

Hakcipta © tesis ini adalah milik pengarang dan/atau pemilik hakcipta lain. Salinan boleh dimuat turun untuk kegunaan penyelidikan bukan komersil ataupun pembelajaran individu tanpa kebenaran terlebih dahulu ataupun caj. Tesis ini tidak boleh dihasilkan semula ataupun dipetik secara menyeluruh tanpa memperolehi kebenaran bertulis daripada pemilik hakcipta. Kandungannya tidak boleh diubah dalam format lain tanpa kebenaran rasmi pemilik hakcipta.



**ASPEK PSIKOSOSIAL DALAM KALANGAN GOLONGAN OBES:
KAJIAN KES DI HOSPITAL SULTANAH BAHIYAH,
ALOR SETAR, KEDAH**

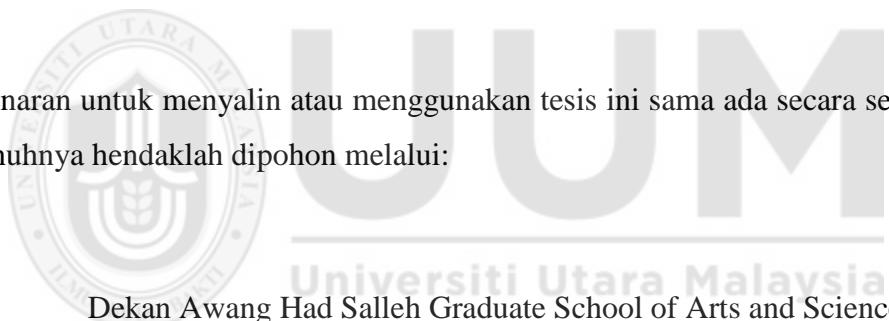


SARJANA SASTERA (KERJA SOSIAL)
UNIVERSITI UTARA MALAYSIA
2016

Kebenaran Mengguna

Tesis ini dikemukakan sebagai memenuhi keperluan pergurniaan Ijazah Sarjana daripada Universiti Utara Malaysia (UUM). Saya dengan ini bersetuju membenarkan pihak perpustakaan Universiti Utara Malaysia mempamerkannya sebagai bahan rujukan umum. Saya juga bersetuju bahawa sebarang bentuk salinan sama ada secara keseluruhan atau sebahagian daripada tesis ini untuk tujuan akademik perlu mendapat kebenaran daripada penyelia tesis atau Dekan Awang Had Salleh Graduate School of Arts and Sciences terlebih dahulu. Sebarang bentuk salinan dan cetakan bagi tujuan komersial adalah dilarang sama sekali tanpa kebenaran bertulis daripada penyelidik. Pernyataan rujukan kepada penyelidik dan Universiti Utara Malaysia perlu dinyatakan jika rujukan terhadap disertasi ini dilakukan.

Kebenaran untuk menyalin atau menggunakan tesis ini sama ada secara sebahagian atau sepenuhnya hendaklah dipohon melalui:



Dekan Awang Had Salleh Graduate School of Arts and Sciences

UUM College of Arts and Sciences

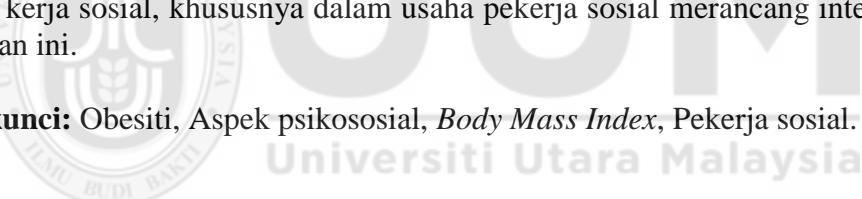
Universiti Utara Malaysia

06010 UUM Sintok

Abstrak

Obesiti telah dikenal pasti sebagai masalah kesihatan sejagat yang serius di seluruh dunia termasuk di negara maju dan sedang membangun. Malaysia telah tersenarai sebagai negara yang mempunyai penduduk obes tertinggi dalam kalangan negara Asia Tenggara dan negara ke-6 di rantau Asia Pasifik. Keadaan obesiti membebankan sistem penjagaan kesihatan, menjadi liabiliti kepada sumber ekonomi, dan memberi kesan ke atas aspek psikososial manusia. Kajian kualitatif ini bertujuan meneroka pandangan golongan obesiti terhadap aspek psikososial dengan memfokuskan kepada pengalaman hidup mereka. Tujuh orang perempuan dan tiga orang lelaki dalam lingkungan umur 26 hingga 45 tahun dengan *Body Mass Index* (BMI) ≥ 35 dipilih secara bertujuan berdasarkan populasi Klinik Diet, Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Kedah. Hasil temu bual ditranskripsikan dan dianalisis secara tematik. Hasil analisis mendapati lima tema bagi aspek psikososial, iaitu stigma diskriminasi, faktor obesiti, pengalaman mengurangkan berat badan, kesejahteraan hidup terhad dan bebanan emosi. Dapatkan kajian juga mendapati bahawa subjek kajian mempunyai pengalaman negatif dalam semua aspek kehidupan disebabkan oleh obesiti. Kajian ini menyumbang kepada ilmu berkaitan dengan aspek pengalaman kehidupan disebabkan oleh obesiti. Kajian juga memberi implikasi kepada perlunya melibatkan aspek psikososial golongan obes dalam bidang kerja sosial, khususnya dalam usaha pekerja sosial merancang intervensi kepada golongan ini.

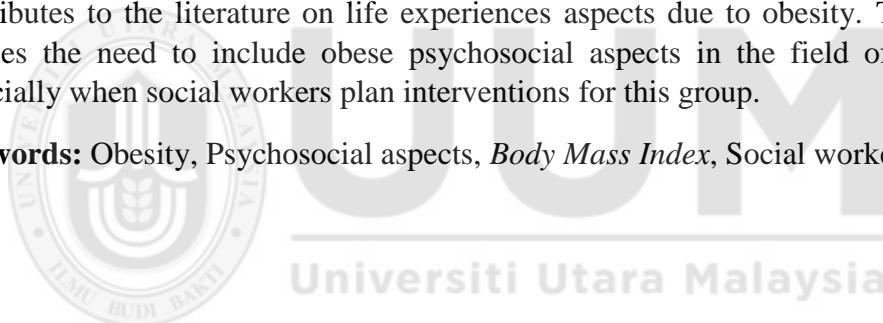
Kata kunci: Obesiti, Aspek psikososial, *Body Mass Index*, Pekerja sosial.



Abstract

Obesity has been identified as a serious public health problem across the world including in developed and developing countries. Malaysia has been listed as the country with highest number of obese within South-East Asia and sixth in the Asia-Pacific Region. Obesity burdens the health care system, liable to economic resources, and affect the psychosocial aspect of human being. This qualitative study aims to explore the views of obese people in terms of psychosocial aspect focusing on their personal experiences. Seven females and three males aged 26 to 45 years with Body Mass Index (BMI) of ≥ 35 were purposely sampled from a population-based Klinik Diet at Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Kedah. The interviews were transcribed and thematically analysed. The analysis indicated five themes for the psychosocial aspects, namely stigma and discrimination, factors of obesity, experience of losing weight, limited well-being and emotional burden. The findings also found that subjects in the study had negative life experiences in all aspects because of obesity. This study contributes to the literature on life experiences aspects due to obesity. The study also implies the need to include obese psychosocial aspects in the field of social work, especially when social workers plan interventions for this group.

Keywords: Obesity, Psychosocial aspects, *Body Mass Index*, Social worker.



Penghargaan

Syukur Alhamdulillah kerana akhirnya saya berjaya menyempurnakan kajian ini dalam tempoh yang ditetapkan. Sekalung penghargaan dan jutaan terima kasih khusus kepada penyelia saya, Prof. Madya Dr. Fuziah Shaffie yang telah banyak memberi bantuan, tunjuk ajar, nasihat dan tidak jemu memberi dorongan kepada saya sepanjang pelaksanaan kajian ini. Sokongan moral, kesabaran dan komitmen oleh beliau sepanjang pelaksanaan kajian ini amat saya hargai.

Ucapan terima kasih juga saya tujukan kepada pihak *National Medical Research Register* (NMRR) dan Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Kedah kerana telah memberi kebenaran dan kerjasama yang baik untuk melaksanakan dan menjayakan kajian ini.

Penghargaan paling istimewa saya tujukan kepada ayahanda saya iaitu Alias Che Soda dan bonda saya, Jamilah Mohamed serta suami tercinta, Mohammad Azrip atas segala kasih sayang malah tidak jemu memberi dorongan terutamanya di waktu sukar dan tidak lupa juga pada anak yang disayangi, Muhammad Noah. Seterusnya, kepada semua saudara mara, adik beradik dan rakan-rakan seperjuangan di UUM yang turut memberi sokongan kepada saya serta para pensyarah di UUM yang turut sama terlibat secara langsung atau tidak langsung dalam menjayakan kajian ini. Sesungguhnya, jasa dan budi kalian amat saya hargai.

Senarai Kandungan

Kebenaran Mengguna.....	ii
Abstrak	iii
<i>Abstract</i>	iv
Penghargaan	v
Senarai Kandungan	vi
Senarai Jadual	vii
Senarai Rajah	viii
Senarai Singkatan.....	ix
BAB SATU PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Kajian.....	2
1.2 Penyataan Masalah.....	4
1.3 Persoalan Kajian	8
1.4 Objektif Kajian.....	8
1.5 Kepentingan Kajian	9
1.6 Kepentingan Kajian Kepada Bidang Kerja Sosial	10
1.7 Kerangka Konsep Kajian.....	11
1.8 Definisi Konseptual	12
1.8.1 Obesiti	13
1.8.2 Psikososial.....	13
1.9 Rumusan	14
BAB DUA SOROTAN LITERATUR.....	15
2.0 Pendahuluan.....	15
2.1 Obesiti dan Kesihatan Fizikal.....	15
2.2 Obesiti dan Ekonomi.....	15
2.3 Stigma dan Diskriminasi.....	16
2.4 Faktor Obesiti.....	20
2.4.1 Aktiviti Fizikal	20
2.4.2 Makanan Segera.....	21
2.4.3 Genetik	23

2.4.4 Psikologi	24
2.5 Ejekan dan Tingkah Laku Buli	25
2.6 Pengasingan sosial	28
2.7 Kemurungan.....	30
2.8 Penghargaan Kendiri.....	33
2.9 Imej tubuh badan.....	35
2.10 Diet dan Gangguan Pemakanan	37
2.11 Kualiti Kehidupan.....	39
2.12 Intervensi Berkaitan Obesiti	41
2.13 Peranan Pekerja Sosial Berkaitan Obesiti.....	43
2.14 Teori Tingkah Laku Terancang.....	44
2.15 Rumusan	48
BAB TIGA METODOLOGI.....	50
3.0 Pendahuluan.....	50
3.1 Subjek Kajian.....	50
3.2 Prosedur Kajian.....	51
3.3 Reka Bentuk Kajian	52
3.4 Lokasi Kajian.....	53
3.5 Pengumpulan Data.....	53
3.6 Kajian Rintis	54
3.7 Instrumen Kajian.....	55
3.8 Analisis Data.....	56
3.9 Isu Etika.....	56
3.10 Rumusan	57
BAB EMPAT DAPATAN KAJIAN.....	58
4.0 Pendahuluan.....	58
4.1 Profil Individu Obes.....	58
4.1.1 Latar Belakang Subjek Kajian.....	59
4.1.1.1 Subjek A	60
4.1.1.2 Subjek B.....	60
4.1.1.3 Subjek C	60

4.1.1.4 Subjek D.....	61
4.1.1.5 Subjek E.....	61
4.1.1.6 Subjek F.....	61
4.1.1.7 Subjek G	61
4.1.1.8 Subjek H.....	61
4.1.1.9 Subjek I.....	62
4.1.1.10 Subjek J.....	62
4.2 Tema Hasil Kajian.....	62
4.2.1 Isu Psikososial.....	64
4.2.1.1 Stigma dan Diskriminasi.....	64
4.2.1.2 Faktor Obesiti.....	67
4.2.2 Kesan Psikososial.....	69
4.2.2.1 Kesejahteraan Hidup Terhad.....	69
4.2.2.2 Bebanan Emosi.....	73
4.2.3 Reaksi Individu Obes.....	76
4.2.3.1 Pengalaman Mengurangkan Berat Badan.....	77
4.3 Rumusan.....	80
BAB LIMA PERBINCANGAN, CADANGAN DAN RUMUSAN.....	79
5.0 Pendahuluan.....	81
5.1 Isu Psikososial Yang Dialami Oleh Individu Obes.....	81
5.2 Kesan Psikososial Yang Dialami Oleh Individu Obes.....	86
5.3 Reaksi Individu Obes Terhadap Keadaan Obesiti.....	89
5.4 Peranan Pekerja Sosial Terhadap Obesiti.....	91
5.5 Implikasi Kajian Terhadap Praktis Kerja Sosial.....	91
5.6 Limitasi Kajian.....	92
5.8 Cadangan Kajian Akan Datang.....	93
5.9 Kesimpulan.....	93
RUJUKAN.....	96

Senarai Jadual

Jadual 1.1 Formula BMI	3
Jadual 1.2 Klasifikasi Obesiti Populasi Asia	4
Jadual 4.1 Profil Pesakit Obes	59
Jadual 4.2 Petikan Temu Bual Pengalaman Stigma Dan Diskriminasi	65
Jadual 4.3 Petikan Temu Bual Isu Stigma Masyarakat.....	65
Jadual 4.4 Petikan Temu Bual Isu Stigma Ahli Keluarga	66
Jadual 4.5 Petikan Temu Bual Isu Stigma Majikan	66
Jadual 4.6 Petikan Temu Bual Aktiviti Fizikal Yang Rendah	67
Jadual 4.7 Petikan Temu Bual Amalan Pemakanan Tidak Sihat.....	68
Jadual 4.8 Petikan Temu Bual Keturunan.....	69
Jadual 4.9 Petikan Temu bual Pergerakan Fizikal Terhad.....	71
Jadual 4.10 Petikan Temu Bual Penampilan Diri	72
Jadual 4.11 Petikan Temu Bual Kebersihan Diri.....	73
Jadual 4.12 Petikan Temu Bual Emosi Sedih	74
Jadual 4.13 Petikan Temu Bual Emosi Marah.....	75
Jadual 4.14 Petikan Temu Bual Emosi Kecewa	76
Jadual 4.15 Petikan Temu Bual Kegagalan Percubaan Mengurangkan Berat Badan....	77
Jadual 4.16 Petikan Temu Bual Kaedah Mengurangkan Berat Badan	77

Senarai Rajah

Rajah 1.1 Kerangka konsep kajian.....	11
Rajah 2.1 Teori Tingkah Laku Terancang.....	45
Rajah 4.1 Tema hasil kajian.....	63



Senarai Singkatan

BED	<i>Binge Eating Disorder</i>
BMI	<i>Body Mass Index</i>
HRQOL	<i>Health Related Quality of Life</i>
HSB	Hospital Sultanah Bahiyah
IKU	Institut Kesihatan Umum
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
NASW	<i>National Association of Social Workers</i>
NHMS	<i>National Health and Morbidity Survey</i>
NMRR	<i>National Medical Research Register</i>
UPM	Universiti Putra Malaysia
WHO	<i>World Health Organisation</i>



Senarai Lampiran

Appendiks A Kebenaran menjalankan kajian dari UUM	113
Appendiks B Kebenaran menjalankan kajian dari NMRR.....	114
Appendiks C Kebenaran responden untuk di temu bual.....	116



BAB SATU

PENGENALAN

1.0 Pendahuluan

Peningkatan obesiti sebanyak dua hingga tiga kali ganda dalam tempoh tiga dekad di seluruh dunia telah menunjukkan bahawa obesiti merupakan masalah kesihatan yang sangat serius (Walls, Backholer, Proietto & McNeil, 2012). Sebagai negara yang sedang mengalami perkembangan industri dan pembangunan pesat, Malaysia tidak terkecuali daripada terlibat dengan masalah ini. Malaysia telah tersenarai sebagai negara yang mempunyai penduduk obes paling tinggi dalam kalangan ASEAN dan tempat ke-6 di rantau Asia Pasifik (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2015). Obesiti juga sering dikaitkan dengan peningkatan risiko terhadap penyakit yang mempengaruhi kualiti hidup manusia seperti diabetes, kardiovaskular, strok, hipertensi, masalah sendi, pelbagai jenis kanser dan kesihatan mental (Guh, Zhang, Bansback, Amarsi & Birmingham, 2009). Malahan, sebagai keadaan yang sukar untuk ditangani, obesiti turut meningkatkan kos kesihatan, mengurangkan produktiviti dan ekonomi negara (Cawley & Mayerhoefer, 2012).

Keadaan obesiti berlaku apabila berlakunya pengumpulan tisu adipos (lemak) dalam tubuh badan berikutan oleh pengambilan kalori yang tidak seimbang dengan kadar tenaga yang diperlukan (Barbour, 2011). Terdapat pelbagai faktor yang bertanggungjawab menjelaskan keadaan obesiti. Menurut Sylvia (2013), keadaan obesiti bergantung kepada

interaksi kompleks yang berlaku antara faktor biologi, persekitaran, neuro-endokrinologi, psikososial dan tingkah laku individu.

1.1 Latar Belakang Kajian

Sejumlah 1.3 billion orang dijangka akan mengalami obesiti menjelang tahun 2030 di seluruh dunia (Okop, Mukumbang, Mathole, Levitt & Puoane, 2016). Fenomena ini amat membimbangkan kerana obesiti boleh mengancam kesejahteraan manusia menerusi aspek kesihatan fizikal, psikososial dan ekonomi negara. Antara isu psikososial yang sering dikaitkan dengan obesiti adalah stigma dan diskriminasi, ejekan dan tingkah laku buli, pengasingan sosial, kemurungan, penghargaan kendiri yang rendah, imej tubuh badan negatif, diet dan gangguan pemakanan serta kualiti kehidupan yang rendah. Peningkatan masalah obesiti di Malaysia telah membuatkan pengkaji terpanggil untuk meneroka aspek psikososial dalam kalangan individu obes dan bagaimana peranan pekerja sosial perubatan boleh diketengahkan supaya dapat membantu golongan ini menikmati kehidupan yang sejahtera dan menjalankan kefungsian psikologi dan sosial dengan baik.

Tubuh badan memerlukan sejumlah lemak bagi menjalankan fungsi tubuh badan dengan baik (Drewnowski, 2009). Walau bagaimanapun, peningkatan kandungan lemak yang berlebihan akan menyebabkan individu berhadapan dengan masalah berat badan berlebihan atau obesiti (Ogden, Yanovski, Carroll & Flegal, 2007). Formula *Body Mass Index* (BMI) digunakan bagi mengenal pasti individu yang mengalami obesiti. BMI adalah piawaian atau formula yang digunakan untuk mengklasifikasikan berat badan kepada

beberapa kategori status berat. Formula untuk mengukur BMI adalah seperti Jadual 1.1 di bawah:

Jadual 1.1

Formula BMI

$$\text{BMI} = \frac{\text{Berat Badan (kilogram)}}{\text{Tinggi (meter)} \times \text{Tinggi (meter)}}$$

Sumber: WHO, (2015)

Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 2015) telah mendefinisikan obesiti sebagai BMI yang melebihi $30\text{kg}/\text{m}^2$. Walau bagaimanapun, bagi populasi Asia, BMI $27.5\text{kg}/\text{m}^2$ sudah dikategorikan sebagai obesiti. Hal ini demikian kerana populasi Asia didapati mempunyai peratusan lemak yang tinggi berbanding populasi dari barat pada skala BMI yang sama. Oleh yang demikian, WHO *Experts Consultation* (2004) telah mengklasifikasikan nilai BMI $27.5\text{kg}/\text{m}^2$ hingga $34.9\text{kg}/\text{m}^2$ sebagai obes tahap I, $35.0\text{kg}/\text{m}^2$ hingga $39.9\text{kg}/\text{m}^2$ sebagai obes tahap II dan $>40\text{kg}/\text{m}^2$ sebagai obes tahap III. Jadual klasifikasi BMI bagi populasi Asia seperti Jadual 1.2 berikut:

Jadual 1.2

Klasifikasi BMI untuk Populasi Asia

Klasifikasi	BMI (kg/m²)
Kurang berat badan	< 18.5
Normal	18.5 - 22.9
Berlebihan berat badan	> 23
Pra-Obes	23.0 - 27.4
Obesiti Tahap I	27.5 – 34.9
Obes Tahap II	35.0 – 39.9
Obes Tahap III	> 40.0

Sumber: WHO Experts Consultation (2004)

1.2 Penyataan Masalah

Fenomena obesiti di Malaysia menunjukkan peningkatan yang amat membimbangkan. Berdasarkan Kajian Morbiditi dan Kesihatan Kebangsaan (1996-2015), kadar obesiti menunjukkan corak peningkatan iaitu 4.4 peratus pada tahun 1996, 14.0 peratus pada tahun 2006, 15.1 peratus pada tahun 2011 dan 17.7 peratus pada tahun 2015 (Institut Kesihatan Umum, 2015). Malahan, obesiti juga menunjukkan kadar kelaziman yang tinggi dalam beberapa kajian tempatan di Malaysia.

Berdasarkan kajian yang dilakukan oleh Mohamud dan rakan (2011), tahap obesiti adalah 19.5 peratus manakala berat badan berlebihan adalah 33.6 peratus melibatkan lima buah negeri di Semenanjung Malaysia. Namun begitu, tiada perbezaan signifikan antara tahap obesiti dan berat badan berlebihan dengan kawasan bandar dan luar bandar. Selain itu, didapati kaum India mempunyai kadar masalah berat badan berlebihan (39.5 peratus) dan

obesiti (24.6 peratus) paling tinggi dan diikuti oleh kaum Melayu. Manakala, kaum Cina mempunyai tahap masalah berat badan berlebihan dan obesiti yang paling rendah.

Kajian keratan rentas yang dilakukan dari tahun 2007 hingga 2008 terhadap 4,428 orang individu dewasa (18 tahun ke atas) di lima kawasan terpilih di Semenanjung Malaysia mendedahkan kelaziman obesiti dengan menggunakan piawaian BMI yang dicadangkan oleh WHO. Hasil kajian mendapat 33.6 peratus individu dewasa mengalami obesiti. Manakala berdasarkan jantina, didapati 22.5 peratus perempuan mengalami obesiti manakala hanya 14.1 peratus dalam kalangan lelaki. Bangsa India merupakan paling tinggi mengalami obesiti (24.6 peratus) diikuti dengan Melayu (23.2 peratus) dan Cina (8.2 peratus) (Mohamud & rakan, 2011).

Sejumlah 16.7 peratus daripada 972 orang wanita (20 hingga 59 tahun) mengalami obesiti berdasarkan kajian yang dilakukan oleh Sherina Mohd Sidik dan Lekhraj Rampal (2009). Kajian ini bertujuan mengenalpasti kelaziman obesiti berdasarkan jantina (wanita) di Selangor dan seterusnya menentukan faktor yang menyebabkan masalah obesiti. Selain itu, hasil kajian ini turut mendedahkan bahawa obesiti mempunyai hubungan signifikan dengan umur, etnik, agama, pendidikan, status perkahwinan, dan sejarah keguguran dalam masa enam bulan yang lalu.

Universiti Putra Malaysia telah menjalankan kajian keratan rentas bagi mengenalpasti tahap obesiti dan faktor-faktor yang mempengaruhinya berdasarkan negeri di Malaysia

dalam kalangan individu 15 tahun dan ke atas. Hasil kajian mendapati tahap obesiti di Malaysia adalah pada kadar 11.7 peratus. Tahap obesiti dalam kalangan wanita lebih tinggi berbanding lelaki masing-masing pada kadar 13.8 peratus dan 9.6 peratus. Selain itu, etnik Melayu dan India mempunyai tahap obesiti yang lebih tinggi iaitu 13.6 peratus dan 13.5 peratus. Ini diikuti oleh etnik kaum asli di Sarawak Bumiputera (10.8 peratus) dan etnik Cina (8.5 peratus). Manakala etnik Sabah Bumiputera mempunyai tahap obesiti yang paling rendah iaitu sebanyak 7.3 peratus. Kajian ini turut mendapati terdapat perbezaan yang signifikan antara etnik dan jantina ke atas obesiti (Rampal, Rampal, Khor, Zain, Ooyub, Rahmat, Ghani & Krishnan, 2007).

Lebih membimbangkan, obesiti yang berlaku tanpa sempadan usia ini juga telah dikenalpasti mempunyai kelaziman yang tinggi melibatkan golongan kanak-kanak dan remaja berdasarkan beberapa kajian tempatan di Malaysia. Kajian oleh Sakinah, Seong-Ting, Rosniza dan Jayah (2012) bagi menentukan hubungan antara sosio-demografi, tabiat pemakanan dan aktiviti fizikal yang merupakan faktor risiko dengan berat badan berlebihan dan obesiti dalam kalangan remaja mendapati 32.3 peratus remaja mengalami obesiti berdasarkan 178 pelajar sekolah menengah berusia 13 hingga 16 tahun di daerah Bachok dan Kota Bahru, Kelantan. Kajian oleh Farah Wahida Rezali dan rakan (2012) dalam kajian yang melibatkan 382 orang remaja daripada 187 lelaki dan 195 perempuan (13 hingga 15 tahun) di daerah Kajang, Selangor telah mendapati jumlah remaja yang mengalami berat badan berlebihan dan obesiti (19.5%) adalah dua kali ganda lebih banyak berbanding remaja yang mempunyai kurang berat badan (10.5%).

