

Kemurungan dan Kesanya Terhadap Tingkah Laku Pelajar: Satu Analisis

Noradilah Binti Abdul Wahab^{1,a}, Mohd Shahril Bin Othman^{2,b}

^{1,2}Fakulti Pengajian Kontemporari Islam,
Universiti Sultan Zainal Abidin (UniSZA)
21300 Kuala Nerus, Terengganu, Malaysia

^aadilahphd@yahoo.com, ^bmohdshahril@unisza.edu.my

Kata Kunci: Kemurungan; Pelajar; Kualitatif Deskriptif; Pendekatan Islam.

Keywords: Depression; Students; Descriptive qualitative; Islamic Approaches.

Abstrak. Gejala kemurungan yang melanda remaja khususnya pelajar bukanlah perkara enteng yang boleh disampingkan sahaja kerana ia memberi kesan negatif kepada pelajaran dan kehidupan seharian. Bahkan boleh mengancam nyawa diri dan individu di sekeliling mereka. Justeru itu, artikel ini dilakukan bagi mengenal pasti simptom-simptom dan faktor-faktor yang mempengaruhi kemurungan dengan mengumpul kajian-kajian terdahulu yang berkaitan, sehingga mendapat dapatan baru yang boleh menjadi solusi kepada permasalahan kajian. Dapatan menunjukkan bahawa, remaja di Malaysia sememangnya menghadapi masalah kemurungan dan pendekatan secara Islam merupakan antara jalan yang terbaik bagi menanganinya. Dapatan artikel ini memberi implikasi penting bagi menangani penyakit kemurungan daripada terus menjadi perkara negatif lain.

Abstract. The symptoms of depression cannot be taken lightly because can be affects a negative impact their education and learning. But also can in fact harm themselves and other individuals in their surroundings. Thus, this article was conducted to identify Symptoms and factors affecting of depression base on collecting relevant data related to the research topic. This study used content analysis to review relevant sources that represent to get new insights can be a solution to the research problem. The findings show that teenagers in Malaysia had a problem with depression and Islamic approaches is the best ways to handle them. These findings imply the importance to resolve depressive illnesses than others negative thing happened.

Pengenalan

Setiap manusia inginkan kebahagiaan dan ketenangan dalam hidup (Nur Zahidah & Raihanan, 2011), namun gangguan emosi seperti kemurungan, tekanan perasaan, takut, benci, cemburu, marah, dan malu menjadi penghalang serta mengganggu kelancaran hidup seseorang individu (Mohammad Alfian et. al., 2006). Manakala menurut Wicks-Nelson dan Israel, (2003), kemurungan merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seseorang individu. Perasaan sedih dan muram boleh dialami oleh manusia pada bila-bila masa sepanjang hayat mereka (Gurian, 2001; Steinberg, 1999). Hakikatnya, kemurungan sukar ditafsirkan, kerana ia boleh membawa pelbagai maksud dan boleh digunakan dalam pelbagai keadaan (Haugaard, 2001). Menurut Glazer dan Haber (2005) penyakit kemurungan dan tekanan boleh dialami oleh semua orang tanpa mengira peringkat umur. Bahkan, pada tahun 2020, kemurungan dijangka menjadi penyakit kedua yang tertinggi di seluruh dunia.

Kemurungan juga merupakan penyakit yang wujud dan mempunyai penyebab serta gejala-gejala yang nyata. Ia juga merupakan sejenis penyakit mental yang melibatkan anggota badan, emosi dan fikiran serta bukanlah bersifat sementara dan dapat dipulihkan dalam masa yang singkat (Hanidah, 2013). Menurut Mohd. Sufian (2004), kemurungan merupakan suatu masalah emosi yang tidak seimbang disebabkan oleh kekecewaan atau tekanan dalam kehidupan seharian. Kemurungan, resah, gelisah dan sayu merupakan penderitaan perasaan yang boleh memberikan impak negatif dan membinasakan individu yang mengalaminya (Abdul Latiff, 2007; Mohamed Hatta, 2001; Mohd Hussain dan Ahmad Hatim, 2006; Robbins dan Tanck,1984; American Psychological Association, 2007; Bilsker et al., 2007).

