



LAMPIRAN

UNIVERSITI TEKNOLOGI MALAYSIA

**TAJUK : HUBUNGAN PERSONALITI DENGAN KEMURUNGAN PELAJAR DI
SEBUAH SEKOLAH MENENGAH AGAMA JOHOR.**

HANIDAH SUMADI

**Disertasi ini dikemukakan
Sebagai memenuhi sebahagian daripada syarat
Penganugerahan Ijazah Sarjana Pendidikan Bimbingan dan Kaunseling**

**Fakulti Pendidikan
Universiti Teknologi Malaysia**

20 Mei 2013

PENGHARGAAN

Dengan nama Allah S.W.T Yang Maha Pemurah Lagi Maha Mengasihani. Selawat dan salam buat junjungan Nabi Muhammad (SAW). Kesyukuran dipanjatkan ke hadrat Ilahi kerana dengan limpah dan kurnia-Nya dapat saya menyempurnakan disertasi ini.

Ucapan jutaan terima kasih yang tidak terhingga kepada Prof Datuk Dr. Mohd Tajudin Ninggal selaku penyelia yang telah memberikan bimbingan dengan mengorbankan masa dan tenaga untuk memberi idea baru dan memperbaiki kesilapan sejak dari awal kajian sehingga dijilid menjadi sebuah tesis yang sangat bernilai buat diri saya. Segala tunjuk ajar beliau akan saya praktikkan dan sampaikan kepada insan lain kelak. Jasa baik beliau itu amat dihargai dan disanjung.

Ucapan ribuan terima kasih juga buat Kementerian Pelajaran Malaysia dan Majlis Agama Islam Johor atas kebenaran untuk saya melanjutkan pelajaran dan kebenaran menjalankan kajian kepada semua guru-guru dan para pelajar yang terlibat di dalam kajian ini kerana sudi memberikan kerjasama dan menghulurkan bantuan sepanjang saya menjalankan kajian.

Seterusnya, tidak dilupakan ucapan jutaan terima kasih buat pensyarah Fakulti Pendidikan, UTM dan teman-teman seperjuangan kerana sanggup susah senang bersama, menghulurkan bantuan, berkongsi ilmu dan memberi sokongan kepada saya selama ini .

Akhir sekali, penghargaan yang tidak terhingga kepada semua yang terlibat secara langsung atau tidak langsung dalam merealisasikan kajian ini.

Terima kasih,
Wasalam.

ABSTRAK

Abstrak : Kajian ini cuba mengenal pasti kelaziman kemurungan dalam kalangan pelajar-pelajar Tingkatan Empat dan lima di sebuah Sekolah Menengah Agama di Johor. Kajian menyelidik sama ada terdapat perbezaan yang signifikan dalam skor minit kemurungan antara remaja lelaki dan remaja perempuan. Kajian ini juga menguji perhubungan antara kemurungan dengan personaliti pelajar. Inventori Kemurungan Beck yang berbentuk laporan sendiri digunakan untuk mengumpulkan data dan inventori ini diedarkan secara rawak kepada 155 pelajar Tingkatan 4 & 5. Analisis statistik yang digunakan adalah jadual silang, ujian-t, korelasi Pearson dan ANOVA Satu Hala. Dapatan kajian menunjukkan bahawa 43.41% daripada sampel mengalami kemurungan klinikal (skor melebihi 17). Dapatan kajian juga menunjukkan tidak terdapat perbezaan yang signifikan dalam skor min antara pelajar lelaki dan pelajar perempuan. Sebaliknya kemurungan remaja berhubung dengan Personaliti pelajar yang pelbagai.