Manakala, Kamil Abidalhussain Abishkair dan rakan (2011) dalam kajian keratan rentas mendapati 24 peratus daripada 918 orang pelajar (13 hingga 16 tahun) mengalami obesiti. Berdasarkan etnik, pelajar etnik Melayu mempunyai kadar paling tinggi mempunyai masalah berat badan berlebihan atau obesiti iaitu sebanyak 25.9 peratus berbanding etnik lain. Manakala pelajar etnik Cina mempunyai kadar paling tinggi untuk kategori berat badan berkurangan sebanyak 16.5 peratus berbanding etnik lain. Hasil kajian turut mendedahkan, pelajar yang mempunyai taraf kehidupan yang tinggi cenderung mempunyai masalah berlebihan berat badan atau obesiti berbanding mereka yang memiliki taraf kehidupan yang rendah. Kajian turut mencadangkan pelajar di Selangor sedang berdepan dengan risiko masalah berat badan berlebihan dan obesiti yang amat membimbangkan. Kajian Keutamaan Nutrisi turut membongkar realiti fenomena obesiti dalam kalangan kanak-kanak (7 hingga 10 tahun) yang menunjukkan corak peningkatan daripada 6.6 peratus kepada 13.6 peratus pada tahun 2011 (Rancangan Malaysia Ke-10). Kajian keratan rentas yang dilakukan oleh Shariff, Sazlina dan Shamsul (2007) turut melaporkan kadar obesiti adalah sebanyak 9.5 peratus di daerah Petaling, Selangor dalam kalangan 431 orang pelajar (7 hingga 11 tahun). Manakala, berdasarkan jantina, didapati kanak-kanak lelaki lebih cenderung mengalami obesiti berbanding kanak-kanak perempuan. Hasil kajian turut mendapati bahawa obesiti mempunyai hubungan dengan bilangan jam menonton televisyen namun tiada hubungan dengan aktiviti fizikal.

Berdasarkan sorotan literatur, pengkaji mendapati peranan pekerja sosial masih kurang dibincangkan secara meluas berkaitan obesiti. Sudah tiba masanya potensi pekerja sosial diketengahkan agar dapat berkerjasama dengan pakar daripada pelbagai bidang seperti pakar perubatan, jururawat, pakar pemakanan dan ahli terapi fizikal bagi menyelesaikan cabaran dan halangan yang dihadapi oleh individu obes demi kehidupan yang berkualiti (Raj & Kumar, 2010). Justeru, kajian ini penting untuk dijalankan supaya peranan pekerja sosial boleh diketengahkan dan merancang intervensi yang bersesuaian dan efektif.

1.3 Persoalan Kajian

Kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti aspek psikososial yang dihadapi oleh individu obes. Berikut adalah persoalan kajian secara khusus:

1. Apakah isu psikososial yang dialami oleh individu obes?
2. Apakah kesan psikososial yang dialami oleh individu obes?
3. Bagaimanakah reaksi individu obes terhadap keadaan obesiti?
4. Bagaimanakah pekerja sosial boleh membantu individu obes?

1.4 Objektif Kajian

Secara umumnya, kajian ini bertujuan untuk meneroka aspek-aspek psikososial obesiti daripada perspektif individu obes. Secara khususnya, kajian ini bertujuan untuk:

1. Meneroka isu psikososial yang dialami oleh individu obes.
2. Meneroka kesan psikososial yang dialami oleh individu obes.
3. Mengenal pasti reaksi individu obes terhadap keadaan obesiti.
4. Mengenal pasti peranan pekerja sosial bagi membantu individu obes.

1.5 Kepentingan Kajian

Setiap kajian yang dijalankan mempunyai beberapa kepentingan sama ada kepada pengkaji atau pihak-pihak yang terlibat. Hasil sesuatu kajian boleh memberi impak yang besar dalam memperbaiki sesuatu masalah atau situasi bagi kajian yang dijalankan. Oleh itu, kajian yang dijalankan ini juga turut mempunyai beberapa kepentingan yang boleh dimanfaatkan oleh pihak tertentu. Hasil kajian ini penting untuk memberi kesedaran dan pengetahuan kepada masyarakat mengenai obesiti dengan memahami aspek psikososial yang dialami oleh golongan obes. Perkara ini penting supaya masyarakat akan lebih memahami dan menerima keadaan individu obes sekaligus mengurangkan stigma dan diskriminasi terhadap golongan ini. Seterusnya, hasil kajian juga dapat membantu pihak yang bertanggungjawab membentuk polisi agar dapat mengemukakan dasar polisi yang boleh mengurangkan stigma dan diskriminasi, menyediakan persekitaran yang menggalakkan aktiviti fizikal dan menggalakkan rakyat mengamalkan gaya hidup yang sihat. Di samping itu, pihak hospital boleh membentuk pendekatan pengurusan obesiti yang lebih komprehensif dan holistik di samping menyediakan kemudahan sesi kaunseling atau terapeutik komunikasi bagi membantu individu obes. Bagi individu obes pula, sedikit sebanyak kajian ini dapat memberi kesedaran dan suntikan semangat kepada mereka untuk mengurangkan berat badan secara sihat demi mendapatkan berat badan yang ideal. Akhir sekali, kajian ini juga turut menyumbang kepada bidang penyelidikan dengan meneroka aspek psikososial yang dialami individu obes dan dapat didokumentasikan dalam jurnal penerbitan.

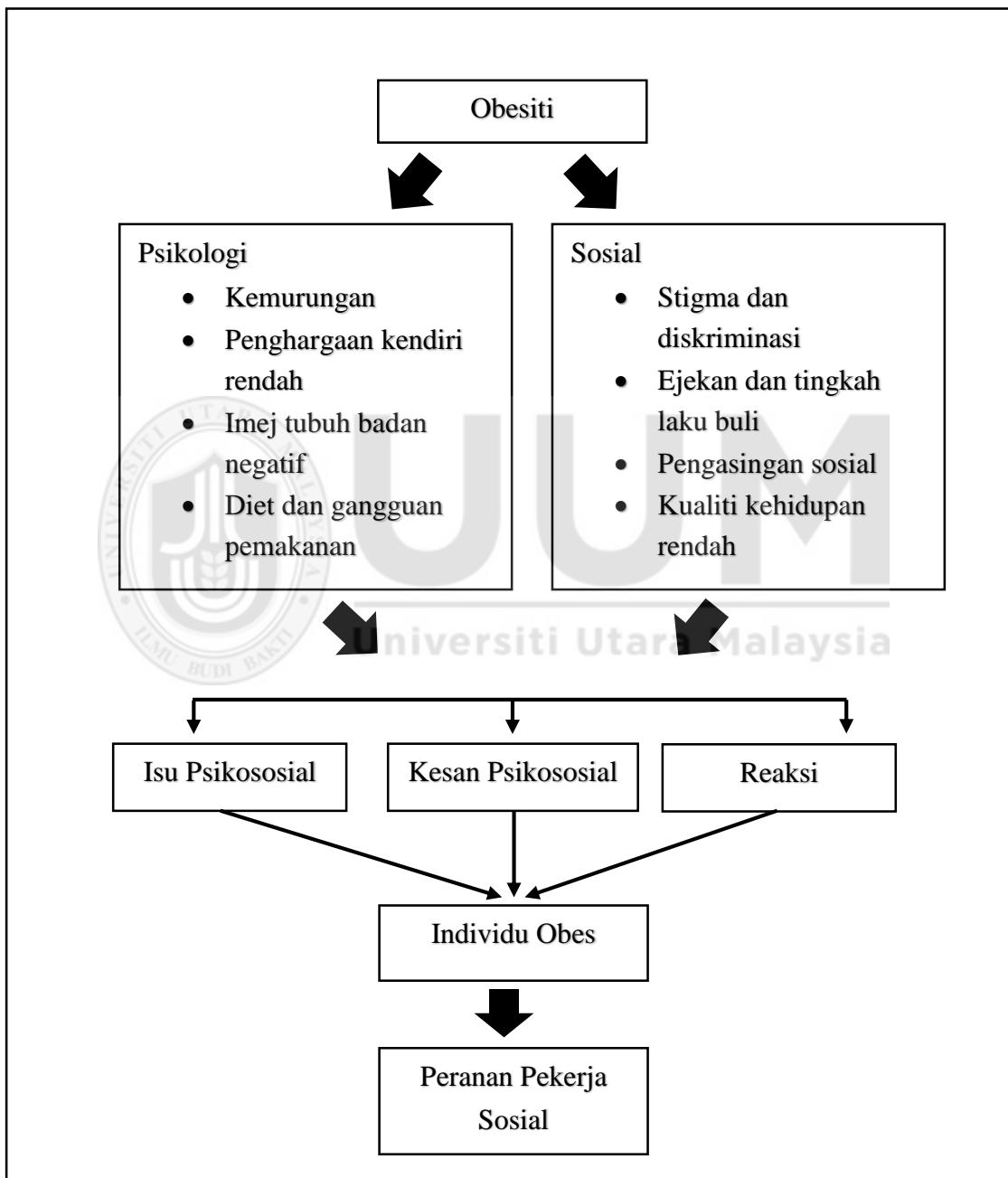
1.6 Kepentingan Kajian Kepada Bidang Kerja Sosial

Kerja sosial merupakan komponen penting untuk membantu individu menikmati kesejahteraan dalam hidup mereka. Hasil kajian ini penting kepada bidang kerja sosial kerana dapat membuktikan bahawa pekerja sosial berpotensi untuk membantu individu obes yang sangat memerlukan bantuan yang sewajarnya. Malahan, peranan pekerja sosial perubatan di hospital perlu diperluaskan untuk membantu individu obes dengan bekerjasama dengan pakar perubatan, jururawat dan pakar pemakanan bagi mengenalpasti masalah psikososial dan implikasi obesiti serta intervensi yang berpotensi untuk dilaksanakan untuk membantu individu obes.

Malahan, adalah sesuatu yang menarik untuk memahami bagaimana obesiti memberi kesan kepada tingkah laku, psikologi dan sosial seseorang dan ini boleh memberi kelebihan kepada pekerja sosial dan pakar lain yang bekerja dengan individu yang mengalami obesiti. Hasil kajian nanti bukan hanya dapat membantu pekerja sosial, malahan turut membantu kaunselor, ahli perubatan, pakar pemakanan dan individu obes melalui pengalaman tingkah laku, psikologikal dan psikososial yang memberi impak kepada kehidupan individu obes (Grimaldi & Van Etten, 2010). Malahan hasil dapatan kajian ini akan dapat membantu pekerja sosial mendapat ilmu pengetahuan mengenai isu berkaitan individu obes agar dapat membina intervensi yang bersesuaian untuk membantu golongan ini. Oleh yang demikian, adalah penting bagi pekerja sosial membantu individu obes agar jiwa mereka kembali mantap dan lebih berkeyakinan dengan keupayaan diri serta berfungsi dengan baik dalam masyarakat. Malahan, kajian berkaitan dengan obesiti

dalam bidang kerja sosial masih kurang di Malaysia. Kebanyakan kajian mengenai obesiti adalah daripada bidang perubatan terutamanya melibatkan kesihatan.

1.7 Kerangka Konsep Kajian



Rajah 1.1 Kerangka konsep kajian

Berdasarkan rajah 1.1 masalah obesiti dilihat menjadi pencetus kepada masalah psikologi dan sosial. Masalah seperti kemurungan, penghargaan kendiri yang rendah, diet dan gangguan pemakanan, imej tubuh badan yang negatif, stigma dan diskriminasi, ejekan dan tingkah laku buli, pengasingan sosial dan kualiti hidup yang rendah merupakan isu yang sering dikaitkan dengan individu obes. Dalam kajian ini, pengkaji ingin meneroka mengenai isu dan kesan psikososial serta reaksi individu obes berhubung dengan masalah obesiti. Selain itu juga, pengkaji juga ingin mengetengahkan peranan pekerja sosial untuk membantu golongan ini.

1.8 Definisi Konseptual

Berikut adalah definisi konseptual yang digunakan di dalam kajian ini.

1.8.1 Obesiti

Obesiti ditakrifkan sebagai suatu keadaan yang berlakunya pengumpulan atau penyimpanan lemak yang berlebihan dalam badan yang membahayakan kesihatan fizikal, psikologi dan sosial seseorang (Ofei, 2007). Keadaan ini berlaku apabila pengambilan kalori tidak seimbang dengan keperluan tenaga yang diperlukan oleh individu (Mahathevan, 2007). BMI merupakan indeks pengukuran berat badan berbanding ketinggian yang digunakan bagi mengukur status berat badan individu. Individu yang mempunyai nilai BMI 25.7 dan ke atas dikategorikan sebagai obes (*WHO Experts Consultation*, 2004).

Berdasarkan kajian ini, obesiti merujuk kepada keadaan tubuh badan individu yang mempunyai berat badan yang berlebihan daripada berat normal yang sepatutnya. Individu obes di dalam kajian ini merujuk individu yang mempunyai berat badan berlebihan dan nilai BMI melebihi 35 ($\text{BMI} \geq 35$) dan sedang menyertai program Klinik Diet di Hospital Sultanah Bahiyah (HSB) untuk mengurangkan berat badan dengan bantuan pakar pemakanan dan pakar perubatan. Penyertaan mereka dalam program ini adalah secara sukarela selepas mendapat nasihat daripada pakar perubatan di hospital tersebut.

1.8.2 Psikososial

Berdasarkan The UN Refugee Agency (2016), definisi psikososial merujuk kepada hubungan rapat antara aspek psikologi dan sosial merangkumi pengalaman manusia secara meluas. Istilah psiko merangkumi elemen berkaitan perasaan, pemikiran, sikap, emosi dan lazimnya difahami sebagai bersifat dalaman dan berkait rapat dengan pemikiran. Manakala istilah sosial sebagai hubungan antara individu dengan luarannya, seperti interaksi dalam keluarga, di tempat kerja dan secara amnya dalam persekitaran sosio-budaya. Istilah psikososial melibatkan aspek psikologi dan sosial.

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologi atau sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. Masalah psikososial adalah bersifat kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik dan kesan perubahan sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa. George (2005) menggarap definisi ‘psikososial’ dengan berpandukan definisi ‘psikologikal’ yang diberikan oleh kamus Merriam-Webster iaitu berkaitan dengan keadaan pemikiran dan tingkah laku seseorang individu atau sesuatu kumpulan manakala isitilah sosial pula

sebagai berkaitan dengan masyarakat. Menurut arc-online.org (2009) pula, definisi psikososial merujuk kepada perkaitan rapat antara aspek pengalaman manusia dan pengalaman sosial yang lebih luas.

Berdasarkan kajian ini, psikososial merujuk kepada tiga aspek yang ingin diteroka oleh pengkaji iaitu isu, kesan dan reaksi yang dialami oleh individu disebabkan oleh masalah obesiti yang dihadapi oleh mereka.

1.9 Rumusan

Dalam bab ini telah diuraikan dan dijelaskan perkara-perkara yang menjadi asas dan hala tuju kajian. Dalam bahagian objektif kajian, pengkaji telah menetapkan matlamat-matlamat yang hendak dicapai di akhir kajian ini. Soalan kajian turut ditentukan berdasarkan soalan kajian yang telah ditetapkan terlebih dahulu. Kemudian, objektif kajian turut dibentuk berdasarkan soalan kajian. Kajian ini turut dibataskan skopnya agar kajian ini mudah dan munasabah untuk dilakukan. Akhir sekali, dalam bahagian definisi konseptual telah diterangkan maksud beberapa istilah dan konsep yang penting dalam kajian ini. Bab seterusnya akan membincangkan mengenai kajian literatur berkaitan kajian ini.

BAB DUA

SOROTAN LITERATUR

2.0 Pendahuluan

Bab ini akan menjelaskan secara terperinci mengenai isu-isu yang berkaitan dengan obesiti berdasarkan kajian-kajian sebelum ini. Bab ini juga turut membincangkan mengenai teori yang akan digunakan bagi membincangkan hasil dapatan kajian ini.

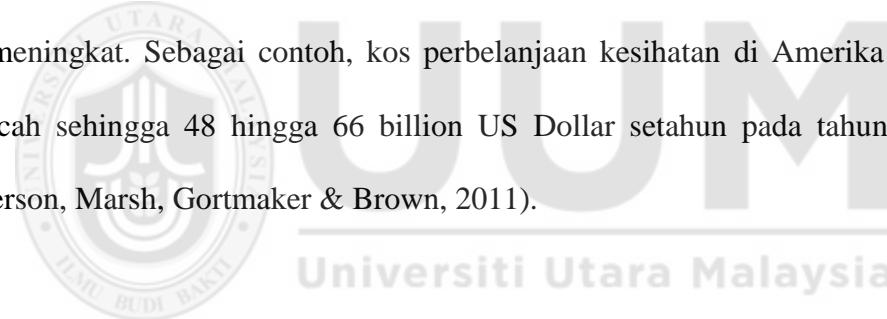
2.1 Obesiti dan Kesihatan Fizikal

Keadaan kesihatan yang buruk merupakan frasa yang sering digunakan untuk merujuk kepada individu yang obes. Hal ini demikian kerana individu obes berisiko tinggi mengalami penyakit kronik seperti diabetes, hipertensi, kardiovaskular, strok dan pelbagai jenis kanser seperti *endometrial*, *ovarian*, *cervical*, *postmenopausal breast* dan *prostat* (Karasu & Karasu, 2010; Shariff & Khorr, 2005). Ini menunjukkan obesiti membebankan aspek kesihatan fizikal dan seterusnya mengurangkan kualiti kehidupan seseorang.

2.2 Obesiti dan Ekonomi

Selain memberi kesan kepada kesihatan fizikal, obesiti juga turut meninggalkan impak negatif kepada produktiviti dan ekonomi negara (Withrow & Alter, 2011). Cawley dan Mayerhoefer (2012) mendedahkan bahawa perbelanjaan perubatan bagi individu obes per kapita adalah 2,742 US Dollar lebih tinggi berbanding individu yang tidak obes. Manakala kajian Pitayatienanan, Butchon, Yothasamut, Aekplakorn, Teerawattananon, Suksomboon, dan Thavorncharoensap (2016) melaporkan bahawa kerajaan Thailand terpaksa

membayai kos kesihatan yang disebabkan oleh obesiti sebanyak 5,584 juta Baht. Terdapat dua jenis perbelanjaan berhubung dengan rawatan obesiti dan keadaan berkaitan obesiti iaitu kos secara langsung dan kos tidak langsung. Kos langsung melibatkan kos perkhidmatan kesihatan seperti kos pembedahan, makmal, ujian radiologi dan terapi. Manakala kos tidak langsung pula merangkumi produktiviti kerja yang menurun kerana pekerja tidak hadir bekerja berikutan masalah kesihatan kesan akibat obesiti (Colditz, 1992). Di samping itu juga, majikan terpaksa membayar nilai insurans dan pampasan yang lebih tinggi kepada pekerja yang obes berbanding pekerja yang memiliki berat badan normal (Troglon, Finkelstein, Hylands, Bellea & Kamal-Bahl, 2009). Sekiranya masalah obesiti tidak ditangani dengan segera, perbelanjaan bagi masalah berkaitan obesiti akan terus meningkat. Sebagai contoh, kos perbelanjaan kesihatan di Amerika Syarikat akan mencecah sehingga 48 hingga 66 billion US Dollar setahun pada tahun 2030 (Wang, McPherson, Marsh, Gortmaker & Brown, 2011).



2.3 Stigma dan Diskriminasi

Kehidupan dalam masyarakat dan budaya yang menyanjung tinggi dan menganggap tubuh badan yang langsing dan kurus sememangnya memberi cabaran yang tersendiri kepada individu yang mengalami obesiti. Lewis, Thomas, Blood, Castle, Hyde dan Komesaroff (2011) menjelaskan bahawa keadaan tubuh badan individu obes sangat jelas kepada umum dan tidak dapat disembunyikan. Malahan, kewujudan industri mengurangkan berat badan, industri fesyen, media, pakar kesihatan telah memperkuuhkan dan memperhebatkan lagi isu stigma obesiti dalam masyarakat.

Beberapa kajian telah mendedahkan bahawa individu obes sering menjadi mangsa stereotaip yang menggambarkan mereka ini mempunyai sikap yang pemalas, tidak berjaya dalam kehidupan, tidak bijak dan kurang berdisiplin dalam kehidupan (Puhl & Heur, 2009; Puhl & Latner, 2007). Stereotaip sebegini telah memberi laluan kepada kewujudan stigma, prejedis dan diskriminasi terhadap golongan obes dalam pelbagai aspek kehidupan termasuklah dunia pekerjaan, perkhidmatan kesihatan, pendidikan, media massa dan hubungan peribadi (Puhl & Heur, 2009). Malahan, filem, majalah dan internet sering menggambarkan individu obes mempunyai ciri-ciri negatif seperti jahat, tidak mesra, tidak menarik dan kejam (Ata & Thompson, 2010).

Kajian dalam bidang psikologi menunjukkan individu obes menghadapi stigma kerana masyarakat beranggapan bahawa masalah obesiti berpunca oleh faktor diri sendiri iaitu merangkumi faktor tabiat makan secara berlebihan dan kurang bersenam dan mereka mempunyai tanggungjawab untuk mengawalnya (Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldstein & Edwards-Leeper, 2004). Realitinya, terdapat banyak faktor lain yang merupakan punca obesiti dan tidak mampu dikawal oleh individu seperti pengaruh faktor biologi dan genetik, sosio-ekonomi dan persekitaran obesogenik yang mempromosikan obesiti (Finklestein, Ruhm & Kosa, 2005).

Stigma berkaitan berat badan juga seringkali disalah anggap sebagai salah satu cara yang boleh membantu golongan obes mengurangkan berat badan (Puhl & Brownell, 2003). Namun begitu, kajian oleh Lewis, Thomas, Blood, Castle, Hyde dan Komesaroff (2011)

mendapati pengalaman stigma yang memalukan tidak membantu untuk memberi motivasi bagi mengurangkan berat badan tetapi lebih memberi kesan yang sebaliknya dan menjadi penghalang kepada penyertaan dalam aktiviti-aktiviti yang mempromosikan kesihatan, amalan pemakanan yang tidak sihat dan tahap aktiviti fizikal yang rendah. Ini merupakan antara faktor yang menyumbang kepada obesiti dan kenaikan berat badan. Kajian oleh Storch, Milsom, DeBraganza, Lewin, Geffken dan Silverstein (2007) mendapati mangsa stigma berkaitan berat badan mempunyai tahap penglibatan yang rendah dalam aktiviti fizikal, mempunyai persepsi yang negatif kepada aktiviti sukan, dan penyertaan pelajar berat badan berlebihan yang rendah dalam aktiviti fizikal di sekolah.

Individu obes yang mengalami stigma berkaitan berat badan juga didapati cenderung terlibat dengan *binge eating* dengan lebih kerap dan mengalami gangguan pemakanan yang serius (Ashmore, Friedman, Reichman & Musante, 2008). Terdapat kajian yang menunjukkan faktor tekanan psikologi mungkin berperanan dalam mencetuskan hubungan antara stigma dan *binge eating*, di mana pengalaman stigma menganggu fungsi psikologi seterusnya meningkatkan risiko tingkah laku *binge eating* (Ashmore et al., 2008). Malahan, mengambil makanan dengan lebih banyak dan mengelakkan diri daripada melakukan diet merupakan antara cara untuk mengatasi stigma (Puhl & Brownell, 2006). Berdasarkan kajian Puhl, Moss-Racusin dan Schwartz (2007), didapati perempuan obes yang mengalami stigma dilaporkan lebih kerap terlibat dengan *binge eating* dan menolak untuk melakukan diet sihat berbanding dengan individu obes yang tidak mengalami

stigma. Mereka juga turut mengelak untuk melakukan aktiviti senaman walaupun selepas mengawal BMI dan ketidakpuasan imej badan.

Selain daripada isu stigma, individu obes juga cenderung mengalami isu diskriminasi terutamanya dalam dunia pekerjaan. Menurut Carr dan Friedman (2005), individu yang mengalami obes tahap II dan III dilaporkan mengalami diskriminasi dalam dunia pekerjaan berbanding mereka yang memiliki berat badan yang normal berdasarkan kajian yang dilakukan ke atas 3,000 orang di USA. Malahan, kajian yang dilakukan oleh Roehling, Roehling dan Pichler (2007) juga mendapati individu berlebihan berat badan dilaporkan 12 kali mengalami diskriminasi pekerjaan manakala individu obes 37 kali.

Tunceli, Li dan Williams (2006) juga telah menjalankan kajian antara tahun 1986 hingga 1999 dan mendapati individu obes lebih cenderung untuk tidak diambil bekerja hanya disebabkan oleh masalah berat badan yang dihadapi walaupun selepas faktor pengalaman dan pendidikan di kawal. Magallares, Marios & Rubio (2011) mendapati diskriminasi pekerjaan meninggalkan kesan yang boleh mengurangkan kesejahteraan psikologikal individu obes terutamanya dalam aspek penghargaan kendiri dan kepuasan dalam menjalani kehidupan. Malahan, kajian ini juga mendapati diskriminasi dalam dunia pekerjaan juga menghasilkan individu obes yang mempunyai kepercayaan bahawa mereka sememangnya tidak berupaya bersaing seperti individu yang memiliki berat badan normal, mencetuskan kerisauan yang melampau dan akhirnya boleh menyebabkan prestasi kerja mereka terganggu. Kesimpulannya, walaupun stigma dan diskriminasi berkaitan obesiti

tidak dirujuk sebagai perkara yang memerlukan perhatian untuk menentang obesiti dan jarang dibincangkan dalam konteks kesihatan awam (MacLean, Edwards, Garrrad, Sims-Jones, Clinton & Ashley, 2009), isu stigma dan diskriminasi berkaitan berat badan tidak wajar dipandang ringan malahan perkara ini perlu diberi penekanan sebagai isu keadilan sosial dan keutamaan dalam intervensi kesihatan dalam obesiti (Puhl & Heur, 2010).

2.4 Faktor Obesiti

Jumlah lemak yang terkumpul dalam badan bergantung kepada keseimbangan pengambilan tenaga dengan penggunaannya. Terdapat banyak faktor yang boleh dikaitkan dengan perkembangan obesiti. Antaranya seperti faktor aktiviti fizikal, makanan segera, genetik dan psikologi.

2.4.1 Aktiviti fizikal

Individu disarankan agar melibatkan diri dengan aktiviti fizikal sekurang-kurangnya 2 hingga 3 kali seminggu (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2015). Pengurangan aktiviti fizikal boleh menjadi salah satu faktor penyumbang kepada masalah obesiti. Kajian Monthomerie, Chittleborough dan Taylor (2014) melaporkan bahawa perkembangan masalah obesiti mempunyai hubungan dengan penurunan aktiviti fizikal. Malahan, didapati kadar obesiti adalah tinggi dalam kalangan individu dewasa yang tidak melibatkan diri dalam aktiviti fizikal (Pan, Freedmanm Gillespie, Park & Sherry, 2011). Dapatan kajian yang sama melibatkan golongan remaja juga menunjukkan tahap aktiviti fizikal yang rendah mempunyai hubungan yang signifikan dengan obesiti (Williams & Mummery, 2011).