Keadaan ini akan menjadikan kehidupan seseorang individu itu resah gelisah sehingga mengganggu ketenangan perasaan dan emosi (Ilyas Mohammad, 2007). Selain itu, kemurungan juga boleh memberi kesan kepada tubuh badan dan kehidupan sosial penghidapnya, kerana individu itu akan berada dalam keresahan dan kegelisahan secara berterusan tanpa sebarang sebab (Wicks-Nelson & Israel, 2003). Kemurungan juga merupakan satu gejala yang mengurangkan prestasi normal individu seperti melambatkan aktiviti psikomotor atau mengurangkan fungsi intelektual individu (Normah, 2995).

Umum mengetahui bahawa masalah kemurungan dalam kalangan kanak-kanak dan remaja merupakan isu kontroversi sejak beberapa dekad yang lalu (Kauffman, 2001). Bahkan, telah banyak kajian yang dibuat sekitar tahun 1960-an

dan 1970-an telah membuktikan bahawa penyakit kemurungan bukan sahaja wujud ketika zaman kanak-kanak dan remaja, tetapi lebih serius daripada apa yang dijangkakan (Bachanas & Kaslow, 2001; Haugaard, 2001; Nunley, 2003). Kemurungan dalam kalangan remaja biasanya diselindungi dengan tingkah laku tertentu seperti hiperaktiviti, ponteng sekolah dan tidak berkeupayaan dalam pembelajaran (Kauffman, 2001).

Hasil kajian daripada Universiti Suffolk (2006) mendapati seramai 149 orang pelajar menghadapi masalah kemurungan. Dapatan juga menunjukkan 31 orang pelajar telah mengalami kemurungan tahap serius. Manakala berdasarkan kajian Seot dan Sevig (2005), sebanyak 14.9% daripada 949 pelajar telah menghadapi penyakit kemurungan. Kajian Whisman et. al., (2000) yang melibatkan 576 pelajar dan dapatan menunjukkan sebanyak 1.6% pelajar tergolong dalam kemurungan yang serius, manakala 5.7% pelajar tergolong dalam golongan kemurungan sederhana, 12.5% pelajar dalam golongan kemurungan awal dan 80.2% pelajar tergolong dalam simpton awal kemurungan.

Namun dalam kes-kes tertentu, perasaan sedih dan muram ini berlanjutan sehingga membawa kepada akibat yang tidak diingini (Ingersoll, 1989), seperti boleh meningkatkan risiko penyakit fizikal serta meningkatkan risiko membunuh diri (Hanidah, 2013). Menurut kajian Prof. Robert Priest (1983) sekitar tahun 1960-an gejala kemurungan menjadi serius sehingga mengancam nyawa manusia. Kajian Morbiditi Kebangsaan (2001) menunjukkan prevalen idea bunuh diri dalam kalangan masyarakat dewasa Malaysia adalah 1.7%, prevalen rancangan bunuh diri 0.9% dan prevalen cubaan bunuh diri adalah 0.5%. Manakala menurut Statistik Pendaftaran Bunuh Diri Kementerian Malaysia bagi tempoh 2008 hingga 2010 purata satu hingga dua kes setiap hari. Menurut Ketua Pengarah Kesihatan, sejumlah 1.100 kes bunuh diri dilaporkan dalam tempoh tiga tahun itu (2008-2010) dengan nisbah lelaki berbanding wanita 2:1.

Manakala Statistik Pusat Informatik Kesihatan, KKM untuk tempoh lima tahun (2010-2014) pula menunjukkan sejumlah 338 kematian di hospital-hospital kementerian adalah disebabkan oleh perbuatan mencederakan diri atau ‘*intentional self-harm*’. Menurut Nur Shahirah Osman (2017), dalam Utusan Online yang bertajuk ‘Purata tujuh orang bunuh diri’, seramai lebih 2,000 rakyat Malaysia, kebanyakannya golongan muda mati akibat bunuh diri setiap tahun. Ini bermakna purata tujuh kes bunuh diri berlaku atau sekitar 200 sebulan. Statistik kadar bunuh diri dunia ialah daripada 100, 000 orang, lebih 20 orang membunuh diri setiap hari atau setiap 30 saat seorang mengakhiri hidupnya dengan membunuh diri.

Dikukuhkan lagi dengan pendapat Noor Hisham (2015) yang menyatakan bahawa tingkah laku bunuh diri boleh berlaku akibat daripada pelbagai faktor dan antaranya ialah faktor kemurungan. Justeru itu, kemurungan dalam kalangan remaja memerlukan perhatian dan intervensi yang baik oleh pelbagai pihak (Bachanas dan Kaslow, 2001).

