project approach. *Journal Clinical Epidemiology* 51 : 953-959.
- Glanz, K. & Yang, H. 1996. Communicating About Risk Of Infectious Diseases. *Journal Of The American Medical Association* 275(3) : 253-256.
- Grunig, J. 1989. Publics, audiences, and market segments: Segmentation principles for campaigns. Dlm C. Salmon (pnyt). *Information campaigns : Balancing social values and social change*. hal 199-228. Newbury Park, CA: Sage Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. 1985. Expanding patient involvement in care. *Annals of Internal Medicine*, 102, 520–528
- Ingram, J., Cabral, C., Hay, A. D., Lucas, P. J. & Horwood, J. 2013. Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study. *BMC Family Practice* 14 (1) : 106. Diperoleh daripada doi:10.1186/1471-2296-14-106 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/106>. [12/9/2013]
- Johnson, B.B. 2005. Testing and Expanding a Model of Cognitive Processing of Risk Information. *Risk Analysis* 25 (3) : 631- 650.
- Jung, W.S. & Villegas, J. (2011). The Effects of Message Framing, Involvement and Nicotine Dependence on Anti Smoking Public Services Announcement. *Health Marketing Quaterly*, 28 : 219 -231.
- Kementerian Kesehatan Malaysia. 2011g. *Kajian Morbiditi dan Kesehatan Kebangsaan Ke IV (NHMS IV)*. Putrajaya : Kementerian Kesehatan Malaysia.
- Krugman. H. E. 1965. The Impact of Television Advertising : Learning Without Involvement. *Public Opinion Quarterly* 29 : 349-356.
- Lastovicka, J.L. & Gardner, D.M., 1978. Low Involvement Versus High Involvement Cognitive Structures. *Advances in Consumer Research* 5 : 87-92. Diperoleh daripada <http://uts.cc.utexas.edu/~texas/syllabi2/adv382jfall2002/readings/lavidg.pdf>. [7/7/2011]
- Leavy, J. E., Bull, F. C., Rosenberg, M., & Bauman, A. (2011). Physical activity mass media campaigns and their evaluation: a systematic review of the literature 2003–2010. *Health Education Research*, 26 (6), 1060-1085 <http://her.oxfordjournals.org/content/26/6/1060>
- Lederberg, J., Shope, R., & Oakes, S. (1992). *Emerging Infections : Microbial Threats to Health in The United States*. Washington, D.C. : National Academy Press.
- Limbu, Y., & Torres, I. M. (2009). The Effects of Involvement and Ad Type On Attitudes Toward Direct To Consumer Advertising Of Prescription Drugs. *Journal of Health and Human Services Administration*, 32 (1) : 51 -82.
- McGuire, W.J. 1974. An information-processing approach to advertising effectiveness. Dlm. Davis, H. & Silk, A.J. (pnyt). *The Behavioral and*

Management Sciences in Marketing. New York : Ronald Press.

