

Model Komunikasi Kesehatan Kepekaan Budaya: Suatu Penerokaan dalam Kalangan Golongan Muda Muslim di Malaysia

MOHD KHAIRIE AHMAD
MOHD BAHARUDIN MOHD HADZA @ OTHMAN
NOR HAYATI MOHD JALIL
SOLAHUDDIN ISMAIL
Universiti Utara Malaysia

ABSTRAK

Isu kesehatan merupakan salah satu permasalahan yang tidak sahaja melibatkan sains, tetapi aspek intervensinya berakarkan sosio masyarakat. Pertubuhan Kesehatan Sedunia (WHO) dalam satu laporannya mengakui bahawa faktor budaya memainkan peranan dalam tingkahlaku kesehatan. Aspek budaya dalam komunikasi kesehatan seringkali dikaitkan dengan elemen nilai dan budaya masyarakat. Umumnya kajian tentang perkaitan antara agama dengan tingkah laku sudah lama bertapak. Namun meninjau aspek tersebut dari sudut komunikasi kesehatan disifatkan agak baharu. Sejauh mana aspek nilai keagamaan seperti Islam mempengaruhi usaha promosi kesehatan wajar diselami seiring dengan perkembangan Islam sebagai suatu kepercayaan yang semakin pesat berkembang. Dengan pengkaedahan kumpulan berfokus, makalah ini meneroka nilai dan elemen Islam dalam promosi kesehatan terhadap lapan kumpulan pemuda Muslim di Malaysia. Temubual kumpulan berfokus terhadap lapan kumpulan dengan sejumlah 40 peserta telah dianalisis menggunakan kaedah analisis tematik dengan sokongan perisian Nvivo. Penemuan ini pertamanya menghuraikan konsepsualisasi komunikasi kesehatan Islam. Konsep ketuhanan mempunyai pengaruh yang besar dalam mempromosikan kesehatan. Di samping itu elemen-elemen seperti rujukan keagamaan, matlamat dan peranan kehidupan dalam Islam turut menyumbang kepada pembentukan kerangka komunikasi kesehatan berlandaskan Islam. Keduanya, dapatan kajian turut menjelaskan bagaimana elemen agama tersebut menyumbang kepada perubahan tingkahlaku kesehatan. Menerusi dapatan ini, sebuah model komunikasi kesehatan Islam telah dikemukakan. Hasil kajian ini telah mengembangkan pemahaman empirik tentang kepekaan budaya dalam amalan komunikasi kesehatan.

Kata kunci: *Promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, komunikasi berasaskan agama, kepekaan budaya, komunikasi Islam.*

Cultural Sensitivity Health Communication Model: An Exploration Among Young Muslims in Malaysia

ABSTRACT

The issue of health is one of the problems that not only involves science, but its intervention is rooted in society. The World Health Organization (WHO) in one of its reports acknowledged that cultural factors play a role in health behaviours. Generally, the study of the relationship between religion and behaviour has long been established. However, looking at that aspect from the point of view of health communication is considered relatively new. The extent to which aspects of religious values such as Islam influenced health promotion efforts should be identified in line with the development of Islam as one the most growing religions. Using the focus group method, this paper explores Islamic values and elements in health promotion to eight Muslim youth groups in Malaysia. Focused group interviews of eight groups with a total of 40 participants were analysed using thematic analysis methods with the

support of NVivo software. This finding first elaborates on the conceptualisation of Islamic health communication. The concept of divinity has a great influence in promoting health. In addition, elements such as religious references, goals and the role of life in Islam also contribute to the formation of a health communication framework based on Islamic values. Secondly, the findings of the study also explain how these religious elements contribute to the changes in health behaviour. Through these findings, an Islamic health communication model has been proposed. The results of this study have developed an empirical understanding of cultural sensitivity in health communication practices.

Keywords: *Health promotion, health education, religion-based communication, cultural sensitivity, Islamic communication.*

PENGENALAN

Menyebarkan maklumat yang dapat mengurangkan risiko kesihatan dan meningkatkan keberkesanan penjagaan kesihatan adalah salah satu tujuan terpenting dalam bidang ilmu komunikasi kesihatan. Hakikatnya, menyampaikan maklumat terutamanya untuk mempengaruhi tingkah laku seringkali menjadi sesuatu yang kompleks kerana wujudnya perbezaan dalam konteks dan sistem budaya (Thompson, & Schulz, 2021; Spieldenner & Toyosaki, 2020). Sungguhpun kepesatan kesihatan global memperlihatkan dunia secara amnya mendapat manfaat besar kaedah dan teknologi perubatan moden, namun impak sebenarnya tidak seperti dijangkakan. Memahami kedinamikan masyarakat, penyelesaian terhadap pelbagai isu wajar ditinjau dari pelbagai sudut. Sebaliknya, peningkatan strategi pemasaran sosial dan pendekatan kepekaan budaya mempunyai landasan yang subur untuk mengembangkan teori dan amalan komunikasi kesihatan yang memenuhi keperluan budaya masyarakat. Berasaskan pemikiran tersebut, kajian ini bermatlamat mengemukakan model komunikasi kesihatan berasaskan budaya dalam konteks golongan muda Islam di Malaysia.

PERSOALAN KAJIAN

Menurut kajian lepas, implikasi aspek sosio-budaya terhadap keberkesanan penyampaian maklumat kesihatan adalah terbukti (Koenig, 2020; Watson & Krieger, 2020). Kajian-kajian tersebut antara lain menyebut bahawa program promosi kesihatan sewajarnya tidak hanya bersifat kepekaan budaya tetapi perlu merangkumkan elemen-elemen budaya dalam mesej-mesej komunikasi. Konsep kepekaan budaya diklasifikasikan berdasarkan dua dimensi: struktur luaran (*surface structure*) dan struktur dalaman (*deep structure*) (Hsieh & Kramer, 2021; Stammel, 2019; Dutta, 2018). Walaupun konsep kepekaan budaya dalam komunikasi kesihatan banyak dikaji, namun rata-rata kajian tersebut berorientasikan komunikasi Barat (sekular) (Ahmad, Ahmad, & Lynn-Sze, 2019a; Hussain, 2006). Namun, bagaimana pula konsep kepekaan budaya dalam konteks komunikasi kesihatan bukan Barat, khususnya Islam?

Walaupun kepekaan budaya adalah prinsip yang diterima secara meluas dalam kalangan penyelidik serta pengamal komunikasi kesihatan, namun kajian yang menumpukan komunikasi kesihatan berasaskan kepercayaan adalah terhad (Blankinship, Rouse, Bernstein, Kruk, & Aboul-Enein, 2021; Ahmad, Ahmad & Lynn-Sze, 2019a). Kewujudan sistem komunikasi dan media berasaskan kepercayaan telah memperlihatkan pola baharu dalam kerangka komunikasi kesihatan (Hsieh & Kramer, 2021; Kreps, 2020; Ahmad, Ahmad, & Lynn-Sze, 2019b). Populariti pendekatan komunikasi bertunjangkan agama telah menarik perhatian para pengkaji untuk memahami nilai dan kesannya kepada khalayak, khususnya berkaitan amalan promosi kesihatan. Dengan mengandaikan Malaysia sebagai sebuah negara Islam

dengan elemen agama tersebut banyak diterapkan dalam pelbagai aspek termasuk kesihatan, apakah rangka konsep atau model komunikasi kesihatan bertunjangan Islam?

Bersandarkan persoalan-persoalan yang dikemukakan di atas, kajian ini secara khusus bertujuan mengenal pasti konsepsualisasi dan senario komunikasi kesihatan berteraskan agama. Di samping itu, dapatan kajian ini bermatlamat mengemukakan model promosi kesihatan dari perspektif komunikasi berasaskan agama (Islam).

SOROTAN KARYA

Menyedari bahawa isu kesihatan amat berkait dengan sosio-budaya, Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) telah bekerjasama dengan pelbagai bentuk organisasi di serata dunia dalam meningkatkan kesedaran dan pendidikan kesihatan. Menerusi Deklarasi Ottawa pada 1986, promosi kesihatan telah menjadi agenda global yang ditunjangi oleh agensi Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB) tersebut. Malah, mengambil kira agenda terbaru PBB iaitu *Sustainable Development Goals* (SDG), promosi kesihatan disarankan mengambil kira faktor ekonomi, sosial, budaya dan persekitaran (Brooks, Manias, & Bloomer, 2019).