Selain daripada mencegah obesiti, penglibatan dalam aktiviti fizikal yang aktif boleh membantu mengurangkan risiko penyakit kronik yang lain seperti penyakit jantung, hipertensi dan obesiti. Malahan, aktiviti fizikal turut memberi kesan positif kepada otot, sistem kardiovaskular, pernafasan dan endokrin (Park, Lee & Hong, 2009).

Walau bagaimanapun, penglibatan dalam aktiviti fizikal boleh dipengaruhi oleh faktor persekitaran. Persekitaran yang menggalakkan aktiviti fizikal adalah seperti taman rekreasi, kawasan pejalan kaki, sekolah, tempat kerja, taman permainan, pusat penjagaan kanak-kanak dan tempat rekreasi peribadi (Salis & Glanz 2009). Persekitaran yang menggalakkan aktiviti fizikal (kemudahan rekreasi) mempunyai hubungan positif dengan risiko berat badan berlebihan dan obesiti yang rendah (Gordon-Larsen et al. (2006). Kurang kemudahan rekreasi dan tiada sokongan untuk berjalan kaki merupakan risiko obesiti.

2.4.2 Makanan Segera

Pengambilan makanan segera mempunyai hubungan dengan peningkatan pengambilan kalori dalam diet seharian individu. Berdasarkan *National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2010* yang melibatkan 18,098 individu di Amerika Syarikat (18 tahun ke atas), pengambilan makanan segera mempunyai hubungan dengan peningkatan pengambilan kalori. Malahan, kajian turut melaporkan bahawa pengambilan makanan segera juga mempunyai hubungan dengan peningkatan lemak, lemak tepu, kolestrol dan garam (An, 2016). Berdasarkan kajian Sakinah, Seong-Ting, Rosniza dan Jayah (2012),

didapati pengambilan makanan segera yang kerap merupakan faktor penyumbang kepada obesiti. Terdapat hubungan yang signifikan antara kekerapan pengambilan makanan segera dengan obesiti (Braithwaite, Stewart, Hancox, Beasley, Murphy & Mitchell, 2014).

Pengambilan tenaga yang tidak seimbang hingga menyebabkan pengumpulan lemak yang berlebihan berlaku disebabkan oleh tingkah laku yang dipengaruhi oleh persekitaran Obesiti berlaku kesan daripada tindak balas normal antara individu dengan persekitaran obesogenik. Menurut Swinburn, Sacks, Hall, McPherson, Finegood, Moodie dan Gortmaker (2011), persekitaran obesogenik ialah persekitaran yang menggalakkan obesiti. Pengambilan makanan segera juga turut dipengaruhi oleh persekitaran pengguna yang menyifatkan individu terdedah sumber makanan terutamanya melibatkan kepelbagaiannya jenis makanan, promosi dan harga (Glanz, Sallis & Saelens, 2005).

Pengambilan makanan segera yang boleh dipengaruhi oleh faktor lokasi restoran makanan segera dan perkhidmatan penghantaran percuma yang dikenalpasti mempunyai hubungan dengan obesiti (Davis & Carpenter, 2009). Walaupun harga makanan segera adalah agak mahal, namun hal tersebut tidak menjadi masalah kepada subjek. Hal ini demikian kerana individu yang mempunyai sumber keewangan yang tinggi mempunyai kuasa membeli yang baik (Wake, Salmon, Waters, Wright dan Hesketh, 2002). Peningkatan rangkaian restoran makanan segera telah menggalakkan amalan pemakanan makanan segera. Restoran makanan segera telah dikenalpasti sebagai faktor penyumbang kepada obesiti (Brownell, 2004). Individu yang tinggal berhampiran dengan lokasi restoran makanan

segera didapati mempunyai BMI yang tinggi. Ini menunjukkan lokasi restoran makanan segera berisiko menyumbang kepada obesiti (Kruger, Greenbergh, Murphy, DiFazio & Youra, 2014).

2.4.3 Genetik

Genetik juga merupakan antara penyumbang penting perkembangan obesiti. Genetik menyumbang 65 peratus dalam aspek pengumpulan lemak dan kawalan berat badan (Rankinen, Zuberi, Chagnon, Weisnagel, Argyropoulos, Watts, Pe`russe & Bouchard, 2006). Pengagihan lemak dalam tubuh badan juga menunjukkan perbezaan. Terdapat individu yang mempunyai himpunan lemak di kawasan pinggang dan organ dalaman. Individu yang mengalami keadaan ini dikenali sebagai *android* atau ‘bentuk epal’ dan biasanya lebih dominan dalam kalangan lelaki. Manakala pengumpulan lemak di bahagian punggung yang lebih banyak dikenalpasti dalam kalangan wanita dikenali sebagai *gynoid* atau ‘bentuk pir’ (Karasu & Karasu, 2010).

Pengumpulan lemak berlebihan juga berbeza mengikut individu walaupun tinggal dalam persekitaran yang sama (Friedman, 2009). Hal ini dipengaruhi oleh cara gen-gen berinteraksi dan bertindak balas dengan persekitaran individu. Faktor *neuro-endocrine* dan *gastrointestinal* memainkan peranan melibatkan biologi individu. Terdapat ratusan jenis hormon seperti *insulin*, *leptin*, *ghrelin*, *adi-ponectin*, *cortisol*, *neuropeptide Y*, *gastrin*, *cholecystokinin*, *amylin* dan *glucagon* yang dihasilkan oleh organ yang berbeza di dalam tubuh badan manusia, termasuklah otak dan tisu adipos yang tergolong dalam pengawalan berat badan (Karasu & Karasu, 2010).

2.4.4 Psikologi

Aspek psikologi melibatkan hubungan dengan akal fikiran terutamanya pemakanan, pilihan makanan, faktor kognitif (regulasi kendiri, motivasi, efikasi kendiri, persepsi prejudis, diskriminasi) dan simptom psikiatri (keresahan dan kemurungan) dalam kalangan individu obes (Sylvia dan Karasu, 2012). Individu kebiasaannya menukar tabiat pemakanan apabila sedang mengalami stress. Ini menunjukkan stress cenderung mempromosikan obesiti melalui tabiat pemakanan. Menurut Tomiyama, Dallman dan Epel (2011), stress boleh menyebabkan peningkatan pengambilan makanan. Lebih 40 peratus individu menukar tabiat pemakanan dengan mengambil lebih banyak makanan berbanding biasa apabila sedang mengalami stress (Torres & Nowson, 2007).

Malahan, kajian Serlachius, Hamer dan Wardle (2007) turut mendapati peningkatan berat badan dalam kalangan 286 pelajar di Universiti London disebabkan oleh faktor stress. Pengambilan makanan semasa stress mempunyai hubungan dengan peningkatan pengambilan gula dan lemak (Dallman, 2010). Manakala, peningkatan makanan yang berkalori tinggi dan lemak juga diambil ketika stress (Zellner, Loaiza, Gonzalez, Pita, Morales, Pecora & Wolf, 2006). Selain itu juga, stress turut mempunyai hubungan dengan tindakan mengambil makanan walaupun tidak lapar (Rutters, Nieuwenhuizen, Lemmens, Born & Westerterp-Plantenga (2009).

Binge eating juga mempunyai hubungan dengan perkembangan obesiti. Berdasarkan kajian Tanofsky-Kraft, Wilfley, Young, Mufson, Yanovski, Glasofer & Salaita (2007), individu yang mengalami menunjukkan simptom *binge eating* mempunyai hubungan dengan obesiti. Individu yang sering mengalami kemrungan, kebosanan atau mengalami tekanan dalam kehidupan cenderung untuk mengalami *binge eating*. Selain daripada itu, tabiat menjadikan makanan sebagai ganjaran kepada diri sendiri mempunyai hubungan dengan berat badan berlebihan berbanding individu berat badan normal.

2.5 Ejekan dan Tingkah Laku Buli

Ejekan berkaitan berat badan dan buli merupakan antara masalah sosial yang dikesan mempunyai hubungan dengan obesiti. Neumark-Sztainer, Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P., & Mulert (2002) telah menjalankan kajian bagi mengenalpasti tahap ejekan berkaitan berat badan dalam kalangan remaja. Sampel kajian terdiri daripada 4,747 peserta *Project EAT (Eating Among Teens)*. Hasil kajian mendapati, 63 peratus remaja perempuan dan 58 peratus remaja lelaki obes pernah menjadi mangsa ejekan berkaitan berat badan oleh rakan sebaya berbanding 21 peratus remaja perempuan dan 11 peratus remaja lelaki yang mempunyai berat badan yang normal.

Puhl, Luedicke dan Heuer (2011) juga melaporkan 92 peratus pelajar mengakui pernah melihat pelajar yang mempunyai berat badan berlebihan dan obesiti diejek mengenai berat badan, menerima gangguan secara fizikal dan lisan di sekolah. Manakala 84 peratus pelajar yang mengalami berat badan berlebihan dan obesiti melaporkan bahawa mereka

kerap menerima ejekan berkaitan berat badan terutamanya ketika menjalani aktiviti fizikal di sekolah. Selain itu, 66 hingga 77 peratus daripada mereka dilaporkan sering dikecualikan daripada menyertai aktiviti sosial dan diejek semasa mengunjungi kafeteria sekolah serta sering menjadi mangsa penyebaran khabar angin yang negatif.

Dapatan yang sama juga turut ditemui oleh Hayden-Wade, Stein, Ghaderi, Saelens, Zabinski dan Wilfey (2005) yang telah menjalankan kajian perbandingan mengenai pengalaman ejekan berkaitan berat badan berdasarkan 70 orang kanak-kanak obesiti dan 86 orang kanak-kanak tidak obes (10 hingga 14 tahun) dari beberapa sekolah awam yang menjadi sampel kajian. Hampir 90 peratus kanak-kanak obesiti dilaporkan sering menjadi mangsa ejekan berkaitan berat badan berbanding 30 peratus kanak-kanak yang tidak obes. Kajian ini juga turut mendedahkan 78 peratus remaja yang berlebihan berat badan diejek disebabkan oleh penampilan mereka manakala 89 peratus diejek mengenai berat badan mereka serta diasosiasikan dengan tahap keimbangan mengenai berat badan dan aktiviti sedentari yang tinggi dan mempunyai keyakinan penampilan fizikal yang rendah.

Ejekan berkaitan berat badan bukan sahaja diterima daripada rakan sebaya, malahan remaja obes turut menerimanya daripada ahli keluarga. Tindakan ini boleh mengganggu psikologi remaja yang sedang mengalami perkembangan yang sangat penting dalam pembentukan identiti. Berdasarkan sumber ejekan yang diterima, terdapat perbezaan masalah psikologi yang dihadapi oleh remaja obes. Kajian Keery, Bountelle, van de Berg dan Thompson (2005) mendapati remaja obes yang menerima ejekan dari ibu lebih

cenderung mengalami kemurungan manakala gangguan pemakanan, penghargaan kendiri dan imej tubuh yang rendah serta kemurungan pula berpunca dari ejekan yang diterima daripada bapa.

Manakala kajian Hayden-Wade et al. (2005) melaporkan 29 peratus remaja perempuan yang diejek mengenai berat badan oleh adik beradik mereka mempunyai tahap kemurungan yang tinggi berbanding mereka yang tidak diejek. Selain itu, ejekan mengenai berat badan turut mempunyai hubungan dengan pelbagai aspek kesejahteraan hidup seperti penghargaan kendiri yang rendah (Kutob, Senf, Crago & Shisslak , 2010), penurunan kualiti kehidupan (Stern, Mazzeo, Gerke, Bryan & Laver, 2007), diet dan gangguan pemakanan (Puhl & Latner, 2007), kesunyian, kebimbangan, dan penurunan aktiviti fizikal (Puhl & Latner, 2007; Storch et al. 2007).

Lebih membimbangkan, ejekan mengenai berat badan juga turut menyebabkan remaja obes cenderung mempunyai idea untuk membunuh diri dan pernah mencuba untuk membunuh diri (Eisenbergh, Neumark-Sztainer & Story, 2003). Ejekan yang diterima mengenai berat badan boleh berlarutan dalam jangka masa yang panjang. Kajian Eisenberg, Neumark-Sztainer, Haines & Wall (2006) mendedahkan 61 peratus remaja obes masih berterusan menerima ejekan dan mempunyai penghargaan kendiri yang rendah, ketidakpuasan terhadap imej tubuh badan serta mengalami simptom kemurungan yang tinggi walaupun selepas tempoh lima tahun.

Selain daripada ejekan berkaitan berat badan, remaja obes didapati turut terlibat dengan masalah buli. Janssen, Craig, Boyce, & Pickett (2004) telah menjalankan kajian bagi mengenalpasti hubungan antara obesiti dan tingkah laku buli dalam kalangan 5, 749 kanak-kanak dan remaja di Kanada (11 hingga 16 tahun). Hasil kajian melaporkan kanak-kanak dan remaja obesiti lebih cenderung menjadi mangsa buli secara lisan contohnya dipanggil dengan diejek berkaitan berat badan, panggilan atau diberi gelaran nama yang tidak menyenangkan, tingkah laku buli secara fizikal contohnya menendang, memukul dan menolak, dan tingkah laku buli dalam perhubungan seperti memutuskan persahabatan, menyebarluaskan cerita negatif dan penipuan.

Remaja obes juga tidak hanya menjadi mangsa sebaliknya turut dilaporkan menjadi pembuli. Bergh, Simonsson & Ringqvist (2005) mendapati 40 peratus remaja obes turut bertindak sebagai pembuli manakala 33 peratus remaja lelaki obes mengakui pernah ditendang dan dipukul berdasarkan kajian keratan rentas dalam kalangan 989 remaja lelaki yang berusia 15 tahun di Sweden. Malahan kajian Griffiths dan rakan (2006) turut meramalkan bahawa kanak-kanak obes akan menjadi mangsa buli apabila memasuki alam remaja sekiranya mereka kekal obes berdasarkan kajian longitunidal ke atas 8, 210 orang kanak-kanak di Southwest, England.

2.6 Pengasingan Sosial

Penolakan dan pengasingan sosial merupakan antara pengalaman yang dilaporkan oleh individu obes berdasarkan tinjauan literatur. Puhl dan rakan (2011) mendapati kira-kira 66 hingga 77 peratus remaja obes melaporkan diri mereka sering dikecualikan dari menyertai aktiviti sosial. Remaja obes juga didapati lebih cenderung melibatkan diri dengan rangkaian sosial dan mengalami pengasingan sosial. Ini berdasarkan kajian oleh Strauss dan Pollack (2003) yang telah meninjau rangkaian sosial yang melibatkan sampel kajian yang besar iaitu 90, 119 orang remaja (13 hingga 18 tahun) di Amerika Syarikat. Manakala kajian oleh Bergh et al. (2005) mendapati remaja lelaki obes dua kali lebih sukar menemui rakan baru dan tiga kali ganda dilaporkan tidak mempunyai rakan atau hanya memiliki seorang kawan rapat sahaja. Masalah berkaitan hubungan rakan sebaya seperti sukar mendapat kawan bukan sahaja dialami semasa remaja, malahan turut dilaporkan berlaku dalam kalangan kanak-kanak seawal usia 5 hingga 6 tahun. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh kesan stigma masyarakat yang sering menganggap kanak-kanak dan remaja obesiti sebagai pemalas, bodoh, hodoh, jahat dan tidak gembira (Puhl & Latner, 2007).

Kajian turut mendapati remaja perempuan obes lebih berisiko mengalami penolakan dan pengasingan sosial berbanding remaja lelaki obesiti (Boneberger, von Kries, Milde-Bush, Bolte, Rochat, & Ruckinger, 2009). Pearce, Boergers & Prinstein (2002) telah mengkaji hubungan antara obesiti dan perhubungan romantik dalam kalangan remaja dan melaporkan remaja perempuan obesiti kurang terlibat dengan hubungan percintaan

berbanding rakan sebaya yang mempunyai berat badan normal. Selain itu, remaja lelaki dan perempuan obesiti dilaporkan kurang berpuas hati dengan status hubungan mereka berbanding remaja yang tidak obes. Kajian lain turut mendapati pelajar yang mempunyai berat badan berlebihan sering menerima komen negatif dari guru yang menyebabkan mereka rasa sedih dan kecewa lalu mengelakkan diri dari menyertai kelas aktiviti fizikal (Jodkowska, Oblacinska, Tabak & Radiukiewicz, 2010; Bauer, Yang & Austin, 2004).

Carr dan Friedman (2005) melaporkan bahawa individu obes tahap II dan III iaitu mempunyai BMI melebihi 35 ke atas lebih cenderung mengalami diskriminasi dalam dunia pekerjaan berdasarkan kajian di Amerika. Malahan, mereka turut didapati mempunyai tahap penerimaan sosial yang rendah berbanding individu yang memiliki berat badan yang normal. Selain itu juga, diskriminasi yang dialami oleh individu obes boleh menyebabkan mereka mengalami penurunan kualiti kesejahteraan hidup dari aspek penghargaan kendiri dan kepuasan kehidupan (Magallares et al. 2011).

2.7 Kemurungan

Kemurungan dan obesiti mempunyai hubungan yang sepadan. Hal ini demikian kerana obesiti boleh menjadi punca kepada kemurungan dan sebaliknya. Berdasarkan kajian oleh Luppino, de Wit, Bouvy, Stijnen, Cuijpers, Penninx dan Zitman (2010), didapati obesiti mempunyai hubungan dengan peningkatan risiko kemurungan. Malahan, kemurungan juga dilaporkan memberi kesan kepada perkembangan obesiti. Selain itu, kajian Pratt dan Brody (2014) juga melaporkan bahawa individu dewasa yang mengalami kemurungan

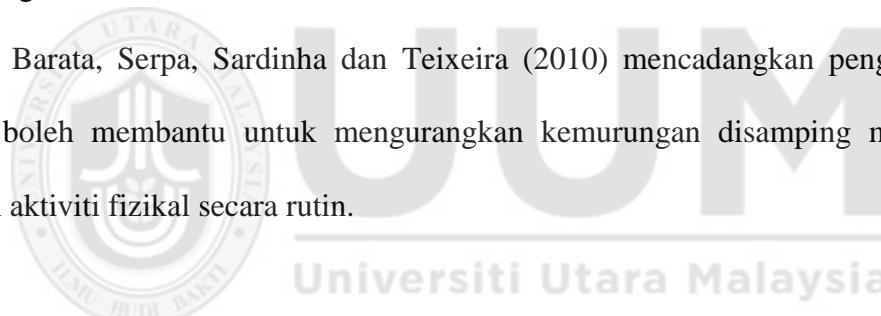
lebih cenderung untuk mengalami obesiti berbanding individu dewasa yang tidak mengalami kemurungan. Herva, Laitinen, Miettunen, Veijola, Karvonen, Lakshy dan Joukamaa (2006) turut mendedahkan bahawa individu dewasa yang mempunyai mempunyai pengalaman obesiti semasa berusia 14 tahun mengalami tahap kemurungan yang lebih tinggi berbanding mereka yang mempunyai berat badan yang normal ketika usia remaja.

Richardson, Davis, Poulton, McCauley, Moffitt dan Caspi (2003) mendapati remaja perempuan yang mengalami kemurungan juga berisiko untuk mengalami obesiti semasa dewasa. Lebih buruk, remaja yang pernah mengalami kemurungan akan berterusan melaluinya dalam jangka masa yang panjang. Ini berdasarkan hasil dapatan kajian oleh Anderson, Cohen, Naumova dan Must (2006) yang melaporkan bahawa remaja perempuan Amerika Afrika dan *White American* yang mengalami kemurungan akibat masalah obesiti akan terus mengalami simptom-simptom kemurungan apabila dewasa. Walau bagaimanapun, kajian ini mempunyai limitasi kerana tidak melibatkan remaja lelaki.

Pengalaman yang dilalui oleh individu obes turut bertanggungjawab menyebabkan masalah kemurungan berlaku secara tidak langsung. Dalam kalangan remaja, Neimark, Shim, Mattox dan Holden (2012) melaporkan remaja obes mengalami kemurungan disebabkan oleh pengalaman menjadi mangsa buli dan ejekan berkaitan berat badan mereka. Malahan, Daniels (2006) mendedahkan kemurungan dalam kalangan remaja obes

turut berpunca daripada kurang mempunyai kawan dan sering berasa terpinggir dari rakan mereka.

Selain mempunyai hubungan dengan obesiti, masalah kemurungan turut meningkatkan risiko kepada pelbagai komplikasi kesihatan lain yang menghalang individu daripada menjalani kehidupan berkualiti (Flegal, Graubard, Williamson & Gail 2005; Daniels, 2006). Jestard, Boutelle, Ness dan Stice (2010) dan Eremis, Cetin, Tamar, Bukusoglu, Akdeniz dan Gokses (2004) mendapati remaja obes yang mengalami kemurungan mempunyai gangguan emosi, tahap aktiviti fizikal dan penghargaan kendiri yang rendah serta tingkah laku delikuensi. Sementara Palmeira, Branco Martins, Minderico, Silva, Vieira, Barata, Serpa, Sardinha dan Teixeira (2010) mencadangkan pengurangan berat badan boleh membantu untuk mengurangkan kemurungan disamping melibatkan diri dengan aktiviti fizikal secara rutin.



Walaupun beberapa kajian mendapati obesiti mempunyai hubungan dengan kemurungan, Daniels (2005) menyangkal dakwaan tersebut dan berpendapat bahawa obesiti bukan faktor penyebab kepada masalah kemurungan sebaliknya kemurungan mempunyai hubungan dengan perasaan bimbang mengenai berat badan dan tingkah laku diet berdasarkan kajian dalam kalangan remaja berusia 16 hingga 18 tahun. Pendapat beliau turut disokong oleh Kim dan Kim (2001) yang mendapati kemurungan berlaku disebabkan oleh faktor persepsi mengenai masalah berat badan manakala faktor BMI tidak

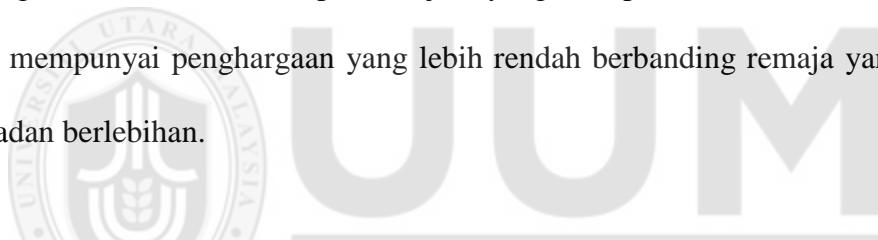
mempengaruhi keadaan ini berdasarkan kajian yang dijalankan ke atas 303 remaja perempuan di Korea.

2.8 Penghargaan Kendiri

Penghargaan kendiri yang negatif merupakan salah satu aspek kesihatan psikologi yang didapati mempunyai hubungan dengan obesiti dan pelbagai aspek lain dalam kehidupan individu. Kajian oleh McClure, Tanski, Gerrard dan Sargent (2010) melalui temu bual telefon mendapati remaja obes adalah dua kali ganda lebih cenderung mempunyai penghargaan kendiri yang rendah berbanding remaja yang tidak obes. Tambahan lagi, status BMI juga didapati boleh mempengaruhi penghargaan kendiri berdasarkan hasil kajian Wang dan Veugelers (2008) yang mendedahkan remaja obes mempunyai 1.44 kali tahap penghargaan kendiri yang lebih rendah berbanding remaja yang mempunyai status berat badan yang lebih rendah atau normal. Selain itu, kajian turut melaporkan bahawa tahap pendidikan ibu bapa, ekonomi keluarga dan penglibatan fizikal yang positif merupakan faktor pelindung kepada masalah penghargaan kendiri yang rendah. Sekiranya masalah penghargaan kendiri yang rendah tidak dicegah, remaja yang mengalaminya akan mengalami kemurungan (Steiger, Allemand, Robins & Fend, 2014; Orth, Robins, Widaman & Conge, 2013), kesihatan mental, fizikal dan ekonomi yang tidak memuaskan serta peningkatan penglibatan remaja dalam kes juvana (Trzesniewski, Donnellan, Moffitt, Robins, Poulton & Caspi, 2006). Berbeza dengan remaja yang mempunyai penghargaan kendiri yang rendah, penghargaan kendiri yang positif dalam kalangan remaja mempunyai hubungan dengan penglibatan aktiviti fizikal dan kehadiran sekolah yang baik (Gita Micklesfield, Pettiford & Norris, 2014; Kristjansson, Sigfusdottir & Allegrante, 2010)

sekaligus menunjukkan penghargaan kendiri yang positif merupakan petunjuk kepada kesejahteraan psikososial yang baik.

Berdasarkan jantina, didapati remaja perempuan obes lebih berisiko mengalami masalah penghargaan kendiri yang rendah berbanding remaja lelaki obes (Gitau et al. 2014). Ini menunjukkan terdapat perbezaan signifikan berdasarkan jantina antara obesiti dan penghargaan kendiri. Namun begitu, Israel dan Ivanova (2002) berpendapat sebaliknya dan menyatakan bahawa tiada hubungan antara obesiti dan penghargaan kendiri sebaliknya faktor umur lebih bertanggungjawab menjelaskan tahap penghargaan kendiri seseorang. Hal ini berikutan dapatan kajian yang melaporkan bahawa remaja yang lebih berusia mempunyai penghargaan yang lebih rendah berbanding remaja yang mempunyai berat badan berlebihan.



Obesiti turut mempunyai hubungan dengan penghargaan kendiri yang rendah yang mana sering mempunyai kaitan dengan prejedis, diskriminasi yang dialami oleh individu obes yang berada dalam lingkungan masyarakat yang obses dengan tubuh badan yang kurus (Puhl & Brownell, 2001), imej tubuh badan yang negatif, kualiti hidup yang rendah, gangguan emosi dan kemurungan (Loveman, Frampton, Shepherd, Picot, Cooper, Bryant, Welch & Clegg, 2011). Pengurangan berat badan didapati boleh meningkatkan penghargaan kendiri individu (McGregor, McKenna, Gately & Hill, 2016). Peningkatan BMI mempunyai hubungan dengan penghargaan kendiri yang rendah (Kiviruusu, Konttinen, Huurre, Aro, Marttunen & Haukkala, 2016).