Isi Kandungan

Bab	Pekara	Halaman
	Judul	i
	Pengakuan	ii
	Penghargaan	iii
	Abstrak	iv
	Kandungan	v
Bab 1	Pendahuluan	
	1.1 Pengenalan	1
	1.2 Latarbelakang masalah	5
	1.2.1 Punca-punca kemurungan	6
	1.2.2 Jenis Kemurungan	7
	1.3 Penyataan Masalah	9
	1.4 Objektif Kajian	10
	1.5 Persoalan Kajian	10
	1.6 Hipotesis	11
Bab 2	Sorotan Kajian	
	2.1 Pengenalan	12
	2.1.1 Kemurungan dikalangan pelajar	14
	2.1.2 Perhubungan Kemurungan Dengan Jantina	15
	2.2 Kategori Kemurungan	16
	2.3 Mengenal kemurungan	18
	2.4 Alat uji kemurungan	21
	2.5 Personaliti	23
2.5.1 Personaliti TAJMA	24	

Bab	Pekara	Halaman
Bab 3	Metodologi Kajian	
	3.1 Pengenalan	31
	3.2 Reka Bentuk Kajian	32
	3.3 Populasi sampel dan lukasi kajian	35
	3.4 Instrumen kajian	36
	3.5 Kaedah analisis data	36
	3.5.1 Statik inferensi	37
	3.6 Kajian rintis	37
	3.6.1 Kesahan instrument kajian	38
	3.6.2 Kebolehpercayaan instrument kajian	38
	3.7 Kalender kajian	39
Bab 4	Dapatan Kajian	
	4.1 Pengenalan	40
	4.2.1 Tahap Kemurungan Pelajar	41
	4.2.2 Perbezaan tahap kemurungan	42
	4.2.3 Hubungan kemurungan dengan Personaliti pelajar	43
	4.3 Rumusan	45
Bab 5	Perbincangan, Implikasi dan Cadangan	
	5.1 Pendahuluan	46
	5.2 Perbincangan	47
	5.2.1 Tahap-tahap kemurungan pelajar	47
	5.2.2 Perbezaan jantina dalam tahap Kemurungan	48
	5.2.3 Perhubungan tahap kemurungan dengan personaliti pelajar.	49
	5.3 Implikasi Kajian	50
	5.4 Cadangan	51
	5.5 Kesimpulan	51

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Pengenalan

Sistem pendidikan Negara terus mengorak langkah ke hadapan dengan sasaran peningkatan kreativiti pendidikan dari masa ke semasa untuk menjadi negara maju menerusi Misi Nasional (2006-2020). Salah satu usaha yang dijalankan termasuklah Plan Induk Pembangunan Pendidikan (PIPP) 2006-2011. PIPP menjuruskan pendidikan negara bagi mencapai sistem pendidikan bertaraf dunia. Oleh itu, Kementerian Pelajaran Malaysia (KPM) mempunyai tanggungjawab yang amat besar dalam pembangunan modal insan yang bersifat menyeluruh, progresif, bermoral dan beretika tinggi selain daripada melahirkan modal insan berpengetahuan dan berkemahiran (KPM 2006)

Bagi merealisasikan pelan induk kerajaan ini, tugas penting adalah pada guru untuk melaksanakan tanggungjawab ini. Guru terpaksa berhadapan dengan pelbagai jenis pelajar yang mempunyai latarbelakang personaliti yang berbeza. Personaliti yang pelbagai ini juga berhubungkait dengan masalah kemurungan di kalangan pelajar.

Mengikut Freud, personaliti terbentuk berasaskan kepada tiga sistem iaitu id, ego dan super ego. Sistem ini saling berkait dan tingkahlaku adalah fungsi interaksi antara ketiga-tiga sistem ini.

i) Id

Freud menganggap id sebagai sistem personaliti yang asas dalam mengenalpasti apa yang di warisi sejak lahir termasuk *instinct*. Di dalam id, terkandung satu tenaga terkumpul yang dipanggil tenaga psikik yang menggerakkan 2 sistem yang lain iaitu ego dan super ego. Id adalah di dalam kontak secara terus dengan proses badan mewakili dunia dalam perjalanan subjektif.

Sistem id juga beroperasi mengurangi ketegangan, ia akan dikeluarkan secara serta-merta dan memulangkan keadaan organisma kepada keadaan keseimbangan (*Homeostatic*). Prinsip mengurangi tekanan ini dipanggil prinsip keseronokan (*Pleasure principle*). Oleh itu id berfungsi untuk memenuhi kehendak organisma dengan mengurangi kesakitan dan meningkatkan keseronokan tanpa mengambil kira realiti moral.

ii) Ego

Oleh kerana id adalah tenaga pendorong di dalam personaliti dan berfungsi di tahap tidak sedar, ego wujud untuk membuat transaksi dengan dunia realiti yang objektif. Ego bertanggungjawab untuk membuat keputusan tentang *instinct* untuk memuaskan dan menjadi orang tengah atau kehendak di antara id, superego dan dunia sebenar.