Islam telah menetapkan visi dan strategi yang sensitif serta berteraskan budaya terhadap masyarakatnya. Walau di mana penganut Islam berada, nilai dan budaya dalam beragama adalah sama. Sebagai pengiktirafan terhadap fakta bahawa banyak negara Islam menghadapi masalah berkaitan kesihatan yang meruncing, agenda kesihatan telah diangkat sebagai satu perkara penting. Melalui semangat promosi kesihatan yang muncul dari Piagam Ottawa, Deklarasi Amman pula telah muncul sebagai agenda antarabangsa promosi kesihatan dalam masyarakat Muslim pada tahun 1989 (WHO, 1996). Berdasarkan perundingan dan perbincangan mengenai Deklarasi Amman, panel sarjana dan pengamal kesihatan Muslim telah menganjurkan pelbagai siri bengkel dan penyelidikan untuk menghasilkan strategi berdasarkan Al-Quran dan sunnah menangani permasalahan kesihatan. Terdapat sekurang-kurangnya enam puluh topik masalah, peraturan, hukum atau nasihat berkaitan kesihatan ditemukan dalam al-Quran dan sunnah yang dapat dimanipulasi untuk mengembangkan mesej-mesej promosi kesihatan. Terdapat sekurang-kurangnya 92 ayat dalam Al-Quran yang secara jelas memberikan mesej kesihatan yang merangkumi pelbagai aspek kesihatan (WHO, 1996).

Fungsi dan ciri komunikasi Islam berakar pada struktur sosial Islam, dan dipercayai mempengaruhi tingkah laku kesihatan. Selanjutnya, seperti yang dijelaskan sebelumnya, strategi komunikasi Islam telah memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkah laku kesihatan kumpulan sasaran. Tujuan makalah ini adalah untuk mengkaji bagaimana unsur-unsur kepekaan budaya, seperti strategi komunikasi berasaskan kepercayaan mempengaruhi komunikasi kesihatan. Selanjutnya, makalah ini bertujuan untuk mengenal pasti asas dan nilai kesihatan dari masyarakat yang dekat dengan agama.

Promosi Kesihatan dan Kepekaan Budaya

Kajian menunjukkan bahawa agama telah berkesan berfungsi sebagai strategi pencegahan dalam masalah yang berkaitan dengan kesihatan (Blankinship, Rouse, Bernstein, Kruk, & Aboul-Enein, 2021; Ahmad, Ahmad & Lynn-Sze, 2019a). Agama mempunyai peranan penting dalam penyatuan dan kawalan sosial. Agama adalah sebahagian daripada budaya atau cara hidup masyarakat, dan ia membantu mengekalkan tradisi budaya. Masyarakat hanya dapat bertahan jika masyarakat mempunyai kepercayaan yang sama mengenai tingkah laku yang betul dan salah. Hordern (2020) melihat agama sebagai alat penyatuan sosial yang mengikat

sesuatu masyarakat bersama-sama dan menyatukan individu ke dalamnya dengan mendorong mereka untuk menerima nilai-nilai sosial asas. Melalui agama, individu disosialisasikan ke dalam sistem nilai masyarakatnya. Rangkuman kepercayaan dan nilai-nilai moral ini lazimnya telah ditanam secara mendalam melalui sosialisasi sehingga dapat mempengaruhi tingkah laku ahli-ahli sesuatu masyarakat.

Keagamaan berkaitan dengan pengaruh rujukan sosial dan dengan demikian dapat dilihat sebagai nilai kepercayaan untuk membina sesuatu perlakuan berdasarkan teori perilaku berencana (Tan & Cho, 2019). Menghubungkan mesej kesihatan dengan tema keagamaan atau kerohanian, atau menggunakan elemen keagamaan pada mesej, mungkin merupakan strategi motivasi yang sesuai. Ini dapat dilakukan melalui manipulasi kesan sosial seperti menghubungkan tingkah laku kesihatan dengan perintah-perintah agama tertentu atau menggunakan norma-norma keimanan sebagai sumber galakan positif atau sekatan negatif (Mutambara, Sodi, Mtemeri, & Makomo, 2020). Perasaan peribadi terhadap kebanggaan agama atau rasa malu boleh mengundang sikap terhadap sesuatu amalan kesihatan. Sastry, Stephenson, Dillon dan Carter (2019) berpendapat bahawa kajian psikologi mengenai kesihatan dan agama menunjukkan bahawa pencapaian kesejahteraan kesihatan berasal dari sokongan sosial, nilai, tujuan dan sistem kepercayaan yang seiring dengan kod moral yang digariskan oleh agama. Pendek kata, agama mempunyai kaitan yang sangat bermakna terhadap keadaan kesihatan seseorang.

Elemen Agama dan Perilaku Kesihatan

Model komunikasi kesihatan berkepekaan budaya oleh Ho dan Sharf (2021) menyediakan pemahaman tentang pengaruh budaya terhadap komunikasi kesihatan. Terdapat lima lapisan budaya yang mempengaruhi interaksi di antara penyampai dan penerima berkaitan soal kesihatan. Lanya terdiri dari ideologi, sosio-politik, institusi, etno-budaya dan interpersonal sebagaimana menurut Spieldenner dan Toyosaki (2020). Ideologi merujuk kepada pegangan hidup yang mendasari sesuatu masyarakat. Ia merupakan nilai utama yang menjadi matlamat kesihatan masyarakat. Lapisan kedua iaitu sosio-politik merujuk kepada asas kewujudan masyarakat tersebut seperti agama, bangsa, gender dan kelas sosial. Perkara-perkara tersebut akan mempengaruhi pemahaman dan perilaku kesihatan seseorang. Manakala institusi merujuk kepada organisasi yang menyediakan khidmat kesihatan. Tingkah laku kesihatan seseorang turut dipengaruhi oleh lapisan institusi ini. Lapisan etno-budaya dijelaskan sebagai aspek seperti amalan tradisi, upacara keagamaan, kelaziman dan nilai yang lazimnya dipelajari menerusi keluarga. Lapisan terakhir pula difahami sebagai ciri individu yang mengawal perilaku dirinya. Kesemua lapisan tersebut mempunyai elemen tertentu yang menghasilkan budaya atau kelaziman terhadap hal kesihatan. Namun, dalam konteks masyarakat Muslim, ideologi iaitu pegangan dan matlamat agamanya berkait dengan setiap lapisan budaya seperti yang diutarakan oleh Spieldenner dan Toyosaki (2020). Islam bukan sahaja sebuah ideologi tetapi ia juga adalah cara atau sebuah sistem kehidupan. Maka dengan itu adalah menarik untuk memahami bagaimana kepekaan budaya yang wujud di setiap lapisan budaya tersebut dapat mempengaruhi perilaku kesihatan.

Sementara itu, Levin (2020) dan Antonovsky (1996) mengemukakan penjelasan lanjut bagaimana salah satu elemen budaya iaitu agama mempengaruhi perilaku kesihatan seseorang. Melalui konsep *salutogenesis*, kedua-dua sarjana tersebut membincangkan kewujudan kaedah rawatan alternatif yang bersifat tradisional kepada permasalahan kesihatan. Konsep ini merujuk kepada penggunaan faktor-faktor sokongan kesihatan manusia

berbanding faktor yang menyebabkan sesuatu penyakit. Untuk itu, Antonovsky menyarankan agar kajian-kajian kesihatan memfokuskan kepada pengalaman (kehidupan) manusia bagi mengenalpasti faktor yang dapat membantu mengekalkan kesihatan. Antonovsky menyifatkan faktor agama mempengaruhi keadaan kesihatan masyarakat. Budaya dan nilai agama memberi kesan kepada amalan serta gaya hidup berkaitan kesihatan. Berasaskan teori hubungan kesepaduan (*sense of coherence*) Antonovsky, Levin (2020) telah merumuskan hasil kajiannya dengan memperkenalkan matriks pengaruh dimensi agama terhadap kesihatan. Menerusi matriks tersebut, Levin memerihalkan bagaimana dimensi-dimensi agama berperanan dalam setiap elemen kesihatan seperti sistem sokongan, faktor membantu dan perawatan. Berasaskan kepada dua sarjana ini, kajian-kajian berkaitan hubungan antara agama dan kesihatan dari sudut sosio-budaya semakin berkembang. Namun, sejauh mana sesuatu agama itu dapat menyumbang kepada komunikasi kesihatan memerlukan kajian lanjut. Dalam konteks Muslim di Malaysia, kajian komunikasi kesihatan Islam oleh Ahmad (2011) telah menyediakan asas untuk kajian lanjutan.