Simptom-Simptom Kemurungan Dalam Kalangan Pelajar

Tanpa disedari, kemurungan merupakan salah satu penyakit mental yang semakin menular dalam kalangan masyarakat dan kebiasaannya penghidap penyakit ini tidak sedar bahawa mereka mengalami masalah tersebut (Mohamed Hatta, 2001). Di Malaysia, penyakit kemurungan merupakan antara salah satu penyakit akibat daripada gangguan mental yang utama dan paling banyak berlaku (Mohd Hussain & Ahmad Hatim, 2006). Menurut Yen Teck Hoe (2009), Presiden Persatuan Psikiatri Malaysia (MPA), kemurungan merupakan penyakit yang berpunca daripada gangguan emosi yang sering melanda setiap individu. Hal ini terjadi kerana mereka menganggap ia hanyalah kelemahan diri mereka akibat daripada perasaan lemah semangat dalam menghadapi ranjau kehidupan (Rosenthal dan Okie, 2005; Manthorpe et al, 2005; Me y dan Siew, 2005; Students Against Depression, 2005; Mohd Hussain dan Ahmad Hatim, 2006). Hal ini menjadi semakin sukar bagi mengenalpasti simptom kemurungan yang dihadapi oleh seseorang individu (Heather, 2007; Mohamed Hatta, 2001; FitzGibbon, 2003; Franck dan Raedt, 2007).

Akibat daripada itu, mereka tidak mendapatkan rawatan yang sewajarnya sehingga menyebabkan mereka terjerumus dalam situasi kemurungan yang lebih serius (Mohamed Hatta, 2001; Reeves, 2005; Bradvick dan Berglund, 2005; Mohd Hussain dan Ahmad Hatim, 2006). Walaubagaimanapun, kebanyakan penyelidik di seluruh dunia bersepakat dan bersetuju bahawa simptom kemurungan yang kebiasaannya terjadi kepada setiap individu ialah disebabkan oleh perasaan sedih dan muram (Heather, 2007; Mohamed Hatta, 2001; FitzGibbon, 2003; Franck dan Raedt, 2007). Selari dengan kajian yang dilakukan oleh Universiti Suffolk (2006), Soet dan Sevig (2005), Whisman et al., (2000) Al-Musawi (2001) Swami et al., (2006), simptom kesedihan merupakan salah satu daripada penyebab utama penyakit kemurungan. Manakala menurut Kementerian Kesihatan Malaysia (2004), antara simptom-simptom kemurungan yang lain ialah hilang minat terhadap aktiviti harian, hilang tumpuan, masalah atau gangguan tidur, perubahan selera makan, penurunan atau peningkatan berat badan, kepenatan, rasa bersalah yang keterlaluan, hilang harga diri, putus harapan dan yang paling teruk adalah memikirkan tentang kematian.

Jamaludin et. al., (2010) pula membahagikan simptom kemurungan kepada empat bahagian iaitu, afektif, kognitif, tingkah laku dan fisiologi. Antara ciri-ciri utama bagi simptom afektif kemurungan ialah perasaan sedih yang amat menyeksakan (Ramli, 1990, dlm. Norasmawati, 2003) dan rangsangan luar tidak mampu untuk mengubah perasaan sedih tersebut. Penghidapnya akan merasakan bahawa mereka tidak berguna dan hidup yang dilaluinya tidak bererti lagi serta perasaan

kecewa yang teramat (Jamaludin et. al. 2010). Manakala simptom kognitif pula kebiasaanya melibatkan pemikiran seseorang individu yang berkemungkinan hilang daya tumpuan kerana hanya memikirkan perkara-perkara dan peristiwa yang menyedihkan (Jamaludin et. al. 2010). Pemikiran pesakit ini juga cenderung terhadap persepsi negatif pada diri sendiri, orang lain dan menganggap masa depan sudah tidak berguna lagi (Bon, 2008).