Ego mengawal didalam diri organisma dan mengenakan ciri intelektual dan sebab-sebab untuk memuaskan kehendak organisma. Ego dikatakan beroperasi dengan prinsip reality (*reality principle*)

iii) Superego

Superego mewakili nilai asal dan tradisi masyarakat yang diturunkan kepada kanak-kanak melalui sosialisasi di dalam keluarga. Sebagai anak-anak, ibu bapa memberikan nilai-nilai tingkahlaku baik dan menjalankan hukuman jika dilakukan kesalahan. Oleh itu, tingkahlaku salah yang mana apabila diikuti akan dihukum. Menjadi sebahagian daripada '*conscience*' dan tingkahlaku positif menjadi sebahagian daripada ideal ego kita.

Super ego mengandungi 2 subsistem iaitu ('conscience ') yang menghukum kita dengan rasa bersalah dan ('ego ideal') yang memberi ganjaran dalam bentuk kebanggan. Fungsi superego termasuk mengawal tindakan id dan menyakinkan ego untuk menukar matlamat morallistik kepada yang lebih realistik dan mengejar keunggulan.

Sistem keseluruhan Freud menganggap personaliti adalah sistem kuasa yang kompleks yang mengandungi interaksi antara kuasa pendorong id dan kuasa bertahan ego dan superego. Id menyimpan tenaga psikik berusaha memuakan kehendak mengikut prinsip keseronokan sementara. Ego menjadi pengantara kehendak id dengan superego dan dunia luar.

Mengikut teori tingkahlaku personaliti adalah berdasarkan kepada ciri-ciri berikut (*James & Giland, 2003*).

1. Tingkahlaku organisma menentukan pembelajaran, sikap, kebiasaan dan aspek lain perkembangan manusia.
2. Perkembangan personaliti adalah deterministic iaitu persekitaran dan pengalaman menentukan bagaimana personaliti berkembang.
3. Perbezaan individu didapati daripada perbezaan pengalaman.
4. Dualisme seperti jasad, minda, jasad-roh dan jasad-rohani tidak mempunyai kesahan saintifik didalam perkembangan, ramalan dan tingakalaku manusia.
5. Walaupun perkembangan personaliti mempunyai sedikit umitasi baka yang mana ia ditentukan, kesan pendekatan dan rangsangan dari dalam diri memainkan peranan penting.

Rentetan daripada personaliti pelbagai ini, ianya berhubungkait secara langsung dan tidak langsung dengan masalah kemurungan. Kemurungan bukan penyakit yang diada-adakan atau terpendam dalam otak. Ia memang satu penyakit yang memerlukan rawatan dan mempengaruhi berjuta-juta manusia setiap tahun.

Kemurungan ialah penyakit yang benar-benar wujud dan mempunyai punca-punca dan gejala yang nyata. Memandangkan setiap orang berbeza, maka gejala yang dialami turut berbeza antara satu sama lain. Malah bukan setiap orang akan mendapat semua gejala dan bukan semua mengakui gejala yang sama namun gejala-gejala ini biasanya akan mempengaruhi kehidupan seharian dan berkekalan.

Gangguan kemurung adalah sejenis penyakit mental yang melibatkan badan, perasan dan fikiran. Ianya bukan bersifat sementara dan bukan sesuatu yang boleh dihilangkan dengan serta-merta.

Sejak tahun 1970 –an, kemurungan dalam kalangan remaja dikenali sebagai “*Kemurungan Bertopeng* “ (*masked depression*) atau “*Kesamaan kemurungan* “ (*Depressive equivalents*) (*Dancey & Kenny, 1997*). Kedua-dua konsep ini menjelaskan bahawa kemurungan dalam remaja biasanya diselindungi dan tingkahlaku seperti hiperaktif, ketidakupayaan dalam pembelajaran, ponteng sekolah (*Erickson,1992, Kauffman, 2001*) masalah menumpukan perhatian, keletihan, sedih, takut dan bimbang keterlaluan.