Mesej Kesihatan Islam

Tinjauan kajian lepas telah menunjukkan bahawa penggunaan petikan al-Quran dan hadis, peranan pemimpin pendapat Islam, dan institusi Islam seperti masjid, sekolah dan pusat komuniti (Ahmad, Ahmad, & Lynn-Sze, 2019b; Ahmad, 2011) merupakan strategi komunikasi yang signifikan untuk meningkatkan kesihatan dalam kalangan masyarakat Muslim. Walau bagaimanapun, semua kajian ini tidak secara khusus menilai bagaimana elemen komunikasi Islam seperti strategi dan mesej memberi kesan kepada penerima. Hal tersebut berlaku kerana secara sejarahnya, banyak aspek komunikasi kesihatan telah dikaji oleh sarjana bukan komunikasi (McLaren, Patmisari, Hamiduzzaman, Jones, & Taylor, 2021).

Tradisi Islam dan sejarah sains perubatan dan kesihatan dapat ditelusuri lebih dari 1000 tahun yang lalu (Al-Khayat, 1997). Malah dikatakan bahawa perubatan Barat dan moden mendapat manfaat menerusi karya-karya kesihatan dan perubatan Islam. Abu Bakar Muhammad ibn Zakariya al-Razi (Rhazes), Ali Bin Abbas al-Mujusi (Hally Abbas), Abul-Qasim al-Zahrawi (Abulcasis), dan yang paling terkenal, Abu Ali al-Husayn ibn Abdalla ibn Sina (Avicenna) adalah antara doktor Islam yang terkenal dan karya utama mereka telah dirujuk dalam perubatan moden (Al-Khayat, 1997). Karya-karya mereka, yang berdasarkan Al-Quran dan hadis, termasuk teori kesihatan, sistem kesihatan, kesihatan publik, perubatan, penyembuhan rohani, ginekologi, obstetrik, pemakanan, prosedur pembedahan, fisiologi dan patologi.

Salah satu teks terpenting dari mana kita dapat menyimpulkan sumber terbaik untuk prinsip kesihatan Islam adalah ayat-ayat dalam Al-Quran. Dalam Al-Quran dinyatakan "Dan langit telah ditinggikan-Nya dan Dia ciptakan keseimbangan. Agar kamu jangan merusak keseimbangan itu dan tegakkanlah keseimbangan itu dengan adil dan janganlah kamu mengurangi keseimbangan itu" (Quran, Surah Ar-Rahman, ayat 7-9). Pernyataan yang komprehensif ini menarik perhatian kita kepada konsep keseimbangan yang berlaku untuk semua perkara. Ia dengan jelas menyatakan bahawa setiap gangguan keseimbangan boleh mengakibatkan kesan yang buruk. Doktor Muslim menerapkan prinsip ini dengan merujuk kepada keseimbangan dinamik tersebut sebagai 'keadaan kesihatan yang seimbang' (Al-Khayat, 1997). Untuk mengekalkan keadaan kesihatan yang seimbang ini, seorang manusia memerlukan kemampuan untuk mengembalikan keseimbangan pada masa tidak sihat.

Konsep ini muncul dari hadis Nabi Muhammad, “*And store up enough health to draw on during your illness.*” (Al-Khayat, 1997, hlm.13).

Dari perspektif Islam, terdapat tiga pendekatan dalam meningkatkan kesihatan (Al-Khayat, 1997). Yang pertama adalah pendekatan undang-undang; ia menetapkan tingkah laku tertentu yang dapat meningkatkan tahap kesihatan dan melarang tindakan yang memudaratkan dan membahayakan individu melalui peraturan agama. Pendekatan kedua dikenali sebagai pendekatan berpandukan tuntutan Islam sebagai cara hidup. Ini mengenai penyediaan peraturan dan larangan-larangan tertentu yang membimbing individu dalam kehidupan seharian mereka. Pendekatan ini menetapkan garis panduan tingkah laku untuk aktiviti rutin dalam kehidupan seorang Muslim. Kesan penyembuhan Al-Quran dikenal pasti sebagai pendekatan ketiga. Dalam pendekatan ini, pembacaan ayat-ayat tertentu dari Al-Quran mengenai pelbagai sistem tubuh manusia dipercayai memberikan kesan penyembuhan. Namun, Al-Quran bukanlah buku perubatan. Ini adalah rujukan yang memberikan petunjuk kepada umat manusia untuk memastikan kebahagiaan dan kesejahteraan dengan mematuhi perintah yang dikandungnya dan menjauhkan diri dari perbuatan yang dilarangnya. Umat Islam mengikuti al-Quran dan sunnah di mana kedua-duanya mengandungi pengajaran positif kesihatan yang boleh mempengaruhi tingkah laku dan kesihatan mereka. Bagi orang Muslim, Islam adalah agama dan cara hidup yang sangat mempengaruhi tingkah laku mereka. Islam memberikan panduan bukan hanya dalam hal kerohanian, tetapi juga dalam kehidupan seharian termasuk kesihatan. WHO telah menyedari peranan yang dimainkan oleh kesejahteraan rohani dalam meningkatkan kesihatan yang baik sebagaimana terkandung dalam Piagam Ottawa (De Leeuw & Hussein, 1999).

PENGAEDAHAN KAJIAN

Sumber Data

Kajian ini menggunakan teknik temu bual kumpulan fokus, kerana ia merupakan kaedah yang paling menonjol bagi memperoleh pandangan tentang pengalaman, kepercayaan, sikap dan perasaan yang mendasari tingkah laku sesuatu kumpulan atau masyarakat (Silverman, 2020; Huber & Froehlich, 2020). Empat puluh pemuda Muslim Malaysia berusia antara 15 hingga 24 tahun telah dipilih menggunakan kaedah persampelan bertujuan sebagai peserta kajian ini. Pemilihan sampel dibuat menerusi pendaftaran mereka yang berminat menyertai kajian. Pengkaji telah mengiklankan menerusi media sosial dan mereka yang menepati kriteria kajian ditawarkan menyertai temu bual kumpulan berfokus ini. Para peserta dikelompokkan dalam lapan kumpulan dengan setiap kumpulan dibentuk berdasarkan kriteria latar belakang umur, jantina dan aliran pendidikan. Kumpulan umur dikategorikan sebagai remaja (15 hingga 19 tahun) dan awal dewasa (20 hingga 24 tahun). Kriteria aliran pendidikan pula dibezakan berdasarkan sama ada peserta mengikuti aliran pendidikan agama atau tidak. Kriteria ini penting agar hasil kajian dapat mengenalpasti sama ada wujud pola tertentu konsepsualisasi komunikasi kesihatan Islam dan impaknya dalam kalangan peserta. Ini kerana terdapat hujah yang menyatakan mereka yang berpendidikan agama akan menunjukkan kecenderungan yang lebih. Jadual 1 telah memaparkan maklumat yang lebih terperinci mengenai peserta kajian kumpulan fokus yang dijalankan. Kesemua peserta telah dimaklumkan terlebih dahulu tentang etika dan hak mereka untuk menarik diri pada bila-bila masa sebelum memperoleh persetujuan daripada mereka.

