

## HUBUNGAN ANTARA MODAL BUDAYA DENGAN LITERASI KESIHATAN KOMUNITI BANDAR

### *THE RELATIONSHIP BETWEEN CULTURAL CAPITAL AND HEALTH LITERACY AMONG URBAN COMMUNITIES*

Nurul Izyan Husna Ibrahim<sup>1\*</sup>

Abdul Hafiz Ab Rahman<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Program Antropologi dan Sosiologi, Pusat Kajian Pembangunan, Sosial dan Persekitaran, Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan, Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM), 43600 Bangi, Selangor, Malaysia.

(E-mel: [izyanhusnaibrahim@gmail.com](mailto:izyanhusnaibrahim@gmail.com))

<sup>2</sup> Program Antropologi dan Sosiologi, Pusat Kajian Pembangunan, Sosial dan Persekitaran, Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan, Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM), 43600 Bangi, Selangor, Malaysia.

(E-mel: [abdulhafizrahman@ukm.edu.my](mailto:abdulhafizrahman@ukm.edu.my))

#### Article history

Received date : 20-09-2025

Revised date : 21-09-2025

Accepted date : 12-12-2025

Published date : 15-1-2026

#### To cite this document:

Ibrahim, N. I. H., & Ab Rahman, A. H. (2025). Hubungan antara modal budaya dengan literasi kesihatan komuniti bandar. *Journal of Islamic, Social, Economics and Development (JISED)*, 10 (79), 986 – 1001.

**Abstrak:** *Ketidaksamarataan literasi kesihatan dalam kalangan masyarakat Malaysia mencerminkan variasi antara kumpulan sosial yang dipengaruhi oleh jurang pendidikan, pengalaman budaya, dan akses terhadap sumber pengetahuan. Walaupun penyelidikan terdahulu banyak menekankan aspek kognitif dan tingkah laku, dimensi budaya masih kurang diberi perhatian. Berasaskan Teori Modal Budaya Pierre Bourdieu, kajian ini meneliti peranan tiga komponen modal budaya iaitu terjelma (embodied), objektif (objectified), dan institusi (institutionalized) terhadap tahap literasi kesihatan dalam kalangan komuniti bandar di Ipoh, Perak. Kajian ini menggunakan reka bentuk kuantitatif rentas keratan melibatkan 325 responden yang dipilih melalui pensampelan kluster berperingkat. Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif dan korelasi Spearman pada aras keertian 0.05. Dapatan menunjukkan ketiga-tiga komponen modal budaya mempunyai hubungan positif yang signifikan dengan literasi kesihatan ( $p < 0.01$ ). Modal terjelma mencatat pekali tertinggi dalam dimensi aplikasi maklumat kesihatan ( $\rho = 0.605$ ), manakala modal institusi menunjukkan pekali tertinggi dalam dimensi pemahaman maklumat kesihatan ( $\rho = 0.573$ ). Kesimpulannya, modal budaya, khususnya yang diperoleh melalui pendidikan formal dan amalan sosial, berperanan penting dalam meningkatkan keupayaan individu mengakses, memahami, menilai, dan mengaplikasi maklumat kesihatan. Kajian ini mengukuhkan peranan modal budaya sebagai penentu sosial kesihatan serta mencadangkan agar program peningkatan literasi kesihatan disesuaikan dengan konteks budaya dan disokong oleh institusi komuniti.*

**Kata Kunci:** *Modal Budaya; Literasi Kesihatan; Komuniti Bandar; Penentu Sosial Kesihatan*

**Abstract:** *Health literacy inequality among Malaysians reflects variations across social groups influenced by disparities in education, cultural experience, and access to knowledge resources. While previous research has largely emphasized cognitive and behavioural aspects,*

*the cultural dimension remains underexplored. Grounded in Pierre Bourdieu's Theory of Cultural Capital, this study examines the role of three components of cultural capital such as embodied, objectified, and institutionalized in shaping health literacy among urban communities in Ipoh, Perak. Employing a cross-sectional quantitative design, the study involved 325 respondents selected through multistage cluster sampling. Data were analysed using descriptive statistics and Spearman's correlation at a 0.05 significance level. The findings reveal that all three forms of cultural capital are positively and significantly associated with health literacy ( $p < 0.01$ ). Embodied capital recorded the strongest coefficient in the dimension of applying health information ( $\rho = 0.605$ ), while institutionalized capital showed the highest coefficient in understanding health information ( $\rho = 0.573$ ). Overall, cultural capital, particularly that acquired through formal education and social practices, plays a vital role in enhancing individuals' abilities to access, understand, evaluate, and apply health information. The study reinforces cultural capital as a social determinant of health and suggests that health literacy programs should be culturally contextualized and supported by community institutions.*

**Keywords:** *Cultural Capital; Health Literacy; Urban Community; Social Determinants of Health*

---

## Pengenalan

Penjagaan kesihatan merupakan usaha sistematik untuk meningkatkan tahap kesihatan individu dan masyarakat melalui pencegahan, diagnosis, rawatan, pemulihan, serta penyembuhan penyakit, kecederaan dan kecacatan fizikal mahupun mental. Namun, status kesihatan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh intervensi penjagaan kesihatan atau persekitaran semata-mata, tetapi turut dipengaruhi oleh pelbagai faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang dikenali sebagai penentu kesihatan (*determinants of health*) (Robersen, 2017). Antara penentu kesihatan utama termasuk pendidikan, literasi, pekerjaan, pendapatan, status sosial, persekitaran fizikal dan sosial, budaya, serta akses kepada perkhidmatan kesihatan (World Health Organization, 2017). Oleh itu, bidang kesihatan perlu dilihat secara holistik sebagai satu fenomena sosial yang merangkumi dimensi biologi, budaya, dan struktur sosial (Cockerham, 2021).

Seiring dengan Matlamat Pembangunan Mampan ke-3 (SDG 3) yang menekankan kesihatan dan kesejahteraan untuk semua, Malaysia turut melaksanakan pelbagai dasar bagi memperkukuhkan sistem kesihatan negara dan meningkatkan literasi kesihatan rakyat. Antaranya termasuk Agenda Nasional Malaysia Sihat (ANMS) yang digerakkan melalui empat teras strategik utama: promosi pembudayaan hidup sihat, perkhidmatan kesejahteraan kesihatan, kawalan kesihatan sendiri, dan kebersihan persekitaran (Bahagian Perancangan KKM, 2021). Selanjutnya, Dasar Literasi Kesihatan Kebangsaan (DLKK) yang diperkenalkan pada tahun 2024 memperkukuhkan lagi komitmen Malaysia dalam meningkatkan keupayaan rakyat dalam mengakses, memahami, menilai, dan menggunakan maklumat kesihatan dengan lebih berkesan, selaras dengan matlamat SDG 3 dan aspirasi Liputan Kesihatan Sejagat (UHC). Hal ini penting kerana kemahiran tersebut mampu membantu meningkatkan tahap literasi kesihatan secara menyeluruh. Selain menekankan aspek pemahaman maklumat kesihatan, dasar ini turut menumpukan kepada peningkatan kompetensi individu dalam membuat keputusan dan bertindak secara berkesan terhadap isu kesihatan (Muhammad Akmal, 2024).