2.9 Imej Tubuh Badan

Imej tubuh badan didefinisikan sebagai persepsi seseorang terhadap tubuh badan badan, saiz dan bentuk tubuh badan yang dimiliki olehnya (Weinshenker, 2002). Budaya masyarakat setempat boleh mempengaruhi imej tubuh badan yang ideal dan memberi kesan kepada keinginan seseorang untuk memiliki bentuk badan yang bersesuaian (Martin, 2010). Berdasarkan kajian literatur, didapati obesiti mempunyai hubungan dengan imej tubuh badan yang negatif. Farah Wahida dan rakan (2011) melaporkan remaja obes lebih cenderung mempunyai imej tubuh badan yang negatif berbanding remaja yang memiliki berat badan normal dalam kalangan pelajar di Kuantan, Pahang. Malahan kajian Martins, Delegrani, Matheus, & Petroski, (2010) mendapati imej tubuh yang negatif mempunyai hubungan yang positif dengan berat badan berlebihan di Santa Maria, Brazil yang melibatkan seramai 258 orang remaja perempuan. Malahan, kajian ini turut mendapati imej tubuh badan mempunyai hubungan dengan status nutrisi seseorang.

Terdapat juga kajian yang melaporkan mengenai imej tubuh badan yang negatif dalam kalangan remaja obes. Bergh, Simonsson & Ringqvist (2005) mendapati remaja obes mempunyai imej tubuh badan yang negatif berbanding remaja yang memiliki berat badan normal. Imej tubuh badan yang negatif lebih tinggi dalam kalangan remaja lelaki obes berbanding remaja perempuan obes. Malahan, individu obes yang mempunyai imej badan yang negatif cenderung mengamalkan amalan diet seperti mengelakkan diri daripada makan, mengambil laksatif dan memuntahkan makanan (Mooney, Farley & Strugnell,

2009). Manakala, amalan diet pula mempunyai hubungan dengan tabiat makan berlebihan (*binge eating*) yang menyebabkan obesiti (Haines & Neumark-Sztainer, 2006).

Terdapat hubungan antara imej tubuh badan dengan gangguan pemakanan dan psikologi seseorang. Smolak (2004) mendapati imej tubuh badan yang negatif dalam kalangan remaja boleh meramalkan gangguan pemakanan dan pelbagai masalah psikologi yang lain dalam kalangan remaja perempuan. Manakala Stice (2002) melaporkan bahawa imej tubuh badan yang negatif merupakan faktor penentu yang paling signifikan bagi gangguan pemakanan. Selain itu, imej tubuh badan yang negatif juga mempunyai hubungan dengan kesedihan, kebimbangan, kemurungan dan gangguan pemakanan (Campbell & Hausenblas, 2009). Individu yang memiliki imej tubuh yang negatif juga cenderung mengalami gangguan psikiatri seperti *body dysmorphic disorder*, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* (Markey & Markey, 2009). Dalam kalangan remaja perempuan, imej tubuh badan yang negatif turut mempunyai hubungan dengan amalan diet yang ekstrim, dan cara mengurangkan berat badan yang tidak sihat dan *binge eating* selepas lima tahun. Individu yang mempunyai imej badan negatif juga berisiko tinggi terlibat dengan gangguan pemakanan dan pengurangan berat badan yang tidak sihat, kemurungan dan penghargaan kendiri yang rendah (Martin et al., 2010; Presnell, Bearman & Stice, 2007).

Individu yang mengalami pengurangan berat badan selepas menjalani pembedahan pintasan gastrik dilaporkan mempunyai imej tubuh badan yang lebih baik positif (Sarwer, Wadden, Moore, Eisenbergh, Raper & Williams, 2010). Imej tubuh badan merupakan

aspek yang perlu dilindungi bagi mengawal perkembangan tingkah laku yang tidak sihat yang mempunyai hubungan dengan obesiti (Neumark-Sztainer, Hannan, Haines & Story, 2006).

2.10 Diet dan Gangguan Pemakanan

Individu obes lebih cenderung untuk terlibat dengan amalan diet dan pelbagai cara mengurangkan berat badan yang tidak sihat berbanding mereka yang tidak mengalami masalah berat badan berlebihan (Goldfield, Moore, Henderson, Bucholz, Obeid & Falment, 2010). 76 peratus remaja perempuan dan 56 peratus remaja lelaki yang obes dilaporkan cuba menurunkan berat badan berbanding mereka yang mempunyai berat badan normal (Neumark-Sztainer et al. 2002).

Amalan diet boleh meramalkan perkembangan obesiti dan peningkatan berat badan (Stice, Presnell, Shaw & Rohde, 2005). Selepas mendapat berat yang diingini, individu yang berdiet juga kebiasaannya akan mengalami peningkatan semula berat badan (Scholtz & Morgan, 2009). Antara faktor yang berisiko meningkatkan semula berat badan selepas berdiet adalah mempunyai sejarah peningkatan-penurunan berat badan, tidak mengawal pemakanan, *binge eating*, tabiat makan secara emosi dan kelaparan yang terlampau (Elfhang & Rossner, 2005). Individu yang terlibat dengan pengurangan berat badan didapati terlibat dengan diet ekstrim seperti laksatif, merokok, pil pelangsingan, menahan kelaparan, mengelakkan diri daripada makan dan memuntahkan makanan (Mooney,

Farley & Strugnell, 200; Yit Siew Chin, Mohd Nasir Mohd Talib, Zalilah Mohd Shariff & Geok Lin Khor, 2008).

Pengurangan berat badan secara bahaya dan tidak sihat ini boleh menyebabkan individu tiga kali lebih berisiko untuk mengalami berat badan berlebihan selepas lima tahun (Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines & Eisenbergh 2006). Tinjauan sistematik ke atas 61 kalangan individu obes yang cuba mengurangkan berat badan juga didapati mempunyai imej badan yang negatif, ketidakpuasan tubuh badan, kesan mental yang teruk, tahap penghargaan kendiri yang rendah, jangkaan pengurangan berat badan yang tinggi, kurang bersenam, kekerapan percubaan mengurangkan berat badan (Moroshko, Brennan & O'Brien, 2011). Selain itu, kegagalan mengurangkan berat badan juga memberi kesan negatif kepada psikososial individu obes seperti penghargaan kendiri yang rendah, tahap kekecewaan yang tinggi dan mendorong peningkatan semula berat badan (Berry, Sheehan, Heschel, Knafl, Melkus, & Grey, 2004).

Berdasarkan kajian Neumark-Sztainer, Wall, Haines, Story, Sherwood dan van der Berg (2007), individu obes juga mengalami gangguan pemakanan antaranya *binge eating*. Berdasarkan *American Psychiatric Association* (2000), *binge eating* didefinisikan sebagai pengambilan makanan secara berlebihan dalam kuantiti yang besar pada satu-satu masa. Gangguan pemakanan ini mempunyai ciri-ciri seperti pengambilan makanan dengan jumlah yang banyak dalam jangka masa yang singkat (dalam masa 2 jam) dan tidak dapat mengawal diri daripada makan secara berlebihan. Individu melaporkan mereka mengalami

kemarahan, kesedihan, kebosanan dan kemurungan apabila mereka *binge eating* atau makan mengikut emosi (Ozier, Kendrick, Knol, Leeper, Perko, & Burnham, 2007).

Amalan diet cenderung menyebabkan individu mengalami peningkatan berat badan. Kajian menunjukkan individu yang mengamalkan diet mempunyai berat badan berlebihan pada akhir kajian walaupun sebelum itu dia mempunyai berat badan normal (Stevens, Jacobs, Sun, Patel, McCullough, Teras & Gapstur, 2012). Namun begitu, kajian longitudinal oleh Senf, Shisslak dan Crago (2006) dalam kalangan 1368 pelajar perempuan di Hayward dan Tucson mendapati tiada hubungan antara amalan diet dengan peningkatan berat badan. Pengurangan berat badan yang berjaya adalah sekurang-kurangnya 10 peratus daripada berat badan dan kekal selama 10 tahun (Wing & Phelan, 2005).

2.11 Kualiti Kehidupan

Obesiti sering dikaitkan dengan kualiti hidup berkaitan kesihatan yang rendah (HRQOL). HRQOL didefinisikan sebagai kesan keseluruhan perubatan meliputi aspek fizikal, mental dan kesejahteraan sosial individu (Guyatt & Feeny, 1993). Ini dibuktikan dengan beberapa hasil kajian yang konsisten yang menunjukkan hubungan yang signifikan antara obesiti dan HRQOL. Kajian Sach, Barton, Doherty, Muir, Jenkinson dan Avery (2007) ke atas 1865 orang individu dari sebuah hospital awam di UK mendapati analisis regresi menunjukkan individu obes memiliki tahap HRQOL yang rendah berbanding individu yang tidak obes. Selain itu, kajian keratan rentas ke atas 268 orang sampel kajian yang

diperoleh dari dua buah klinik di Ampangan, Negeri Sembilan bertujuan mengenalpasti HQROL dalam kalangan individu pra diabetes. Hasil kajian yang diperoleh menerusi soal selidik yang mengandungi 36 item mendapati individu pra diabetes yang obes mempunyai HRQOL yang rendah berbanding individu pra diabetes yang memiliki berat badan normal (Norliza Ibrahim et al. 2014). Individu obes dilaporkan mempunyai jumlah skor yang lebih rendah dalam aspek kendiri, sosial dan persekitaran mereka berbanding individu yang mempunyai berat badan normal (Ying-Ping, Hong-Mei, Edwards, Ting, Xiao-Ying, Yi-Ran & Patrick, 2015).

Kajian Griffiths, Parson dan Andrew (2010) mendapati individu obes bukan sahaja menunjukkan penurunan kualiti kehidupan dari sudut keupayaan fizikal, malahan turut menjelaskan penampilan dan fungsi sosial mereka. Manakala Keating, Moodie dan Swinburn (2011) berdasarkan kajian keratan rentas ke atas 2,890 pelajar yang menyertai *Pacific Obesity Prevention in Communities Project* di Australia mendedahkan remaja obesiti mempunyai skor kualiti hidup yang rendah dari aspek fungsi fizikal, sosial dan emosi. Pinhas-Hamiel dan rakan (2006) yang mengkaji HRQOL berdasarkan sampel klinikal 182 kanak-kanak dan remaja obes di klinik pediatrik obesiti dan klinik obesiti di sebuah hospital mendapati kanak-kanak obes cenderung mempunyai HRQOL yang teruk iaitu pada kadar 5.5 kali lebih tinggi berbanding kanak-kanak yang memiliki BMI normal. Walau bagaimanapun, kajian oleh Boodai dan Reilly (2013) tidak menemui sebarang hubungan signifikan antara obesiti dan HRQOL dalam kalangan 500 orang remaja Kuwait yang mungkin disebabkan oleh kesan perbezaan budaya terhadap obesiti di negara

berkenaan. Begitu juga dengan dapatan kajian Hamzaid, Talib, Azizi, Maamor, Reilly dan Wafa (2011) yang mendapati tiada perbezaan yang signifikan antara HRQOL kanak-kanak obes dengan kanak-kanak yang memiliki berat badan yang sihat berdasarkan laporan daripada pihak ibu bapa.

Kajian Gabrielsson (2008) juga mendapati individu obes bergelut dengan masalah untuk memperoleh kesejahteraan dalam kehidupan dan digambarkan mempunyai keupayaan fizikal dan sukar untuk melakukan aktiviti yang digemari. Namun begitu, didapati obesiti tidak memberi kesan yang mendalam kepada hubungan keluarga dan rakan. Malahan, lelaki obes tidak menganggap mereka obes dan saiz badan tidak dianggap masalah yang besar. Walau bagaimanapun, mereka turut mempunyai keinginan untuk mengurangkan berat badan bagi memperbaiki tahap kesihatan dan ingin menjadi seperti orang lain. Aspek yang paling terkesan adalah penjagaan kesihatan berikutan pengalaman negatif berkaitan berat badan.

2.12 Intervensi Berkaitan Obesiti

Obesiti mempunyai pelbagai impak negatif yang menjelaskan kesejahteraan hidup manusia. Oleh yang demikian, adalah penting untuk meneroka kaedah-kaedah yang besesuaian yang boleh dilaksanakan sebagai intervensi dalam bidang kerja sosial. Lawrence, Hazlett dan Hightower (2010) turut mencadangkan supaya intervensi dalam bidang kerja sosial dilaksanakan bagi membantu individu obes dengan melibatkan keluarga, sekolah, komuniti dan polisi. Antara contoh intervensi yang dicadangkan untuk membendung obesiti dalam kalangan kanak-kanak adalah seperti membimbing ibu bapa

untuk mendidik anak mereka mengamalkan pemakanan sihat dan melakukan aktiviti fizikal. Pekerja sosial juga boleh melakukan penilaian psikososial individu obes dan mengadakan sesi perjumpaan bagi meningkatkan kesedaran sebelum mereka bertemu dengan pengalaman perubatan.

Poeta, Duarter Mde, Guliano dan Mota (2013) telah membincangkan mengenai program intervensi yang melibatkan aktiviti senaman, rekreasi dan kaunseling nutrisi telah berjaya meningkatkan dan memperbaiki kualiti hidup dari aspek fizikal, emosi serta psikososial kanak-kanak obes. Selain itu, program intervensi yang mengambil masa selama 16 minggu terhadap 72 orang kanak-kanak obes menunjukkan berlakunya perubahan kualiti hidup berkaitan kesihatan yang lebih positif terutamanya dari aspek fizikal berikutan penurunan lemak viseral selepas tinjauan semula selepas 12 bulan (Bocca, Kuitert, Sauer, Stolk, Flapper & Corpeleijn, 2014). Manakala Rieger, Dean, Steinbeck, Caterson dan Manson (2009) melaporkan bahawa 22 orang individu dewasa obes dan terlibat dengan program intervensi tingkah laku kognitif yang melibatkan perasaan dan tingkah laku telah menunjukkan tahap kualiti hidup yang semakin baik dari sudut pemakanan dan ketidakpuasan tubuh badan selepas satu tahun malahan turut mengalami penurunan berat badan. Kajian ini turut mendapati perubahan yang positif penurunan berat badan telah menyebabkan fungsi psikososial mereka semakin baik.

Walaupun intervensi yang dibincangkan tidak dilakukan dalam bidang kerja sosial, namun kejayaan intervensi ini boleh memberi idea kepada pekerja sosial untuk meluaskan peranan mereka dan membantu individu obes menikmati kehidupan yang lebih sejahtera. Berdasarkan contoh intervensi yang dibincangkan, pengkaji mencadangkan supaya pekerja sosial boleh berperanan sebagai pendidik (*educator*), kaunselor (*counselor*) dan *empowerer* dalam usaha membantu klien yang obes (Zastrow, 2010).

2.13 Peranan Pekerja Sosial Berkaitan Obesiti

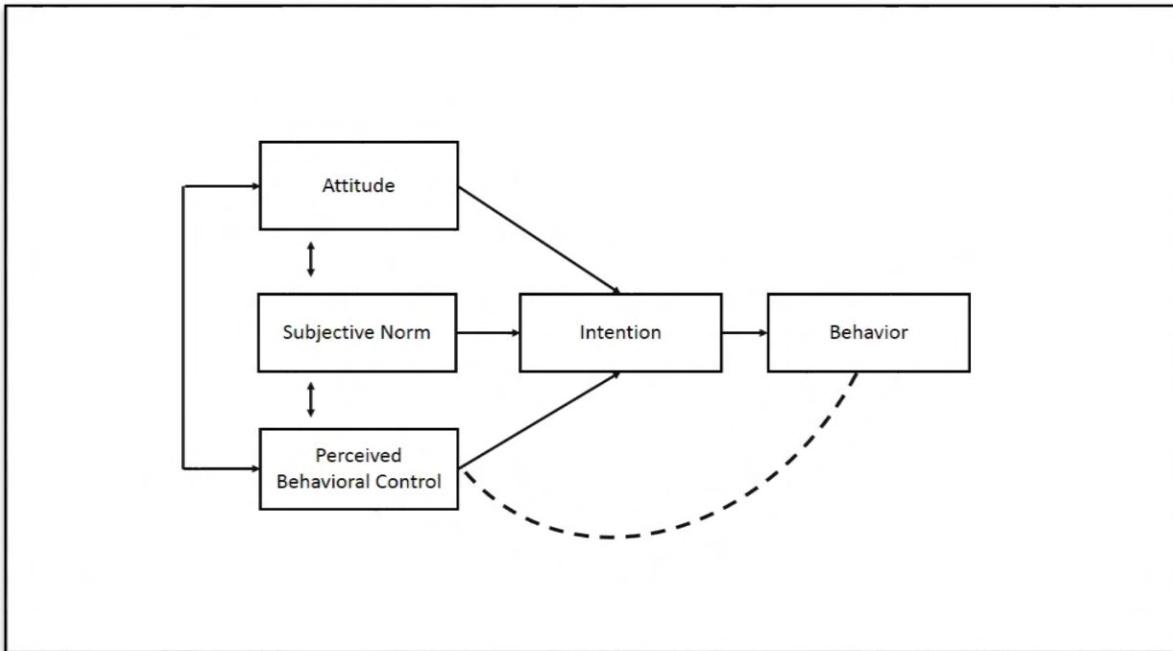
Pekerja sosial di luar negara berperanan aktif dalam isu-isu yang melibatkan obesiti. Terdapat artikel yang telah membincangkan mengenai peranan pekerja sosial dengan obesiti dalam kalangan rakyat Amerika. Selain itu juga, artikel ini turut membincangkan peranan pekerja sosial dalam memastikan kestabilan kesihatan mental individu obes dan mencadangkan rawatan yang besesuaian serta peranan keluarga yang boleh diketengahkan melibatkan obesiti. Dalam dokumen ini, seorang pekerja sosial telah menjelaskan bagaimana seorang pekerja sosial boleh mengelakkan obesiti dalam kalangan remaja. Hasil kajian menunjukkan terdapat pelbagai faktor yang menyebabkan obesiti berlaku dan pekerja sosial boleh membantu mengatasinya dengan pelbagai kaedah.

Eliadis (2006) menyatakan bahawa pekerja sosial perlu bekerjasama dengan pakar perubatan, pakar pemakanan, pakar terapi fizikal, sekolah, komuniti dan keluarga untuk menangani masalah obesiti terutamanya dalam kalangan kanak-kanak. Pekerja sosial perlu mendekati keluarga dan gaya hidup mereka perlu difahami dan didekati untuk mengubah. Pekerja sosial perlu memahami dengan memfokuskan kepada kanak-kanak dan keluarga

boleh membantu mereka memperkasakan bagi membentuk atmosfera baru untuk melaksanakan perubahan tingkah laku dan gaya hidup.

2.14 Teori Tingkah Laku Terancang (*Theory of Planned Behavior*)

Berikutnya masalah obesiti, individu obes berhadapan dengan pelbagai isu psikososial dalam kehidupan mereka. Oleh yang demikian, pengkaji memilih teori tingkah laku terancang (*theory of planned behaviour*) bagi membincangkan hasil kajian ini. Teori tingkah laku terancang (*theory of planned behaviour*) merupakan teori yang boleh menghuraikan mengenai tingkah laku manusia. Teori ini merupakan model lanjutan yang di ubah suai daripada teori tindakan bersebab (*theory of reasoned action*) yang telah dibangunkan oleh Fishbein dan Ajzen (1975) berikutan oleh kelemahan yang ketara dalam teori tersebut. Menurut Ajzen (1991), teori ini memfokuskan kepada tahap keinginan yang mendorong tingkah laku yang hendak dipersembahkan. Dalam konteks ini, tahap keinginan dianggap dapat mengungkap faktor motivasi yang dipengaruhi sesuatu tingkah laku. Sehingga kini, model ini telah digunakan dengan begitu meluas dalam teori psikologi untuk menjelaskan dan meramalkan tingkah laku manusia. Teori ini juga menyatakan bahawa sikap terhadap tingkah laku, norma subjektif, kawalan tingkah laku yang diterima akan membentuk niat tingkah laku individu dan tingkah laku tertentu. Teori tingkah laku terancang dapat digambarkan melalui gambar rajah 2.1.



Rajah 2.1 Teori Tingkah Laku Terancang (Ajzen, 1991)

Pembentukan tingkah laku manusia dipercayai ditentukan oleh tahap keinginan untuk melakukan tindakan tertentu terhadap objek (sasaran) bergantung kepada situasi tertentu pada masa yang ditetapkan (Fishbein dan Ajzen, 1975). Tahap keinginan merupakan peramal terbaik kepada tingkah laku manusia yang diperoleh daripada sikap. Selain itu, niat atau keinginan tingkah laku dipercayai mempunyai perbezaan atau kelainan yang tersendiri dan kebergantungan kepada objek, situasi serta masa bagi mempersempitkan sesuatu bentuk tingkah laku. Niat adalah suatu bentuk motivasi yang mendorong seseorang untuk bertindak. Niat juga merupakan kesediaan dan petunjuk sejauh mana kesanggupan seseorang berusaha.

Berdasarkan teori tersebut, tahap keinginan boleh meramalkan pelbagai jenis tingkah laku dengan ketepatan yang tinggi berdasarkan peristiwa-peristiwa yang berlaku pada individu (Ajzen, 1991). Terdapat beberapa elemen utama terlibat dalam proses atau peristiwa tahap keinginan bagi membentuk tingkah laku yang baru (Ajzen, 1991). Pertama melibatkan sikap ke arah tingkah laku yang merujuk sebagai darjah ke tahap penilaian setiap individu yang menyenangi sesuatu bentuk tingkah laku. Seterusnya, tahap keinginan adalah norma subjektif yang merujuk kepada penerimaan tekanan sosial untuk mempersemprehankan sesuatu bentuk tingkah laku. Kawalan tingkah laku bermaksud tahap keinginan yang berkaitan rapat dengan tingkah laku di mana tingkah laku digerakkan pada masa yang sama tingkah laku diingini digerakkan atau dipersembahkan (Fishbein dan Ajzen, 1975).

Fishbein dan Ajzen (1975) percaya individu dikatakan mempunyai keinginan yang kuat untuk melakukan apabila memperlihatkan kemungkinan yang nyata ke atas tindakan yang dikehendaki. Dalam situasi ini, tahap keinginan individu ditentukan oleh tiga bentuk kepercayaan yang utama iaitu tingkah laku, normatif dan kawalan yang wujud dalam hubungan antara sikap, norma subjektif dan kawalan tingkah laku yang nyata. Ketiga-tiga peristiwa yang mendorong tahap keinginan merupakan elemen utama dalam model ini. Sikap dan norma subjektif merupakan faktor yang sangat diingini dan nyata. Manakala kawalan tingkah laku yang nyata merupakan gambaran kemungkinan yang nyata bagi mempersemprehankan sesuatu bentuk tingkah laku dan seterusnya berkaitan dengan persepsi kecekapan situasi atau efikasi kendiri (Ajzen, 1991).

Sikap (*attitude*) merupakan elemen penting yang mempengaruhi niat seseorang untuk melakukan sesuatu tingkah laku. Sikap didefinisikan sebagai suatu penilaian individu terhadap kesan pelaksanaan sesuatu tingkah laku (Ajzen, 2005). Penilaian individu ke atas pelaksanaan sesuatu tingkah laku akan menghasilkan dua bentuk kepercayaan iaitu menguntungkan (*favourable*) atau tidak menguntungkan (*unfavourable*) jika seseorang melakukan tingkah laku tersebut. Secara umumnya, jika seseorang melihat kesan pelaksanaan sesuatu tingkah laku adalah menguntungkan, maka ia akan menguatkan niatnya untuk melakukannya (Ajzen & Fishbein, 1980). Sebaliknya, penilaian negatif akan membantutkan niatnya.

Elemen seterusnya dalam teori ini adalah norma subjektif (*subjective norm*) merujuk kepada persepsi individu terhadap individu lain yang dianggap penting bagi dirinya mengenai sesuatu tingkah laku (Ajzen, 2005). Norma subjektif menjadi satu konstruk yang mempunyai hubungan secara langsung dengan niat tingkah laku seseorang (Ajzen & Fishbein, 1980). Ini adalah kerana tingkah laku seseorang adalah bergantung kepada persepsi orang lain mengenai tingkah lakunya. Jika persepsi individu lain terhadap sesuatu tingkah laku adalah positif, maka ia akan mendorong secara positif bagi seseorang untuk melaksanakan tingkah laku tersebut. Sebaliknya, persepsi sosial yang negatif akan merencatkan kecenderungan seseorang untuk berbuat demikian.

Elemen terakhir dalam teori ini adalah Kawalan tingkah laku yang nyata (*Perceived Behavioral Control*). Elemen ini mencerminkan keupayaan yang diamati oleh seseorang

ke atas sesuatu tingkah laku (Ajzen, 2005). Ianya berhubung dengan persepsi individu sama ada mudah atau sukar baginya untuk melakukan sesuatu tingkah laku dan bergantung kepada kewujudan faktor dalaman dan luaran diri individu seperti pengalaman, kemahiran, sumber dan peluang (Azjen, 1991). Jika individu tidak mempunyai kawalan ke atas faktor-faktor tersebut, maka niatnya untuk melakukan sesuatu akan menjadi lemah. Sebaliknya, niat individu akan meningkat jika beliau mempunyai kawalan ke atas faktor-faktor tersebut. Menurut Ajzen dan Driven (1992), dalam sesetengah keadaan, kawalan tingkah laku yang nyata bukan sahaja berpengaruh terhadap niat malah ia juga mampu memberi kesan secara langsung kepada tingkah laku. Berdasarkan penjelasan mengenai teori ini, pengkaji mendapati elemen dalam teori tingkah laku terancang seperti niat, sikap, norma subjektif dan kawalan tingkah laku individu obes. Individu obes yang berhadapan dengan pelbagai isu dan kesan obesiti serta menunjukkan reaksi tertentu adalah dipengaruhi oleh elemen-elemen yang wujud dalam teori tingkah laku terancang.

2.15 Rumusan

Berdasarkan kajian literatur, obesiti meninggalkan impak negatif kepada kehidupan individu. Aspek kesihatan, sosial dan psikologi yang bermasalah mempunyai kaitan dengan kehidupan individu obes. Seandainya, masalah obesiti tidak dikawal dengan segera, Malaysia bakal berhadapan dengan pelbagai masalah terutamanya penurunan produktiviti penduduk yang boleh menjaskan ekonomi dan pembangunan negara. Oleh

yang demikian, pekerja sosial berpotensi untuk diketengahkan bagi membantu golongan obes dengan intervensi yang bersesuaian.



BAB TIGA

METODOLOGI

3.0 Pendahuluan

Bab metodologi ini mengandungi huraihan secara sistematik mengenai pelaksanaan kajian yang merangkumi reka bentuk kajian, subjek kajian, pemilihan subjek kajian, dan prosedur kajian. Selain itu, bab ini juga akan membincangkan mengenai lokasi kajian, pengumpulan data, instrumen kajian dan cara menganalisis data.