Seterusnya, simptom kemurungan tingkah laku seperti menangis, tidak bermaya, kurang tindak balas, respon percakapan yang perlahan, hubungan dengan rakan sebaya tidak baik, tidak mempunyai rakan sebaya yang ramai dan tidak menyertai perhubungan sosial yang baik. Selain itu, menyendiri juga boleh meyebabkan dihidapi penyakit yang serius. Individu yang hidup dalam dunianya sendiri akan mengasingkan diri, berasa tidak gembira dan berkeseoragan (Kementerian Kebajikan dan Masyarakat Canada, 2006). Bagi simptom fisiologi pula, fokusnya adalah kepada fizikal. Kebiasaanya penghidap kemurungan akan hilang selera makan yang boleh menjejaskan berat badan dan mengalami masalah sembelit. Namun, terdapat juga pesakit yang mengalami peningkatan selera makan dan pertambahan berat badan (Jamaludin et. al. 2010). Kesan daripada kemurungan juga, akan menyebabkan pelajar mungkin menunjukkan sikap yang agresif, mudah memberontak, marah yang tidak dapat dikawal, terlibat dengan masalah sosial seperti merokok, lumba haram, vandalism dan penyalahgunaan dadah bagi melepaskan tekanan yang dihadapi (Newman, 2005).

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penyakit Kemurungan

Menurut Farhan Uzair (2008) faktor utama yang menyebabkan kemurungan dalam kalangan pelajar adalah faktor kepenatan diikuti faktor akademik, faktor kognitif dan faktor emosi. Manakala menurut al-Kindi (dlm. Rizal, 2009) penyakit kemurungan berpunca daripada kegagalan untuk mencapai sesuatu matlamat dan menyebabkan seseorang itu menghadapi kesedihan dan kemurungan. Tambah al-Kindi lagi, kemurungan juga boleh terjadi disebabkan faktor kerosakan, kebinasaan, kematian atau kehilangan sesuatu yang sangat disayangi. Faktor persekitaran seperti kejadian jenayah juga boleh menjadi penyumbang kepda kemurungan. Selain itu, pendapatan keluarga (Alfian, 2006) dan sosioekonomi yang rendah semasa zaman kanak-kanak juga mempunyai kaitan berlakunya masalah kemurungan ketika remaja (E. Gilman Stephen, Kawachi Ichiro, M Fitzmaurice Garrett, dan L Buka Stephen, 2002).

Antara faktor lain yang menyebabkan penyakit kemurungan ialah ketidakseimbangan bahan kimia atau hormon di dalam otak. Hormon utama yang sering dikaitkan dengan penyakit kemurungan ialah serotonin. Antara hormon lain yang turut terlibat ialah *norepinephrine* dan *dopamine*. Bahan-bahan ini diperlukan bagi otak manusia berfungsi secara normal dalam mengawal perasaan. Oleh itu, kegagalan bagi penghasilan atau peningkatan dalam pemusnahan bahan-bahan ini akan menyebabkan berlakunya ketidakseimbangan bahan kimia dan seterusnya menjurus kepada penyakit kemurungan (Amer Siddiq, 2014).

Seterusnya ialah faktor *genetic* atau keturunan. Individu yang mempunyai ahli keluarga yang pernah menghidapi penyakit kemurungan, mempunyai risiko yang lebih tinggi utnk menghidapi penyakit ini apabila dibandingkan dengan mereka yang lain. Selain itu, individu dengan personaliti yang gelisah atau tidak ceria adalah lebih cenderung untuk mendapat penyakit kemurungan. Selain itu juga, mereka yang pernah mengalami peristiwa hidup yang memberi impak negatif pada zaman kanak-kanak juga berisiko, contohnya, mereka yang mengalami trauma psikologi, atau penyalahgunaan dadah termasuklah perokok (Amer Siddiq, 2014).

Pendekatan Bagi Menangani Penyakit Kemurungan

Terdapat pelbagai pendekatan dalam menangani masalah kemurungan daripada terus menjadi lebih serius. Antaranya ialah pendekatan menggunakan kaedah keagamaan (rohani) dan kaedah psikologi (jasmani).

i. Pendekatan Keagamaan (Rohani). Menurut Fariza MD Sham dan Azyyati, (2015), berdasarkan pandangan pakar rawatan berkonsepkan keagamaan mengenai faktor paling penting dan utama yang menjadi penyumbang kepada pelbagai penyakit hati ialah kehidupan yang tersasar dan jauh daripada agama, kelemahan iman, lemah ukuran nilai akhlak dan sebagainya (al-Zarrād 1995). Justeru itu, rawatan berbentuk keagamaan yang menekankan kepada pembinaan sahsiah mengikut garis panduan agama selain menggunakan pendekatan akal dan logik diperlukan. Pakar psikoanalisis juga menyakini bahawa faktor keagamaan sangat penting dalam mengembalikan ketenangan jiwa, dan keamanan dalam diri setiap individu yang menghadapi masalah berkaitan dengan hati dan emosi (Fariza MD Sham & Azyyati, 2015).