Namun Bachanas dan Kaslow (2001), kemurungan dalam kalangan remaja memerlukan perhaitan dan interaksi yang baik. Menurut salah satu kajian yang dijalankan pada tahun 1982, didapati bahawa apabila seseorang mencapai umur 15 tahun, satu daripada lima orang remaja akan mengalami kemurungan (*Turkington & Kaplan, 1997*)

1.2 Latar Belakang Masalah

Kemurungan merupakan suatu gangguan atau sejenis penyakit mental yang melibatkan simptom fizikal, perasaan dan fikiran. Kemurungan bukan bersifat sementara dan bukan sesuatu yang boleh ditamatkan dan dihilangkan dengan keinginan semata-mata. Individu yang murung tidak dapat pulih dengan sendiri kecuali dengan bantuan pakar dan ubat. Jika kemurungan ini tidak dirawat, ia boleh berpanjangan beberapa bulan atau tahun malah boleh meningkatkan risiko penyakit fizikal serta meningkatkan risiko membunuh diri.

Dianggarkan 20 peratus penghidap masalah kemurungan cuba membunuh diri. Apa yang lebih meningkatkan 13.7 peratus daripada jumlah tersebut melibatkan remaja terutamanya pelajar.

Penyakit kemurungan boleh memberi kesan kepada tubuh badan dan kehidupan sosial penghidapnya kerana seseorang itu akan berada dalam keresahan dan kegelisahan secara berterusan tanpa sebab munasabah. Dalam kehidupan seharian, perkataan "kemurungan" merujuk kepada perasaan sedih yang dialami oleh seseorang individu (Wicks-Nelson & Israel, 2003). Namun sebenarnya perkataan ini sukar ditafsirkan. Ini kerana ia boleh membawa banyak maksud dan boleh digunakan dalam pelbagai keadaan (Sprinthall & Collins, 1995; Haugaard, 2001). Kemurungan boleh dianggap sebagai suatu perasaan, suatu sindrom atau suatu penyakit klinikal (Dacey & Kenny, 1997). Kajian ini, kemurungan akan dilihat sebagai suatu kecelaruan perasaan yang berbentuk klinikal dengan merujuk kepada satu skor yang berjumlah 17 atau ke atas dalam inventori Kemurungan Beck.

Setiap individu di dunia ini pernah mengalami perasaan sedih atau muram pada masa tertentu sepanjang hayatnya (Gurian, 2001; Steinberg, 1999). Bagi kebanyakan orang gangguan emosi ini hanya berjangka masa pendek sahaja. Namun dalam kes-kes tertentu, perasaan murung ini berlanjutan sehingga membawa kepada akibat yang tidak dingini seperti membunuh diri atau penyakit mental yang lebih serius (Ingersoll, 1989). Memang tidak dinafikan bahawa kemurungan boleh menjejaskan pelbagai aspek hidup seseorang individu sama ada dari segi kognitif, emosi, sosial mahupun fizikal.

1.2.1 Punca-punca Kemurungan

A. Ketidakseimbangan Neurotransmitter

Kajian mencadangkan paras rendah atau tinggi neurotransmitter seperti serotonin, norepinefrin atau dopamine sebagai punca kemurungan. Disebabkan itu fokus rawatan menggunakan ubat dewasa ini adalah menyeimbangkan neurotransmitter.

B. Keturunan

Penyelidik telah mengenal pasti beberapa gen yang terlibat dalam masalah gangguan bipolar. Namun bukan semua yang mempunyai keturunan menghidap akan diserang masalah ini. Begitu juga sebaliknya.

C. Jantina

Masalah kemurungan sering berlaku pada wanita dua kali lebih kerap berbanding lelaki. Perubahan hormon dikenalpasti antara puncanya. Bagaimanapun kadar bunuh diri dikalangan lelaki yang mengalami kemurungan adalah empat kali lebih tinggi.

D. Stress

Hidup penuh tekanan seperti kehilangan orang tersayang atau pekerjaan boleh mencetuskan kemurungan.

E. Ubat-ubatan

Pengambilan sesuatu jenis ubat bagi tempoh masa yang panjang seperti ubat mengawal tekanan darah tinggi, pil tidur atau kontraseptif boleh menyebabkan simptom kemurungan.