Dalam konteks kajian sosial, teori Modal Budaya yang diasaskan oleh Pierre Bourdieu (1986) memberikan kerangka penting dalam memahami bagaimana perbezaan budaya dan pendidikan dapat mewujudkan ketidaksamarataan sosial dalam masyarakat. Bourdieu mendefinisikan modal budaya sebagai sumber bukan ekonomi yang dimiliki oleh individu atau kumpulan sosial, merangkumi aspek seperti tahap pendidikan, kecekapan berbahasa, pengetahuan budaya, tradisi, kepercayaan, pengalaman, latar belakang keluarga, dan gaya komunikasi. Kesemua elemen ini berpotensi mempengaruhi mobiliti sosial iaitu pergerakan dari satu kedudukan sosial ke kedudukan yang lain (Joye & Falcon, 2014). Modal budaya tidak bersifat semula jadi, sebaliknya boleh dipelajari dan dipupuk melalui proses sosialisasi serta pendidikan formal dan tidak formal. Ia terbentuk apabila pengetahuan dan kemahiran tertentu diiktiraf serta dihargai dalam masyarakat, sekaligus menjadikannya sebagai aset sosial yang bernilai (Ainul Shafiza, 2024). Penjelasan ini turut disokong oleh Azlina Abdullah & Atekeh Amdan (2017) yang menegaskan bahawa pemilikan modal budaya yang tinggi bukan sahaja mempengaruhi kedudukan sosial individu, malah turut memberi kesan terhadap prestasi dan keupayaan mereka dalam menjalani kehidupan seharian, termasuk memudahkan interaksi sosial dengan anggota masyarakat lain.

Dalam karya penting Bourdieu, *The Forms of Capital* (1997), beliau memperincikan tiga komponen utama modal budaya, iaitu modal terjelma (*embodied capital*), modal objektif (*objectified capital*), dan modal institusi (*institutionalized capital*). Modal terjelma merangkumi satu set disposisi yang membentuk cara individu menghargai, memahami, dan menilai dunia sosial, termasuk gaya komunikasi, pilihan gaya hidup, serta kecenderungan terhadap aktiviti intelektual seperti membaca dan berdiskusi (Swartz, 1997). Modal objektif pula melibatkan sumber budaya berbentuk material seperti buku, karya seni, dan barangan simbolik yang memerlukan pengetahuan budaya untuk dihargai. Modal institusi merujuk kepada pengiktirafan rasmi seperti kelayakan akademik atau sijil pendidikan yang menurut Bourdieu (2018), memainkan peranan penting dalam membentuk tahap literasi seseorang.

### Permasalahan Kajian

|        |           |           |
|--------|-----------|-----------|
| 27.0%  | 48.5%     | 24.5%     |
| TERHAD | MENCUKUPI | CEMERLANG |

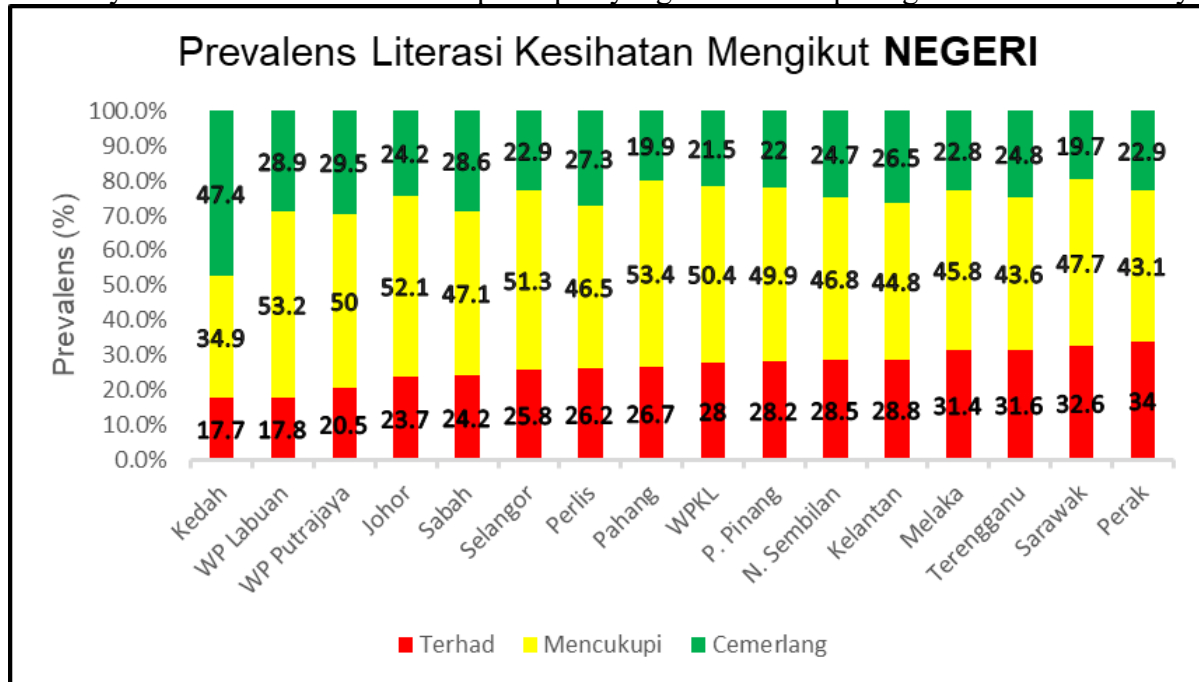
**Rajah 1: Tahap Literasi Kesihatan Malaysia 2023**

Sumber: Bahagian Pendidikan Kesihatan KKM (2024)

Walaupun pelbagai dasar dan inisiatif telah dilaksanakan bagi meningkatkan literasi kesihatan rakyat, tahap literasi kesihatan masyarakat Malaysia masih berada pada tahap sederhana. Laporan Bahagian Pendidikan Kesihatan KKM (2024) menunjukkan bahawa hanya 24.5% rakyat Malaysia mencapai tahap literasi kesihatan cemerlang seperti yang ditunjukkan dalam Rajah 1. Pada masa yang sama, peningkatan ketara penyakit tidak berjangkit (NCD) seperti diabetes, hipertensi, dan obesiti terus berlaku, mencerminkan jurang pemahaman dan tindakan kesihatan yang masih luas dalam kalangan masyarakat (BERNAMA, 2024). Fenomena ini lebih ketara dalam komuniti bandar yang berdepan gaya hidup moden, tekanan sosial, dan persekitaran maklumat yang kompleks.

Selain itu, tahap literasi kesihatan turut menunjukkan perbezaan ketara mengikut negeri. Berdasarkan Laporan Institute for Public Health (2024), negeri Perak mencatatkan peratusan tertinggi kategori literasi kesihatan terhad iaitu 34%, seperti dalam Rajah 2. Hal ini

menimbulkan persoalan tentang faktor yang menyumbang kepada perbezaan tersebut, khususnya dalam komuniti bandar seperti Ipoh yang memiliki kepelbagaian sosial dan budaya.



**Rajah 2: Prevalens Literasi Kesihatan Mengikut Negeri**

Sumber: Mohammad Zabri Johari et al. (2024)

Masalah literasi kesihatan bukan sekadar berkaitan keupayaan individu memahami maklumat kesihatan, tetapi juga mencerminkan ketidaksamarataan sosial yang wujud dalam masyarakat. Golongan berpendapatan rendah, kurang berpendidikan, atau berasal daripada latar budaya minoriti sering menghadapi kesukaran untuk mengakses sumber kesihatan yang berkualiti (Kickbusch et al., 2005; World Health Organization, 2013). Dalam konteks komuniti bandar yang berbilang budaya, faktor budaya dan nilai sosial berperanan penting dalam menentukan cara individu mengakses, mentafsir makna, dan menggunakan maklumat kesihatan (Adina Abdullah et al., 2020). Justeru, modal budaya menjadi konsep penting dalam menjelaskan perbezaan tahap literasi kesihatan kerana ia mencakupi pengetahuan, kemahiran, dan nilai budaya yang membentuk keupayaan seseorang untuk berinteraksi dengan sistem kesihatan (Bourdieu, 1986; Singleton & Krause, 2009; Luo et al., 2023).