Paragament dan Park (1995) menyatakan bahawa amalan keagamaan seperti solat, doa, dan zikir dapat mengawal masalah kemurungan. Kajian membuktikan juga bahawa kuasa doa lebih kuat dan sekiranya berdoa dengan penuh keyakinan kepada Allah SWT dapat mengubah manusia daripada negatif kepada positif (Stepthen, 2009). Menurut Asmah Bee (2004), kaunselor Islam perlu melengkapkan dirinya dengan pengetahuan asas berkaitan Islam. Pendekatan kaunseling Islam dan juga amalan-amalan seperti solat, zikir, dan doa amat disarankan kepada individu yang menghidapi penyakit kemurungan (al-Ghazali).

Manakala menurut Zakiah (dlm. M. Darajat, 2006), doa dapat memberikan rasa optimis, semangat untuk hidup dan menghilangkan perasaan putus asa ketika sedang menghadapi masalah. Doa mampu menjadi penyembuh dan pencegah ketika mengalami kemurungan. Selain itu, zikir juga merupakan salah satu bentuk rawatan rohani yang dapat memberikan ketenangan dan ketenteraman (Norhayati, 2013). Menurut Iran Herman dan Asmah Bee (2003), pendekatan keagamaan adalah amat relevan terhadap pesakit yang beragama Islam. Amalan doa, wirid, dan proses muhasabah diri terbukti dapat mengembalikan keyakinan pesakit dan dapat mengurangkan masalah kemurungan. Sebagaimana firman Allah SWT dalam surah Ghafir, (Quran 40:60):

وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ ﴿٦٠﴾

Bermaksud: “*Dan Tuhanmu berfirman: Berdoalah kepada-Ku, nescaya Kuperkenankan bagimu. Sesungguhnya orang-orang yang menyombongkan diri dari menyembah-Ku (berdoa) akan masuk neraka jahanam dalam keadaan hina dina*”.

Selain itu juga terdapat hadith yang diriwayatkan oleh Tabrani, Rasulullah SAW bersabda:

”من قال لا حول ولا قوة إلا بالله كان دواءً من تسعة وتسعين داءً أيسرها الهمُّ“

Bermaksud: *Sesiapa yang mengucapkan La Haula Wala Quwwata Illa Billahi, maka ia akan menjadi ubat kepada 99 penyakit dan penyakit yang paling ringan adalah penyakit kemurungan dan kebimbangan*”.

Manakala Imam al-Nawawi berkata, kalimah tersebut dinyatakan sebagai tanda penyerahan diri kepada Allah dan pernyataan bahawa kita tidak mempunyai sebarang hak untuk memiliki sesuatu urusan. Selain itu juga, manusia tidak mempunyai daya upaya untuk menolak sesuatu kemudharatan dan tidak mempunyai kekuatan untuk mendatangkan sebarang kebaikan kepada dirinya, melainkan dengan kehendak Allah SWT.

Begitu juga dengan hadith riwayat daripada Abu Daud yang menyebut bahawa Rasulullah SAW berdoa:

اللَّهُمَّ إِنِّي أَعُوذُ بِكَ مِنَ الْهَمِّ وَالْحَزَنِ، وَأَعُوذُ بِكَ مِنَ الْعَجْزِ وَالْكَسَلِ، وَأَعُوذُ بِكَ مِنَ الْجُبْنِ وَالْبُخْلِ، وَأَعُوذُ بِكَ مِنَ غَلَبَةِ الدَّيْنِ، وَقَهْرِ الرِّجَالِ

Bermaksud: *Ya Allah! Aku berindung dengan nama-Mu dari perasaan sedih dan berduka.*

Hadith di atas jelas membuktikan bahawa, pendekatan keagamaan merupakan salah satu alternatif yang berkesan bagi merawat masalah kemurungan. Selian itu juga, manusia digalakkan untuk berusaha dan tabah dalam merawat sebarang penyakit berdasarkan peraturan agama. Rasulullah SAW menyarankan doa supaya terhindar daripada penyakit sedih, kemurungan, berduka dan sebagainya. Kajian juga membuktikan bahawa rawatan melalui pendekatan kaunseling Islam setanding dengan terapi yang diperkenalkan oleh kaunseling Barat, bahkan dapat memberi semangat baru yang lebih positif (Iran Herman & Asmah Bee, 2003).

ii. Pendekatan Psikologi (Jasmani). Antara pendekatan psikologi yang boleh dilakukan seperti rawatan kaunseling keluarga. Kajian membuktikan bahawa rawatan kaunseling keluarga bukan sahaja dapat membantu pelajar yang mempunyai masalah kemurungan secara individu, tetapi juga memberi informasi kepada keluarganya (Zainuddin, Zuria & Salleh, 2008). Selain itu, pendekatan kaunseling pemusatan klien juga boleh digunakan dalam menangani masalah kemurungan pelajar (Mohammad, Jamaludin, & Zainuddin, 2004).