3.1 Subjek Kajian

Kajian ini telah melibatkan 10 orang individu obes dan sedang menjalani program untuk mengurangkan berat badan mereka secara sukarela di bawah penyeliaan pengamal perubatan dan pakar diet di Hospital Sultanah Bahiyah (HSB), Alor Setar, Kedah. Subjek dipilih dalam kalangan individu obes yang sedang menjalani sesi untuk mengurangkan berat badan kerana menurut Friedman dan Brownell (1995), individu obes yang berkeinginan dengan sukarela untuk mendapatkan rawatan berkaitan berat badan mereka sebenarnya mempunyai risiko yang lebih tinggi berhadapan dengan masalah keresahan (*anxiety*), kemurungan dan masalah mengenai imej badan mereka. Subjek kajian yang terlibat dalam kajian ini melibatkan daerah Kota Setar dan terdiri daripada bangsa Melayu (enam orang), India (dua orang) dan Cina (dua orang). Dari segi jantina subjek, semua subjek terdiri daripada tujuh orang wanita dan tiga orang lelaki. Bilangan subjek ditetapkan oleh pengkaji iaitu seramai sepuluh orang. Seramai 5 orang yang didapati

mempunyai BMI antara 35.0 hingga 39.9 (obesiti tahap II) manakala 5 orang lagi mempunyai BMI melebihi 40 (obesiti tahap III).

3.2 Prosedur Kajian

Bagi menjamin keselamatan dan kesejahteraan para peserta kajian, pengkaji telah memohon kebenaran daripada pihak Jawatankuasa Etika dan Pengkajian Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia (*Medical Research and Ethics Committee*) terlebih dahulu bagi menjalankan kajian di HSB, Alor Setar, Kedah. Populasi sampel yang diberikan oleh Jabatan Dietatik dan Sajian, HSB adalah sejumlah 33 orang. Namun begitu, hanya sepuluh orang individu obes yang bersetuju untuk di temu bual. Jumlah ini sudah mencukupi sejajar dengan pendapat Sabitha Merican (2006) yang menyatakan bahawa sampel yang kecil bermula daripada 5 hingga 25 orang sudah memadai bagi kajian kualitatif.

Para peserta telah diberikan borang kebenaran untuk ditandatangani bagi mendapatkan persetujuan untuk ditemu bual secara sukarela. Peserta yang tidak dapat berbahasa Melayu dengan baik akan dikecualikan daripada kajian ini. Bagi memperoleh data yang berkualiti, para peserta dipilih dengan menggunakan persampelan bertujuan. Persampelan bertujuan membolehkan pengkaji meninjau skop isu yang dikaji secara lebih menyeluruh dan mendalam (Lincoln & Guba, 1985). Malahan, Neuman (2000) turut menyatakan bahawa persampelan bertujuan boleh digunakan untuk memilih populasi yang memiliki ciri khusus yang dikehendaki oleh pengkaji bagi memperoleh data kajian yang komprehensif.

3.3 Reka Bentuk Kajian

Kajian kes merupakan reka bentuk kajian yang digunakan dalam kajian ini dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Kajian kes memerlukan analisis terhadap sesuatu kes secara mendalam dan intensif dan memberi tumpuan kepada sifat atau ciri-ciri khusus yang dimiliki oleh individu, komuniti, organisasi, keluarga atau peristiwa yang terlibat sebagai subjek kajian (Bryman, 2004). Oleh yang demikian, ciri khusus utama yang diambil kira dan membolehkan mereka dijadikan subjek dalam kajian ini adalah sama-sama mengalami obesiti dan sedang mengikuti program untuk mengurangkan berat badan yang dianjurkan oleh pihak hospital.

Selain itu, pendekatan kualitatif dalam kajian ini digunakan bagi memahami permasalahan yang wujud dari perspektif populasi kajian ini. Menurut Guest, guyatt dan Mitchell (2013), kajian kes yang menggunakan pendekatan kualitatif sesuai digunakan untuk mengenalpasti fenomena yang berlaku dalam konteks dunia sebenar di samping memahami sesuatu yang unik dalam kes tersebut. Manakala menurut Chua Yian Piaw (2006), pendekatan kualitatif merujuk kepada kaedah yang digunakan bagi memahami fenomena atau tingkah laku yang sukar diukur dengan nombor. Ia bertujuan untuk menjelaskan maklumat mengenai sesuatu fenomena yang sedang berlaku atau dikenali sebagai diskriptif. Dalam menjawab persoalan kajian ini, data-data diperolehi menerusi kaedah temu bual separa berstruktur (*semi-structured interview*).

3.4 Lokasi Kajian

Berdasarkan statistik yang dikeluarkan oleh Kajian Morbiditi dan Kesihatan Kebangsaan (Institut Kesihatan Umum, 2011), negeri Kedah mencatatkan jumlah penduduk obes ke dua tertinggi di bahagian utara semenanjung Malaysia iaitu sebanyak 15.2 peratus manakala Perlis merupakan negeri yang paling tinggi mencatatkan peratusan obesiti iaitu sejumlah 21.7 peratus. Namun, selepas gagal mendapatkan kerjasama dari pihak pentadbiran Hospital Tunku Fauziah di Perlis untuk menjalankan kajian berikutan kekangan masa dan tugas daripada pihak mereka, pengkaji telah menjalankan kajian di Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Kedah. Pihak pengurusan hospital telah mencadangkan agar pengkaji mengambil subjek yang terdiri daripada peserta program Klinik Diet.

3.5 Pengumpulan Data

Enam orang subjek telah ditemui bual sebanyak dua kali manakala empat orang subjek hanya sekali. Bagi pertemuan pertama, pengkaji cuba membina *rappoert* dengan subjek. Manakala, bagi pertemuan kedua, subjek sudah bersedia untuk di temubual. Setiap temubual mengambil masa kira-kira 30 minit hingga 45 minit. Empat orang subjek terus ditemubual dalam temu bual pertama kerana mereka sudah bersedia dan bersemangat untuk berkongsi pengalaman mereka bersama pengkaji. Sebelum sesi temu bual dimulakan, subjek diberi penjelasan mengenai tujuan dan metodologi kajian yang akan dilakukan serta memberitahu mereka bahawa sesi perbualan ini akan dirakam dan ditranskrip untuk dianalisis. Tiada sebarang set soalan akan digunakan tetapi sebaliknya

hanya menyediakan senarai soalan berstruktur untuk rujukan pengkaji. Walau bagaimanapun, soalan ini hanya sebagai panduan kepada pengkaji dan tidak terlalu terikat serta fleksibel berdasarkan respon yang diberikan oleh subjek. Dalam sesi temu bual, semua subjek selesa menggunakan loghat negeri Kedah. Oleh itu, pengkaji juga menggunakan bahasa mengikut keselesaan subjek. Apabila transkrip dibuat, bahasa yang digunakan untuk penulisan transkrip adalah loghat negeri Kedah. Namun dalam penulisan, bahasa standard digunakan tanpa menukar maksud asal transkrip. Sesi temu bual turut dirakam dengan menggunakan alat perakam suara dan dijalankan di dalam bilik kaunseling yang disediakan oleh pihak hospital supaya sesi ini akan berjalan lancar tanpa memberi gangguan yang boleh mempengaruhi kualiti rakaman. Seterusnya, rakaman ini ditranskrip dalam bentuk penulisan bagi tujuan analisis data.

3.6 Kajian Rintis

Sebelum kajian sebenar dilaksanakan, kajian rintis dilakukan terlebih dahulu bagi memastikan kesesuaian soalan temu bual oleh subjek. Kajian rintis telah melibatkan dua orang pelajar ijazah sarjana muda di Universiti Utara Malaysia yang mengalami obesiti. Melalui kajian ini, pengkaji mendapati perkataan obes atau gemuk telah mewujudkan perasaan tidak selesa kepada mereka. Oleh yang demikian, pengkaji telah mengelak daripada menggunakan perkataan tersebut semasa melakukan temu bual. Kajian rintis juga mendapati individu obes sememangnya berhadapan dengan pelbagai isu, kesan dan menunjukkan reaksi tertentu disebabkan oleh obesiti.

3.7 Instrumen Kajian

Instrumen kajian ini ialah pengkaji sendiri. Isu ini dipilih berdasarkan minat dan pengetahuan pengkaji. Kajian yang dilakukan adalah berdasarkan salah satu isu yang berkaitan dalam bidang perubatan dan psikologi namun kurang dikaji menerusi persepsi bidang kerja sosial terutamanya dalam konteks psikososial individu obes itu sendiri. Kajian ini menggunakan kaedah temu bual secara separa berstruktur (*semi-structured interview*) untuk memperoleh data kajian. Sulaiman Masri (2003) menjelaskan bahawa kaedah temu bual boleh dijalankan secara lisan dan bersemuka (*face-to-face*) bagi mendapatkan data yang relevan dengan kajian hasil daripada perbualan bersama subjek. Terdapat beberapa kelebihan dengan menggunakan kaedah temu bual jenis ini iaitu data yang diberikan oleh subjek adalah mendalam dan subjek boleh menambah data melalui soalan cungkilan tambahan daripada pengkaji selain kajian ini tidak memerlukan sampel yang besar. Soalan-soalan temu bual disediakan secara umum iaitu tanpa memberi panduan kepada jawapan. Soalan secara terbuka juga diajukan bagi memberi peluang kepada subjek menjelaskan dan menghuraikan pengalaman dan perasaan mereka. Antara panduan soalan yang disediakan sebelum temu bual dijalankan bersama subjek adalah seperti berikut:

1. Ceritakan kepada saya mengenai latar belakang anda.
2. Pada pendapat anda, bagaimanakah anda boleh mengalami masalah berat badan?
3. Apakah yang sering diperkatakan mengenai diri anda berkaitan berat badan anda?
4. Adakah anda pernah mengalami pengalaman negatif berkaitan berat badan anda?

5. Bagaimakah reaksi anda apabila mengalami pengalaman negatif berkaitan berat badan anda?
6. Pernahkah anda mencuba untuk mengurangkan berat badan?
7. Adakah anda mempunyai masalah dalam menjalankan aktiviti-aktiviti tertentu dalam kehidupan anda disebabkan oleh masalah berat badan?

3.8 Analisis Data

Data kajian yang telah direkod dengan menggunakan perakam suara jenis MP3 melalui proses transkripsi dan dijadikan teks penulisan. Kemudian, pengkaji menyemak semula hasil transkripsi berpandukan rakaman yang dibuat sebelum ini. Analisis berdasarkan data yang diperoleh dilakukan oleh pengkaji bagi mengenalpasti tema-tema yang muncul daripada data berkenaan. Tema ditentukan dan selaras dengan persoalan kajian ini dan membuat interpretasi ke atas data kualitatif berpandukan kategori yang telah dikenalpasti. Akhir sekali, pengkaji menjajarkan hasil interpretasi data dengan persoalan-persoalan kajian.

3.9 Isu Etika

Kajian ini menekankan keutamaan dalam melibatkan isu etika. Robson (1993) merujuk etika dalam kajian sebagai garis panduan pelaksanaan, pertimbangan isu teknikal termasuklah hal pemilihan dan pembinaan soal selidik. Menurut Corbin dan Strauss (2014), penyelidik perlu bersikap berhati-hati dan bijaksana dengan kod etika yang digunakan apabila melaksanakan kajian mengenai tajuk yang sensitif. Isu dalam

pembinaan *rappor* perlu diambil kira sebagai aspek penting dalam memperoleh kepercayaan subjek. Penemubual dan subjek perlu berasa selesa, dihargai dan berpuas hati dengan proses dan hasil yang diperlukan. Para penyelidik yang mesra dan berupaya membina *rappor* mudah mencapai hasrat yang dikehendaki dalam kajian yang dijalankan (Miller, Birch, Mauthner & Jessop, 2012).

Dalam kajian ini, pengkaji telah mengambil langkah untuk tidak menggunakan perkataan obes dan obesiti bagi merujuk kepada subjek kerana boleh menimbulkan rasa tidak selesa. Beberapa kod etika juga telah digunakan merangkumi kerahsiaan maklumat subjek, borang kebenaran temu bual dan rakaman temu bual subjek. Data kajian yang diperoleh juga turut dianalisis dengan berhati-hati untuk mengenal pasti ungkapan dan ekspresi wajah subjek yang sukar diterjemahkan dalam penulisan selaras dengan maksud sebenar yang ingin disampaikan.

3.10 Rumusan

Secara keseluruhannya, dalam kajian kualitatif ini, pengkaji merupakan instrumen sebenar kerana pemikiran analisis dan interpretif ke atas data adalah terletak pada minda pengkaji sendiri (Creswell, 2012). Ini bermakna pengkaji perlu berkemahiran untuk menganalisis dan membuat interpretasi data yang diperolehi dalam kajian ini. Tujuan kajian kualitatif ini adalah lebih menjurus kepada keperluan untuk mendalami pemahaman berhubung suatu fenomena atau isu-isu yang menjadi persoalan dalam kajian berkaitan obesiti ke atas psikososial individu obes di HSB.

BAB EMPAT

DAPATAN KAJIAN

4.0 Pendahuluan

Bab ini akan membincangkan mengenai latar belakang subjek yang ditemui bual. Analisis kajian yang dilakukan berdasarkan kepada persoalan dan objektif kajian yang diperoleh melalui pembentukan tema-tema. Tema yang muncul merupakan hasil dari perkongsian pengalaman subjek yang mengalami obesiti.

4.1 Profil Individu Obes

Sejumlah 5 orang individu didapati mempunyai BMI antara 35.0 hingga 39.9 (obesiti tahap II) manakala 5 orang individu lagi mempunyai BMI melebihi 40 (obesiti tahap III). Kajian ini telah melibatkan 10 orang individu obes yang menyertai program Klinik Diet secara sukarela di HSB selepas dinasihatkan oleh pakar perubatan HSB. Tahap umur subjek adalah antara 26 hingga 45 tahun. Subjek terdiri daripada bangsa Melayu (6 orang), Cina (2 orang) dan India (2 orang). Jadual 4.1 menunjukkan latar belakang subjek dalam kajian ini.

Jadual 4.1
Profil Individu Obes

Nama	Umur	Jantina	Bangsa	Tinggi (meter)	Berat (kilogram)	Body Mass Index (BMI)	Tahap Pendidikan	Pekerjaan	Status Perkahwinan
Subjek A	26	Perempuan	Melayu	1.53	88	37	Ijazah Sarjana	Pelajar	Belum Berkahwin
Subjek B	28	Lelaki	Melayu	1.60	110	42	SPM	Kerani	Berkahwin
Subjek C	27	Perempuan	Melayu	1.56	93	38	SPM	Pembantu Kedai	Belum Berkahwin
Subjek D	34	Perempuan	Melayu	1.52	94	40	Ijazah Sarjana	Pelajar	Belum Berkahwin
Subjek E	28	Perempuan	Melayu	1.50	87	38	SPM	Pembantu Jualan	Belum Berkahwin
Subjek F	41	Lelaki	India	1.70	120	41	SPM	Berniaga	Berkahwin
Subjek G	32	Lelaki	Cina	1.65	105	39	Ijazah Sarjana Muda	Berniaga	Berkahwin
Subjek H	33	Perempuan	Cina	1.62	102	38	STPM	Suri Rumah	Berkahwin
Subjek I	40	Perempuan	India	1.54	95	41	Ijazah Sarjana Muda	Guru	Berkahwin
Subjek J	45	Perempuan	Melayu	1.49	90	41	Ijazah Sarjana Muda	Berniaga	Belum Berkahwin

4.1.1 Latar belakang Subjek Kajian

4.1.1.1 Subjek A

Subjek A merupakan seorang wanita berusia 26 tahun, berbangsa Melayu dan belum berkahwin. Beliau memiliki ketinggian 1.53 meter dan berat badan 88 kilogram dengan BMI 37. Mendapat pendidikan ijazah sarjana dan masih mengikuti pengajian ijazah kedoktoran di sebuah institusi pengajian tinggi awam. Beliau mula mengalami obesiti semenjak di bangku sekolah menengah.

4.1.1.2 Subjek B

Subjek B merupakan lelaki berbangsa Melayu dan berusia 28 tahun. Beliau telah berkahwin dan mempunyai dua orang cahaya mata berumur 3 tahun dan 1 tahun setengah. Ketinggian beliau adalah 1.60 meter dan berat badan 110 kilogram. Nilai BMI 42. Tahap pendidikan adalah SPM dan bekerja sebagai kerani di sebuah bank. Pendapatan sebagai kerani hanya cukup makan sahaja. Isteri tidak bekerja, suri rumah sepenuh masa.

4.1.1.3 Subjek C

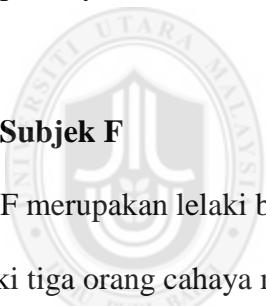
Subjek C merupakan wanita berusia 27 tahun. Berbangsa Melayu. Belum berkahwin. Bekerja sebagai pembantu kedai. Ketinggian 1.56 meter. Berat badan 93 kilogram. BMI 38. Mengalami obesiti sejak berumur 13 tahun.

4.1.1.4 Subjek D

Subjek D merupakan wanita berusia 34 tahun. Memiliki ketinggian 1.52 cm dan berat badan 94 kilogram. BMI 40. Subjek masih belum berkahwin dan menuntut di IPTA di peringkat Ijazah Sarjana.

4.1.1.5 Subjek E

Subjek E merupakan wanita berusia 28 tahun. Berbangsa Melayu dan belum berkahwin. Mempunyai ketinggian 1.50 meter dan berat badan 87 kilogram dengan BMI 38. Mendapat pendidikan sehingga SPM dan sedang bekerja sebagai pembantu jualan di sebuah pasaraya.



4.1.1.6 Subjek F

Subjek F merupakan lelaki berusia 41 tahun. Berbangsa India dan telah berkahwin dan memiliki tiga orang cahaya mata. Mempunyai ketinggian 1.70 meter dan berat badan 120 kilogram dengan BMI 41. Mendapat pendidikan sehingga SPM dan bekerja sendiri.

4.1.1.7 Subjek G

Subjek G merupakan lelaki berusia 32 tahun. Berbangsa Cina dan telah berkahwin dan memiliki dua orang cahaya mata. Mempunyai ketinggian 1.62 meter dan berat badan 102 kilogram dengan BMI 39. Mendapat pendidikan sehingga Ijazah Sarjana Muda dan bekerja sendiri.

4.1.1.8 Subjek H

Subjek H merupakan wanita berusia 33 tahun. Berbangsa Cina dan telah berkahwin dan memiliki empat orang cahaya mata. Mempunyai ketinggian 1.62 meter dan berat badan 102 kilogram dengan BMI 38. Beliau mendapat pendidikan sehingga STPM dan seorang suri rumah.

4.1.1.9 Subjek I

Subjek I merupakan wanita berusia 40 tahun. Berbangsa India dan telah berkahwin dan memiliki tiga orang cahaya mata. Mempunyai ketinggian 1.54 meter dan berat badan 95 kilogram dengan BMI 41. Mendapat pendidikan sehingga Ijazah Sarjana Muda dan bekerja sebagai guru di sebuah sekolah menengah.

4.1.1.10 Subjek J

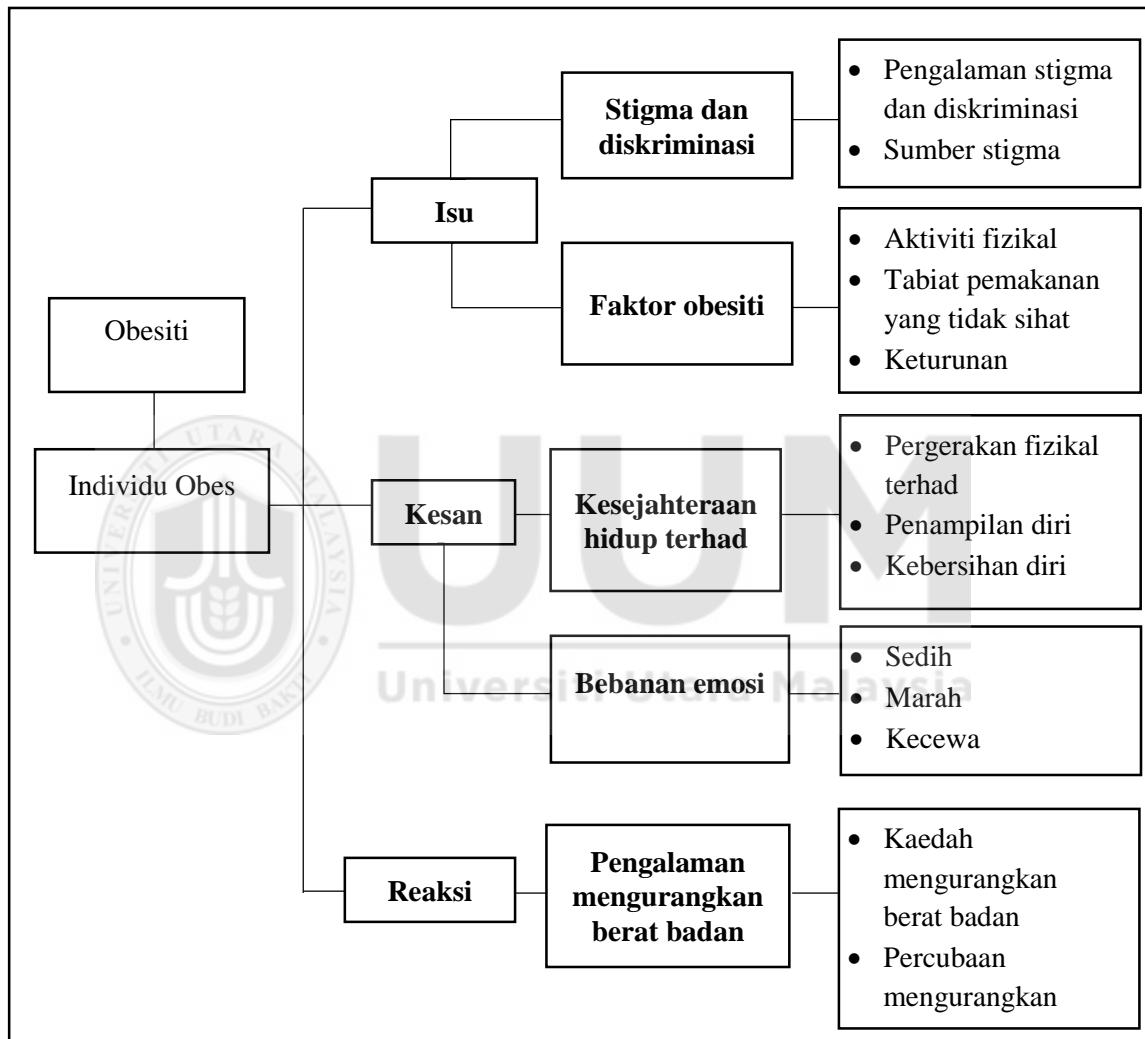
Subjek J merupakan wanita berusia 40 tahun. Berbangsa Melayu dan belum berkahwin Mempunyai ketinggian 1.49 meter dan berat badan 90 kilogram dengan BMI 41. Mendapat pendidikan sehingga Ijazah Sarjana Muda dan memiliki perniagaan sendiri.

4.2 Tema Hasil Kajian

Berdasarkan hasil kajian, beberapa tema yang muncul adalah berdasarkan perkara yang dibincangkan dan ditonjolkan oleh para subjek kajian sendiri. Analisis data temu bual yang dilakukan telah menemui lima tema utama iaitu (1) stigma dan diskriminasi, (2)

faktor obesiti, (3) kesejahteraan hidup terhad, (4) bebanan emosi, (5) pengalaman mengurangkan berat badan yang boleh dikategorikan mengikut Isu, Kesan dan Reaksi.

Dapatan bagi tema kajian secara keseluruhannya dapat dilihat melalui rajah 4.1



Rajah 4.1 Tema hasil kajian

4.2.1 Isu Psikososial

Terdapat dua isu psikososial yang dalam bahagian ini mengikut dua tema iaitu stigma dan diskriminasi; dan faktor obesiti.

4.2.1.1 Stigma dan Diskriminasi

Berdasarkan temu bual yang dilakukan, didapati subjek berhadapan dengan isu psikososial iaitu stigma dan diskriminasi. Tema stigma dan diskriminasi ini telah berjaya menjawab persoalan dan objektif pertama dalam kajian ini. Subjek mempunyai pengalaman stigma dan diskriminasi disebabkan obesiti. Subjek D menyatakan orang ramai sering memandang tubuh badannya semasa melakukan aktiviti fizikal di luar hingga menyebabkan subjek mengelakkan diri daripada bersenam. Selain itu juga, subjek J mempunyai pengalaman disuruh oleh penemuduga untuk mengurangkan berat badan sekiranya ingin mendapat jawatan yang ditawarkan oleh pihak syarikat. Subjek J juga percaya bahawa masalah berat badan yang dialaminya telah menghalangnya untuk memperoleh pekerjaan walaupun mempunyai tahap pendidikan dan pengalaman yang baik. Oleh yang demikian, subjek telah memulakan perniagaan. Tindakan subjek juga telah menutup mulut ahli keluarga yang sering menuduhnya pemalas kerana tidak bekerja selepas bergraduasi.

Jadual 4.2

Petikan Temu bual Pengalaman Stigma dan Diskriminasi

Subjek	Petikan Temu bual
D	“Orang selalu tengok saya semacam ja bila saya jogging...apa yang tak kena entah lah....(mengeluh)...itu yang buat saya malas nak bersenam di luar”.
J	“Pernah la dulu-dulu.... masa saya pi <i>interview</i> ...mereka suruh saya kuruskan badan dahulu kalau betul-betul mahukan jawatan itu”.

Stigma juga berlaku melibatkan masyarakat, majikan dan ahli keluarga. Subjek C menyatakan sering diperhatikan apabila menjamah makanan di tempat keramaian terutamanya melibatkan kuantiti makanan yang diambil olehnya. Manakala bagi isu stigma daripada ahli keluarga, subjek F sering dianggap malas oleh ibu bapanya kerana tidak bekerja selepas tamat pengajian walaupun pada hakikatnya subjek telah pergi menghadiri banyak temuduga namun masih belum diterima bekerja oleh mana-mana syarikat. Subjek juga didapati menerima stigma dan diskriminasi daripada majikan di tempat kerja mereka.