Selaras dengan itu, kajian terdahulu menunjukkan bahawa individu yang memiliki tahap modal budaya tinggi cenderung mempunyai literasi kesihatan yang lebih baik serta mampu membuat keputusan kesihatan dengan lebih rasional dan berasaskan maklumat (Nutbeam, 2000; Abel, 2008). Namun begitu, kajian yang meneliti secara khusus hubungan antara modal budaya dengan literasi kesihatan dalam konteks komuniti bandar di Malaysia masih terhad. Oleh itu, kajian ini dijalankan bagi menganalisis hubungan antara modal budaya dengan literasi kesihatan dalam kalangan komuniti bandar di Ipoh, Perak. Kajian ini bertujuan untuk merapatkan jurang pengetahuan sedia ada, memperkukuhkan kefahaman mengenai pengaruh faktor sosial terhadap literasi kesihatan, serta menyumbang kepada pembentukan dasar kesihatan awam yang lebih inklusif dan berasaskan konteks budaya tempatan.

## Sorotan Literatur

Kajian-kajian terdahulu secara konsisten menegaskan bahawa modal budaya ialah penentu penting kepada literasi kesihatan, namun penjelasannya datang melalui perspektif yang berbeza. Paasche-Orlow & Wolf (2007) membangunkan model konseptual yang menerangkan mekanisme kausal antara literasi kesihatan dan hasil kesihatan dengan menekankan pengaruh faktor sosiobudaya, khususnya modal budaya. Beliau meletakkan literasi kesihatan dalam ekosistem penjagaan kesihatan melalui tiga titik kritikal iaitu akses dan penggunaan perkhidmatan, interaksi pesakit–penyedia, dan penjagaan sendiri serta menunjukkan bagaimana kemahiran komunikasi, pendidikan, dan status sosioekonomi yang merupakan komponen utama modal budaya mempengaruhi keupayaan individu menilai dan bertindak ke atas maklumat kesihatan. Walaupun model ini kukuh dari sudut mekanisme sistemik, ia kurang menonjolkan dimensi nilai budaya, norma, dan pemaknaan sosial yang turut membentuk tindakan kesihatan, khususnya dalam masyarakat berbilang budaya.

Mengukuhkan sisi budaya, Abel (2008) dan Abel & Frohlich (2012) memperluaskan kerangka Bourdieu dengan menegaskan bahawa nilai, norma, dan kemahiran sosial hasil pembudayaan bukan sahaja membentuk tingkah laku kesihatan, malah bertindak sebagai pemangkin yang membolehkan individu memobilisasi modal sosial dan ekonomi bagi tujuan kesihatan. Sintesis antara kerangka Abel dan model Paasche-Orlow & Wolf menunjukkan bahawa modal budaya berfungsi pada dua aras iaitu pertama, mempengaruhi cara individu mentafsir dan menilai maklumat; kedua, mengukuhkan keupayaan mengakses sumber seperti perkhidmatan, jaringan sosial, dan kesahihan maklumat. Namun, sebahagian besar bukti ini lahir dari konteks Barat, menyebabkan pertanyaan tentang kebolehsalinggunaan dapatan kepada konteks pelbagai etnik dan bahasa seperti Malaysia timbul.

Bukti empirikal merentas negara berpendapatan tinggi turut menegaskan peranan modal budaya. Gagne et al. (2016) mendapati latar sosiobudaya mempengaruhi kecenderungan belia mencari maklumat kesihatan berkualiti, manakala Schaeffer et al. (2017) menunjukkan korelasi rapat antara pendidikan, pekerjaan, status sosioekonomi, dan literasi kesihatan pada skala populasi. Walaupun konsisten dengan teori Bourdieu, kajian-kajian ini lazimnya menggunakan populasi relatif homogen dari segi budaya, dan ukuran literasi kesihatan yang standard di Barat; oleh itu generalisasi ke masyarakat majmuk bandar Malaysia memerlukan kepekaan terhadap variasi bahasa, kepercayaan, dan gaya komunikasi. Tambahan pula, isu ketaksamaan intra-bandar seperti antara kumpulan pendapatan rendah dan tinggi, warga muda dengan warga emas masih kurang diperincikan dalam kerangka modal budaya.

Selain itu, perkembangan teknologi menambah dimensi digital pada literasi kesihatan. Kickbusch et al. (2019) menekankan bahawa kemahiran digital, pendidikan, dan akses kepada sumber sahih ialah faktor penentu dalam kebolehan menapis maklumat serta melawan salah maklumat kesihatan. Sejajar dengannya, Adina Abdullah et al. (2020) menunjukkan bahawa penyelidikan literasi kesihatan di Malaysia masih terhad dari segi skop, dengan kurang tumpuan pada e-kesihatan, literasi media, dan kesihatan mental yang mana semuanya bersilang rapat dengan modal budaya seperti kemahiran bahasa, norma penggunaan media, dan kepercayaan tentang kesihatan. Haryati Abdul Karim (2020) turut menegaskan kekangan budaya dan pemahaman tradisional sebagai halangan kepada pembangunan literasi kesihatan, yang menyiratkan perlunya intervensi yang sensitiviti budaya (*culture-sensitive*) terutama bagi komuniti rentan.

Pada aras makro, model penentu kesihatan Dahlgren & Whitehead (2021) yang dikenali sebagai *The Rainbow Model* mengilustrasikan lapisan penentu sosial kesihatan dari faktor individu hingga struktur di mana budaya dan sosioekonomi bertindih dalam mempengaruhi hasil kesihatan. Sementara itu, Schneider-Kamp (2021) memperkenalkan konsep *health capital* yang menggabungkan dimensi budaya, sosial, dan ekonomi, mengisyaratkan bahawa literasi kesihatan sepatutnya ditanggapi sebagai kapasiti multidimensi, bukan sekadar kecekapan kognitif. Sintesis kedua-dua pendekatan ini menyokong hujah bahawa modal budaya berinteraksi dengan struktur, contohnya akses perkhidmatan, polisi, dan ekologi maklumat bandar, justeru penyelidikan perlu menangkap mekanisme perantara seperti kemahiran komunikasi klinikal, kepercayaan terhadap institusi, dan keupayaan navigasi sistem.

Secara keseluruhannya, literatur menunjukkan bahawa modal budaya merupakan asas penting yang membentuk keupayaan individu dalam komuniti bandar untuk mengakses, memahami, menilai dan mengaplikasi maklumat kesihatan secara berkesan. Dalam persekitaran bandar yang heterogen dari segi pendidikan, sosioekonomi, bahasa, dan pendedahan budaya, modal budaya memainkan peranan kritikal dalam menentukan sejauh mana seseorang mampu menavigasi sistem kesihatan moden serta membuat keputusan kesihatan yang berinformasi. Namun demikian, jurang pengetahuan masih wujud dalam konteks Malaysia, khususnya berkaitan bagaimana dimensi modal budaya seperti penggunaan bahasa, amalan budaya harian, gaya hidup urban, dan pengalaman sosial dalam komuniti bandar memiliki hubungan dengan tahap literasi kesihatan. Kekurangan bukti empirikal tempatan ini menegaskan keperluan kajian yang lebih mendalam dalam konteks bandar seperti Ipoh, Perak bagi memahami mekanisme sebenar yang menghubungkan modal budaya dengan literasi kesihatan dalam realiti masyarakat Malaysia yang majmuk.

### **Metodologi Kajian**

Metodologi kajian merupakan prosedur sistematik yang menggabungkan penyesuaian pendekatan dan analisis kajian bagi memastikan objektif kajian dapat dicapai dengan baik dan sempurna (Othman Mohamed, 2001). Ia meliputi pendekatan yang digunakan untuk mencapai objektif dan matlamat kajian berdasarkan data yang sah dan dipercayai (Ang, 2016).