F. Penyakit kronik

Penyakit jantung, strok, diabetes, kanser atau Alzheimer serta hipotiroidism dan truma pada otak boleh menyebabkan seseorang mengalami kemurungan.

G. Personaliti

Sifat rendah diri dan terlalu berdikari, kritikal pada diri sendiri, pesimis dan mudah berasa tertekan juga antara punca murung.

H. Episod Kemurungan terdahulu

Lebih separuh individu yang pernah mengalami satu episod kemurungan akan terus berdepan dengan penyakit ini dengan lebih kerap kemungkinan satu atau dua kali setahun. Tanpa rawatan, setiap episod serangan yang berlaku seterusnya menjadi lebih teruk.

1.2.2 Jenis-jenis Kemurungan

Kemurungan major

Kemurungan selama lebih daripada dua minggu. Simptomnya rasa sedih, hilang minat dalam apa saja aktiviti, rasa tidak berguna atau bersalah. Ia menyebabkan pesakit sukar tidur, hilang selera makan, rasa letih dan sukar memberi tumpuan. Kemurungan yang kronik boleh mendorong kepada bunuh diri.

Kemurungan Atipikal

Berbeza dari apa yang dialami oleh pesakit kemurungan major. Simptomnya termasuklah selera makan bertambah, berat badan meningkat, banyak tidur, rasa letih atau tidak berdaya yang teruk dan sangat sensitif kepada penolakan.

Dysthymia

Merupakan kemurungan ringan dan sederhana. Petanda dan simptom biasanya adalah ketidakupayaan terutama daripada aspek sosial, pekerjaan atau melaksanakan rutin harian. Seseorang yang diserang dysthymia berisiko mengalami kemurungan major.

Gangguan Penyesuaian

Kematian yang tersayang, hilang pekerjaan atau menerima diagnosis menghidap kanser boleh menyebabkan seseorang berasa tertekan, sedih, terharu dan marah. Sesetengah individu akan pulih dengan peredaran masa. Namun ada yang tidak 'sembuh' dan menunjukkan gejala-gejala kemurungan. Ia digelar gangguan penyesuaian atau adjustment disorder. Gangguan akut boleh berlangsung selama kurang daripada enam bulan. Manakala tahap kronik adalah lebih lama.

Gangguan bipolar

Mengalami episod kemurungan dan gangguan mental yang berterusan adalah ciri penyakit yang juga dikenali sebagai manic depressive disorder. Ia mengganggu seseorang dalam membuat keputusan. Namun sesetengah individu yang mengalami peningkatan kreativiti dan produktiviti sewaktu dalam fasa sebegini.

Gangguan afektif Bermusim

Dalam bahasa inggeris adalah seasonal affective disorder (SAD), paten kemurungan yang berkait dengan iklim dan kekurangan pendedahan kepada cahaya matahari . ia lazimnya berlaku sewaktu musim sejuk dan menyebabkan sakit kepala, rasa terganggu dan kurang bertenaga.

Kemurungan selepas bersalin

Rasa sedih, bimbang dan tidak cukup rehat boleh menguasai fikiran hingga mengganggu rutin harian. Namun dalam kes-kes yang ekstrem ia boleh berubah menjadi postpartum psychosis. Simptomnya termasuklah mencederakan diri sendiri atau bayi, kekeliruan, delusi dan halusinasi serta paranoia.

1.3 Penyataan Masalah

Kajian adalah berkaitan tahap kemurungan dan hubungannya dengan personaliti para pelajar tingkatan 4 & 5 di sebuah Sekolah Menengah Agama Johor jarang dilakukan oleh penyelidik-penyelidik. Pelajar tingkatan 4 & 5 lazimnya mengalami tahap kemurungan yang berbeza mengikut peringkat kelas dan bebanan kemurungan yang dihadapi. Namun begitu ramai pelajar mengalami kemurungan dalam masa untuk menghadapi pelbagai cabaran dan halangan di sekolah. Oleh itu, reaksi terhadap kemurungan ini juga adalah berbeza mengikut tahap kemurungan dan pelajar yang menghadapi situasi kemurungan ini. Seseengah pelajar yang mengalami kemurungan akan mengambil tindakan segera bagi mengatasi masalah ini supaya tidak mengganggu akan pelajaran dan kehidupan seorang pelajar. Kemurungan ini juga akan memberikan kesan kepada personaliti pelajar-pelajar tingkatan 4 & 5 yang akan menduduki Peperiksaan SPM .