Jadual 1: Maklumat latar belakang peserta kumpulan berfokus

Peserta Aliran Pendidikan Islam				Peserta Bukan Aliran Pendidikan Islam			
Lelaki		Wanita		Lelaki		Wanita	
Umur	Umur	Umur	Umur	Umur	Umur	Umur	Umur
15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	20-24
Kumpulan Berfokus 1 (KF1-PILR)	Kumpulan Berfokus 2 (KF2-PILD)	Kumpulan Berfokus 3 (KF3-PIPR)	Kumpulan Berfokus 4 (KF4-PIPD)	Kumpulan Berfokus 5 (KF5-BILR)	Kumpulan Berfokus 6 (KF6-BILD)	Kumpulan Berfokus 7 (KF7-BIPR)	Kumpulan Berfokus 8 (KF8-BIPD)
• 5 peserta pelajar sekolah	• 5 peserta • 3 pelajar IPT • 1 tidak bekerja • 1 bekerja	• 5 peserta pelajar sekolah	• 6 peserta • 5 pelajar IPT • 1 bekerja	• 4 peserta pelajar sekolah	• 5 peserta • 3 pelajar IPT • 2 tidak bekerja	• 5 pelajar sekolah	• 5 peserta • 3 pelajar IPT • 2 bekerja

*Peserta dilabelkan mengikut turutan kumpulan dan kategori. Contohnya, peserta 1 dari kumpulan 2 dilabel sebagai P1-KF2

Jumlah kumpulan dan kapasiti peserta bertepatan dengan saranan Hennink, Kaiser dan Weber (2019). Dalam beberapa pandangan lain, dari segi bilangan minimum peserta, para sarjana menyatakan adalah munasabah untuk mengadakan perbincangan kumpulan fokus dengan tiga atau empat peserta (Keyton, 2019; Huber & Froehlich, 2020). Secara umumnya, temu bual kumpulan fokus ini mengambil masa sekitar 60 hingga 90 minit setiap satu. Protokol temu bual ini disandarkan kepada kajian terdahulu oleh Ahmad (2011). Rakaman audio dilakukan ketika setiap sesi temubual tersebut bagi menjamin semua data diperolehi dan dapat dianalisis di samping catatan nota tangan yang diambil oleh para penyelidikan.

Analisis Data

Semua sesi kumpulan fokus ditranskripsikan dan dianalisis menggunakan teknik analisis tematik. Data dikodkan dan dianalisis menggunakan perisian NVivo versi 8 (perisian analisis kualitatif) untuk mengenal pasti, mengkod tema dan pola perbincangan yang mencirikan konsep komunikasi kesihatan dari perspektif Islam. Analisis ini memfokuskan kepada dua persoalan utama iaitu: ciri promosi kesihatan Islam dan bagaimana promosi kesihatan Islam mempengaruhi tingkah laku. Tema untuk setiap soalan dikodkan dengan menerapkan teknik analisis kandungan semantik berdasarkan Bazeley (2020) dan Richards (2020). Unit analisis untuk kajian ini berupa perkataan, frasa-frasa, ayat, urutan ayat atau dialog lengkap yang berkaitan dengan perasaan, sikap dan reaksi terhadap mesej kesihatan Islam. Setiap kategori dan skema pengkodan diteliti beberapa kali untuk mengklasifikasikan kandungannya secara tiga peringkat bagi memastikan analisis mendalam terbentuk. Proses ini dilaksanakan mengikut tiga peringkat analisis tematik iaitu *open coding*, *axial coding* dan *selective coding*.

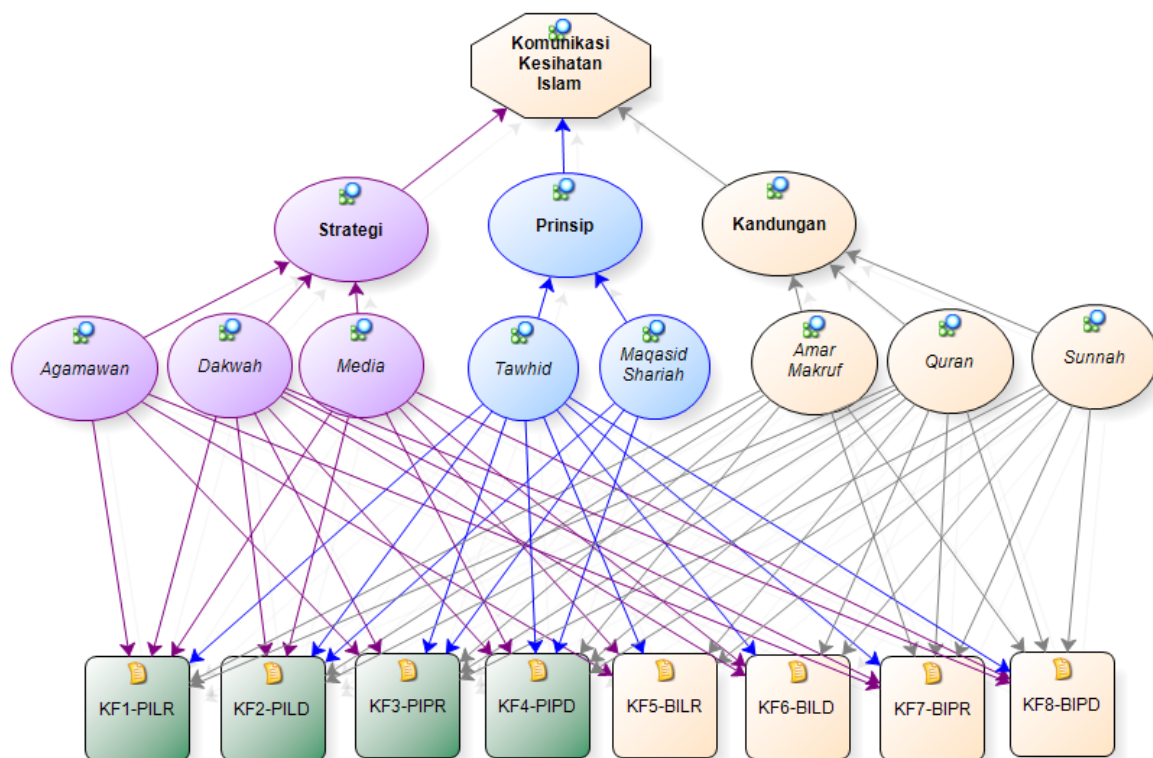
DAPATAN KAJIAN

Analisis data tertumpu kepada dua perkara. Pertamanya ialah untuk mengenal pasti dan mengesahkan pemahaman para peserta berhubung konsepsualisasi komunikasi kesihatan Islam. Hasil analisis ini akan mengukuhkan dapatan kajian terdahulu oleh Ahmad dan Harrison (2011). Dapatan tersebut menyediakan asas pemahaman seperti mana dijelaskan menerusi elemen kepercayaan normatif di dalam teori perilaku berencana. Keduanya, hasil analisis bakal menyumbang kepada pemerihalan berhubung impak komunikasi berteraskan Islam

terhadap tingkah laku kesihatan. Hal ini pula akan berupaya menjelaskan bagaimana kepercayaan normatif tersebut dapat dikaitkan dengan niat dan sikap ke arah perilaku kesihatan.

Konsepsualisasi Komunikasi Kesehatan Berteraskan Islam

Menerusi analisis tematik yang dilaksanakan, terdapat lapan tema penting dikenalpasti menjelaskan konsep komunikasi kesihatan Islam. Lapan tema tersebut dapat dikategorikan kepada tiga elemen utama. Analisis tematik keseluruhan terhadap konsepsualisasi ini digarapkan menerusi Rajah 1 berikut.



Rajah 1: Hasil analisis tematik komunikasi kesihatan Islam

Secara umumnya, terdapat lapan tema utama yang dikaitkan dengan konsepsualisasi komunikasi kesihatan Islam (KKI). Sebagaimana fokus kajian ini, kepekaan budaya khususnya agama Islam telah dijadikan asas. Dari tema-tema tersebut, dapat dirumuskan wujudnya tiga kategori tema bagi merangkumkan apa itu komunikasi kesihatan Islam. Pertamanya, KKI didasari oleh prinsip. Manakala prinsip tersebut merujuk kepada aspek ketuhanan atau tawhid. “Bila kita sebut komunikasi Islam, apa yang dicakapkan mestilah sesuatu yang menunjukkan kesihatan kita ini ada kaitan dengan Allah”, demikian antara penjelasan peserta 3 dari KF3-PILR. Konsep tawhid ini turut dikemukakan sebagai interaksi yang mengikat kepatuhan kepada Allah sebagaimana dikatakan oleh peserta 5 KF6-BILD, “la sesuatu yang jadikan kita percaya Allah itu ada, seperti tidak cakap bohong kata kita sakit itu..ini...”. Kalau diteliti Rajah 1, didapati kesemua kumpulan berfokus menyatakan tema tawhid ini.