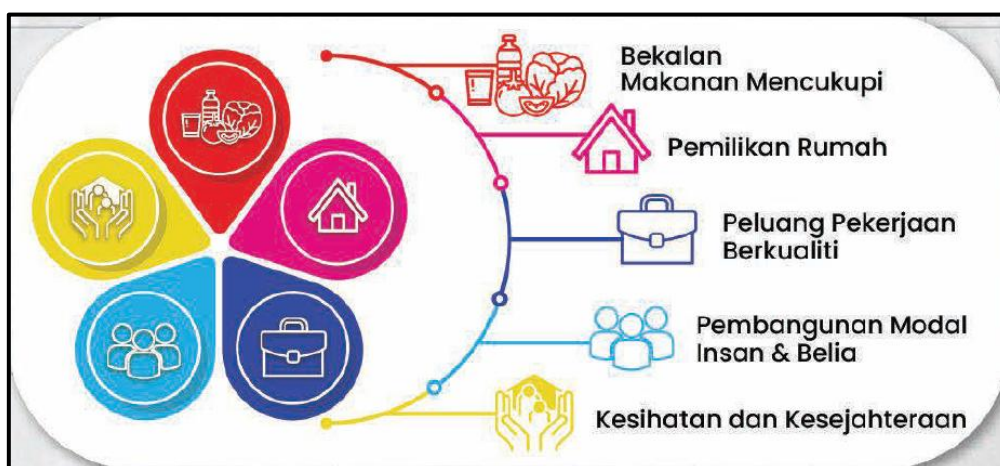
### **Reka Bentuk Kajian**

Berdasarkan paradigma penyelidikan positivisme, pendekatan kuantitatif dianggap paling sesuai digunakan bagi menyiasat dan mempelajari mengenai arah aliran sampel yang mewakili populasi tertentu berkenaan mana-mana aspek kehidupan sosial, terutamanya apabila generalisasi diperlukan (Robson & McCartan, 2016). Oleh itu, pendekatan kuantitatif yang melibatkan data numerikal digunakan oleh pengkaji dalam menjalankan kajian ini bagi mengukur permasalahan melalui prosedur statistik serta mengeneralisasikan hasil kajian berdasarkan fenomena sosial yang dikaji. Kaedah ini dianggap sesuai untuk digunakan bagi mendapatkan maklumat secara terperinci berkaitan hubungan antara modal budaya responden dengan tahap literasi kesihatan mereka.

### **Kawasan Kajian**

Kawasan kajian yang dipilih adalah di kawasan Ipoh, Perak yang terletak dalam daerah Kinta dan merupakan ibu negeri bagi negeri Perak. Kawasan Ipoh berada di bawah pentadbiran Majlis Bandaraya Ipoh (MBI) yang turut menyerap masuk pekan-pekan kecil (Muhammad Ramzulhilmiey et al., 2023) seperti Bercham, Buntong, Chemor, Falim, Jelapang, Lahat, Manjoi, Meru, Pasir Puteh, Pengkalan, Simpang Pulai, Tambun, Tanjung Rambutan, Tasek dan Ulu Kinta.

Kawasan kajian ini dipilih berdasarkan kesesuaiannya dengan pelan pembangunan komprehensif yang dilancarkan oleh Kerajaan Negeri Perak, iaitu Perak Sejahtera 2030. Pelan ini bertujuan untuk mencapai pembangunan sosioekonomi yang mampan, inklusif, dan dinamik menjelang tahun 2030. Ia memberi tumpuan kepada enam agenda utama serta lima keperluan utama rakyat, di mana salah satu daripadanya menekankan aspek kesihatan dan kesejahteraan, seperti yang ditunjukkan dalam Rajah 3 (Perak Sejahtera 2030, 2024).



**Rajah 3: Keperluan Utama Rakyat dalam Perak Sejahtera 2030**

Sumber: Kerajaan Negeri Perak (2024)

Sehubungan itu, pemilihan negeri Perak, dengan tumpuan khusus kepada kawasan Ipoh sebagai ibu negeri, dianggap strategik dan relevan bagi melaksanakan kajian tentang hubungan antara modal budaya dan literasi kesihatan komuniti bandar. Pemilihan ini disokong oleh hakikat bahawa keperluan yang digariskan dalam pelan Perak Sejahtera 2030 adalah sejajar dengan Matlamat Pembangunan Mampan ke-3 (SDG 3) yang menekankan kesihatan dan kesejahteraan untuk semua, serta dengan objektif Dasar Literasi Kesihatan Kebangsaan (DLKK) bagi memperkukuhkan Liputan Kesihatan Sejagat (UHC) di Malaysia. Tambahan pula, tinjauan literasi kesihatan kebangsaan menunjukkan bahawa negeri Perak mencatatkan tahap literasi kesihatan 'terhad' yang tertinggi berbanding negeri-negeri lain (rujuk Rajah 2). Oleh itu, pelaksanaan kajian di kawasan Ipoh diharapkan dapat memberikan gambaran empirikal yang lebih jelas dan tepat mengenai tahap literasi kesihatan komuniti bandar serta hubungannya dengan modal budaya di peringkat tempatan.

### Saiz Sampel

Berdasarkan rekod Jabatan Perangkaan Malaysia (DOSM) melalui pelaksanaan Banci Penduduk dan Perumahan Malaysia 2020, jumlah penduduk di kawasan Ipoh direkodkan seramai 888,767 orang pada tahun 2020 (OpenDOSM, 2023). Anggaran ini merangkumi keseluruhan aglomerasi bandar Ipoh, yang melibatkan gabungan kawasan bandar utama bersama kawasan pinggir bandar bersebelahan.

Penentuan saiz sampel kajian ini adalah berasaskan Jadual Krejcie & Morgan (1970), yang mencadangkan sekurang-kurangnya 384 responden bagi populasi bersaiz besar. Namun, kajian ini berjaya memperoleh sebanyak 325 orang responden, iaitu sedikit lebih rendah daripada angka yang disarankan. Walaupun begitu, jumlah ini masih dianggap memadai kerana menurut Roscoe (1975), saiz sampel antara 30 hingga 500 adalah sesuai untuk kebanyakan kajian sains sosial. Tambahan pula, 325 responden masih melebihi keperluan minimum bagi analisis

statistik asas dan lanjutan. Oleh itu, saiz sampel sebenar ini tetap dianggap mencukupi serta mampu memenuhi keperluan objektif kajian secara keseluruhan.

### Teknik Pensampelan

Bagi kajian ini, teknik pensampelan yang digunakan ialah prosedur pensampelan berperingkat (*multistage*) atau kluster (*cluster sampling*). Menurut Creswell & Creswell (2018), pensampelan kluster melibatkan proses pemilihan sampel secara berturutan daripada unit populasi yang lebih besar kepada unit yang lebih kecil, dan ia sesuai digunakan apabila populasi tersebar secara geografi dan senarai lengkap elemen tidak tersedia (Neuman, 2014).

### Instrumen Kajian

Berdasarkan reka bentuk kuantitatif kajian ini, instrumen yang digunakan ialah borang soal selidik digital melalui *Google Forms*, kerana ia sesuai digunakan bagi saiz sampel yang besar (Babbie, 2008) serta membolehkan pelbagai jenis soalan dikemukakan untuk menilai sikap, pandangan, kepercayaan, perasaan, dan tingkah laku responden (Chua, 2014). Soal selidik kajian ini dibina berdasarkan pengekstrakan kenyataan-kenyataan sedia ada (*established items*) daripada instrumen terdahulu yang relevan dengan isu kajian. Proses adaptasi dilakukan dengan menyesuaikan bahasa dan konteks mengikut latar masyarakat tempatan tanpa mengubah maksud asal. Pemilihan kenyataan yang telah disahkan ini selaras dengan saranan Creswell & Creswell (2018) bahawa penggunaan instrumen yang terbukti kesahihannya dapat meningkatkan kualiti data serta membolehkan perbandingan dapatan dengan kajian lepas.