Jadual 4.3

Petikan Temu Bual Isu Stigma Masyarakat

Subjek	Petikan Temu bual
C	“Bila saya makan...orang akan perhatikan saya makan...lepas tu curi-curi tengok pinggan saya...mungkin nak tengok banyak mana saya makan...apa yang saya makan...kan selalunya orang badan besar ni orang kata banyak makan”

Jadual 4.4

Petikan Temu Bual Isu Stigma Ahli Keluarga

Subjek	Petikan Temu bual
F	“mak dan ayah asyik bising bila saya tak kerja...kata saya malas nak kerja...asyik makan tidur saja..sebenarnya saya dah hadir banyak temuduga tapi tak dapat”.
A	“Adik-adik yang lain semua kurus-kurus...(terdiam sebentar)....sebab tu...saya selalu kena tuduh jadi gemuk sebab makan banyak....malas bersenam...sebab dalam family...cuma saya saja yang saiz badan besar”.

Jadual 4.5

Petikan Temu Bual Isu Stigma Majikan

Subjek	Petikan Temu bual
B	“macam kalau bab tugas kerja...lambat siap ja...mesti bos tuduh saya pemalas...suka curi tulang...dia sampai upah orang untuk pantau kerja saya senyap-senyap..saya tahu sebab ada orang bagitahu..kerja lambat siap bukan sebab saya malas tapi kerja banyak sangat”.

Dua orang subjek menyatakan tidak pernah mengalami pengalaman stigma dan diskriminasi sepanjang menjalani kehidupan mereka. Mereka hanya menyatakan pernah diusik mengenai saiz badan mereka tetapi hanya menganggapnya sebagai gurauan semata-mata dan tidak mengambil hati dengan hal tersebut.

4.2.1.2 Faktor Obesiti

Tema seterusnya yang muncul dalam kajian ini ialah faktor obesiti. Kebanyakan subjek melaporkan bahawa tahap penglibatan aktiviti fizikal yang rendah menyumbang kepada keadaan obesiti yang dialami oleh mereka. Sembilan daripada sepuluh orang subjek mengakui kurang melakukan aktiviti fizikal merupakan sebab utama menyebabkan obesiti.

Jadual 4.6

Petikan Temu Bual Aktiviti Fizikal Yang Rendah

Subjek	Petikan Temu bual
C	“Jarang bersenam...sebab tu la berat makin lama makin naik. Bukan setakat makan ja nak kena jaga. Senaman pun penting juga”.
G	“Ish...dah lama la tak bersenam...last buat senaman pun tak ingat bila dah...tu yang berat makin naik..tak turun-turun walaupun tak makan banyak”.
I	“Kalau kurang bersenam..berat memang akan bertambah-tambah la... Itu pun antara sebab kenapa badan makin besarr...perut makin ke depannnn....(gelak)”.

Selain daripada faktor aktiviti fizikal yang rendah, amalan pemakanan yang tidak sihat juga dinyatakan sebagai faktor yang menyebabkan mereka mengalami obesiti. Amalan seperti kerap mengambil makanan segera, makan secara berlebihan dan mengikut emosi antara yang dinyatakan oleh subjek. Pengambilan makanan segera oleh subjek disebabkan oleh faktor rasa yang sedap dan lokasi restoran makanan segera yang berhampiran. Subjek turut menyatakan walaupun makanan segera agak mahal tetapi itu tidak menghalangnya

dari terus mengambilnya. Amalan makan secara berlebihan oleh subjek juga dipengaruhi oleh emosi yang dialami oleh subjek. Subjek menyatakan akan makan secara berlebihan terutamanya apabila sedih dan gembira. Terdapat juga subjek yang menyatakan terpaksa makan secara berlebihan disebabkan oleh faktor tidak mahu membazirkan makanan yang berlebihan.

Jadual 4.7

Petikan Temu Bual Amalan Pemakanan yang Tidak Sihat

Subjek	Petikan Temu bual
A	“memang <i>favourite</i> saya makan <i>fast food</i> ...kalau hari-hari makan pun tak apa”.
J	“Rasa lapar ni tiba-tiba boleh mai..tengah malam pun boleh bangun makan kalau dah lapar...semata-mata nak makan”.
D	“ Bila sedih....saya makan banyak..makan macam-macam lepas dah makan macam-macam tu...terus rasa lega..hilang terus...”

Namun begitu, subjek B dan subjek E mempercayai bahawa keadaan obesiti yang dialami oleh mereka disebabkan oleh faktor keturunan. Hal ini demikian kerana mereka mempunyai ahli keluarga yang obes dan mengalami obesiti semenjak dari kecil.

Jadual 4.8

<i>Petikan Temu Bual Keturunan</i>	
Subjek	Petikan Temu bual
B	“badan besar macam ni sejak kecil lagi...badan saya ni tak pernah kurus sampai la sekarang. Tapi sebab nak elak penyakit macam yang doktor bagi tahu...saya paksa diri untuk berubah dan join klinik diet di hospital”.
E	“Mak ayah...adik-beradik, saudara sebelah mak dengan ayah...kami semua jenis badan besar macam ni. Jadi, faktor keturunan pun saya percaya jadi punca sebab badan saya jadi besar macam sekarang”.

4.2.2 Kesan Psikososial

Analisis data yang dilakukan juga telah mengenal pasti dua tema berikut iaitu kesejahteraan hidup terhad; dan bebanan emosi, mengikut kategori kesan psikososial.

4.2.2.1 Kesejahteraan hidup terhad

Tema kesejahteraan hidup yang terhad menggambarkan mengenai pengalaman hidup subjek yang terbatas disebabkan oleh obesiti. Keterbatasan merangkumi pergerakan fizikal yang terhad, isu penampilan dan kebersihan diri. Semua subjek melaporkan bahawa keadaan obesiti telah menghalang mereka melakukan aktiviti tertentu dalam kehidupan. Subjek J tidak dapat menunaikan solat secara normal. Beliau terpaksa duduk di atas kerusi untuk solat kerana subjek mengalami kesakitan pada bahagian lutut dan tumit kaki. Malahan, subjek sukar sukar untuk melakukan pergerakan tertentu dalam solat terutamanya ketika ingin bangun semula selepas sujud, tahiyyat awal dan akhir. Kesakitan

pada bahagian lutut dan tumit juga turut dialami oleh subjek I. Beliau menyatakan bahawa kesakitan yang ditanggung itu telah menghalang dirinya daripada melayani kerenah anak-anaknya yang sering mengajaknya bermain bersama-sama mereka. Subjek telah menunjukkan wajah yang muram semasa menyatakan bahawa beliau tidak dapat bermain bersama anak-anaknya.

Subjek I yang juga merupakan seorang guru turut menyatakan bahawa beliau mengalami kesukaran untuk bercakap bagi tempoh yang lama semasa mengajar kerana mudah berasa letih. Sekiranya beliau terpaksa mengajar di kelas yang terletak di tingkat bangunan yang tinggi, beliau terpaksa menyuruh pelajarnya turun ke makmal komputer di tingkat bawah kerana tidak mampu menaiki tangga yang tinggi. Selain itu, subjek H menyatakan beliau mengalami masalah untuk melakukan aktiviti kerja rumah seperti menyapu dan mengemop lantai kerana mudah berasa letih. Anak-anaknya banyak membantu menyiapkan kerja rumah manakala beliau hanya mengambil alih hal memasak makanan di rumah. Manakala bagi subjek D, keadaan obes telah menyebabkan dirinya sukar untuk menggunakan tandas awam. Kebiasaannya, tandas awam mempunyai ruang yang agak sempit. Subjek juga menyatakan akan memilih tandas jenis duduk kerana dianggap lebih selesa berbanding tandas jenis cangkung.

Jadual 4.9

Petikan Temu Bual Pergerakan Fizikal Terhad

Subjek	Petikan Temu bual
J	“Solat memang selalu guna kerusi....sebab kalau nak solat macam biasa..memang sakit habis lutut dengan tumit ni..kalau duduk antara dua sujud tu..nak bangun punya la payah”.
I	“Kadang-kadang kelas kat tingkat tiga...saya selalu suruh pelajar saya turun pi makmal komputer sekolah sebab tak mampu nak panjat tangga sampai tingkat tiga tu..”
H	“Masa mengajar memang nak cakap lama sangat pun lelah..jadi cakap sikit-sikit ja...lepas tu suruh pelajar buat kerja yang saya bagi..kalau tak faham apa-apa baru jumpa tanya saya”.
D	“anak selalu ajak saya pi taman dekat rumah tu.. biasa la budak-budak..depa seronok la kalau boleh lari sana sini..Hmm.. selalu juga depa dok ajak main sekali sambil tarik-tarik tangan... selalu saya suruh depa main dulu..Saya ni tengok depa lari sana sini dari jauh ja la. Tak boleh nak paksa diri sebab lutut sakit...tumit sakit..jalan sikit pun dah termengah-mengah dah”.
B	“kerja rumah memang anak-anak yang selalu tolong...sebab memang tak larat, tapi saya terpaksa juga masak sebab anak-anak kecil lagi...tak pandai nak masak”.
E	“Tandas awam kan selalu sempit....susah nak bergerak..lagi satu, saya terpaksa cari tandas duduk...sebab nanti kalau tandas cangkung memang susah nak bangun semula..tandas duduk senang sikit”.

Subjek juga membincangkan mengenai isu berkaitan penampilan diri. Subjek E dan B menyatakan mereka mengalami kesukaran untuk mencari dan membeli pakaian di

pasaran. Hal ini kerana kebanyakan pakaian yang berada di pasaran mempunyai saiz untuk individu yang mempunyai berat badan normal. Mereka juga menyatakan bahawa tidak dapat menggayakan pakaian yang mempunyai fesyen terkini kerana tiada saiz yang sepadan. Menurut subjek E, walaupun terdapat kedai khas yang menjual pakaian untuk individu bersaiz besar namun fesyen pakaian adalah terhad dan kurang menarik serta lebih mahal harganya. Tambahan lagi, walaupun subjek memakai pakaian yang mahal dan menarik, subjek E berpendapat beliau tetap tidak kelihatan menarik dan kemas seperti individu yang mempunyai berat badan normal.

Jadual 4.10

Petikan Temu Bual Penampilan Diri

Subjek	Petikan Temu bual
E	“Memang masalah juga kalau bab nak cari baju ...satu..sebab masalah saiz...kat kedai susah la nak cari untuk saiz XXXL ni...Ada la kedai yang jual tapi tak banyak...lagipun tak ada fesyen-fesyen..semua sama”
B	“Baju untuk orang kurus-kurus ni banyak la...macam orang saiz macam saya...terpaksa la cari kedai khas yang jual baju untuk plus saiz..Tak boleh nak bergaya sangat..sebab fesyen terhad”.

Aspek kebersihan diri merupakan antara masalah yang dihadapi oleh subjek kajian. Subjek D dan G menyatakan mereka mudah berpeluh dan menghasilkan bau yang tidak menyenangkan. Menurut subjek D, cuaca yang panas serta aktiviti berjalan biasa sahaja sudah cukup menyebabkan dirinya berpeluh dan berbau. Oleh itu, beliau cuba untuk mengurangkan pergerakan supaya tidak berpeluh. Masalah berpeluh secara berlebihan dan

badan yang berbau juga telah menyebabkan subjek G kurang keyakinan untuk berkomunikasi dengan orang ramai dan lebih selesa dengan tempat yang berhawa dingin.

Jadual 4.11

Petikan Temu Bual Kebersihan Diri

Subjek	Petikan Temu bual
D	“Bila badan besar...memang akan cepat panas dan berpeluh. Dengan cuaca sekarang ni panas. Bila berjalan sikit pun dah cepat berpeluh...badan pun berbau...memang tak selesa...”.
G	“Kuat berpeluh...badan mudah ada bau....kalau badan berpeluh..kalau boleh arrr....saya cuba elak nak cakap dengan orang...takut orang tak selesa sebab saya pun rasa tak selesa.. nak duduk tempat yang ada aircond...baru badan tak berpeluh”.

4.2.2.2 Bebanan Emosi

Tema bebanan emosi turut muncul berdasarkan temu bual dengan subjek kajian. Subjek melaporkan mereka mengalami emosi seperti sedih, marah dan kecewa disebabkan oleh pengalaman yang berkaitan dengan obesiti. Pengalaman diejek mengenai saiz badan dihadapan orang lain telah menyebabkan subjek E mengalami emosi sedih. Tetapi subjek hanya mampu mendiamkan diri dan menundukkan kepalanya. Malahan, subjek lebih banyak memandang di sudut lain semasa menceritakan pengalamannya sambil menahan air mata daripada mengalir. Seterusnya, pengalaman subjek yang gagal mengurangkan berat badan telah menyebabkan subjek D mengalami emosi sedih. Subjek D yang merupakan pelajar sarjana di sebuah institut pengajian tinggi awam telah melakukan beberapa kali percubaan mengurangkan berat badan tetapi gagal. Subjek juga mengalami

emosi sedih kerana telah membelanjakan wang biasiswa yang banyak untuk membeli produk pelangsingan badan dan mengikuti sesi pelangsingan di pusat pelangsingan yang terkenal. Selain itu, emosi sedih dialami oleh subjek apabila berat badan semakin meningkat walaupun selepas mengawal pemakanan. Walau bagaimanapun, subjek menyatakan bahawa beliau tidak melakukan aktiviti fizikal sebagai cubaan mengurangkan berat badan disebabkan faktor kekangan masa. Pengkaji dapat melihat emosi sedih pada raut wajah subjek D dan nada suaranya yang sayu.

Jadual 4.12

Petikan Temu Bual Emosi Sedih

Subjek	Petikan Temu bual
E	“Hati siapa yang tak sedih bila dikutuk mengenai saiz badan..tapi saya rasa lebih baik diam dari nak kata apa-apa”.
D	“Dah macam-macam cara saya cuba untuk kurangkan berat badan tapi takda hasil pun...(terdiam)”.

Selain daripada emosi sedih, pengalaman berkaitan obesiti juga menyebabkan subjek mengalami emosi marah. Subjek F berkongsi pengalamannya dikutuk oleh saudara mara mengenai saiz tubuh badannya. Subjek menyatakan kebiasaannya, beliau tidak akan mempedulikan tindakan tersebut. Tetapi subjek akan menunjukkan reaksi marah, seandainya subjek tidak mempunyai ‘mood’ yang baik. Subjek menggunakan nada suara yang agak meninggi seperti memberi amaran supaya tidak sesekali mencari masalah dengan dirinya.

Terdapat juga subjek yang tidak mempamerkan emosi marah sebaliknya memendamnya di dalam hati dan mendiamkan diri. Apabila subjek berbuat demikian, rakan yang menjadikan tubuh badannya sebagai bahan gurauan terus memohon maaf kepadanya. Walaupun subjek memaafkan perbuatan rakannya, namun tindakan tersebut telah melukakan perasaannya. Emosi marah bukan hanya ditujukan kepada individu lain, tetapi turut disebabkan oleh diri subjek sendiri. Subjek A mengalami emosi marah kepada diri sendiri kerana sukar mengawal nafsu makan. Keadaan bertambah sukar apabila melibatkan makanan kegemarannya yang boleh meredakan tekanan dan kesedihan apabila berhadapan dengan waktu-waktu sukar dalam hidupnya.

Jadual 4.13

Petikan Temu Bual Emosi Marah

Subjek	Petikan Temu bual
F	“Kadang-kadang saya naik marah juga la..kalau tak kena mood memang saya akan naik angin kalau ada yang kutuk-kutuk badan saya” (nada suara meninggi)
B	“pernah ada sekali kawan saya melawak pasal perut sambil tepuk-tepuk perut saya, masa tu depan orang ramai...memang saya rasa marah sangat masa tu..tapi saya diam saja”.
A	“Memang susah nak berhenti bila dah mula makan <i>especially</i> coklat...kadang-kadang memang bengang arr pada diri sendiri sebab makan banyak...dah tau makanan tu boleh naikkan berat..tapi tetap makan juga...tapi tak boleh nak <i>control</i> ...”.

Emosi yang seterusnya adalah kecewa. Subjek D telah mempersoalkan mengenai keadaan obes yang bukan menjadi pilihan. Ternyata dia kecewa dengan lemak berlebihan yang

tidak dikehendaki oleh dirinya dan tidak mahu hidup berterusan dengan keadaan obes. Seterusnya, subjek A melahirkan rasa kecewa disebabkan oleh keadaan tubuhnya yang tidak kurus seperti individu lain. Malahan, subjek menganggap nasib tidak menyelahi dirinya kerana dirinya ditakdirkan menjadi obes. Selepas mencuba pelbagai kaedah untuk mengurangkan berat badan dan gagal mendapatkan berat badan yang sihat, subjek G menyatakan reaksi emosi kecewa. Subjek juga turut menggeleng-gelengkan sambil mengeluh semasa menyatakan perkara ini kepada pengkaji.

Jadual 4.14

Petikan Temu Bual Emosi Kecewa

Subjek	Petikan Temu bual
D	“Ada ke orang nak jadi obes? hidup dengan lemak-lemak penuh di badan? Saya pun tak minta jadi macam ni (nada suara sayu)
A	“Bila tengok orang lain kurus, kadang-kadang saya fikir la....kenapa la saya tak kurus juga macam tu”(mengeluh)
G	“Macam-macam cara dah saya cuba....tak terkira dah...puasa...suplemen..ubat kurus..exercise..semua dah..tapi tu la....masih berat macam ni la...kalau turun pun sikit..pastu naik banyak pula..frust juga la. Sebab dah usaha macam-macam kan.....”

4.2.3 Reaksi Individu Obes

Pengalaman mengurangkan berat badan dikategorikan mengikut Reaksi seperti perbincangan berikut.

4.2.3.1 Pengalaman Mengurangkan Berat Badan

Tema pengalaman mengurangkan berat badan oleh subjek telah menjawab persoalan dan objektif kajian yang ke-3. Subjek didapati cenderung terlibat dengan usaha mengurangkan berat badan dengan pelbagai kaedah. Walau bagaimanapun, kebanyakan subjek tidak dapat mengurangkan dan mengekalkan berat badan mereka. Subjek H menyatakan dirinya masih mengalami masalah berat badan dan perlu memakai pakaian yang bersaiz besar walaupun sudah 3 bulan mengamalkan diet seimbang dan melakukan aktiviti fizikal seperti yang disyorkan. Hal tersebut menyebabkan subjek merasakan segala usaha yang dilakukan adalah sia-sia. Terdapat juga subjek yang mengalami penurunan berat badan namun subjek tidak menganggap dia berjaya mengurangkan berat badan kerana tidak dapat mengekalkannya untuk tempoh masa yang lama. Selepas beberapa bulan, berat badan subjek pasti akan kembali meningkat. Subjek yang gagal beberapa kali mengurangkan berat badan juga didapati hilang motivasi dan berasa malas untuk meneruskan usaha untuk mengurangkan berat badan.

Jadual 4.15

Petikan Temu Bual Kegagalan Percubaan Mengurangkan Berat Badan

Subjek	Petikan Temu bual
C	“Diet, jaga makan, senaman semua buat...macam-macam dah...tapi berat tak turun-turun juga. Tak tahu dah nak buat macam mana”.
I	“Duit memang habis banyak untuk kurus....macam-macam dah beli...dah guna..,tapi tak ada hasil pun. Malas dah...”

Semua subjek telah membincangkan mengenai pengalaman mereka mengurangkan berat badan dengan menggunakan pelbagai kaedah. Aktiviti fizikal merupakan antara kaedah yang dilakukan untuk mengurangkan berat badan. Antara aktiviti fizikal yang dilakukan adalah bermain badminton, berenang, jogging, berjalan kaki, senaman, aerobik dan berbasikal. Namun begitu, aktiviti fizikal mereka turut dipengaruhi oleh faktor kekangan masa, cuaca, ruang, kawasan rekreasi, keselamatan dan kesihatan. Selain itu, produk untuk melangsingkan badan juga digunakan bagi membantu mengurangkan berat badan. Subjek juga mengambil produk ini tanpa merujuk kepada pakar perubatan dan cenderung dibeli secara atas talian. Walaupun subjek sedia maklum mengenai kesan sampingan produk, namun subjek nekad untuk mengambilnya untuk mengurangkan berat badan. Antara perkara yang menarik minat subjek untuk mengamalkan produk pelangsingan ialah keberkesanan yang dibuktikan melalui testimoni produk dan harga yang berpatutan. Sekurang-kurangnya 10 jenis produk yang berbeza pernah diambil oleh subjek untuk mengurangkan berat badan dalam masa dua tahun.

Amalan berpuasa merupakan antara kaedah yang paling popular diamalkan oleh subjek kajian ini untuk mengurangkan berat badan. Selain tidak melibatkan sebarang kos, subjek menyatakan bahawa kaedah ini juga dapat memberikan ganjaran pahala bagi penganut agama Islam. Kebiasaan subjek berpuasa pada hari Isnin dan Khamis iaitu hari yang disunatkan untuk berpuasa. Rawatan pelangsingan badan juga antara kaedah yang dinyatakan oleh subjek untuk mengurangkan berat badan. Walaupun melibatkan kos perbelanjaan yang tinggi, subjek sanggup membelanjakan wang yang banyak demi

mendapatkan berat dan bentuk tubuh idaman disamping mempunyai sumber pendapatan yang tinggi.

Subjek H juga didapati cuba mengurangkan berat badan dengan mengurangkan pengambilan kalori. Walaupun subjek pernah pitam beberapa kali dan tubuh badannya menggeletar akibat kekurangan kalori, subjek tetap meneruskan cara tersebut demi mengurangkan berat badan dengan cepat. Subjek juga mengadu badannya berasa lesu dan sentiasa keletihan semasa melakukan kaedah ini. Tindakan subjek A yang ingin mengurangkan berat badan dengan cepat juga telah menyebabkan subjek bertindak memaksa dirinya memuntahkan makanan yang telah dimakan. Subjek memberitahu cara untuk memuntahkan makanan secara paksaan adalah dengan memasukkan jari ke dalam kerongkong. Akibat kerap melakukan tindakan tersebut, subjek menyatakan pernah mengalami kecederaan di bahagian tekak iaitu luka dan berdarah.

Jadual 4.16

Petikan Temu Bual Kaedah Mengurangkan Berat Badan

Subjek	Petikan Temu bual
H	“Saya pernah diet...makan roti kosong sahaja...sehari tiga keping ja..pastu minum milo...memang lapar...tapi saya tahan juga..sampai badan <i>shaking</i> .”
I	“Ubat diet pun saya biasa ambil...sebab nak kurus punya pasal..masa tu tak fikir apa dah...Cuma nak kurus saja”.
A	“Paling teruk...saya pernah makan....lepas tu....muntahkan balik....semata-mata nak kurus..saya fikir kalau buat macam tu boleh kurus cepat sikit”.

4.3 Rumusan

Berdasarkan analisis temu bual kajian yang diperoleh, tema kajian seperti stigma dan diskriminasi, faktor obesiti, kesejahteraan hidup terhad, bebanan emosi dan pengalaman mengurangkan berat badan telah muncul. Tema-tema ini juga telah berjaya menjawab persoalan dan objektif kajian yang telah ditetapkan dalam Bab 1. Jelas menunjukkan subjek berhadapan dengan pelbagai aspek psikososial yang menggugat kehidupan mereka. Namun begitu, didapati stigma dan diskriminasi bukan sahaja meninggalkan impak negatif kepada subjek, malahan turut menjadi faktor motivasi kepada subjek untuk melakukan sesuatu tindakan yang lebih baik. Selain stigma dan diskriminasi, kesejahteraan hidup subjek yang terhad dan bebanan emosi merupakan antara kesan psikososial yang terpaksa ditanggung oleh subjek. Malahan, didapati obesiti yang berlaku bukan hanya tanggungjawab subjek semata-mata tetapi turut dipengaruhi oleh faktor lain contohnya persekitaran. Di samping itu, pengalaman mengurangkan berat badan oleh subjek turut mempunyai kesan negatif tertentu kepada segenap kehidupan subjek.

BAB LIMA

PERBINCANGAN, CADANGAN DAN RUMUSAN

5.0 Pendahuluan

Bab ini merangkumi perbincangan mengenai hasil dapatan kajian. Kajian bertujuan meneroka aspek psikososial dalam kalangan golongan obes. Perbincangan disusun mengikut berdasarkan persoalan kajian dan objektif kemudian dikaitkan dengan sorotan literatur. Implikasi kajian, limitasi kajian dan cadangan untuk kajian akan datang juga turut dibincangkan dalam bab ini.

5.1 Isu Psikososial Yang Dialami Oleh Individu Obes

Tema pertama yang muncul dalam kajian ini adalah stigma dan diskriminasi. Subjek telah menyatakan pengalaman stigma dan diskriminasi serta sumber stigma disebabkan oleh obesiti. Stigma dan diskriminasi berkaitan berat badan merupakan isu yang tidak dapat dipisahkan dengan masalah obesiti (Puhl & Heuer, 2009). Terdapat tiga jenis sumber stigma yang dikenalpasti dalam kajian ini masyarakat, ahli keluarga dan majikan. Ini selaras dengan kajian Puhl dan Brownell (2006) yang menyatakan stigma dan diskriminasi sering berlaku dalam aspek pekerjaan, perkhidmatan kesihatan, pendidikan, media massa dan hubungan peribadi (ahli keluarga, rakan sebaya dan hubungan seksual). Walau bagaimanapun, tiada laporan mengenai stigma melibatkan perkhidmatan kesihatan, pendidikan dan media massa dalam kalangan subjek kajian.

Subjek yang mengalami stigma daripada majikan melaporkan dirinya sering dituduh sebagai pemalas sehingga dipantau secara senyap oleh pengintip upahan. Tindakan majikan sebegitu boleh menganggu kesejahteraan hidup individu dari aspek psikologikal terutamanya dalam aspek penghargaan kendiri dan kepuasan dalam menjalani kehidupan (Mogallares, Morales dan Rubio, 2011). Ini menunjukkan stigma berkaitan berat badan dalam dunia pekerjaan menghasilkan individu obes yang mempunyai kepercayaan bahawa mereka sememangnya tidak berupaya bersaing seperti individu yang memiliki berat badan normal, mencetuskan kerisauan yang melampau dan akhirnya boleh menyebabkan prestasi kerja mereka terganggu.