Akibat kemurungan yang dialami , pelajar mungkin akan menunjukkan tingkah laku atau sikap yang agresif , mudah memberontak, marah yang tidak dapat dikawal, kemurungan dan terlibat dengan masalah sosial seperti merokok, lumba haram, vandalisma dan juga penyalahgunaan dadah bagi melepaskan perasaan mereka yang tertekan. Sekiranya tidak ditangani leboh awal, pelajar mungkin akan mengalami masalah mental (Newman, 2005). Justeru apakah disebabkan tekanan yang menyebabkan pelajar berreaksi yang tidak sepatutnya. Adakah keperluan personaliti hidup yang tinggi mempunyai hubungan dengan kemurungan yang dihadapi oleh pelajar. Disebabkan kemurungan ini adalah masalah universal yang dihadapi oleh semua manusia dalam kehidupan, satu kajian yang lebih spesifik harus dilakukan berkaitan tahap kemurungan dan hubungannya dengan personality terhadap dalam kalangan pelajar Tingkata 4 & 5 di Sebuah Sekolah Menengah Agama Johor.

1.4 Objektif Kajian

Secara umumnya kajian ini untuk mengukur hubungan diantara personaliti dengan kemurungan pelajar. Secara khususnya kajian ini bertujuan untuk :

- i. Mengenalpasti tahap kemurungan dalam kalangan pelajar di sebuah Sekolah Menengah Agama di Johor.
- ii. Mengenalpasti hubungan diantara personaliti dengan kemurungan pelajar di sebuah Sekolah Menengah Agama di Johor.
- iii. Mengenalpasti perbezaan tahap kemurungan pelajar antara jantina.

1.5 Persoalan Kajian

Persoalan kajian ini adalah seperti berikut:

- i. Apakah tahap kemurungan dalam kalangan pelajar di Sekolah Menengah Agama di Johor.
- ii. Adakah terdapat hubungan antara Personaliti dengan kemurungan pelajar di Sekolah Menengah Agama Johor.
- iii. Adakah terdapat perbezaan tahap kemurungan pelajar antara jantina.

1.6 Hipotesis

- i. Tiada terdapat hubungan yang signifikan antara Personaliti dengan kemurungan.
- ii. Tiada perbezaan yang signifikan hubungan antara personaliti dengan kemurungan diantara jantina.

Sumber rujukan

1. Sabariah Siran, Teori Kaunseling dan Piskoterapi, Pearson Prentice Hall.
2. Kementerian Pelajaran Malaysia (2006) Pelan Induk Pembangunan Pendidikan. Edisi pelancaran.
3. Mohd Najib Abd Ghafar (1991). Penyelidik Pendidikan Skudai: Penerbit Universiti Teknologi Malaysia.
4. Mohd Majid Konting (1990)Kaedah Penyelidikan Pendidikan Kuala Lumpur. Dewan bahasa dan pustaka
5. Mohd Najib Bin Abd Ghafar (2003) Reka Bentuk Tinjauan Soal Selidik Pendidikan. Skudai Penerbit Universiti Teknologi Malaysia.
6. Samsudin Mahmud (1990). Kemurungan di kalangan pelajar-pelajar yang rendah motivasi pencapaian dan rendah pencapaian akademik. Latihan Ilmiah, Jabatan Psikologi, Universiti Kebangsaan Malaysia. Tidak diterbitkan.
7. Asmah Bte Mohd Akor (1989) Kemurungan Satu Pendekatan Teori. Majalah Psikologi, Bil 10.87-103
8. I Sihat, Info Kesihatan. Ogos 2010. Bil 33
9. I Sihat Info Kesihatan Julai 2010 Bil 32
10. I Sihat, Info Kesihatan, Disember 2010 Bil 37.
11. Perkhidmatan Komuniti, Kenali Penyakit Kemurungan. Bi Lilly (M) Sdn. Bhd
12. Adelson,J.(1980), *Handbook of adolescent psychology*.New York: John Wiley & Sons.
13. Allbert,N., dan Beck, A. T (1975). Incidence and depression in early adolescents. Dalam Meyerson, S. adolescence: A preliminary study. *Jounaral of Youth and adolescence*,4(4), 301-307.
14. Allcin B.(1975). Some observation on depression and suicide in adolescents. Dalam Meyerson, S. Adolescence and breakdown , London, George Allen & Unwin Ltd, 88-94.
15. Beck Depression Inventory II (1996). Available at: <http://Marketplace.psychorp.com/PsychoCorp.com/Cultures-US /dotcom>
16. Conger,J =. (1977). Adolescence and youth: Psychological development in a changing world. New York :Herper & Row Publisher.