Borang soal selidik ini mengandungi tiga bahagian (A hingga C):

- i. **Bahagian A** mengandungi soalan latar belakang demografi responden. Bahagian ini membantu pengkaji memahami konteks sosial responden dalam menghuraikan hubungan antara modal budaya dan literasi kesihatan komuniti bandar di Ipoh, Perak.
- ii. **Bahagian B** dibangunkan berdasarkan gabungan kenyataan berkaitan modal budaya oleh Abel (2008) dan Balboni et al. (2019), serta literasi kesihatan oleh Paasche-Orlow & Wolf (2007) untuk menilai tahap persetujuan responden terhadap kenyataan berkaitan modal budaya.
- iii. **Bahagian C** dibina berasaskan *Health Literacy Survey Questionnaire European Version* (HLS-EU-Q47) (Duong et al., 2017) serta instrumen adaptasi tempatan, HLS-M-Q18 (Emma Mirza et al., 2020), yang bertujuan mengukur tahap literasi kesihatan komuniti bandar di Ipoh, Perak.

### Kesahan dan Kebolehpercayaan Instrumen

Kajian rintis dijalankan bagi menilai kefahaman item, kesesuaian struktur soal selidik, serta kebolehgunaan instrumen secara keseluruhan. Dalam konteks ujian kebolehpercayaan, saiz sampel rintis antara 30 hingga 50 responden dianggap sesuai untuk mendapatkan anggaran kebolehpercayaan yang stabil (Johanson & Brooks, 2010; van Belle, 2011). Berdasarkan justifikasi tersebut, kajian rintis ini melibatkan 50 responden, selaras dengan objektif untuk menguji struktur konstruk dan kebolehpercayaan instrumen.

Analisis kebolehpercayaan dilaksanakan menggunakan *Cronbach's Alpha* ( $\alpha$ ) melalui perisian SPSS. Item yang menunjukkan nilai  $\alpha$  kurang daripada 0.65 digugurkan kerana mempunyai kebolehpercayaan rendah (Chua, 2014). Menurut Bond & Fox (2015), nilai *Cronbach's Alpha* antara 0.61 hingga 1.00 adalah boleh diterima dalam analisis berdasarkan model pengukuran Rasch. Keputusan kajian rintis menunjukkan bahawa semua konstruk dalam Bahagian B dan Bahagian C mempunyai nilai  $\alpha$  melebihi 0.70 seperti yang dipersembahkan



dalam Jadual 1, menandakan tahap kebolehpercayaan yang baik. Nilai alfa yang menghampiri 0.90 menunjukkan konsistensi dalaman yang kukuh, manakala nilai melebihi 0.90 menggambarkan kebolehpercayaan yang sangat tinggi (Bond & Fox, 2015). Oleh itu, instrumen kajian ini dianggap mempunyai kesahan awal dan kebolehpercayaan yang memuaskan serta sesuai digunakan dalam kajian sebenar.

**Jadual 1: Ujian Kebolehpercayaan *Cronbach's Alpha* ( $\alpha$ )**

| Item (N=50)  | Jumlah Item | Nilai Koefisien <i>Cronbach's Alpha</i> ( $\alpha$ ) |
|--|-------------|--|
| <b>Bahagian B:</b>                                   |             |  |
| Modal Terjelma ( <i>Embodied Capital</i> )           | 5           | 0.823  |
| Modal Objektif ( <i>Objectified Capital</i> )        | 5           | 0.784  |
| Modal Institusi ( <i>Institutionalized Capital</i> ) | 5           | 0.874  |
| <b>Bahagian C:</b>                                   |             |  |
| Mengakses Maklumat Kesihatan                         | 5           | 0.921  |
| Memahami Maklumat Kesihatan                          | 4           | 0.733  |
| Menilai Maklumat Kesihatan                           | 4           | 0.886  |
| Mengaplikasi Maklumat Kesihatan                      | 5           | 0.831  |

Sumber: Kajian Rintis (2025)

### **Kaedah Penganalisan Data**

Proses analisis data dimulakan dengan pengekodan dan pemprosesan menggunakan IBM SPSS versi 25 bagi menghasilkan analisis deskriptif seperti kekerapan, peratusan, min, dan sisihan piawai untuk menggambarkan profil responden serta taburan pembolehubah kajian. Seterusnya, analisis inferensi menggunakan kaedah korelasi *Spearman's rho* dijalankan bagi menilai kekuatan dan arah hubungan antara komponen modal budaya (modal terjelma, modal objektif, dan modal institusi) dengan dimensi literasi kesihatan (mengakses, memahami, menilai, dan mengaplikasi maklumat kesihatan). Kaedah ini dipilih kerana data bersifat ordinal dan tidak memenuhi andaian normaliti, selaras dengan saranan Field (2013) dan Pallant (2020), serta sesuai digunakan dalam penyelidikan sains sosial bagi mengenal pasti hubungan bukan linear antara pembolehubah secara empirikal dan bermakna.

### **Dapatan Kajian**

Kajian ini telah dijalankan ke atas komuniti bandar yang berumur 18 tahun hingga 60 tahun serta menetap di kawasan Ipoh, Perak. Seramai 325 orang responden telah terlibat dalam kajian ini dan telah melengkapkan borang soal selidik yang dibangunkan bagi melihat sejauh mana komponen modal budaya memiliki hubungan dengan tahap literasi kesihatan dalam kalangan masyarakat setempat, seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 2. Secara keseluruhannya, taburan demografi ini memberi gambaran awal tentang keragaman sosiodemografi komuniti yang dikaji, sekaligus menyumbang kepada pemahaman yang lebih menyeluruh terhadap dapatan kajian.

**Jadual 2: Profil Demografi Responden**

| Kenyataan                              | Frekuensi (N=325) | Peratusan (%) |
|--|-------------------|---------------|
| <b>A1. Jantina</b>                     |                   |               |
| Lelaki                                 | 132               | 40.6          |
| Perempuan                              | 193               | 59.4          |
| <b>A2. Umur</b>                        |                   |               |
| 18 tahun hingga 35 tahun               | 182               | 56.0          |
| 36 tahun hingga 50 tahun               | 101               | 31.1          |
| 51 tahun hingga 60 tahun               | 42                | 12.9          |
| <b>A3. Etnik</b>                       |                   |               |
| Melayu                                 | 201               | 61.8          |
| Cina                                   | 45                | 13.8          |
| India                                  | 69                | 21.2          |
| Lain-Lain                              | 10                | 3.1           |
| <b>A4. Status Perkahwinan</b>          |                   |               |
| Bujang                                 | 166               | 51.1          |
| Berkahwin                              | 151               | 46.5          |
| Bercerai                               | 8                 | 2.5           |
| <b>A5. Tahap Pendidikan Tertinggi</b>  |                   |               |
| SRP/PMR                                | 7                 | 2.2           |
| SPM                                    | 46                | 14.2          |
| STPM/STAM/Diploma                      | 114               | 35.1          |
| Sijil                                  | 15                | 4.6           |
| Sarjana Muda                           | 114               | 35.1          |
| Sarjana                                | 19                | 5.8           |
| PhD                                    | 10                | 3.1           |
| <b>A6. Status Pekerjaan Sekarang</b>   |                   |               |
| Kakitangan Kerajaan                    | 117               | 36.0          |
| Kakitangan Swasta                      | 77                | 23.7          |
| Bekerja Sendiri                        | 34                | 10.5          |
| Pelajar                                | 63                | 19.4          |
| Pesara                                 | 17                | 5.2           |
| Tidak Bekerja                          | 15                | 4.6           |
| Lain-Lain                              | 2                 | 0.6           |
| <b>A7. Anggaran Pendapatan Bulanan</b> |                   |               |
| Tidak Bekerja/Tidak Berkaitan          | 79                | 24.3          |
| RM1,000 dan ke bawah                   | 10                | 3.1           |
| RM1,001 hingga RM2,000                 | 33                | 10.2          |
| RM2,001 hingga RM3,000                 | 88                | 27.1          |
| RM3,001 hingga RM4,000                 | 63                | 19.4          |
| RM4,001 hingga RM5,000                 | 12                | 3.7           |
| RM5,001 dan ke atas                    | 40                | 12.3          |