Satu lagi tema yang menjelaskan tentang prinsip KKI ialah *maqasid syariah*. Ia merujuk kepada matlamat agama yang memberi kebaikan dan manfaat kepada manusia serta menghindarkan kemudaratan (Pitchan, Rahman & Kashim, 2018). Menurut peserta 2 KF2-

PILD, perkara berkaitan kesihatan atau kehidupan amat berkait dengan agama. Baginya, mengkomunikasikan hal-hal berkaitan kesihatan merupakan sesuatu yang penting kepada kehidupan manusia. “Bercakap atau memberi maklumat tentang kesihatan kepada orang yang tidak sihat malah mereka yang sihat sekalipun adalah sesuatu yang dituntut dalam Islam...ini berkaitan *al-darruriyat* (memelihara kehidupan demi agama) dalam *maqasid syariah*” jelas peserta 1 dari KF4-PIPD. Berdasarkan penelitian lanjut, tema *maqasid syariah* ini hanya muncul dari analisis kumpulan berfokus yang berpendidikan agama secara formal. Tema ini tidak dikemukakan oleh mana-mana peserta dalam kalangan mereka yang tidak berpendidikan aliran agama.

Tiga tema yang menjelaskan komponen kedua KKI iaitu berkaitan kandungan dikenaltasti. Menurut hasil analisis kumpulan berfokus, KKI adalah berlatarkan kandungan yang bersumberkan rujukan-rujukan Islam. Al-Quran, sunnah dan konsep *amar makruf nahi munkar* merupakan tiga tema penting dalam menjelaskan komponen kandungan KKI. Bagi keseluruhan kumpulan berfokus yang dikaji, Al-Quran dikatakan sebagai sumber rujukan paling penting dan utama. Peserta 1 KF1-PILR menyatakan, “Dalam Quran itu terdapat ayat-ayat yang menjadi penawar kepada masalah kesihatan”. Pandangan itu ditegaskan pula oleh peserta 5 KF6-BILD sebagai berkata, “Quran bukan sahaja *syifa* (penawar) tetapi turut memberi panduan bagaimana kita boleh nasihatkan (berkomunikasi) tentang sesuatu masalah kesihatan”. Malah Al-Quran juga disifatkan sebagai sumber rujukan berkaitan pendidikan perilaku kesihatan atau pengamalan gaya hidup sihat sebagaimana dinyatakan oleh peserta 3 KF4-PIPD. Kebanyakan mereka berpandangan bahawa apa sahaja yang hendak dilaksanakan menurut Islam perlu menjadikan al-Quran sebagai rujukan kerana ia merupakan ajaran dari Allah.

Selain merujuk al-Quran sebagai sumber kandungan KKI, *sunnah* merupakan satu lagi tema yang menyumbang kepada komponen kandungan. Sebagaimana kepercayaan umat Islam, *sunnah* iaitu kata-kata serta tingkahlaku Nabi Muhammad S.A.W merupakan sumber rujukan kedua selepas al-Quran. Analisis yang dilakukan menjelaskan bahawa peserta mendapati *sunnah* ini turut menyediakan rujukan ilmu, maklumat, ajaran, panduan dan tatacara berkaitan hal-hal kesihatan dan juga komunikasi menurut ajaran Islam.

Di samping itu, konsep *ammar makruf nahi munkar* (menggalkan kebaikan dan mencegah keburukan) muncul sebagai tema ketiga menjelaskan komponen kandungan KKI. Peserta 4 KF1-PILR dan peserta 5 KF7-BIPR umpamanya menyatakan bahawa Islam adalah agama yang membawa kesejahteraan hidup. Oleh itu, apa sahaja yang hendak dikomunikasikan termasuk hal kesihatan, perkara tersebut adalah seiring dengan Islam. “Rasulullah ada menyebut, diam itu lebih baik jika kata-kata kita tidak bermanfaat. Inilah yang dikatakan berkata-kata (berkomunikasi) dalam Islam perlu berkaitan hal-hal yang positif...yang baik”, ujar peserta 2 KF2-PILD. “*Nahi munkar* ni...sama macam dalam kempen-kempen kesihatan untuk cegah penyakit”, menurut peserta 5 KF8-BIPD.

Komponen ketiga dalam konsepsualisasi KKI dikenaltasti sebagai strategi. Komponen ini ditemakan oleh agamawan, dakwah dan media. Umumnya komponen strategi memberi kefahaman bagaimana KKI dilaksanakan menurut para peserta kumpulan berfokus. Menurut para peserta, KKI lazimnya disampaikan oleh mereka yang mempunyai kedudukan atau penghormatan dari sudut agama. “Komunikasi Islam ni akan berkesan bila ia disampaikan oleh doktor-doktor yang ada pengetahuan agama atau mereka yang ada kedudukan seperti mufti, ulama, imam...mungkin juga golongan profesional...”, menurut peserta 3 KF6-BILD.

Ringkasnya, peranan pemimpin pendapat atau mempengaruhi (dalam konteks media baharu) yang berlatar pendidikan Islam merupakan elemen penting dalam pelaksanaan KKI.

Tema kedua yang menyokong komponen strategi ini ialah dakwah. Dakwah merupakan satu pendekatan atau kaedah untuk berkomunikasi dalam Islam. Lazimnya dakwah ini mempunyai elemen-elemen pembujukan bagi menjadikan sesuatu ajaran Islam itu sebagai cara hidup (Ahmad, Ahmad & Lynn-Sze, 2019b). “Bagi saya, kesihatan dan Islam seperti satu yang tidak boleh dipisahkan. Jadi umat Islam perlu dididik ke arah cara hidup dan amalan kesihatan yang baik” (P2 KF7-BIPR). Pandangan oleh peserta 2 tersebut yang tidak menerima pendidikan aliran agama mempunyai persamaan dengan padangan peserta 4 KF1-PILR yang mengatakan, “...bila nak suruh orang amalkan cara hidup sihat, kenalah dibuat secara berhikmah. Seperti bercakap dengan hormat, tidak sakiti perasaan pendengar...”.

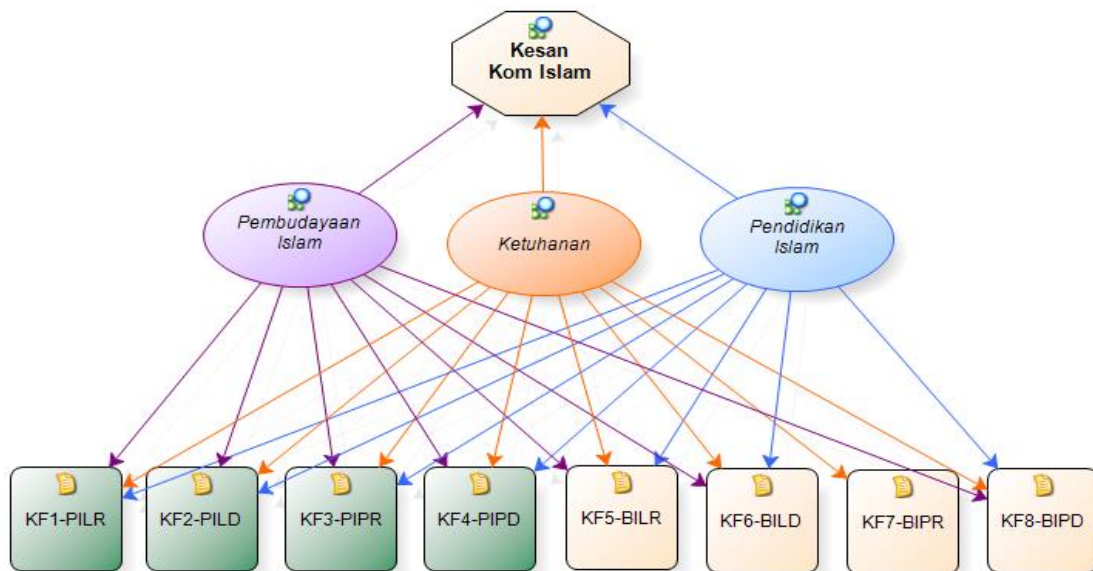
Media pula muncul sebagai tema ketiga yang membentuk komponen strategi KKI. Seorang peserta yang mempunyai pendidikan aliran agama berpandangan yang agak rigid menyatakan KKI perlu menggunakan saluran-saluran agama. “Nak berkesan, didikan atau ajakan kesihatan tu mesti kena guna saluran agama. Ustaz-ustaz perlu gunakan khutbah jumaat atau ceramah atau tazkirah agama...bagi kesedaran didikan agama” (P2 KF2-PILD). Manakala peserta 4 dari kumpulan fokus yang sama menambah yang semua media massa boleh digunakan untuk KKI. Jelas peserta itu lagi, kini terdapat banyak rancangan khusus di televisyen serta saluran radio yang boleh dikhususkan untuk KKI. Malah peserta dari KF7-BIPR menyatakan bahawa media baharu khususnya media sosial milik agamawan atau institusi Islam termasuk milik institusi perubatan boleh menjadi saluran KKI. Peserta 3 dari KF8-BIPD menyatakan yang media baharu sangat berpotensi, ujarnya “Macam adik saya *study* di Australia, dia dengar IKIM.FM online...dia ada dengar rancangan khusus IKIM.FM pasal kesihatan”. Peranan media terhadap komunikasi kesihatan memang tidak dapat dinafikan. Namun, amalan komunikasi media berkaitan kesihatan yang menerapkan elemen agama berpotensi memberi impak yang lebih.