17. Connely, B., dan Johnston, D (1993). The prevalence of depression in a high school population *Adolescence*, 28(109)
18. Dacey ,J., dan kenney, M (1997). Adolencent development. USA: Brown & Benchmark Publishers.
19. Donnely, M (1995). Depression among adolescents in northen Ireland. *Adolenscene*, 30(118),(Summer).
20. Economou, M dan Angleopoulos, N (1989). Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of high-school students. *Educational psychology*, 9, 331-337.
21. Erickson, M, T. (1992). Behavior disorders of children and adolescents : Assesement, etiooligy and intervention. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
22. Ghuman, H., dan Sarles, R (1998).handbook of child and adolescents aoupatient, day treatment and community psychiatry: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
23. Gurian, A (2001). Depression in adolescence: Does gander metter? Available at: http://www.aboutourkids.org/articles/dep_gender.html.
24. Harper, G., Marks, A., dan Nelson, M. (2002) Teen depression: Overlooked and untreated. Available at: http://www.findarticles.Com/cf_0/m3233/12_36/94044544/pl/article.j.
25. Haugaard, J. J (2001). Problematic behaviors during adolescence. New York : Mcgraw-Hill Companies, Inc.
26. Hughes, J. N., La Greca, A. M., dan Conoley, J. C (2001). Handbook of psychological services for children and adolescent. London : oxford University Press.
27. Ingersoll, G. M. (1989). Adolescence (ed. Ke-2) Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
28. Jensen, L. C. (1985). Adolescence: Theories, research and applictions. Nes York: West Publishing Company.
29. Kaplan, S.L., Nussbaum, M Skomorowsky,,P., Shenker, I.R., dan Ramsey, P. (1980). Health habits and depression in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 9(4), 299-304.

30. Kauffman, J. M. (2001) Characteristics of emotional and *behavioral disorders of children and youth*, Englewood Cliffs, NJ: Merrill Prentice-Hall.
31. Marcotte, D, Alain ,M dan Gosselin, M. (1990) Gender Differences in adolescent depression : Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? *Sex roles: A journal of Research*, July. Available at: http://www.findarticles.com/cf_0/m2294/1_41/57590491/pl/article.jhtml.
32. Meyerson, S. (1975) *Adolescence and breakdown*. London: London Goegre Allen & Unwin Ltd.
33. Nunley, K (2003) *The relationship of self-esteem and depression in adolescence*.
34. Petersen, A., Compas, B., Brook-Gunn, Stemmler, M., Ey, S., dan Grant, K. (1993). Depression in adolescence. Available at: <http://facstaff.buffalostate.edu/schuftp/355/citel.html>
35. Petersen, J. C., sarigiani, P. A., dan Kennedy, R.E (1991). Adolescent depression: why more girl? *Journal of youth and adolescence*, 20(2).
36. Ponterotto, J. G., Pace, T. M., dan Kavan. M.G (1989). Testing the test: *Counselor's guide to the assessment of depression, Jouranal of Counselling and Development*, 67, 301-309.
37. Rice, F. P. (1993). *The adolescent: Development, relationahips and culture. Massachusetts; Allyn and Bacon*.
39. Schichor, A., Bernstein , B., dan King, S (1994) Self-reported depressive symptoms in inner-city adolescent seeking routine health care. *Adolescence*, 29(114),379-388.
40. Siti Nor Yaacob, dan Anita Abdul Rahman (1197) Depresi dan PEncapaian akademik remaja dari keluargaberbeza struktur. *Jurnal pendidik dan pendidikan*, 15.
41. Sprinthall, N.A., dan Collins, W.A (1995). *Adolescent psychology: A developmental view* (ed. Ke-3). USA : McGraw-hall, Inc.,448-451.
42. Steinberg, L.(1999) *Adolescence* (ed.ke-5).New York: McGraw-Hall College.
43. Charman T. kestabilan mood tertekan ddi kalangan remaja muda: satu kajian berasaskan sekolah. *Jurnal affective Disorder*, 1994:30:109-16.