Sumber: Kajian Lapangan (2025)

Jadual 3 pula menunjukkan hasil analisis korelasi Spearman yang dijalankan bagi menganalisis hubungan antara komponen modal budaya dengan dimensi literasi kesihatan komuniti bandar di Ipoh, Perak mendapati bahawa kesemua hubungan adalah positif dan signifikan secara statistik pada tahap kesignifikan 0.01. Hal ini menunjukkan bahawa peningkatan dalam mana-mana komponen modal budaya sama ada modal terjelma (*embodied capital*), modal objektif (*objectified capital*), dan modal institusi (*institutionalized capital*) adalah berkait rapat dengan peningkatan tahap literasi kesihatan dalam kalangan responden kajian.

**Jadual 3: Korelasi Spearman Antara Modal Budaya Dengan Literasi Kesihatan**

| Kenyataan<br>(N = 325) | Mengakses<br>Maklumat<br>Kesihatan | Memahami<br>Maklumat<br>Kesihatan | Menilai<br>Maklumat<br>Kesihatan | Mengaplikasi<br>Maklumat<br>Kesihatan |
|------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| Modal Terjelma         | 0.425**                            | 0.481**                           | 0.598**                          | 0.605**                               |
| Modal Objektif         | 0.470**                            | 0.498**                           | 0.466**                          | 0.581**                               |
| Modal Institusi        | 0.503**                            | 0.573**                           | 0.439**                          | 0.566**                               |

Nota: Korelasi *Spearman's rho* melaporkan \*\*  $p < 0.01$  (signifikan secara statistik)

Sumber: Kajian Lapangan (2025)

Modal terjelma (*embodied capital*) menunjukkan hubungan yang paling kuat dengan dimensi mengaplikasi maklumat kesihatan ( $\rho = 0.605$ ,  $p < 0.01$ ), diikuti oleh menilai maklumat kesihatan ( $\rho = 0.598$ ,  $p < 0.01$ ), menandakan bahawa individu yang memiliki modal terjelma seperti pengetahuan am, kebiasaan membaca bahan berkaitan kesihatan, dan keselesaan berbincang mengenai isu kesihatan bersama orang lain, cenderung untuk memahami maklumat kesihatan serta menggunakannya dalam tindakan praktikal harian seperti mengamalkan gaya hidup sihat dan mematuhi arahan perubatan.

Sementara itu, modal objektif (*objectified capital*) yang merangkumi akses kepada bahan bercetak, kemudahan teknologi, dan rekod perubatan peribadi juga menunjukkan hubungan yang positif dan signifikan dengan kesemua dimensi literasi kesihatan. Hubungan paling kuat dicatatkan antara modal objektif dan mengaplikasi maklumat kesihatan ( $\rho = 0.581$ ,  $p < 0.01$ ), diikuti oleh memahami maklumat kesihatan ( $\rho = 0.498$ ,  $p < 0.01$ ). Dapatan ini mencerminkan bahawa ketersediaan sumber dan alat fizikal yang berkaitan dengan kesihatan membantu masyarakat untuk mendapatkan dan memahami maklumat kesihatan dengan lebih mudah, di samping mempertingkatkan keupayaan mereka untuk menggunakan maklumat tersebut dalam membuat keputusan kesihatan yang bermakna.

Modal institusi (*institutionalized capital*) iaitu komponen modal budaya yang diperoleh melalui institusi rasmi seperti pendidikan dan penglibatan dalam program kesihatan komuniti turut menunjukkan hubungan signifikan dengan literasi kesihatan, dengan korelasi tertinggi pada dimensi memahami maklumat kesihatan ( $\rho = 0.573$ ,  $p < 0.01$ ). Hal ini membuktikan bahawa latar belakang pendidikan dan keterlibatan dalam program komuniti kesihatan menyumbang secara positif kepada tahap pemahaman responden terhadap maklumat kesihatan yang seterusnya mendorong kepada tindakan kesihatan yang lebih efektif. Selain itu, modal institusi juga mempunyai hubungan yang kukuh dengan dimensi mengaplikasi maklumat kesihatan ( $\rho = 0.566$ ,  $p < 0.01$ ), mengukuhkan lagi hujahan bahawa proses pembelajaran rasmi dan pengalaman institusi memberi impak langsung kepada kemampuan masyarakat menggunakan maklumat yang diperoleh secara praktikal.

### Perbincangan

Hasil analisis menunjukkan bahawa modal budaya memainkan peranan penting dalam membentuk tahap literasi kesihatan, di mana ketiga-tiga komponen modal budaya yang dikaji iaitu modal terjelma, modal objektif, dan modal institusi mempunyai hubungan yang konsisten dan signifikan dengan kesemua dimensi literasi kesihatan. Penemuan ini memperkukuhkan pemahaman tentang bagaimana sumber budaya dan sosial yang dimiliki oleh anggota komuniti bandar dapat mempengaruhi keupayaan mereka dalam mengakses, memahami, menilai, serta mengaplikasi maklumat kesihatan. Dapatan ini selari dengan Teori Modal Budaya oleh Pierre Bourdieu (2018), yang menekankan bahawa elemen modal budaya seperti pengetahuan, nilai, dan amalan yang diperoleh melalui pendidikan dan pengalaman sosial boleh mempengaruhi

keupayaan seseorang dalam menyesuaikan diri dalam struktur sosial, termasuk dalam aspek penjagaan kesihatan. Kajian ini turut menyokong dapatan terdahulu oleh Abel (2008) dan Shim (2010) yang mendapati bahawa modal budaya memainkan peranan dalam menjelaskan ketidaksamarataan akses dan kefahaman terhadap maklumat kesihatan. Implikasi daripada penemuan ini mencadangkan perlunya pelaksanaan program literasi kesihatan berasaskan budaya, peningkatan akses kepada sumber kesihatan yang adil, serta pendidikan literasi media bagi memperkasakan masyarakat secara lebih inklusif.

Secara komprehensif dapat disimpulkan bahawa modal budaya merupakan asas penting dalam mempertingkatkan tahap literasi kesihatan komuniti bandar. Ia berfungsi bukan sahaja sebagai sumber maklumat, tetapi juga sebagai mekanisme struktur sosial yang membentuk cara individu memahami, menilai, dan bertindak terhadap maklumat kesihatan. Seperti yang diujikan oleh Bourdieu (1990), modal budaya memainkan peranan dalam proses pengeluaran semula ketaksamaan sosial, di mana individu dengan modal budaya lebih tinggi menikmati kelebihan dalam penjagaan kesihatan, manakala mereka yang kekurangan modal budaya terus berdepan halangan. Oleh itu, dasar kesihatan awam perlu mempertimbangkan pendekatan berasaskan budaya dalam mengembangkan literasi kesihatan masyarakat bandar melalui strategi pendidikan, pengukuhan akses maklumat, dan pemerksaan komuniti.