Individu obes sering dianggap sebagai pemalas, hudoh, bodoh, tidak berjaya dalam kehidupan dan tidak berdisiplin disebabkan oleh stigma (Heuer, McClure & Puhl, 2011). Berdasarkan kajian ini, pengkaji mendapati stigma berkaitan obesiti sedikit sebanyak telah mempengaruhi persepsi subjek mengenai diri mereka. Ini berdasarkan penyataan subjek yang mempercayai bahawa keadaan dirinya yang obes menyebabkan beliau tidak mendapat pekerjaan yang dipohon walaupun mempunyai pengalaman dan kelayakan akademik yang bersesuaian. Hal ini dikukuhkan oleh kajian Tunceli, Li dan Williams (2006) yang mendapati individu obes cenderung tidak diambil untuk bekerja walaupun selepas faktor pengalaman dan pendidikan dikawal.

Walau bagaimanapun, pengkaji mendapati stigma bukan sahaja meninggalkan impak negatif malahan turut menjadi motivasi dan galakkan kepada individu. Ini berdasarkan subjek yang tekad memulakan perniagaan selepas gagal memperoleh pekerjaan selepas sekian lama. Malahan, berdasarkan teori tingkah laku terancang (Ajzen, 1991), sikap seseorang boleh membentuk niat yang mendorong untuk melakukan sesuatu tingkah laku. Di samping itu, subjek berjaya menghentikan stigma daripada ahli keluarga subjek yang menganggapnya sebagai pemalas.

Hasil kajian ini juga mendapati pengalaman stigma telah menyebabkan individu obes mengelakkan diri daripada melakukan aktiviti fizikal. Ini selaras dengan kajian Lewis, Thomas, Blood, Castle, Hyde dan Komesaroff (2011) yang mendapati stigma berkaitan berat badan mempunyai hubungan dengan tahap aktiviti fizikal yang rendah. Aktiviti fizikal merupakan salah satu cara yang boleh membantu individu mengurangkan berat badan (Park, Lee & Hong, 2009). Pengurangan aktiviti fizikal boleh menyebabkan keadaan obesiti berlarutan dan bertambah teruk. Ini membuktikan bahawa stigma boleh menghalang individu obes terlibat dengan aktiviti yang mempromosikan kesihatan.

Tema seterusnya adalah faktor obesiti berdasarkan persepsi individu obes. Individu obes dalam kajian ini melaporkan bahawa tahap penglibatan aktiviti fizikal yang rendah merupakan punca masalah obesiti. Ini selaras dengan kajian Monthomerie, Chittleborough dan Taylor (2014) yang melaporkan bahawa perkembangan masalah obesiti mempunyai hubungan dengan pengurangan aktiviti fizikal. Individu yang kurang melakukan aktiviti

fizikal cenderung bukan sahaja cenderung mengalami obesiti, malahan terdedah dengan kualiti hidup berkaitan kesihatan yang rendah (HRQOL). Kementerian Kesihatan Malaysia (2015) menyarankan agar individu melakukan aktiviti fizikal sekurang-kurangnya 2 hingga 3 kali dalam seminggu. Walau bagaimanapun, terdapat beberapa faktor yang boleh mempengaruhi penglibatan individu dalam melakukan aktiviti fizikal. Sebagai contoh faktor keselamatan (peningkatan kes-kes jenayah), cuaca yang terlalu panas dan boleh mengganggu kesihatan, ketiadaan ruang dan alatan untuk melakukan aktiviti fizikal di rumah serta lokasi tempat rekreasi yang jauh. Ini selaras dengan kajian Sallis dan Glanz (2009) yang mendapati faktor persekitaran boleh menyebabkan pengurangan aktiviti fizikal. Malahan, Alvarado, Murph dan Guell (2015) juga bersetuju bahawa faktor persekitaran yang obesogenik menjadi halangan untuk mengamalkan gaya hidup yang sihat.

Selain daripada faktor aktiviti fizikal, individu obes juga melaporkan bahawa amalan pemakanan yang tidak sihat juga menyumbang kepada keadaan obesiti yang dialami oleh mereka. Pengambilan makanan segera merupakan antara punca masalah obesiti yang dihadapi oleh subjek. Ini selaras dengan kajian Sakinah, Seong-Ting, Rosniza dan Jayah, (2012) yang mendapati pengambilan makanan segera yang kerap merupakan faktor penyumbang kepada obesiti. Pengambilan makanan segera yang kerap boleh dipengaruhi oleh faktor lokasi restoran makanan segera dan perkhidmatan penghantaran percuma yang dikenalpasti mempunyai hubungan dengan obesiti (Davis & Carpenter, 2009). Walaupun harga makanan segera adalah agak mahal, namun hal tersebut tidak menjadi masalah

kepada subjek. Hal ini demikian kerana individu yang mempunyai sumber keewangan yang tinggi mempunyai kuasa membeli yang baik (Wake, Salmon, Waters, Wright dan Hesketh, 2002).

Subjek yang mempunyai tabiat makan mengikut emosi juga menyumbang kepada obesiti. Keadaan emosi individu boleh mempengaruhi dan memberi kesan kepada amalan pemakanan seseorang (Geliebter & Aversa, 2003). Kajian Ozier, Kendrick, Knol, Leeper, Perko dan Burnham (2007) melaporkan emosi marah, sedih, bosan dan kemurungan menyebabkan mereka mengalami *binge eating*. Namun begitu, subjek kajian tidak makan secara berlebihan disebabkan oleh kemurungan dan marah sebaliknya disebabkan oleh emosi sedih dan gembira. Selain itu, tabiat makan secara berlebihan oleh subjek dipengaruhi oleh faktor pengalaman kehidupan yang susah semasa zaman kanak-kanaknya. Alasan tidak mahu membazirkan makanan menyebabkan subjek makan secara berlebihan dan menghargai makanan. Subjek didapati makan secara berlebihan apabila tidak mengambil tiga hidangan setiap hari. Individu obes yang tidak mengambil tiga hidangan utama setiap hari terutamanya sarapan cenderung untuk makan lebih banyak untuk hidangan seterusnya (Lanelli, 2007).

Faktor keturunan atau genetik juga dilaporkan oleh subjek kajian sebagai punca obesiti. Berdasarkan kajian Lee (2009), faktor genetik merupakan faktor penyumbang kepada perkembangan obesiti dan sukar untuk dikawal. Genetik menyumbang hampir 65 peratus kepada perkembangan obesiti (Rankinen, Perusse, Weisnagel, Snyder, Chagnon &

Bouchard, 2006). Individu obes mempunyai bentuk badan yang berbeza disebabkan oleh pengagihan lemak yang dipengaruhi oleh faktor genetik (Karasu & Karasu, 2010) menyatakan bahawa pengagihan lemak berbeza mengikut individu. Bentuk tubuh badan yang mempunyai pengumpulan lemak di bahagian pinggang dan organ dalaman dikenali sebagai *android* (buah epal). Bentuk *android* lebih dominan dalam kalangan lelaki. Manakala, *gynoid* (buah pir) merujuk kepada bentuk badan yang mempunyai pengumpulan lemak yang banyak dibahagian punggung dan cenderung dimiliki oleh wanita. Friedman (2009) turut menyatakan bahawa pengumpulan lemak berlebihan berbeza berdasarkan individu. Perkara ini disebabkan oleh interaksi dan tindak balas gen dengan persekitaran individu. Menurut Karasu & Karasu (2010), faktor *neuro-endocrine* dan *gastrointestinal* memainkan peranan melibatkan biologi individu. Malahan, terdapat ratusan jenis hormon seperti *insulin*, *leptin*, *ghrelin*, *adiponectin*, *cortisol*, *neuropeptide Y*, *gastrin*, *cholecystokinin*, *amylin* dan *glucagon* yang dihasilkan oleh organ yang berbeza di dalam tubuh badan manusia, termasuklah otak dan tisu adipos yang tergolong dalam pengawalan berat badan (Karasu & Karasu, 2010).

5.2 Kesan Psikososial Yang Dialami Oleh Individu Obes

Berdasarkan hasil kajian, didapati keadaan obesiti telah membataskan kesejahteraan hidup subjek dalam beberapa aspek seperti pergerakan fizikal, penampilan dan kebersihan diri mereka. Keadaan obes telah menyebabkan subjek terpaksa menggunakan kerusi untuk melakukan ibadah solat kerana mengalami kesakitan pada bahagian lutut dan tumit. Menurut Fabris de Souza, Faintuch, Valezi, Sant'Anna, Gama-Rodrigues dan de Batista

Fonseca (2005), individu obes sering dikaitkan dengan kesakitan terutamanya di bahagian lutut, pinggang dan tulang belakang. Kesakitan yang dialami bukan sahaja menghalang subjek beriadah bersama anak-anak yang tersayang, malahan turut meninggalkan kesan kepada emosi subjek yang menunjukkan riak wajah yang muram. Keadaan obes juga didapati telah mengganggu karier subjek sebagai seorang guru dan menyukarkan subjek untuk melakukan tugas-harian di rumah sehingga terpaksa mengharapkan bantuan daripada anak-anak. Selain itu, subjek juga mengalami kesukaran untuk mengakses kemudahan awam seperti tandas awam. Pengkaji mendapati keadaan yang dialami oleh subjek menunjukkan bahawa obesiti menyebabkan kesejahteraan hidup individu menjadi terhad.

Isu kebersihan juga merupakan antara perkara yang dilaporkan oleh subjek. Subjek melaporkan tidak dapat mengelakkan diri daripada berpeluh dengan banyak dan mengeluarkan bau yang tidak menyenangkan. Oleh yang demikian, subjek sering mengelak untuk banyak bergerak, menjauhkan diri dari orang ramai dan lebih banyak menghabiskan masa di tempat yang berhawa dingin. Subjek juga menghadapi kesukaran untuk membeli pakaian kerana tidak mempunyai saiz yang sepadan. Malahan, fesyen pakaian untuk individu yang bersaiz besar adalah terhad selain daripada harga yang jauh lebih mahal. Berdasarkan penyataan subjek, didapati mereka memerihalkan bahawa dunia ini seolah-olah dicipta untuk individu yang kurus sahaja dan tiada ruang untuk individu obes. Subjek juga menyatakan dirinya tidak akan kelihatan menarik walaupun memakai pakaian yang

mahal. Ini berkemungkinan dipengaruhi oleh persepsi subjek yang tidak suka dengan keadaan diri yang obes.

Secara keseluruhan, subjek didapati mempunyai pergerakan fizikal yang terhad dan berhadapan dengan isu penampilan dan kebersihan diri. Ini menunjukkan bahawa obesiti boleh mengehadkan kesejahteraan hidup individu. Malahan, berdasarkan kajian Parson dan Andrew (2010), individu obes menunjukkan penurunan kualiti kesejahteraan hidup dari sudut keupayaan fizikal, penampilan dan fungsi sosial mereka. Malahan kajian oleh Keating, Moodie dan Swinburn (2011) juga turut menemui dapatan yang hampir sama iaitu individu obes mempunyai skor kualiti hidup yang rendah dari aspek fungsi fizikal, sosial dan emosi.

Subjek juga didapati menunjukkan reaksi emosi seperti sedih, marah dan kecewa berikutan pengalaman yang dialami disebabkan obesiti. Menurut Ozier, Kendrick, Knol, Leeper, Perko dan Burnham (2007), individu menunjukkan emosi marah, sedih, bosan dan murung apabila mereka makan secara berlebihan dan mengikut emosi. Subjek yang gagal mengawal nafsu makan mengalami emosi marah kepada diri sendiri. Hasil kajian selaras dengan Faria-Schützer, Surita, Alves, Vieira, Turato (2015) yang menyatakan individu obes menunjukkan emosi marah apabila melibatkan nafsu makan yang tidak dapat dikawal.

Pengalaman seperti diejek mengenai saiz badan telah menyebabkan individu obes menunjukkan emosi sedih. Namun begitu, terdapat juga individu obes yang tidak sedih apabila keadaan obesiti yang dialaminya dijadikan sebagai bahan gurauan, sebaliknya menunjukkan emosi marah dengan mendiamkan dirinya sebagai tanda protes kepada tindakan tersebut. Kajian ini mendapati tindakan subjek yang mendiamkan diri apabila diejek mengenai keadaan fizikalnya telah menghalang ejekan daripada berterusan. Individu obes yang gagal mengurangkan berat badan menunjukkan reaksi emosi sedih dan kecewa. Dapatkan kajian ini selaras dengan kajian Fabricatore dan Wadden (2003) yang mendapati individu obes mengalami perasaan kecewa dan sedih apabila gagal mengurangkan berat badan dan peningkatan berat badan.

5.3 Reaksi Individu Obes Terhadap Keadaan Obesiti

Hasil kajian mendapati subjek cenderung cuba mengurangkan berat badan dengan kerap. Tindakan mengurangkan berat badan bertujuan untuk memiliki berat badan yang ideal. Teori tingkah laku terancang (Ajzen, 2005) juga menyatakan bahawa persepsi individu lain boleh mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu tingkah laku. Hasil kajian ini selaras dengan dapatan kajian Moroshko, Brenna dan O'Brien (2011) yang melaporkan individu obes cenderung mengurangkan berat badan berulang kali. Malahan kajian ini melaporkan individu obes yang cuba mengurangkan berat badan juga mempunyai imej badan yang negatif, ketidakpuasan tubuh badan, keadaan mental yang teruk, tahap penghargaan kendiri yang rendah, jangkaan pengurangan berat badan yang tinggi dan kurang bersenam. Kecenderungan mengurangkan berat badan menunjukkan bahawa individu obes

mempunyai keinginan untuk memiliki berat badan yang normal (Nyman, Prebensen & Gullvi, 2010).

Dalam usaha mengurangkan berat badan, kajian mendapati subjek terlibat dengan kaedah mengurangkan berat badan yang tidak sihat. Hasil dapatan kajian ini selaras dengan kajian Goldfield, Moore, Henderson, Bucholz, Obeid dan Falment (2010) yang mendapati individu obes cenderung terlibat dengan pelbagai cara mengurangkan berat badan yang tidak sihat. Stevens, Jacobs, Sun, Patel, McCullough, Teras dan Gapstur (2012) mendapati amalan diet boleh menyebabkan individu mengalami peningkatan berat badan. Manakala menurut Yit Siew Chin dan rakan (2008), individu obes terlibat dengan pengurangan berat badan dengan diet ekstrim seperti laksatif, merokok, pil pelangsingan, menahan kelaparan, mengelakkan diri daripada makan dan memuntahkan makanan. Namun dalam kajian ini, subjek kajian tidak mengambil rokok untuk mengurangkan berat badan. Pengurangan berat badan dengan kaedah yang tidak sihat ini boleh membahayakan kesihatan dan menyebabkan individu tiga kali lebih berisiko untuk mengalami peningkatan berat badan selepas lima tahun (Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines & Eisenbergh, 2006). Pengurangan berat badan yang berjaya adalah sekurang-kurangnya 10 peratus daripada berat badan dan kekal selama 10 tahun (Wing & Phelan, 2005). Kegagalan mengurangkan berat badan boleh memberi kesan negatif kepada aspek psikososial individu obes seperti penghargaan kendiri yang rendah, tahap kekecewaan yang tinggi dan mendorong peningkatan semula berat badan (Berry, Sheehan, Heschel, Knafl, Melkus, & Grey, 2004).

5.4 Peranan Pekerja Sosial Berkaitan Obesiti

Berdasarkan hasil kajian, individu obes didapati berhadapan dengan isu stigma dan diskriminasi disebabkan berat badan, persepsi mengenai faktor obesiti, penderitaan emosi, pengalaman mengurangkan badan dan kesejahteraan hidup yang terhad. Justeru, peranan pekerja sosial boleh diketengahkan bagi membantu golongan obes. Malahan, Lawrence, Hazlett dan Hightower (2010) turut mencadangkan supaya intervensi dalam bidang kerja sosial dilakukan oleh pekerja sosial bagi membantu individu obes dengan melibatkan keluarga, sekolah, komuniti dan polisi. Pekerja sosial juga boleh bekerjasama dengan pakar perubatan, pakar pemakanan, pakar terapi fizikal, sekolah, komuniti dan keluarga untuk menangani masalah obesiti (Eliadis, 2006). Antara contoh intervensi yang boleh dilakukan oleh pekerja sosial dengan kerjasama pakar pemakanan dan kaunselor adalah seperti bengkel kesihatan mengenai kepentingan amalan gaya hidup sihat merangkumi pemakanan dan aktiviti fizikal, penilaian psikososial individu obes dan sesi perjumpaan bagi meningkatkan kesedaran sebelum mereka bertemu dengan pengamal perubatan. Malahan pekerja sosial boleh membantu individu obes untuk melihat aspek positif dan kelebihan diri masing-masing melalui peranannya sebagai kaunselor, fasilitator, *educator* dan *motivator*.

5.5 Implikasi Kajian Terhadap Praktis Kerja Sosial

Hasil kajian ini mempunyai implikasi yang penting kepada praktis kerja sosial. Melalui hasil kajian ini, intervensi yang efektif dan sesuai dapat dirancang bagi membantu golongan obes. Sebagai contoh, kajian ini telah mendapati bahawa obesiti bukan hanya tanggungjawab individu sahaja, malahan turut melibatkan faktor persekitaran. Dengan

mengetahuinya, intervensi bersesuaian boleh dirangka dan dilaksanakan dari aspek individu dan polisi. Pekerja sosial boleh membimbing individu obes untuk mengamalkan tabiat pemakanan sihat dan melakukan aktiviti fizikal yang mencukupi.

Berdasarkan Muhwezi, Okell, Neema dan Musisi (2008), pekerja sosial boleh memberikan sokongan dan bantuan formal kepada klien untuk berhadapan dengan masalah mereka. Hasil kajian juga dapat menyokong advokasi mengenai sesuatu polisi. Sebagai contoh, peningkatan kawalan keselamatan di kawasan riadah, membina lebih banyak taman rekreasi dan kawasan pejalan kaki bagi menggalakkan penglibatan individu dalam aktiviti fizikal. Malahan, kajian ini juga turut menyumbang kepada bidang penyelidikan untuk didokumentasikan dalam penerbitan jurnal kerja sosial.

Secara keseluruhannya, hasil kajian ini mempunyai potensi untuk memaklumkan potensi kerja sosial pada pelbagai peringkat. Pekerja sosial boleh mengambil bahagian dalam strategi perancangan, perkembangan dan pelaksanaan intervensi seperti yang telah dibincangkan sebelum ini. Malahan, pekerja sosial juga boleh memperkasakan individu obes agar terus berusaha mengurangkan berat badan dengan cara sihat.

5.6 Limitasi Kajian

Kajian ini hanya melibatkan subjek yang sedang menjalani program Klinik Diet di Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar, Kedah sahaja. Perkara ini disarankan sendiri oleh pihak hospital selepas satu sesi perbincangan diadakan kerana kebanyakan individu obes

menyertai program ini. Sampel diambil dalam kalangan individu obes yang secara sukarela menyertai kajian ini dan sudi berkongsi pengalaman mereka. Di samping itu, kajian ini menghadapi limitasi dari segi kekangan masa kerana dijalankan dalam tempoh yang terhad dan perlu mengikut kelapangan subjek. Selain itu juga, urusan dengan pihak *National Medical Research Register* (NMRR) bagi mendapatkan kelulusan untuk menjalankan kajian turut mengambil masa yang agak lama. Selain itu, sampel yang kecil juga menghasilkan dapatan kajian yang tidak luas dan menyeluruh.

5.7 Cadangan Kajian Akan Datang

Kajian ini dijalankan dengan untuk meneroka aspek psikososial yang dialami oleh individu obes berdasarkan persepsi mereka. Pengkaji mencadangkan agar pada masa datang, kajian ini akan melibatkan golongan remaja yang mengalami obesiti. Hasil dapatan mungkin akan berbeza dengan dapatan kajian ini. Namun begitu, dapatan kajian ini tidak dapat digeneralisasikan secara meluas memandangkan ia terbatas kepada individu obes yang menyertai Klinik Diet sahaja.

5.8 Kesimpulan

Secara keseluruhannya, hasil kajian ini telah berjaya menjawab objektif kajian dan persoalan kajian. Malahan, kajian ini juga telah berjaya dilaksanakan dalam tempoh masa yang ditetapkan. Ternyata, individu obes sememangnya berhadapan dengan isu, kesan dan menunjukkan reaksi tertentu disebabkan oleh obesiti. Individu obes didapati sentiasa

berhadapan dengan pelbagai aspek psikososial yang mengganggu kesejahteraan hidup mereka.

Stigma dan diskriminasi merupakan isu yang tidak dapat dielakkan dalam kalangan individu obes. Ahli keluarga, majikan dan masyarakat merupakan antara sumber stigma yang diterima oleh individu obes. Pengalaman stigma dan diskriminasi ternyata meninggalkan kesan tertentu kepada individu obes. Sebagai contoh, individu obes yang mengalami stigma akan mengelakkan diri daripada melakukan aktiviti fizikal di luar kawasan rumah. Selain itu, individu obes juga berhadapan dengan isu faktor obesiti yang bukan merupakan tanggungjawab individu sepenuhnya. Sebaliknya, terdapat pelbagai faktor lain yang menyebabkan obesiti. Contohnya, faktor persekitaran, genetik dan psikologi seseorang.

Selain itu, individu obes juga mempunyai keterbatasan dalam melakukan aktiviti tertentu dalam kehidupan mereka. Pergerakan fizikal yang terhad, masalah penampilan dan kebersihan diri merupakan aspek yang terjejas disebabkan oleh obesiti. Hal ini sekaligus menyebabkan kesejahteraan hidup individu obes terjejas dan mengurangkan kualiti kehidupan mereka. Individu obes juga menunjukkan reaksi tertentu seperti cenderung mengurangkan berat badan dan mengalami bebanan emosi yang boleh mengurangkan kualiti kehidupan mereka.

Hasil kajian ini boleh digunakan untuk merancang intervensi yang bersesuaian dalam praktis kerja sosial di pelbagai peringkat. Berdasarkan hasil kajian yang diperoleh, pekerja sosial sangat berpotensi untuk membantu golongan obes dengan bekerjasama dengan kepakaran lain yang bersesuaian seperti pakar perubatan, pakar pemakanan, kaunselor, dan jururawat terutamanya di setting perubatan di hospital. Sekiranya kehidupan golongan obes yang terjejas dibiarkan dan tidak ditangani dengan segera, ini boleh menyebabkan kualiti kehidupan mereka menjadi bertambah teruk. Bantuan yang boleh diberikan bukan sahaja terhad kepada individu obes sahaja namun boleh turut melibatkan ahli keluarga mereka dan masyarakat sekeliling. Perkara ini penting kerana masalah yang wujud berpunca daripada kehidupan harian dan masyarakat. Berdasarkan kajian ini, pekerja sosial boleh berperanan sebagai sebagai pendidik, kaunselor dan *empowerer* dalam usaha membantu klien yang obes (Zastrow, 2010).

Disertasi ini dihasilkan dengan tujuan meneroka aspek psikososial alam kalangan golongan obes. Kajian lebih tertumpu kepada isu, kesan dan rekasi yang dialami oleh individu obes disebabkan oleh obesiti. Dapatan kajian menunjukkan bahawa aspek psikososial berkaitan obesiti meninggalkan kesan kepada kehidupan individu obes dalam pelbagai aspek dan mempengaruhi kefungsian sosial mereka dalam masyarakat. Secara keseluruhannya, kajian ini telah mengenalpasti beberapa aspek yang penting yang mempunyai kaitan dengan obesiti dan perkara ini harus diberi perhatian yang sewajarnya agar individu boleh terus menikmati kehidupan yang berkualiti walaupun mengalami obesiti.

RUJUKAN

- Ajzen, I. & Driver, B.L. (1992). Application of the theory of planned behavior to leisure choice. *Journal of Leisure Research*, 24, 207-224.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice- Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. 2nd edition. New York: Open University Press.
- Alvarado, M., Murphy, M.M., & Guell, C. (2015). Barriers and facilitators to physical activity amongst overweight and obese women in an afro-caribbean population: a qualitative study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(97), doi: 10.1186/s12966-015-0258-5.
- An, R. (2016). Fast-food and full-service restaurant consumption and daily energy and nutrient intakes in US adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70, 97–103, doi:10.1038/ejcn.2015.104
- Anderson, D.A. & Wadden, T. A. (1999). Treating the obese patient: suggestions for primary care practice. *Archives of Family Medicine*, 8, 156-167.
- Ashmore, J.A., Friedman, K.E., Reichman, S.K., & Musante, G.J. (2008). Weight based stigmatization, psychological distress, and binge eating behaviour among obese treatment seeking adult. *Eating Behavior*, 9(2), 203-209.
- Ata, R.N. & Thompson, J.K. (2010). Weight bias in the media: a review of recent research. *Obesity Facts*, 3(1), 41-61. doi: 10.1159/000276547
- Barbour, S. (2011). *Obesity*. Farmington Hills, MI: Greenhave Press.
- Bauer, K.W., Yang, Y.W., & Austin, S.B. (2004). How can we stay healthy when you're throwing all this in front of us? Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity. *Health and Education Behavior*, 31, 34-36.
- Bergh, I., Simonsson, B., & Ringqvist, I. (2005). Social background, aspects of lifestyle,

- body image, relations, school situation, and somatic and psychological symptoms in obese and overweight 15-year-old boy in a county in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 95-101.
- Berry, D., Sheehan, R., Heschel, R., Knafl, K., Melkus, G., & Grey, M. (2004). Family-based interventions for childhood obesity: a review. *Journal of Family Nursing*, 10(4), 429-449.
- Bocca, G., Kuitert, M., Sauer, P., Stolk, R., Flapper, B.. & Corpeleijn, E. (2014). A multidisciplinary intervention programme has positive effects on quality of life in overweight and obese pre-school children. *Acta Paediatr*, 103(9), 962-967.
- Boneberger, A., von Kries, R., Milde-Bush, A., Bolte, G., Rochat, M., & Ruckinger, S. (2009). Association between peer relationship problems and childhood overweight/obesity. *ACTA Pediatrica*, 98, 1950-1955.
- Boodai, S.A., & Reilly, J.J. (2013). Health related quality of life adolescents in Kuwait. *BMC Pediatrics*, 13, 105. doi: 10.1186/1471-2431-13-105.
- Braithwaite, I., Stewart, A.W., Hancox,R.J., Beasley, R., Murphy, R., & Mitchell, E.A. (2014). Fast-food consumption and body mass index in children and adolescents: an international cross-sectional study. *BMJ Open*, 4 (12), e005813. doi:10.1136/bmjopen-2014-005813
- Bryman, A. (2004). *Social research methods*. Oxford: University Press.
- Campbell, A., & Hausenblas, H. (2009). Effects of exercise interventions on body image: A meta-analysis. *Journal of Health and Psychology*, 14, 780-793.
- Carr, D., & Friedman, M.A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (3), 244-259.
- Cawley, J. & Mayerhoefer, C. (2012). The medical care costs of obesity: an instrumental variables approach. *Journal of Health Economics*, 31(1), 219-230. doi: 10.1016/j.jhealeco.2011.10.003
- Chua Yian Piaw. (2006). *Kaedah dan statistik penyelidikan: asas statistik penyelidikan buku 2*, Kuala Lumpur: McGraw-Hill (Malaysia) Sdn. Bhd.
- Colditz, G.A. (1992). Economic costs of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (Suppl 2), 503S-507S.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basic of qualitative research: grounded theory*

- procedures and techniques*. London: Sage Publications.
- Creswell, J.W. (2012). *Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Boston: Pearson.
- Davis, B., & Carpenter, C. (2009). Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity. *American Journal of Public Health*, 99(3), 505-510.
- Dallman, M.F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *PMC*, 21(3), 159-165. doi: 10.1016/j.tem.2009.10.004
- Daniels, S.R. (2006). The consequences of childhood overweight and obesity. *The Future of Children*, 16(1), 47-67. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3556550>.
- Drewnowski, A. (2009). Obesity, diet, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, 67(Suppl 1), S36–39. doi:10.1111/j.1753-4887.2009.00157.x
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Haines, J., & Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 38, 675-683.
- Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85.
- Eliadis, E. (2006). The role of social work in the childhood obesity epidemic. *Commentary*, 51(1), 86-88.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Gokses, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46(3), 296-301.
- Fabris de Souza, S.A., Faintuch, J., Valezi, A.C., Sant'Anna, A.F., Gama-Rodrigues, J.J., de Batista Fonseca, I.C. (2005). Postural changes in morbidly obese patients. *Obese Surgery*, 15, 1013-1016.
- Falkner, N.H., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Jeffery, R.W., Buehring, T., & Resnick, M.D. (2001). Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*, 9, 32-42.