Wise dan Haynes (1983) pula mendapati *attention training* yang merupakan latihan bagi meningkatkan perhatian tentang kerelevanan perubahan tugas. Kaunseling Kelompok Pendekatan Pemusatan Insan juga boleh digunakan sebagai intervensi kepada penyakit kemurungan. Teori Pemusatan Insan telah diperkenalkan oleh Rogers (1951) dan berdasarkan teori ini, manusia akan menghadapi masalah apabila berada dalam keadaan tidak kongruen. Keadaan ini berlaku apabila seseorang mengalami percanggahan di antara sendiri yang dipersepsi dengan pengalaman yang sebenar.

Intervensi Pemusatan Insan telah digunakan secara meluas, sama ada ke atas individu, kelompok atau keluarga (Sanders, 2008; Corey 2005; Wan Kader 1998; Sabora 2007). Menurut Bozrath, Zimring dan Tausch dalam Corey (2005), pendekatan ini berkesan dan meluas kegunaanya bertujuan membantu mereka yang menghadapi masalah kebimbangan, kemurungan dan pelbagai masalah hati yang lain. Intervensi kaunseling juga dilaporkan berjaya membantu pelajar mengurangkan masalah kemurungan (Cheek et. al., 2002). Disamping itu juga, pelajar-pelajar yang menjalani program kaunseling juga dilaporkan lebih positif (Lapan et. al., 1997).

Penutup

Penyakit kemurungan dalam kalangan remaja khususnya pelajar bukanlah perkara remeh yang boleh dipandang enteng sahaja. Bahkan merupakan masalah serius yang perlu ditangani dengan sewajarnya bagi membendung masalah ini daripada menjadi penyakit yang lebih kronik. Kemurungan yang berpunca daripada kesedihan, kekecewaan dan putus asa merupakan penderitaan yang dianggap biasa dan lumrah sebagai manusia. Tetapi ia juga mampu memberikan impak negatif kepada individu yang mengalaminya. Kemurungan juga merupakan salah satu daripada penyakit mental yang kebiasaanya penghidap tidak menyedari bahawa mereka mengalami masalah kemurungan. Akibat daripada itu, rutin harian normal terjejas, prestasi dalam pelajaran merosot, tidak dapat melibatkan diri dalam aktiviti sosial dan bertingkah laku negatif. Penghidap juga boleh membahayakan nyawa diri sendiri dan orang lain. Namun, sebagai manusia, hubungan dan keimanan kepada Pencipta dapat membantu dalam menangani masalah kemurungan daripada terus menjadi lebih parah, selain daripada rawatan-rawatan alternatif yang lain.

Rujukan

Amer Siddiq. (2014). *Penyakit Kemurungan Dan Anda*. The Malaysian Madecal Gazette. Health Education, Psichiatry/ Psikiatri.

Azizi Yahaya Dan Badrulzaman Baharom. (2010). *Persekitaran Keluarga Dan Kesannya Terhadap Tingkah Laku Devian Remaja*. Universiti Teknologi Malaysia.Pp. 1-17. (Tidak Diterbitkan).

Azizi Yahaya, Noordin Yahaya, Juriah Bachok. (2010). *Perkaitan Antara Hubungan Kekeluargaan, Pengaruh Rakan Sebaya Dan Kecerdasan Emosi Dengan Tingkah Laku Delinkuen Sekolah Bestari Di Daerah Pontian*. Melaka: Fakulti Pendidikan: Universiti Teknogi Mara

Bachanas, P., Dan Kaslow, N. (2001). *Depressive Disorders. Dalam Hughes, J., Greca, A., Dan Conoley, J. Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.

Brewster, L.R. (2001). *Stress, Coping and Social Support of Student with Learning Disabilities*. UMI Proquest Digital Dissertations.