Dari sudut teori, kajian ini mengukuhkan keabsahan Teori Modal Budaya Bourdieu (1986) dalam menerangkan ketidaksamarataan literasi kesihatan dalam kalangan masyarakat bandar di Malaysia. Dapatan menunjukkan bahawa modal budaya berperanan sebagai mekanisme sosial yang menghubungkan struktur sosial dengan keupayaan individu memahami dan menilai maklumat kesihatan. Penemuan ini bukan sahaja memperluaskan aplikasi teori Bourdieu dalam bidang sosiologi kesihatan, malah menegaskan peranan *habitus* dan sumber budaya sebagai asas pembentukan literasi kesihatan. Dalam konteks ini, modal budaya menjadi teras kepada pembentukan *habitus* kesihatan iaitu corak pemikiran, tingkah laku, serta proses membuat keputusan berkaitan kesihatan yang dibentuk oleh latar sosial individu. *Habitus* ini mempengaruhi cara seseorang menilai risiko kesihatan, mentafsir simptom, berinteraksi dengan profesional kesihatan, dan menentukan bentuk maklumat yang dipercayai. Pendidikan, pendedahan kepada sumber maklumat, serta sikap terhadap maklumat kesihatan merupakan elemen penting yang membentuk *habitus* ini dan seterusnya menentukan keupayaan individu mengakses, memahami, menilai, dan mengaplikasikan maklumat kesihatan secara efektif (Bourdieu, 1997; Wacquant, 2014).

Manakala, dari sudut praktikal, hasil kajian ini memberikan panduan kepada pembuat dasar dan pengamal kesihatan awam untuk mereka bentuk intervensi literasi kesihatan yang lebih berasaskan konteks budaya. Strategi peningkatan literasi kesihatan tidak seharusnya hanya menumpukan pada penyampaian maklumat semata-mata, tetapi perlu mempertimbangkan tahap pendidikan, pengalaman budaya, dan akses sumber maklumat masyarakat bandar. Intervensi yang menggabungkan aspek pendidikan kesihatan, literasi digital, serta penglibatan komuniti berpotensi meningkatkan keberkesanan kempen kesihatan dan mengurangkan jurang kesihatan antara kumpulan sosial. Secara ringkasnya, kajian ini menegaskan bahawa pemahaman terhadap hubungan antara modal budaya dengan literasi kesihatan adalah penting dalam usaha membina dasar kesihatan awam yang inklusif, berasaskan bukti, serta sensitif terhadap realiti budaya dan sosial komuniti bandar di Malaysia.

Sehubungan dengan itu, penyelidikan selanjutnya perlu memberi tumpuan kepada hubungan antara modal budaya dan literasi kesihatan digital dalam persekitaran bandar serta implikasinya

terhadap tingkah laku kesihatan masyarakat. Penyelidikan lanjutan juga digalakkan menggunakan pendekatan kaedah campuran (*mixed-method*) yang menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif bagi memperkukuhkan pemahaman terhadap hubungan antara modal budaya dan literasi kesihatan. Pendekatan ini bukan sahaja membolehkan pengukuran hubungan secara statistik, malah memberi ruang kepada penjelasan yang lebih komprehensif terhadap realiti sosial masyarakat, termasuk cabaran, persepsi, dan motivasi dalam proses pembuatan keputusan berkaitan kesihatan. Penggunaan kaedah temu bual mendalam dan perbincangan kumpulan fokus (FGD) berpotensi memberikan dimensi baharu dalam memahami konteks budaya yang tidak dapat diungkap sepenuhnya melalui soal selidik kuantitatif semata-mata, khususnya berkaitan nuansa budaya, nilai, dan pengalaman subjektif individu.

Dari sudut epistemologi, pendekatan kaedah campuran ini berasaskan paradigma pragmatisme yang menekankan keberkesanan dalam menjawab persoalan kajian melalui penggabungan kekuatan pendekatan positivisme (kuantitatif) dan interpretivisme (kualitatif), sekaligus membolehkan triangulasi data yang meningkatkan kesahihan dapatan serta menghasilkan pemahaman yang lebih holistik terhadap fenomena sosial yang kompleks. Dalam konteks kajian literasi kesihatan berasaskan modal budaya, pendekatan *mixed-method* membolehkan pengkaji bukan sahaja mengenal pasti corak dan hubungan antara pembolehubah, tetapi juga menelusuri makna sosial dan konteks budaya yang mendasari tingkah laku kesihatan masyarakat, seterusnya menyumbang kepada usaha mengurangkan ketidaksamarataan sosial dan menyokong pembangunan dasar kesihatan awam yang lebih inklusif, adaptif, dan selari dengan konteks budaya serta sosioekonomi komuniti bandar di Malaysia.

Secara keseluruhan, kajian ini menegaskan bahawa modal budaya merupakan faktor asas dalam pembentukan literasi kesihatan masyarakat bandar. Pemahaman terhadap hubungan ini penting dalam usaha memperkukuhkan dasar kesihatan awam yang lebih inklusif, berasaskan bukti, dan responsif terhadap kepelbagaian budaya dan sosioekonomi masyarakat Malaysia. Kajian lanjutan sewajar-nya terus meneroka peranan modal budaya dalam era digital serta implikasinya terhadap amalan kesihatan generasi bandar pada masa hadapan.

### **Kesimpulan**

Kajian ini menunjukkan bahawa modal budaya mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tahap literasi kesihatan komuniti bandar. Ketiga-tiga komponen utama modal budaya iaitu modal terjelma, modal objektif, dan modal institusi didapati berkait positif dengan keupayaan literasi kesihatan individu dalam mengakses, memahami, menilai, dan mengaplikasi maklumat kesihatan. Dapatan ini menegaskan bahawa faktor pendidikan, pengalaman sosial, dan sumber budaya menjadi asas penting dalam membentuk kecekapan kesihatan masyarakat. Secara teoritikal, hasil kajian ini menyokong kerangka Pierre Bourdieu yang menjelaskan bahawa modal budaya berperanan dalam mewujudkan ketidaksamarataan kesihatan melalui perbezaan keupayaan sosial dan pengetahuan. Oleh itu, peningkatan literasi kesihatan perlu disertai dengan usaha memperkukuhkan modal budaya melalui pendidikan, akses maklumat, dan sokongan komuniti. Pendekatan berasaskan budaya ini penting bagi mengurangkan jurang kesihatan yang dihadapi oleh komuniti bandar dan menyokong pelaksanaan Perak Sejahtera 2030 serta Matlamat Pembangunan Mampan ke-3 (SDG 3) ke arah mewujudkan masyarakat yang lebih sihat, inklusif, dan berdaya tahan.

### **Penghargaan**

Setinggi-tinggi penghargaan dan ucapan terima kasih yang tulus ditujukan kepada Dr. Abdul Hafiz Ab Rahman, Dr. Azlina Abdullah, dan Prof. Dr. Shamarina Shohaimi atas bimbingan,

nasihat, serta sokongan berterusan sepanjang proses penyelidikan ini dijalankan. Kepakaran dan pandangan mereka banyak membantu dalam memperhalusi arah kajian serta menangani pelbagai cabaran yang wujud. Penghargaan turut dirakamkan kepada seluruh tenaga pengajar Program Antropologi dan Sosiologi Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM) atas segala tunjuk ajar, maklum balas yang membina, dan sokongan akademik yang diberikan.