Impak Komunikasi Kesehatan Berteraskan Islam

Perbincangan kumpulan fokus menjelaskan bahawa terdapat tiga tema atau konsep yang menentukan keberkesanan KKI. Analisis tematik mengenai bagaimana kesan KKI menunjukkan bahawa tema ketuhanan atau *tauhid* diwakili oleh bilangan nod atau rujukan yang paling banyak dikodkan. Tema utama seterusnya adalah pembudayaan Islam. Tema ketiga pula ialah pendidikan Islam. Secara keseluruhannya, tema-tema utama ini diilustrasikan di Rajah 2.

Umat Islam dituntut untuk menegakkan lima rukun Islam dan menganut sekumpulan kepercayaan yang dikenali sebagai Rukun Iman: kepercayaan kepada Allah, kepercayaan kepada Malaikat, kepercayaan terhadap kitab suci, kepercayaan terhadap nabi, kepercayaan pada hari akhirat, dan kepercayaan pada qada dan qadar. Lima rukun Islam adalah syarat praktikal kehidupan seharian tetapi enam rukun iman berfungsi sebagai sistem kepercayaan. Dengan merujuk kepada tanggapan peserta, didapati wujud hubungan antara jawapan mereka dan enam Rukun Iman. Pernyataan yang berkaitan dengan tema ini lebih mengutamakan dua rukun iman. Yang pertama adalah kepercayaan kepada Allah. Apabila KKI diamalkan, mesej-mesejnya akan membawa penerima kepada pernyataan seperti takut kepada Allah, bertanggungjawab kepada Allah, dan menyembah Allah. Sementara itu, dikesan bahawa kepercayaan pada hari akhirat dapat dikaitkan dengan komen peserta mengenai penghakiman dan hukuman dari Allah. Beberapa peserta samada dalam kalangan mereka

yang berpendidikan aliran agama dan juga bukan agama menggambarkan masalah kesihatan dengan kematian. “Kalau kita tak jaga kesihatan contohnya, ia mungkin bawa maut. Bila sebut mati ni, kita rasa takut...tuhan nak bagi kita pi syurga atau neraka...”, P2 KF6-BILD. Oleh itu, dapat dikatakan bahawa mesej-mesej berteraskan Islam berfungsi mendorong doktrin tauhid dalam konteks penjagaan kesihatan peserta secara sedar atau tidak. Penggunaan KKI dalam mesej kesihatan akan mempengaruhi sikap (kepercayaan) penerima berdasarkan dapatan analisis tematik ini.



Rajah 2: Hasil analisis tematik impak komunikasi kesihatan Islam

Impak KKI kedua yang mempengaruhi masyarakat Islam dijelaskan oleh tema pembudayaan Islam. Tema ini meletakkan komunikasi Islam dalam konteks lingkungan sosio kumpulan sasaran seperti yang disarankan dalam Model Ekologi Tingkah Laku Kesihatan (Salmon, Hesketh, Arundell, Downing & Biddle, dipetik dalam Hagger, Cameron, Hamilton, Hankonen & Lintunen, 2020) dan Model Sensitif Budaya Komunikasi Kesihatan (Ho & Sharf, 2021). Menerusi kedua model tersebut, masyarakat disarankan untuk menggunakan simbol dan aspek budaya dari kelompok sasaran ketika berusaha mempromosikan atau mencegah tingkah laku tertentu. Analisis tematik ini menunjukkan antara maklum balas umum oleh para peserta: mesej itu bermakna dan menarik untuk latar belakang agama mereka. Ini dapat dirujuk melalui kenyataan peserta 5 KF6-BILD, “Bila guna Quran, hadith...mesej atau apa yang nak disuruh seperti jaga kesihatan...kita akan nampak perkara itu adalah amalan kita orang Islam”. Sebilangan besar peserta memandang Islam sebagai cara hidup. Oleh itu, penggunaan elemen keagamaan akan mendorong perubahan atau memperbaiki tingkah laku dengan kesan yang lebih besar kepada penerima. Hal ini dapat dirujuk kepada pandangan peserta yang antaranya, “Islam memang pentingkan kebersihan (kesihatan), nak solat kena ada wuduk. Nak makan kena basuh tangan. Jadinya bila ada bab Islam dalam kempen kesihatan ia seolah ajar kita budaya hidup sihat” (P3 KF4-PIPD). Analisis data menunjukkan bahawa pandangan ini dikemukakan oleh kumpulan fokus dengan latar pendidikan Islam dan bukan Islam. Mesej kesihatan yang dibentuk berdasarkan konsep KKI jauh lebih mudah diterima oleh para peserta. Mesej-mesej tersebut lebih bermakna kerana ia merujuk kepada situasi sosial

dan sebahagian cara hidup yang mereka dituntut untuk mempraktikkannya. Hubungan antara mesej Islam dan cara hidup Islam dilihat disokong oleh doktrin tauhid yang dibincangkan sebelumnya. Oleh kerana konsep tauhid membentuk umat Islam untuk melihat Islam sebagai cara hidup, mesej suci ini (agama) memberi kesan yang kuat kepada umat Islam.

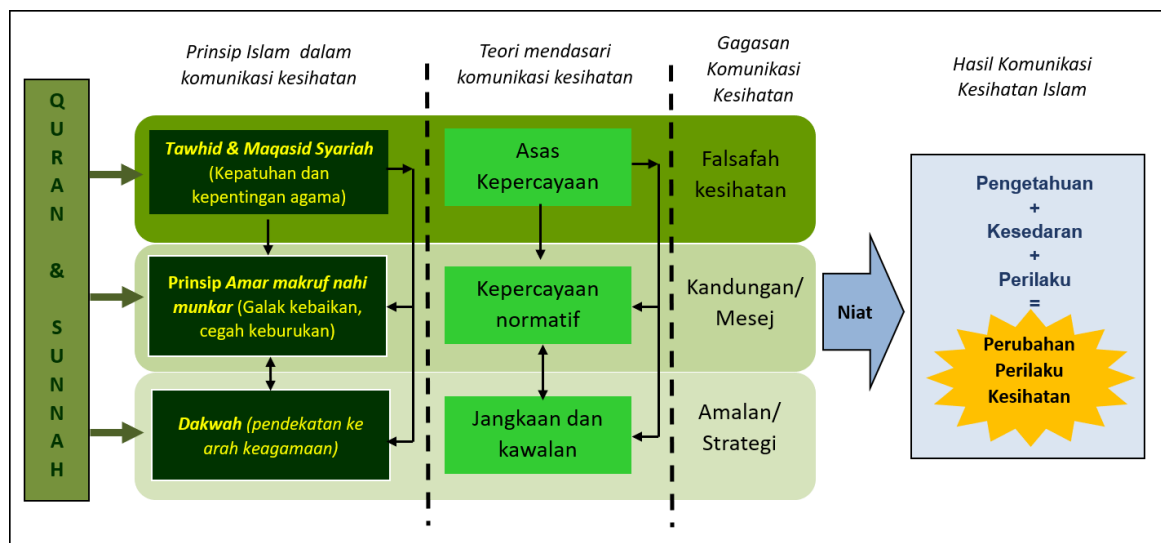
Akhirnya, satu lagi konsep yang mempengaruhi kejayaan KKI adalah pendidikan Islam para penerima. Oleh kerana Islam adalah cara hidup, seorang Muslim lazimnya telah mempelajari banyak konsep, kepercayaan dan mengamalkan amalan Islam asas dalam kehidupan mereka. Pendidikan Islam bermula seusia awal kanak-kanak (Hashim & Langgulung, 2008). Dalam kebanyakan komuniti Muslim, pendidikan agama diatur dan dijalankan dalam sistem formal atau tidak formal sama ada oleh komuniti (biasanya di masjid) atau pihak berkuasa pemerintah. Pengajaran tersebut merangkumi prinsip asas, doktrin tauhid dan kelaziman kehidupan seharian. "Dengan gunakan maklumat (komunikasi) dari Islam, orang kita akan mudah ikut. Dari kecil kita dah dididik agama. Jadi bila guna agama dalam bab kesihatan ni, dia jadi mudah sebab kita dah diajar dulu", sebagaimana menurut peserta 3 KF5-BILR. Manakala peserta 1 KF4-PIPD pula menyatakan, "...kalau promosi kesihatan tu kita kait dengan Allah, Islam suruh buat ni...dilarang buat macam tu, semua ni dah didik kepada kita sejak dari zaman kanak-kanak. Jadinya kita mudah nak faham atau terima." Secara amnya, setiap orang Islam, mendapat pendidikan tidak formal mengenai Islam sepanjang hidup mereka. Pendidikan dalam Islam dianggap sebagai program pembelajaran sepanjang hayat dengan mesej yang berbeza pada setiap peringkat kehidupan. Bentuk pendidikan ini menjadikan umat Islam dekat dengan agama mereka. Ia juga menjelaskan mengapa unsur agama mempengaruhi umat Islam. Hujah ini muncul ketika para peserta diminta untuk menjelaskan bagaimana komunikasi Islam mempengaruhi mereka.