- Farah Wahida Rezali, Yit Siew Chin & Bakarutun Nisak Mohd Yusof. (2012). Obesity-related behaviors of Malaysian adolescents: a sample from Kajang district of Selangor state. *Nutrition Research Practice*, 6(5): 458-465 doi: 10.4162/nrp.2012.6.5.458.
- Field, A., Austin, S., Taylor, C., Malspeis, S., Rosner, B., & Rockett, H. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112(4), 900-906.
- Field, A., Austin, S., Taylor, C., Malspeis, S., Rosner, B., & Rockett, H. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112(4), 900-906.
- Finkelstein, E.A., Ruhm, C.J., & Kosa, K.M. (2005). Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review Public Health*, 26, 239– 257.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. MA: Addison-Wesley.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F., & Gail, M.H. (2005). Excess death associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 293(15), 1861-1867.
- Flodmark, C.E., Lissau, I., Moreno, L.A., Pietrobelli, A., & Widhalm, K. (2004). New insights into the field of children and adolescent's obesity: the European perspective. *International of Journal Obesity and Related Metabolic Disorder*, 28 (10), 1189-1196. doi:10.1038/sj.ijo.0802787.
- Friedman, J.M. (2009). Leptin at 14 years of age: an ongoing story. *American Journal of Clinical Nutrition*, 89 (Supplement), 973S-979S.
- Friedman, M.A. & Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3-20.
- Gabrielson, S. (2008). Men's experiences of living with obesity. Department of Nursing Sciences. Lulea University of Technology.
- Geliebter, A. & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.
- George, M.N.T. (2005). Stress, psychosocial factors, and the outcomes of anxiety, depression, and substance abuse in rural adolescents (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://d-scholarship.pitt.edu/9282/1/georgenmt2005.pdf>

- Gitau, T.M., Micklesfield, L.K., Pettifor, J.M., & Norris, S.A. (2014). Ethnic differences in eating attitudes, body image and self-esteem among adolescent females living in urban South Africa. *Journal of Psychiatry*, 17, 468-474.doi: <http://dx.doi.org/10.4172/1994-8220.1000101>
- Glanz, K., J.F. Sallis, B.E. Saelens, & L.D. Frank. (2005). Healthy nutrition environments: concepts and measures. *American Journal of Health Promotion*, 19, 330-333.
- Goldfield, G., Moore, C., Henderson, K., Bucholz, A., Obeid, N., & Falment, M. (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression and weight status in adolescents. *Journal of School Health*, 80(4), 186-192.
- Griffiths, L., Parson, T., & Andrew, H. (2010). Self-esteem and quality life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304.
- Griffiths, L., Wolke, D., Page, A., Horwood, T. & the ALSPAC Study Team. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, 91(2), 121-125.
- Grimladi, D., & Van Etten, D. (2010). Psychosocial adjustment following weight loss surgery. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 48(3), 24-29.
- Guest, G., MacQueen, K., & Namey, E. (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks. CA: Sage.
- Guest, G., Namey, E.E., & Mitchell, M.L. (2013). *Collecting Qualitative Data: A field manual for applied research*. United States: Sage Publications.
- Guh, D., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., & Birmingham, C.L. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(8), 80-88. doi: 10.1186/1471-2458-9-88
- Guyatt, G.H., & Feeny, D.H. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals International Medical*, 118(8), 622-629. doi:10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009
- Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21, 770-

- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M., & Hannan, P. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: Longitudinal findings from projects EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), e209-e215.
- Hamzaid, H., Talib, R.A., Azizi, N.H., Maamor, N., Reilly, J.J., & Wafa, S.W. (2011). Quality of life of obese children in Malaysia. *International Journal of Pediatrics Obesity*, 6, 450-454.
- Hayden-Wade, H.A., Stein, R.I., Ghaderi, A., Saelens, B.E., Zabinski, M.F., & Wilfey, D.E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Research*, 13, 1381-1392.
- Hebi, M.R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: physician reaction to the size of a patient. *Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25 (8) ,1246-1252.
- Herva, A., Laitinen, J., Miettunen, J., Veijola, J., Karvonen, J.T., Lakshy, K., & Joukamaa, M. (2006). Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *International Journal of Obesity*, 3, 520-527.
- Heuer, C.A., McClure, K.J., Puhl, R.M. (2011). Obesity stigma in online news: a visual content analysis. *Journal of Health Communication*, 16, 976–987. doi: 10.1080/10810730.2011.561915
- Israel, A., & Ivanova, M. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 424-429. doi: 10.1002/eat.100448.
- Institut Kesihatan Umum (IKU). *Kajian morbiditi dan kesihatan kebangsaan*. (2015) Nutritional Status. Kementerian Kesihatan Malaysia. Retrieved from <http://www.moh.gov.my/index.php/pages/view/1142>
- Institut Kesihatan Umum (IKU). *National Health and Morbidity Survey (2011) Nutritional Status*. Ministry of Health, Malaysia. Retrieved from <http://www.moh.gov.my/index.php/pages/view/1142>
- Janssen, I., Craig, W., Boyce, W., & Pickett, W. (2004). Associations between

- overweight and obesity with bullying behaviors in school aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1187-1194.
- Jestad, S.J., Boutelle, K.N., Ness, K.K., & Stice, E. (2010). Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in female adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 78(2), 268–272.
- Jodkowska, M., Oblacinska, A., Tabak, I., & Radiukiewicz, K. (2010). The role of physical education teachers to support overweight and obese pupils. *Medycyna Wieku Rozwol*, 4(2), 197-206.
- Kamil Abidalhussain Aboshkair, Saidon Amri, Kok Lian Yee, & Bahaman Abu Samah. (2011). Assessment of weight status of secondary school children in Selangor, Malaysia. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(9), 1675-1682.
- Karasu, S.R. & Karasu, T.B. (2010). *The gravity of weight: a clinical guide to weight loss and maintenance*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Keating, C.L., Moodie, M.L., & Swinburn, B.A. (2011). The health-related quality of life overweight and obese adolescents-a study measuring body mass index and adolescent-reported perceptions. *International Journal of Paediatric Obesity*, 6 (5-6), 434-441. doi: 10.3109/17477166.2011.590197.
- Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, 37 (2), 120-127.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (2015). Retreived from <http://aktif.myhealth.gov.my/>
- Kim, O., & Kim, K. (2001).Body weight, self-esteem, and depression in Korean female adolescents. *Adolescence*, 36(142), 315-322.
- Kiviruusu, O., Konttinen, H., Huurre, T., Aro, H., Marttunen, M. & Haukkala, A. (2016). Self-esteem and body mass index from adolescence to mid-adulthood. A 26-year follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 355-363.
- Kristjansson, A.L., Sigfusdottir, I.D., & Allegrante, J.P. (2010). Health behavior and academic achievement among adolescents: the relative contribution of dietary habits, physical activity, body mass index, and self-esteem. *Health Education*

and Behavior, 37(1), 51-64.doi: 10.1177/1090198107313481

- Kruger, D.J., Greenbergh, E., Murphy, J.B., DiFazio, L.A., & Youra, K.R. (2014). Local concentration of fast-food outlets is associated with poor nutrition and obesity. *America Journal of Health Promotion*, 28(5), 340-343. doi: 10.4278/ajhp.111201-QUAN-437.
- Kruger, J., Galuska, D.A., Serdula, M.K., & Jones, D.A. (2004). Attempting to lose weight: specific practices among U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 402-406.
- Kutob, R.M., Senf, J.H., Crago, M., & Shisslak, C.M. (2010). Concurrent and longitunidal predictors of self esteem in elementary and middle school girls. *Journal Science of Health*, 80 (5), 240-248. doi: 10.1111/j.1746-1561.2010.00496.x.
- Lewis, S., Thomas, S.L., Blood, R.W., Castle, D.J., Hyde, J., & Komesaroff, P.A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different type of obesity stigma that they encounter in daily lives? a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 73(9), 1349-1356.
- Luppino, F.S., de Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B.W., & Zitman, F.G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta analysis of logitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67 (3): 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills CA: Sage Publication.
- Loveman, E., Frampton, G.K., Shepherd, J., Picot, J., Cooper, K., Bryant, J. Welch, K. & Clegg, A. (2011). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 15(2): 1-182.
- Lawrence, S., Hazlett, R. & Hightower, P. (2010). Understanding and acting on the growing childhoofd and adolescent weight crisis: a role for social work. *Health and Social Work*, 35(2), 147-153.
- Markey, C. N., & Markey, P. M. (in press). Body Image. In. R. Levesque (Ed.) *Encyclopedia of Adolescence*.
- MacLean, L., Edwards, N., Garrad, M., Sims-Jones, N., Clinton, K., & Ashley, L. (2009). Obesity, stigma and public health. *Health Promo International*, 24

(1), 88-93.

Magallares, A., Morales, J.F., & Rubio, M.A. (2011). The effect of work discrimination on the well-being of obese people. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 255-267.

Mahathevan, R. (2007). The obesity epidemic in Malaysia: seeking solutions through public health interventions and policies. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 7(2), 2-3.

Martin, J. (2010). The development of ideal body image perceptions in the United States. *Nutrition Today*, 45(3), 179-186.

Martins, C.R., Delegrani, A., Matheus, S.C., & Petroski, E.L. (2010). Body image dissatisfaction and its relationship with nutritional status, body fat and anorexia and bulimia symptoms in adolescents. *Rev de Psiquiatr Rio Gde Sul*, 32(1), 132-135.

McClure, A.C., Tanski, S.E., Gerrard, M., & Sargent, J.D. (2010). Characteristics associated with low self-esteem among US adolescents. *Academic Pediatrics*, 10(4), 238-244.e2 doi: 10.1016/j.acap.2010.03.007

McGregor, S., McKenna, J., Gately, P. & Hill, A.J. (2016). Self-esteem outcomes over summer camp for obese youth. *Pediatric Obesity*, DOI: 10.1111/ijpo.12093

Miller, T., Birch, M., Mauthner, M., & Jessop, J. (Eds). (2012). *Ethics in qualitative research*. London: Sage Publications.

Mohamud, W.N.W., Musa, K.I., Khir, A.S.M., Ismail, A.A.S., Ismail, I.S., Kadir, K.A., ... Bebakar, W.M.W. (2011). Prevelence of overweight and obesity among adult Malaysians: an update. *Asia Pacific Journal Clinical Nutrition*, 20(1), 35-41.

Montgomerie, A.M., Chittleborough, C.R., & Taylor, A.W. (2014). Physical inactivity and incidence of obesity among south australian adults. *PLoS ONE*, 9 (11), e112693. doi:10.1371/journal.pone.0112693

Mooney, E., Farley, H., & Strugnell, C. (2009). A qualitative investigation into the opinions of adolescent females regarding their body image concerns and dieting practices in the Republic of Ireland (ROI). *Appetite*, 52, 485-491.

Moroshko, I., Brennan, L., & O'Brien, P. (2011). Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 12(11):

- Musher-Eizenman, D.R. & Holub, S.C. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 960–972.
- Nemiray, D., Shim, R., Mattox, G., & Holden, K. (2012). The relationship obesity and depression among adolescents. *Psychiatric Annals*, 42(8), 305-308. doi: 10.3928/00485713-20120806-09.
- Neuman, W.L. (2000). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P., & Mulert, S. (2002). Weight teasing among adolescents: correlation with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26, 123-131.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J. & Eisenbergh, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of American Dietetic Association*, 106, 559-568.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., Sherwood, N., & van der Bergh, P. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369.
- Norliza Ibrahim, Foong Min Moy, Intan Attikah Nur Awalludin, Zainuddin Ali, & Ikram Shah Ismail. (2014). The health-related quality of life among pre-diabetics and its association with body mass index and physical activity in a semi-urban community in Malaysia-a cross sectional study. *BMC Public Health*, 14(298), doi:10.1186/1471-2458-14-298
- Nyman, V.M.K., Prebensen, A.K., Gullvi, E.M. (2010). Obese women's experience of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26, 424–429. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.008. pmid:19100667
- Ofei, F. (2005). Obesity- a preventable disease. *Ghana Medical Journal*, 39 (3), 98-101.
- Ofei, F. (2007). Obesity-a preventable disease. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 145.
- Ogden, C.L., Yanovski, S.Z., Carroll, M.D., & Flegal, K.M. (2007). The epidemiology

- of obesity. *Gastroenterology*, 132(1), 2087-102.
- Okop, K.F., Mukumbang, F.C., Mathole, T., Levitt, N. & Puoane, T. (2016). Perceptions of body size, obesity threat and the willingness to lose weight among black south African adults: a qualitative study. *BMC Public Health*, 16(365), 1-13.
- Orth, U., Robins, R.W., Widaman, K.F., & Conger, R.D. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin Youth. *Developmental Psychology*, 50(2): 622-633.
- Ozier, A.D., Kendrick, O.W., Knol, L.L., Leeper, J.D., Perko, M., & Burnham, J. (2007). The eating and appraisal due to emotions and stress (EADES) questionnaire: development and validation. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), 619-628.
- Palmeira, A.L., Branco, T.L., Martins, S.C., Minderico, C.S., Silva, M.N., Vieira, P.N., Barata, J.T., Serpa, S.O., Sardinha, L.B., Teixeira, P.J. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: association with weight loss and maintenance.
doi: 10.1016/j.bodyim.2010.03.002
- Pan, L., Freedman, D.S., Gillespie, C., Park, S., & Sherry, B. (2011). Incidences of obesity and extreme obesity among US adults: findings from the 2009 behavioral risk factor surveillance system. *Population Health Metrics*, 9, 56.
doi: 10.1186/1478-7954-9-56
- Park, .BH., Lee, M.S., & Hong, J.Y. (2009). The stages of physical activity and exercise behavior: an integrated approach to the theory of planned behavior. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 21, 71-83.
- Pearce, M., Boergers, J., & Prinstein, M. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization and romantic relationship. *Obesity Research*, 10(5), 386-393.
- Pinhas-Hamiel, O., Singer, S., Pilpel, N., Fradkin, A., Modan, D., & Reichman, B. (2006). Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. *International Journal of Obesity*, 30(2): 267-272.
- Pitayatienanan, P., Butchon, R., Yothasamut, J., Aekplakorn, W., Teerawattananon, Y., Suksomboon, N. & Thavorncharoensap, M. (2016). Economic costs of

- obesity in Thailand: a retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Services Research*, 14, 146, 1-7.
- Poeta, L.S., Duarte Mde, F., Giuliano Ide, C., & Mota, J. (2013). Interdisciplinary intervention in obese children and impact on health and quality of life. *Journal of Pediatric*, 89(5), 499-504.
- Pratt, L.A. & Brody, D.J. (2014). Depression and obesity in the U.S adulthood population, 2005-2010. *NCHS Data Brief*, 167(10), 1-8.
- Presnell, K., Bearman, S., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401.
- Puhl, R., & Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17, 941–964.
- Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: towards changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213-227.
- Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)*, 14(10), 1802-1815.
- Puhl, R.M., & Brownell, K.D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 14, 1802–1815. doi: 10.1038/oby.2006.208
- Puhl, R.M., & Heuer, C.A. (2010). Obesity stigma: important consideration for public health, *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1027.
- Puhl, R.M., & Latner, J.D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychology Bulletin*, 133, 557–580.
- Puhl, R.M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *Journal of School Health*, 81(11), 696-703.
- Puhl, R.M., Moss-Racusin, C.A., & Schwartz, M.B. (2007). Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 15, 19-23.
- Raj, M., & Kumar, R.K. (2010). Obesity in children & adolescents. *Indian Journal*

Medical Research, 132(5), 598-607.

Rampal, L., Rampal, S., Geok Lin Khor, Azhar Md Zain, Shafie Ooyub, Ramlee Rahmat, Sirafoon Noor Ghani, & Krishnan, J. (2007). A national study on the prevalence of obesity among 16127 Malaysian, *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16(3), 561-566.

Rancangan Malaysia Ke-10 (2011). Retreived from <http://www.epu.gov.my/tenth-malaysia-plan-10th-mp->

Rankinen, T., Perusse, L., Weisnagel, S.J., Snyder, E.E., Chagnon, Y.C., & Bouchard, C. (2002). The human obesity gene map: the 2001 update. *Obesity Research*, 10(3), 196–243.

Richardson, L. P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T. E., & Caspi, A.(2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine*, 157(8), 739-745.

Rieger, E., Dean, H.Y., Steinbeck, K.S., Caterson, I.D., & Manson, E. (2009). The use of motivational enhancement startegies for the maintenance of weight loss among obese individuals: a preliminary investigation. *Diabetes Obes Metab*, 11(6), 637-640.

Robson, C. (1993). *Real world research*. Oxford: Blackwell.

Roehling, M.V., Roehling, P.V., & Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: the role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, 71, 2007, 300-318.
doi:10.1016/j.jvb.2007.04.008

Rutters, F., Nieuwenhuizen, A.G., Lemmens, S.G., Born, J.M., Westerterp-Plantenga, M.S. (2009). Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. *Obesity (Silver Spring)*, 17(1), 72-77.

Sabitha Marican. (2006). *Kaedah penyelidikan sains sosial*. Selangor: Prentice Hall Pearson Sdn. Bhd.

Sach, T.H., Barton, G.R., Doherty, M., Muir, K.R., Jenkinson, C., & Avery, A.J. (2007). The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *International Journal of Obesity*, 31(1), 189-196.

Sakinah, H., Seong-Ting, C., Rosniza, R., & Jayah, K.P. (2012). Socio-demographic,

- dietary and physical activity determinants of adolescents overweight and obesity in Kelantan. *Health and the Environment Journal*, 3(1), 44-53.
- Sallis, J.F. & Glanz, K. (2009). Physical activity and food environments: solutions to the obesity epidemic. *The Milbank Quarterly*, 87 (1), 123-154.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Moore, R.H., Eisenbergh, M.H., Raper, S.E., & Williams, N.N. (2010). Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Disease*, 6 (6), 608-614. doi: 10.1016/j.soard.2010.07.015.
- Scholtz, S. & Morgan, J.F. (2009). Obesity and psychiatry. *Psychiatry*, 8(6), 198-202.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Senf., J.H., Shisslak, C.M. & Crago, M.A. (2006). Does dieting lead to weight gain? A four-year longitudinal study of middle school girls. *Obesity (Silver Spring)*, 14(12), 2235-2241.
- Serlachius, A., Hamer, M. & Wardle, J. (2007). Stress and weight change in university students in the United Kingdom. *Physiology and Behavior*, 92(4), 548-553.
- Shariff, A.H., Sazlina, S.G., & Shamsul, A.S. (2007). Obesity among urban primary school children. *JUMMEC*, 10(1), 17-20.
- Shariff, Z.M., & Khor, G.L. (2005). Obesity and household food insecurity: evidence from a sample of rural households in Malaysia. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 1049-1058.
- Sherina Mohd Sidik & Rampal, L. (2009). The prevalence and factors associated with obesity among adult women in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 8(1), 1-6. doi: 10.1186/1477-056X-8-2
- Sylvia, R. & Karasu, M.D. (2012). Of mind and matter: psychological dimension of obesity. *American Journal of Psychotherapy*, 6 (22), 111-126.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image*, 1, 15-28.
- Steiger, A.E., Allemand, M., Robins, R.W., & Fend, H.A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 325-338.

- Stern, M., Mazzeo, S. E., Gerke, C. K., Porter, J. S., Bean, M. K., & Laver, J. H. (2007). Gender, ethnicity, psychosocial factors, and quality of life among severely overweight, treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 90-94.
- Stevens, V.L., Jacobs, E.J., Sun, J., Patel, A.V., McCullough, M.L., Teras, L.R., & Gapstur, S.M. (2012). Weight cycling and mortality in a large prospective study. *American Journal of Epidemiology*, 175(8), 785-792.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 195-203.
- Storch, E., Milsom, V., DeBraganza, N., Lewin, A., Geffken, G., & Silverstein, J. (2007). Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at risk for overweight youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 80-89.
- Strauss, R., & Pollack, H. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine*, 157, 746-752.
- Sulaiman Masri (2003). *Kaedah penyelidikan dan panduan penulisan*. Kuala Lumpur: Utusan Publication.
- Swinburn, B.A., Sacks, G., Hall, K.D., McPherson, K., Finegood, D.T., Moodie, M.L., & Gortmaker, S.L. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*, 378(9793), 804–814.
- Sylvia, R.K. (2013). Psychotherapy-lite: obesity and the role of the mental health practitioner. *American Journal of Psychotherapy*, 67(1), 1-20.
- Trogdon, J.G., Finkelsteinm E.A., Hylands, T., Dellea, P.S., Kamal-Bahl, S.J. (2009). Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *Obesity Reviews*, 9(5), 489-500. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00472.x
- Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D.E., Young, J.F., Mufson, L., Yanovski, S.Z., Glasofer, D.R., & Salaita, C.G. (2007). Preventing excessive weight gain in adolescents: Interpersonal psychotherapy for binge eating. *Obesity*, 15(6), 1345-55.
- Tomiyama, A.J., Dallman, M.F. & Epel, E.S. (2011). Comfort food is comforting to

- those most stressed: Evidence of the chronic stress response network in high stress women. *Psychoneuroendocrinology*, 36(10), 1513–1519.
- Torres, S.J., & Nowson, C.A. (2007). Relationship between stress, eating behavior and obesity. *Nutrition*, 23 (11-12), 887-894. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- Tunceli, K., Li, K. & Williams, L.K. (2006). Long term effects of obesity on employment and work implication among U.S. adults 1986 to 1999. *Obesity*, 14, 1637-1646.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behaviour, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42, 381–390. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.381
- UN Refugee Agency website (2009). *Psychosocial Support*. Retrieved from <http://www.unhcr.org/4c98a5169.pdf>
- Wake, M., Salmon, L., Waters, E., Wright, M. & Hesketh, K. (2002). Parent-reported health status of overweight and obese Australian primary school children: a cross-sectional population survey. Retrieved from <http://szawww.nature.com/favicon.ico>
- Walls, H.L., Backholer, K., Proietto, J., McNeil, J.J. (2012). Obesity and trends in life expectancy. *Journal of Obesity*, 4(4), 1- 4. doi: 10.1155/2012/107989
- Wang, C.Y., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S., Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *Lancet*, 378(9793), 815-825. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60814-3.
- Wang, F. & Veugelers, P.J. (2008). Self-esteem and cognitive development in the area of the childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews*, 9(6), 615-623. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00507.x
- Weinshenker, N. (2002). Adolescence and body image. *School Nurse News*, 19 (3), 13-16.
- World Health Organization (WHO) website (2016). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO Experts Consultation (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363, 157-163.

- Williams, S.L. & Mummery, K. (2011). Links between adolescent physical activity, body mass index and adolescent and parent characteristic. *Health, Education and Behavior*, 1, 1-11. doi: 10.1177/1090198110385772
- Wing, R.R. & Phelan, S. (2005). Long term weight loss maintenance, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1): 222S-225S.
- Withrow, D. & Alter, D.A. (2011). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity Reviews*, 12, 131–141.
- World Health Organization (2014). BMI Classification. Retrieved from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Yang, W., Kelly, T., & He, J. (2007). Genetic epidemiology of obesity. *Epidemiology Reviews*, 29(1), 49-61.
- Yit Siew Chin, Mohd Nasir Mohd Talib, Zalilah Mohd Shariff & Geok Lin Khor. (2008). Development of multi-dimensional body image scale for Malaysian female adolescents. *Nutr Res Pract*, 2(2), 85-92. doi: 10.4162/nrp.2008.2.2.85
- Ying-Ping, C., Hong-Mei, W., Edwards, T.C., Ting, W., Xiao-Ying, J., Yi-Ran, L., Patrick, D.L. (2015) Factors Influencing Quality of Life of Obese Students in Hangzhou, China. *PLoS ONE* 10(3): e0121144. doi:10.1371/journal.pone.0121144.
- Zalilah, M.S., Mirnalini, K., Khir, G.L., Merlin, A., Bahaman, A.S., & Norimah, K. (2005). Estimates and distribution of body mass index in a sample of Malaysian adolescents. *Medical Journal Malaysia*, 61(1), 48-58.
- Zastrow, C. (2010). *Introduction to social work and social welfare: empowering people, 10th edition*. Cengage Learning: Canada.
- Zellner, D.A., Loaiza, S., Gonzalez, Z., Pita, J., Morales, J., Pecora, D. & Wolf, A. (2006). Food selection changes under stress. *Physiology and Behavior*, 87(4), 789-93.