44. Rivera CL., Bernal G, Rosello J. Inventori Kemurungan Kanak-kanak (CDI) dan Inventori Kemurungan Beck (BDI) : kesahihan mereka sebagai langkah saringan untuk kemurungan utama dalam kumpulan remaja Puerto Rico. *Jurnal Psikologi Klinikal dan Kesihatan*, 2005;5:485-498.
45. Abdul Khalec AM, Solimon HH. Satu penilaian rentas budaya kemurungan di kalangan kanak-kanak di Mesir , Kuwait dan Amerika. *Laporan psikologi*, 1999;85:973-980.
46. Timbremont B, Braet C, Menilai kemurungan dalam remaja : Hubungan antara inventori kemurungan kanak-kanak dan temubual berstruktur. *Jurnal anak klinikal dan psikologi remaja*, 2004;33:1:149-157.
47. Kovacs M. *Inventori Kemurungan Kanak-Kanak*. New York : Sistem Multi-Kesihatan, 1992
48. Fristad MA, Weller EB, Weller RA et al. penyediaan laporan berbanding penenda biologi dalam taksiran kemurungan kanak-kanak. *Jurnal Affective Disorder*, 1988;15:3:339-345.
49. Hodges-Kay U, Ypisilanti AS. Kemurungan dari keresahan di kalangan kanak-kanak : satu perbandingan soal selidik laporan sendiri untuk temuduga klinikal. *Penilaian psikologi*, 1990;2:4:376-381.
50. Bahls SC. Epidemiologi gejala kemurungan di kalangan remaja sekolah awam di Curitiba, Brazil. *Semakan Brazil Psikiatri*, 2002;24:2:204-212.
51. Semes E et al. inventori kemurungan kanak-kanak disahkan di kalangan kanak-kanak perubatan sakit. *Journal of American Academy of Psikiatri Kanak-Kanak & Remaja*, 2005;44:12:1249-1257.
52. Bahl S.C., Epidemiology of Depressive Symptoms in Adolescence of a Public school in Curitiba, Brazil, *Rev Bras Psiquiatr*, 2002.24(2): 63-7
53. Adlina S., Suthahar A., Ramli M. et al., Pilot Study on Depression Among Secondary School Students in Selangor, *Med J Malaysia*, 2007. 62 (3)
54. Jonsson U., Bohman H., Von Knorring L. et. Al., Mental Health Outcome of Long-term and Episodic Adolescent Depression: 15 year follow-up of a Community Sample, *Journal of affective Disorders*, 2001 . (130): 395-404.
55. Petersen A.C., Compas B.E Brooks-gun J. et. Al., Depression in Adolescence *American Psychologists*, 1993. 48: 155-68.

56. Rosmawati M.Y Rohaya H. Jamil B.Y.M . et al Validation of Malaya Version of Children Depression Inventory (CDI) Among Children and adolescent attending outpatient clinics in Kota Bharu, Kelantan Malaysian Journal of Psychiatry, 2008. 17 (1)
57. Turkington, C., dan Kaplan, E., (1997) *Who Gets Depressed?* Available at: http://my.webmd.com/content/article/9/1680_50549?src=inktomi&condi.
58. Wade, T., Cairney,J., dan Pevelin ,D. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence. *Journal of the American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 41 190-198. Available at: http://www.Findarticles.com/cf_0/m2250?2_41/82782430/pl/article.jhtml.
59. Weiner, I, B (1970) . *Psychological Disturbance In Adolescence*. New York : John Wiley & Sons Inc.
60. Wicks-Nelson, R., dan Israel, A,C. (2003) *Behavior Disorders of Childhood* (ed.ke-5). Englewood Cliffs,NJ: Prentice-Hall.