PERBINCANGAN

Menerusi perbincangan dapatan analisis tematik, dapat dirumuskan bahawa kajian ini menjelaskan asas, proses dan hasil komunikasi kesihatan Islam. Secara umumnya, dapatan analisis tematik konsepsualisasi KKI dari kajian ini seiring dapatan kajian Ahmad, Ahmad dan Lynn-Sze (2019b), Basit (2017), dan Ahmad (2011). Namun, kemunculan tema *maqasid syariah* daripada kajian ini merupakan satu dapatan baharu yang meluaskan lagi pemahaman KKI kajian terdahulu. Penemuan tema-tema berhubung impak KKI terhadap perilaku kesihatan pula didapati mengesahkan penelitian terdahulu oleh Ahmad (2011). Menerusi penerapan konsepsualisasi KKI, proses komunikasi tersebut menunjukkan dapat menghasilkan niat dan keinginan perilaku kesihatan yang positif. Beberapa contoh huraian dan penjelasan yang dibincangkan telah memperlihatkan perkaitan proses dan impak KKI. Malah data-data daripada kesemua kumpulan fokus tidak mempamerkan perbezaan pola yang ketara kecuali tema *maqasid syariah*. Hal ini berkemungkinan mereka yang berpendidikan aliran agama formal mempunyai pemikiran yang lebih lanjut berbanding kumpulan yang tidak berpendidikan aliran agama.

Gabungan kedua-dua tema utama bersama sub-sub tema tersebut telah menyediakan satu penjelasan proses komunikasi kesihatan berkepekaan budaya (agama) yang berpotensi. Hasil analisis bukan sahaja berjaya mengenalpasti KKI dari sudut masyarakat, tetapi turut menyumbang menjelaskan bagaimana KKI itu berfungsi. Berdasarkan idea serta penjelasan dari data yang dianalisis, sebuah model yang dikenali sebagai Model Komunikasi Kesihatan Islam (MKKI) telah digubal seperti di Rajah 3 berikut. MKKI merupakan sebuah model komunikasi kepekaan budaya yang berasaskan elemen budaya yang spesifik iaitu agama.

Dalam konteks masyarakat Muslim, agama bukan sahaja ideologi atau perkara berkaitan upacara keagamaan. Agama bagi penganut Islam difahami sebagai satu budaya atau cara kehidupan mereka. Malah, cara kehidupan tersebut merangkumi kesemua aspek seperti sosial, ekonomi, politik dan termasuklah kesihatan.



Rajah 3: Model komunikasi kesihatan Islam (MKKI)

Dengan bersandarkan idea dari teori perilaku berencana oleh Ajzen (Salmon et al., 2020) dan konsep *sense of coherence* (SOC) oleh Antonovsky (1996) dan Levin (2020), MKKI menjelaskan prinsip, kandungan, strategi dan hasil komunikasi kepekaan agama (Islam) terhadap perubahan perilaku kesihatan. Menerusi MKKI, sesuatu komunikasi kesihatan Islam perlu berfokuskan prinsip ketuhanan kerana ia merupakan asas dan matlamat hidup masyarakat Muslim. Ini bermaksud KKI perlu mengaitkan segala prosesnya berlandaskan prinsip ketuhanan tersebut. Untuk itu, sebarang perancangan komunikasi kesihatan sama ada kempen atau promosi perlu menerapkan falsafah kesihatan adalah sebahagian daripada matlamat agama. Kandungan atau mesej KKI pula dipandu oleh konsep pembudayaan kehidupan Muslim yang senantiasa menuntut pengikutnya melakukan kebaikan dan menghindari kerosakan (*amal makruf nahi munkar*) sama ada kepada diri mahupun kehidupan lain di dunia. Oleh itu, pembentukan atau penggubalan mesej-mesej kesihatan dikaitkan dengan ajaran, hukum dan aturan Islam. Untuk menyampaikan mesej atau kandungan itu pula, ia perlu dilaksanakan dengan mengaplikasi strategi komunikasi Islam yang dikenali sebagai konsep dakwah. Strategi komunikasi dalam Islam bersifat berfakta yakni mempunyai asas dan disampaikan secara berhikmah serta mengandungi elemen-elemen pembujukan. Ketiga-tiga komponen KKI tersebut pula perlu dirangka mengikut rujukan kalis masa masyarakat Muslim iaitu al-Quran dan sunnah. Gabungan ketiga-tiga komponen KKI tersebut akan mempengaruhi niat bertingkh laku dan akhirnya berpotensi menghasilkan perubahan tingkah laku kesihatan yang diharapkan. Sungguhpun data kajian ini berasaskan golongan muda, namun diyakini model ini sesuai dengan hampir semua tahap umur masyarakat Muslim. Ini kerana asas pendidikan atau asuhan keagamaan dalam Islam bermula seawal usia kanak-kanak. Malah, penerimaan KKI dalam kalangan golongan muda Muslim turut menggambarkan potensi model ini untuk diterima oleh golongan dewasa dan seterusnya.

PENUTUP

Secara amnya, kajian ini mendapati bahawa tahap pendidikan Islam tidak mempengaruhi kefahaman dan kesan komunikasi kesihatan Islam kepada penerima. Kedua-dua kumpulan sama ada yang berpendidikan aliran Islam dan bukan Islam menunjukkan kesan yang sepola. Dalam konteks komuniti muda Muslim, latar belakang pendidikan agama tidak mempengaruhi penerimaan terhadap KKI kerana semua yang beragama Islam percaya bahawa jika ia dikaitkan dengan Islam, maka ianya mudah diterima dan berpotensi memberi kesan yang positif. Ini menunjukkan bahawa dapatan kajian dapat menggambarkan situasi golongan belia muslim berhubung KKI. Justeru itu, model KKI yang dikemukakan hasil kajian ini berpotensi diuji selanjutnya serta diaplikasikan dalam kalangan golongan muda Muslim. Oleh itu, disarankan agar kajian lanjutan model yang dikemukakan ini dilakukan terhadap beberapa bentuk promosi kesihatan bagi meneliti keupayaannya secara lebih mendalam. Selain itu, skop sampel kajian dapat diperluas kepada doktor, perawat, dan profesional kesihatan lain, serta aktivis kesihatan. Model ini juga secara umumnya dapat dijadikan kerangka komunikasi kesihatan kepada masyarakat Islam yang lain berdasarkan konsep komunikasi kepekaan budaya.