Campbell, R.L. And Svenson, L.W. (1992). *Perceived Level of Stress among University Undergraduate Students in Edmonton, Canada. Perceptual & Motor Skills*. 75: 552-554.

Chan, S. G., & Rodziah, M. N. (2012). *Kecerdasan Emosi Dan Hubungannya Dengan Perilaku Dan Prestasi Akademik Pelajar Sekolah Menengah Di Bachok, Kelantan Secondary School Students in Bachok, Kelantan*. Akademika 82(2), 82(2), 109–118.

Deckro, G.R., Ballinger, K.M., Hoyt, M.H., Wilcher, M., Dusek, Myers, P., Greenberg, B., Rosenthal, D.S. And Benson, H. (2002). *The Evaluation of Mind, Body Intervention to Reduce Psychological Distress and Perceived Stress in College Students*. Journal of Americn College Health. 50(6). 281-287.

Fariza MD Sham & Azyyati Mohd Nazim. (2015). *Pendekatan Psikologi Dakwah dalam Menangani Remaja Berisiko: Fokus Pendekatan Bimbingan Jiwa*. Jurnal Hadhari 7 (2) 63-73.

Fatanah Mohamed. (1997). *Perkaitan Antara Pencapaian Akademik Dengan Faktor Personaliti Dan Persekitaran Keluarga Di Kalangan Pelajar Maktab Rendah Sains Mara*. Tesis Ph.D., Fakulti Pendidikan, Universiti Kebangsaan Malaysia.

Fatimahwati Halim. (2002). *Tekanan Di Tempat Kerja*. Dalam Pasca Sidang Seminar Psikologi PSIMA 2.

Ghuman, H., Dan Sarles, R. (1998). *Handbook of Child and Adolescent Outpatient, Day Treatment and Community Psychiatry*. USA: Hamilton Printing Co.

Habibah Elias & Noran Fauziah Yaakub. (1997). *Psikologi Personaliti*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa Dan Pustaka.

Haliza Hamzah Dan Joy Nesamalar Samuel. (2009). *Pengurusan Bilik Darjah Dan Tingkah Laku*. Selangor: Herald Printers Sdn Bhd.

Hanidah Sumadi. (2013). *Hubungan Personaliti Dengan Kemurungan Pelajar Di Sebuah Sekolah Menengah Agama Johor*. Tesis Sarjana Pendidikan Binbingan Dan Kauunseling. Universiti Teknologi Malaysia. Unpublished.

Haugaard, J. J. (2001). *Problematic Behaviors during Adolescence*. New York: Mcgraw-Hill Companies, Inc.

Kasmini Kassim. (1992). *Psikiatri Kanak-Kanak*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa Dan Pustaka.

Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*. Englewood Cliffs, NJ: Merill Prentice-Hall.

Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*. Englewood Cliffs, NJ: Merill Prentice-Hall.

Lailawati Bte Madlan. 2006. *Pengaruh Kecerdasan Emosi Ke Atas Stress Dan Masalah Disiplin Pelajar*. Tesis Master. Sekolah Psikologi Dan Kerja Seosial, Universiti Malaysia Sabah.

Lazarus, S. R. (1993). *Why We Should Think Of Stress As A Subset Of Emotion*. Dalam Leo Goldberger & Shlomo Breznitz (Ed). Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects. New York: The Free Press A Division Of Macmillan, Inc.

Lessard, J.J. (1998). *Adolescent Stress A Workload: From Bamboo Seed to Flying*. Guidance and Counseling. 14.15-19.

M. Darojat Ariyanti, (2006). *Psikoterapi Dengan Doa*, Jurnal Fakultas Agama Islam,Surakarta.

Ma’arof Redzuan & Haslinda Abdullah. (2002). *Psikologi*. Kuala Lumpur: Mcgraw Hill.

Mastura Mahfar, Fadilah Zaini Dan Nor Akmar Nordin. (2007). *Analisis Faktor Penyebab Stres Di Kalangan Pelajar*. Jurnal Kemanusiaan: Universiti Teknologi Malaysia. 9. 62-72

Mohamed Alfian Harris B. Omar & Mohamed Sharif Mustaffa. (2006). *Tahap Kestabilan Emosi Pelajar Di Sebuah Kolej Kediaman Institusi Pengajian Tinggi Awam: Satu Tinjauan*. Universiti Teknologi Malaysia.