- Ministry of Health Malaysia, 2010. Malaysian Dietary Guideline : Putrajaya : Ministry of Health Malaysia.
- Munshi Abdullah. 2005. Tindak Balas Kognitif Terhadap Kempen Anti Merokok “ Tak Nak” KKM pada Papan Maklumat Komuniti (Community Boards) Dalam Kalangan Pelajar-Pelajar Sekolah Menengah Di Seberang Perai, PP : Peranan Penglibatan Terhadap Isu (Issue Involvement) dan Rayuan Mesej. Tesis Sarjana Sastera. Universiti Sains Malaysia.
- Moore, D. (2008). HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, Involvement, and Predictors of Condom Use Among African American College Student : Implications for Communication Strategies for HIV/AIDS Prevention. Tesis Doktor Falsafah. Graduate College of Bowling Green State.
- Moges, Z. & Amberbir, A. 2011. Factors associated with readiness to VCT service utilization among pregnant women attending antenatal clinics in Northwestern Ethiopia : a Health Belief Model approach. *Ethiopian Journal Of Health Science* 21 (Suppl 1), 107. Diperolehi daripada <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275874/>. [7/9/2013]
- Obregón, R., Chitnis, K., Morry, C., Feek, W., Bates, J., Galway, M., & Ogden, E. 2009. Achieving polio eradication: a review of health communication evidence and lessons learned in India and Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization* 87(8): 624-630. Diperoleh daripada <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862009000800020>. [13/9/2013]
- Opt, S. K., & Loffredo, D.A. (2004). College students and HIV/AIDS: More insights on knowledge, testing, and sexual practices. *The Journal of Psychology*, 138 (5), 389-402.
- Pan, X. R., Li, G. W., Hu, Y. H., Wang, J. X., Yang, W. Y., An, Z. X., . . . Howard, B. V. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes study. *Diabetes Care*, 20, 537– 544. Diperolehi daripada doi: 10.2337/diacare.20.4.537
- Petty R. E., Cacioppo, J.T. & Schumn, D. 1983. Central and Peripheral Routes to Advertising Effectiveness: The Moderating Role of Involvement. *Journal of Consumer Research*. 10 : 135-136.
- Ray, M.L. 1979. Involvement and other variables marketing communication effects as apposed to exploring all consumer behaviour. Dlm. Wilkie.W.L. (pnyt). *Advances Consumer Research* (6) Association of Consumer Research.
- Rimal, R.V. & Lapinski, M.K. 2009. Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization* 87 : 247-247. Diperoleh daripada doi: 10.2471/BLT.08.056713. [5/7/2012]
- Rogers, E.M. & Storey, J.D. 1987. Communication campaigns. Dlm. C.R. Berger & S.H. Chaffee (pnyt.) *Handbook of Communication Science*. hal.

817-846. Newbury Park, CA: Sage.

- Ross, L., Kohler, C.L., Grimley, D., Green, B.L. & Anderson-Lewis C. 2007. Toward a model of prostate cancer information seeking: Identifying salient behavioral and normative beliefs for obtaining information from physicians. *Health Education & Behavior*, 34:422-440.
- Samsuddin A. Rahim & Latifah Pawanteh. 2002 . *Kajian Penilaian Kempen Cara Hidup Sihat*. Bangi : Kementerian Kesehatan Malaysia.
- Samsuddin A. Rahim .1991 . Keperluan, Pencarian & Kegunaan Maklumat : Implikasi Terhadap Strategi Komunikasi Kesehatan. *Jurnal Komunikasi*. 7 : 11-21.
- Seale, H., Heywood, A. E., McLaws, M. L., Ward, K. F., Lowbridge, C. P., Van, D. & MacIntyre, C. R. 2010. Why do I need it? I am not at risk! Public perceptions towards the pandemic (H1N1) 2009 vaccine. *BMC Infectious Diseases* 10 (1): 99. Diperoleh daripada doi:10.1186/1471-2334-10-99 <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/10/99>. [3/5/2012]
- Semenza, J. C., Ploubidis, G. B., & George, L. A. 2011. Climate change and climate variability: personal motivation for adaptation and mitigation. *Environmental Health*. 10 (1): 46. Diperoleh daripada <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1476-069X-10-46.pdf>. [4/7/2013]
- Sharon Teitler-Regev, Shosh Shahrabani, & Uri Benzion. 2011. Factors Affecting Intention among Students to Be Vaccinated against A/H1N1 Influenza: A Health Belief Model Approach. *Advances in Preventive Medicine* Vol. 2011. Article ID 353207, 8 pages. Diperoleh daripada <http://dx.doi.org/10.4061/2011/353207>. [2/5/2012]
- Shakerinejad, G. H. 2011. Impact Of Nutrition Education On Knowledge, Attitude And Practice Of Adolescent Girls About Dietary Calcium According To Health Belief Model (HBM). In *The First International & 4th National Congress on Health Education & Promotion, 2011*. Tabriz University Of Medical Sciences. Diperoleh daripada http://congress.tbzmed.ac.ir/HEPC/pdf/hepc_325.pdf. [5/4/2012]
- Smith, R. & W. Swinyard. 1988. "Cognitive Response to Advertising & Trial: Belief Strength, Belief Confidence and Product Curiosity," *Journal of Advertising*, 17, 3-14
- Street, R.L., Voigt, B., Geyer, C., Manning, T., & Swanson, G.P. (1995). Increasing Patient Involvement in Choosing Treatment for Early Breast Cancer. *CANCER* , 76 (11) : 2275-2285.
- Snyder, L., Hamilton, M. A., Mitchell, E. W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F. & Proctor, D. 2004. A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States. *Journal of Health communication*. 9 (1) : 71 - 96. Diperoleh daripada doi: 10.1080/1081073049027154. [12/7/2012]
- Tindall, N.T.J., & Winter, J. V. (2011). *Complications in Segmenting Campaign Publics : Women of Color Explain Their Problem*,