PENGHARGAAN

Penyelidikan ini dibiayai menerusi Fundamental Research Grant Scheme, Kementerian Pengajian Tinggi Malaysia menerusi (FRGS 2012-1/Project ID 1832/KOD S/O 12385).

BIODATA

Mohd Khairie Ahmad memperoleh PhD dalam bidang komunikasi dari University of Queensland, Australia. Kini, beliau merupakan Ketua Advanced Communication Research Unit (ACRU) dan Pensyarah Kanan di Pusat Pengajian Teknologi Multimedia & Komunikasi, Universiti Utara Malaysia. Bidang kepakaran beliau merangkumi komunikasi dan media untuk perubahan sosial, komunikasi politik, dan komunikasi pengurusan. Email: khairie@uum.edu.my

Mohd Baharudin Mohd Hadza @ Othman merupakan Pensyarah Kanan di Jabatan Komunikasi, Pusat Pengajian Teknologi Multimedia dan Komunikasi, Universiti Utara Malaysia. Beliau memperoleh Master of Philosophy in Publishing Studies dari University of Stirling, Scotland. Beliau mempunyai minat dalam bidang komunikasi kemanusiaan, kewartawanan dan komunikasi untuk perubahan sosial. Email: bahar@uum.edu.my

Nor Hayati Mohd Jalil merupakan Pensyarah Kanan bidang Perhubungan Awam di Pusat Pengajian Teknologi Multimedia dan Komunikasi, Universiti Utara Malaysia. Beliau mendapat Master of Philosophy Media and Cultural Studies dari University of Sussex, United Kingdom. Fokus kajian beliau pada ketika ini ialah berkaitan komunikasi alam sekitar, persoalan gender dan pengajian media. Email: n.hayati@uum.edu.my

Solahuddin Ismail memperoleh PhD dalam bidang Sosiologi Agama dari Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM). Kini, beliau berkhidmat sebagai Pensyarah Kanan di Pusat Pengajian Kerajaan, Universiti Utara Malaysia (UUM). Bidang kepakaran beliau ialah pembangunan dan tadbir urus masyarakat. Email: solahuddin@uum.edu.my

RUJUKAN

- Ahmad, G. I., Ahmad, M. K., & Lynn-Sze, J. C. (2019a). Superstitious belief as cultural barrier in polio communication campaign in Northern Nigeria. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, 7(3), 66-77.
- Ahmad, G. I., Ahmad, M. K., & Lynn-Sze, J. C. (2019b). Exploring the Muslim-focused cultural sensitivity in polio vaccination communication campaign in northern Nigeria. *Saudi Journal of Humanities and Social Science*, 4(5), 342-350.
- Ahmad, M. K. (2011). *Islamic persuasive communication: Concept, characteristics, and impacts of the media health programs* [Unpublished PhD thesis]. The University of Queensland.
- Ahmad, M. K., & Harrison, J. (2011). Cultural sensitivity in health promotion programs: Islamic persuasive communication. In Pasadeos, Y. (Ed.), *Advances in communication and mass media research* (pp. 167-180). ATINER.
- Al-Khayat, M. H. (1997). *Health: An Islamic perspective*. World Health Organization.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Basit, A. (2017). Health communication in the Quran: Charles Saunders Pierce's semiotic analysis. *Jurnal Komunikasi: Malaysian Journal of Communication*, 33(4), 76-88.
- Bazeley, P. (2020). *Qualitative data analysis* (2nd ed). SAGE.
- Blankinship, L. A., Rouse, W. A., Bernstein, Kruk, J., & Aboul-Enein, B. H. (2021). A narrative review of ethnic minority studies for faith - based health promotion interventions with special reference to the contemporary Christian nurse. *Journal of Religion and Health*, 60, 1375–1387. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01150-0>
- Brooks, L. A., Manias, E., & Bloomer, M. J. (2019). Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis. *Collegian*, 26(3), 383-391. <https://doi.org/ghg72g>
- De Leeuw, E., & Hussein, A. A. (1999). Islamic health promotion and interculturalization. *Health Promotion International*, 14(4), 347-353.
- Dutta, M. (2018). *Communicating public engagement, public interest and participation: Culturally centring community voices*. Routledge.
- Hashim, C. N., & Langgulung, H. (2008). Islamic religious curriculum in Muslim countries: The experiences of Indonesia and Malaysia. *Bulletin of Education & Research*, 30(1), 1-19.
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Weber, M. B. (2019). What influences saturation? Estimating sample sizes in focus group research. *Qualitative Health Research*, 29(10), 1483–1496.
- Ho, E. Y., & Sharf, B. F. (2021). Cultural theories of health communication. In T. L. Thompson & P. J. Schulz (Eds.), *Health communication theory* (pp. 278-299). John Wiley & Sons.
- Hordern, J. (2020). Religion, culture and conscience. *Medicine*, 48(10), 640-643. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.07.007>
- Hsieh, E., & Kramer, E. M. (2021). *Rethinking culture in health communication: Social interactions as intercultural encounters*. John Wiley & Sons.
- Huber, M., & Froehlich, D. E. (2020). *Analyzing group interactions: A guidebook for qualitative, quantitative and mixed methods*. Routledge.
- Hussain, M. Y. (Ed.). (2006). *Media and Muslim society*. Research Centre, International Islamic University Malaysia.
- Keyton, J. (2019). *Communication research: Asking questions, finding answers* (5th ed.). McGraw-Hill Education.

- Koenig, H. G. (2020). Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2205–2214. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2>
- Kreps, G. L. (2020). The value of health communication scholarship: New directions for health communication inquiry. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(Suppl 1), S4–S7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.007>
- Leeuw, E. D., & Hussein, A. A. (1999). Islamic health promotion and interculturalization. *Health Promotion International*, 14(4), 347-353.
- Levin, S. (2020). *Religion and medicine*. Oxford University Press.
- McLaren, H., Patmisari, E., Hamiduzzaman, M., Jones, M., & Taylor, R. (2021). Respect for religiosity: Review of faith integration in health and wellbeing interventions with Muslim minorities. *Religions*, 12(9), 1-19. <https://doi.org/10.3390/rel12090692>
- Mutambara, J., Sodi, T., Mtemeri, J., & Makomo, M. (2020). Harmonizing religion and health: An exploration of religious reasons for defaulting ARVs among people living with HIV and AIDS in Gweru, Zimbabwe. *AIDS Care*, 33(3), 383-388. <https://doi.org/g68f>
- Pitchan, M. A., Rahman, S. N. H. A., & Kashim, M. I. A. M. (2018). Teori Al-Daruriyyat dan penggunaan media sosial: Satu perbincangan konsep. *Jurnal Komunikasi: Malaysian Journal of Communication*, 34(4), 75-92.
- Richards, L. (2020). *Handling qualitative data: A practical guide*. SAGE.
- Salmon, J., Hesketh, K. D., Arundell, L., Downing, K. L., & Biddle, S. J. H. (2020). Changing behavior using ecological models. In M. S. Hagger, L. D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen, & T. Lintunen (Eds.), *The handbook of behavior change* (pp. 237-250). Cambridge University Press.
- Sastry, S., Stephenson, M., Dillon, P., & Carter, A. (2019). A meta-theoretical systematic review of the culture-centered approach to health communication: toward a refined, “nested” model. *Communication Theory*, 31(3), 1-42. <https://doi:10.1093/ct/qtz024>
- Silverman, D. (2020). *Qualitative research* (5th. ed.). SAGE.
- Spieldenner, A. R., & Toyosaki, S. (2020). *Intercultural health communication*. Peter Lang.
- Stammel, N. (2019). Principles and evidence of culture sensitive mental health approaches. In A. Maercker, E. Heim, & L. J. Kirmayer (Eds.), *Cultural clinical psychology and PTSD* (pp. 167–179). Hogrefe Publishing.
- Tan, N. Q. P., & Cho, H. (2019). Cultural appropriateness in health communication: A review and a revised framework. *Journal of Health Communication*, 25(5), 492-502. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1620382>
- Thompson, T. L., & Schulz, P. J. (Eds.). (2021). *Health communication theory*. John Wiley & Sons.
- Watson, B., & Krieger, J. (2020). *Expanding horizons in health communication: An Asian perspective*. Springer Nature.
- World Health Organisation (WHO). (1996). Health promotion through Islamic lifestyles: The Amman declaration.