Mohd. Farhan ‘Uzair Bin Paisan. (2008).*Tinjauan Terhadap Kemurungan Dalam Kalangan Pelajar Di Universiti Tun Hussein Onn Malaysia*. Tesis Ijazah Sarjana Pendidikan Teknik Dan Vokasional.

Morst, D. R & Furst, M. L. (1979). *Stress for Success*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

Muhammad ‘Izzuddin Taufik. (1988). *Al-Ta’sil Al-Islamiyy Al-Dirasat Al-Insaniah*. Kaherah: Dar Al-Salam.

Muhammad ‘Uthman Najati. (1992). *Psikoterapi Menurut Al-Quran*. Hj. Abd. Rahman (Ptjh.). Selangor: Human Resource Enterprise

Muhammad Shah Burhan. (1993). *Kajian Terhadap Tekanan Di Kalangan Pelajar Sekolah Menengah Bandar Dan Luar Bandar Di Negeri Sembilan*. (Tesis Sarjana, Fakulti Pendidikan, UKM)

Najati, Muhammad Uthman. (1993). *Alhadith Al-Nabawiy Wa ‘Ilmu Al-Nafs*. Beirut: Dar Al

Norlizah Che Hassan. (2008). *Perkaitan Cara Gaya Keibubapaan Dengan Konsep Kendiri Dan Tingkah Laku Delinkuan Remaja*. Tesis Phd (Tidak Terbit), University Malaya, Kuala Lumpur.

Norly Jamil. (2010). *Tingkah Laku Emosi Kanak-Kanak Dan Ekspresi Emosi Ibu Bapa*. In: International Conference on Teacher Education, 8-10 Nov 2010, Bandung, Indonesia

Nunley, K. (2003). *The Relationship Of Self-Esteem And Depression In Adolescence*.

Nur Zahidah & Raihanah. (2011). *Model Keluarga Bahagia Menurut Islam*. Jurnal Fiqh, No. 8: 25-44.

Rohani, C. H. (2006). *Hubungan Antara Ikatan Keibubapaan Dengan Perbuatan Salah Laku Pelajar Tingkatan 4 Di Salah Sebuah Sekolah Menengah Di Subang Jaya*. Tesis Master Yang Tidak Di Terbitkan. Universiti Malaya

Rohaty Mohd Majzub. 1992. *Psikologi Perkembangan Untuk Bakal Guru*. Kuala Lumpur: Penerbit Fajar Bakti Sdn. Bhd.

Rohaty Mohd. Majzub. (1998). *Memahami Jiwa Dan Minda Remaja*. Selangor. Fajar Bakti Sdn. Bhd.

Romas, J.A. And Sharma, M. (2004). *Practical Stress Management: A Comprehensive Workbook for Managing Health and Promoting Health*. 3rd Edition. Pearson: Benjamin Cummings.

See Ching Mey Dan Lee Siew Siew. (2005). *Kemurungan Di Kalangan Pelajar: Satu Kajian Kes*. Jurnal Pendidik Dan Pendidikan, Jil. 20, 113–129, 2005

See Ching Mey Dan Leesiew Siew (2005). *Kemurungan Di Kalangan Pelajar; Satu Kajian Kes. Jurnal Pendidik Dan Pendidikan .Jld.20. 113-129*. USM

Steinberg, L. 1999. *Adolescence* (Ed. Ke-5). New York: Mcgraw-Hill College.

Syed Hasan Ahmad, Asmah Bee. (2003). *Menangani Kemurungan Melalui Kaunseling Berperspektif Islam*. Prosiding Seminar Kaunseling Berperspektif Islam.

Syed Ismail Bin Syed Mustapa & Ahmad Subki Bin Miskon, (2013). *Guru Dan Cabaran Semasa*. Penerbitan Multimedia.

WHO. (2005). *Mental Health: Facing Tha Challenges, Building Solution*. European

WHO. (2010). *Mental Health*. Worl Health Organization.

Wicks-Nelson, R., Dan Israel, A. C. (2003). *Behavior Disorders of Childhood* (Ed. Ke-5). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Wright, J.J., (1967). *Reported Personal Stress Sources and Adjustment of Entering Freshmen*. Journal of Counseling Psychology. 14(4): 371-373.

Yahaya Mahamood & Et Al (Ed.). Bangi: Jabatan Psikologi UKM.

Zirpoli, T. J. (2005). *Behaviour Management: Applications to Teachers*.4th Ed. Pearson Merril Prentice Hall.Pg 443-468.