Involvement, and Constraints in Reading Heart Disease Communication. *The Howard Journal of Communication*, 22 : 280 – 301. Diperolehi daripada doi:10.1080/10646175.2011.590407

- UNICEF. 2005. *Strategic Communication : For Behavior And Social Change in South Asia*. Kathmandu : Format Printing Press.
- HYPERLINK "<http://www.thelancet.com/search/results?fieldName=Authors&searchTerm=Melanie%20A+Wakefield>" Wakefield , M. A., Loken, B., & Hornik, R. 2010. Use of mass media campaigns to change health behavior. *The Lancet*. 376 (9748). Diperolehi daripada HYPERLINK "<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960809-4/fulltext>" [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60809-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60809-4/fulltext) .[12/ 9/2012]
- Ware, J.E., 1976. Scales for Measuring General Health Perceptions. *Health Service Research*. 396-415. Diperolehi daripada <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071941/pdf/hsresearch00553-0068.pdf>. [3/12/2012]
- Wallack, L. 1990. *Mass Media and Health promotion : Promise, Problem & Challenge*. Dlm Atkin, C. & Wallack, L. (pnyt). *Mass Communication and Public Health : Complexities and Conflicts*. hal. 41-51. Newbury, California : Sage.
- Winkleby MA, Flora JA, Kraemer HC. 1994. HYPERLINK "[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8179046](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt= Citation&list_uids=8179046)" \t " _blank" A community-based heart disease intervention: predictors of change. *Am J Public Health*. 1994;84(5):767-72.
- World Health Organization. 2013c. *The Burden of Disease*. Geneva : World Health Organization. Diperolehi daripada <http://www.who.int/nutrition/t> HYPERLINK "[http://www.who.int/nutrition/topics/2_background/en/%20%20\(11/09/2013\)](http://www.who.int/nutrition/topics/2_background/en/%20%20(11/09/2013))" opics/2_background/en .[12/9/2013]
- World Health Organization. 2012b. *Non communicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network : An analysis of intersectoral collaboration*. WHO Regional Office for Europe : Scherfigsvej 8, Copenhagen, Denmark. Diperolehi daripada http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/164457/e96502.pdf. [1/8/2013]
- World Health Organization. 2002a . *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) : Analysis Guide*. Geneva : World Health Organization.. Diperolehi daripada www.who.int/chp/steps. [5/2/1011]
- Yang, Z.J., McComas, K,A., Gay, G., Leonard, J.P., Dannenberg, A.J. & Dillon. H. 2000 . Information Seeking Related to Clinical Trial Enrollment. *Communication Research* 38 (6) : 856–882.
- Zinkhan, G.M. & Fornell, C. 1989. A Test of the learning hierarchy in high and low involvement situations . *Advances in Consumer Research* 16 : 152 – 159.