## Rujukan

- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), e13. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.066159>
- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74(2), 236–244. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>
- Adina Abdullah, L., Liew, S. M., Hani Syahida, S., Ng, C. J., & Karuthan, C. (2020). Health literacy research in Malaysia: A scoping review. *Sains Malaysiana*, 49(5), 1021–1036. <http://dx.doi.org/10.17576/jsm-2020-4905-07>
- Ainul Shafiza Rahim. (2024). *Kemahiran bahasa Jepun sebagai modal ekonomi, budaya, sosial dan simbolik dalam konteks kebolehpasaran graduan* [Tesis Sarjana, Universiti Kebangsaan Malaysia]. Fakulti Sains Sosial dan Kemanusiaan.
- Ang, K. H. (2016). Pengenalan rangkakerja metodologi dalam kajian penyelidikan: Satu kajian literatur. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*, 1(2), 17–24.
- Azlina Abdullah, & Atekah Amdan. (2017). Modal budaya dan mobiliti sosial pekebun kecil getah di Alor Gajah, Melaka. *Geografia*, 5(3), 111–117.
- Babbie, E. (2008). *The basics of social research*. Wadsworth Publishing.
- Bahagian Pendidikan Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia. (2024). *Dasar Literasi Kesihatan Kebangsaan*. Putrajaya: Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Bahagian Perancangan Kementerian Kesihatan Malaysia. (2021). *Pelan strategik Kementerian Kesihatan Malaysia 2021–2025*. [https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/PELAN\\_STRATEGIK\\_KKM\\_2021-2025-min.pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/PELAN_STRATEGIK_KKM_2021-2025-min.pdf)
- Balboni, G., Menardo, E., & Cubelli, R. (2019). Development and validation of the Scale of Cultural Capital. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 26(1), 149–175. <https://doi.org/10.4473/TPM26.1.8>
- BERNAMA. (2024, September 08). *Literasi kesihatan rendah bebaskan individu, sistem kesihatan negara – Dzulkefly*. Astro Awani. <https://www.astroawani.com/berita-malaysia/literasi-kesihatan-rendah-bebankan-individu-sistem-kesihatan-negara-dzulkefly-486964>
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2015). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences* (3rd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (1997). The forms of capital. In A. H. Halsey, H. Lauder, P. Brown, & A. S. Wells (Eds.), *Education: Culture, economy, and society* (pp. 46–58). Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (2018). The forms of capital. In M. Granovetter (Ed.), *The sociology of economic life* (pp. 78–92). Routledge.
- Chua, Y. P. (2014). *Kaedah penyelidikan* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
- Cockerham, W. C. (2021). *Medical sociology* (15th ed.). Routledge.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE.

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., Nguyen, K. T., Oo, W. M., Mohamad, E., Su, T. T., Huang, H. L., Sørensen, K., Pelikan, J. M., van den Broucke, S., & Chang, P. W. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005>
- Emma Mirza Wati Mohamad, Manimaran Krishnan Kaundan, Mohammad Rezal Hamzah, Arina Anis Azlan, Suffian Hadi Ayub, Tham Jen Sern, & Abdul Latiff Ahmad. (2020). Establishing the HLS-M-Q18 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire for the Malaysian context. *BMC Public Health*, 20, 580. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08704-7>
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE.
- Gagné, T., Ghenadenik, A. E., Abel, T., & Frohlich, K. L. (2016). Social inequalities in health information seeking among young adults in Montreal. *Health Promotion International*, 33(3), 390–399. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw094>
- Haryati Abdul Karim. (2020). Health literacy among rural communities: Issues of accessibility to information and media literacy. *Jurnal Komunikasi*, 36(1), 248–262. <https://doi.org/10.17576/JKMJC-2020-3601-14>
- Institute for Public Health. (2024). *National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2023: Non-communicable diseases and healthcare demand—Key findings*. <https://iku.nih.gov.my/images/nhms2023/key-findings-nhms-2023.pdf>
- Johanson, G. A., & Brooks, G. P. (2010). Initial scale development: Sample size for pilot studies. *Educational and Psychological Measurement*, 70(3), 394–400. <https://doi.org/10.1177/0013164409355692>
- Joye, D., & Falcon, J. (2014). Social mobility. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 6123–6127). Springer.
- Kerajaan Negeri Perak. (2024). *Laporan kemajuan tahun kedua Perak Sejahtera 2030*. <https://www.perak.gov.my/index.php/en/kerajaan-negeri/penerbitan/2030-perak-sejahtera/setahun-perak-sejahtera-2030>
- Kickbusch, I., Agrawal, A., Jack, A., Lee, N., & Horton, R. (2019). Governing health futures 2030: Growing up in a digital world—A joint The Lancet and Financial Times Commission. *The Lancet*, 394(10206), 1309. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32181-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32181-6)
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Luo, Y., Zhao, H., Chen, H., & Xiao, M. (2023). Association between cultural capital and health literacy during the COVID-19 pandemic among community residents in China: The mediating effect of social capital. *Frontiers in Public Health*, 11, 1199941. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1199941>
- Mohammad Zabri Johari, Masitah Ahmad, Nor Haryati Ahmad Sanusi, Komathi Perialathan, Ain Aqiela Azamuddin, Siti Nur Nabilah Mohd Yunos, & Teresa Yong Sui Mien. (2024). *Malaysian Health Literacy Survey (MHLS) 2023—Update scorecard of the Malaysian population*. 15th MOH-AMM Scientific Meeting 2024, Setia Alam: Institut Kesihatan Negara.

- Muhammad Akmal Arfan. (2024). *HEALTHCOMM FSSK bersama KKM dan WHO terajui Dasar Literasi Kesihatan Kebangsaan*.  
[https://www.ukm.my/batamerahfssk/?page\\_id=2594](https://www.ukm.my/batamerahfssk/?page_id=2594)
- Muhammad Ramzulhilmiey Ramli, Muhammad Zufadhli Rosli, & Muhammad Amirul Hakimi Shahaidil. (2023). *Kajian statistik pulau haba bandar di Ipoh, Perak menggunakan kaedah GIS dan penderiaan jauh* [Laporan Projek Tahun Akhir]. Jabatan Kejuruteraan Awam, Politeknik Ungku Omar.
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Pearson Education Limited.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- OpenDOSM. (2023). *Kawasanku: Kenali kawasan anda!* <https://open.dosm.gov.my/ms-MY/dashboard/kawasanku/Perak/district/Kinta>
- Othman Mohamed. (2001). *Penulisan tesis dalam bidang sains sosial terapan*. Penerbit Universiti Putra Malaysia.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19–26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using IBM SPSS*. McGraw-Hill/Open University Press.
- Perak Sejahtera 2030. (2024). *Apakah itu Perak Sejahtera 2030?* <https://www.peraksejahtera.com/apakah-itu-perak-sejahtera-2030/>
- Robersen, T. A. (2017). *Understanding spiritual and physical health: A biblical perspective*. WestBow Press.
- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real world research: A resource for users of social research methods in applied settings* (4th ed.). Wiley.
- Roscoe, J. T. (1975). *Fundamental research statistics for the behavioral science* (2nd ed.). Holt, Rinehart and Winston.
- Schaeffer, D., Berens, E. M., & Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(4), 53–60. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0053>
- Schneider-Kamp, A. (2021). Health capital: Toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health. *Social Theory & Health*, 19, 205–219. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00145-x>
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding healthcare interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>
- Singleton, K., & Krause, E. (2009). Understanding cultural and linguistic barriers to health literacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 4.
- Swartz, D. (1997). *Culture and power: The sociology of Pierre Bourdieu*. University of Chicago Press.
- van Belle, G. (2011). *Statistical rules of thumb* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Wacquant, L. (2014). Putting habitus in its place: Rejoinder to the symposium. *Body & Society*, 20(2), 118–139. <https://doi.org/10.1177/1357034X14530845>
- World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>
- World Health Organization. (2017). *Determinants of health*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>