

WANITA DAN KEMURUNGAN DARI PERSPEKTIF JURANG GENDER: SIMPTOM DAN FAKTOR

(Women and depression from the perspective of gender gap: Symptoms and factors)

Rose Fazilah Ismail, Rusdi Abd. Rashid, Zahari Ishak & Haris Abd. Wahab

ABSTRACT

Depression refers to unstable emotion state that characterised by extreme sadness, guilt, shame, and selflessness without any reasonable causes. Typically, the sadness, shame and feel guilty existed for a prolonged period. In fact, depressive people also tend to display loss of interest in most of the activity that they liked before and tend to be alone and avoid other people. At the severe stage, people suffer from depressive disorders also keep thinking to commit suicide. These symptoms cause a significant change in cognitive, emotional and behaviours aspect and distort the routine of their life and personal relationship with other individuals. More surprising, depression tends to occur among women rather than men. Until today it is unclear why women are at the higher risk to be depressed; compare to men. However, biology factors often seen as one of the risk factors exposed women to depression. This paper provides a general overview on the differences prevalence's depression disorder between women and men. The differences in depression disorders prevalence between women and men in this paper focus on symptoms and factors that cause depression among women.

Keywords: depression, women, depression symptom, depression factors, depression prevalence

Pendahuluan

Kemurungan merupakan salah satu dari kategori gangguan mental yang mencatatkan prevalens paling tinggi di seluruh negara di dunia. Pada peringkat global, Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) mengklasifikasikan kemurungan sebagai gangguan mental paling tinggi yang berlaku dan sedang melanda di kebanyakan negara di dunia; tidak kira sam ada negara maju mahupun negara sedang membangun (WHO, 2017; WHO, 2012; Sherina, Arroll, Goodyear-Smith, Ahmad, 2012; Yee & Lin, 2011).

Hasil laporan Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 2017) terhadap tinjauan kesihatan global pada tahun 2015 mendapati pada peringkat global

jumlah keseluruhan individu yang menghadapi gangguan mental kemurungan di dunia ialah seramai 322 juta orang. Hampir separuh dari jumlah tersebut terdiri dari kalangan penduduk rantau Asia Tenggara (27 %) dan rantau Barat Pasifik (21%) (WHO, 2017).

Menurut Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO, 2017) lagi, dari segi gender golongan wanita mencatatkan kadar kelaziman gangguan mental kemurungan paling tinggi iaitu 5.1 peratus; berbanding lelaki 3.6 peratus (WHO, 2017). Manakala dari segi umur, kadar kelaziman gangguan mental kemurungan adalah tinggi dalam lingkungan umur dewasa tua iaitu di antara 55 tahun hingga 74 tahun (7.5 % wanita vs 5.5% lelaki) (WHO, 2017). Jika diteliti berdasarkan wilayah, kadar kelaziman gangguan mental kemurungan adalah tinggi di kalangan penduduk rantau Asia Tenggara 27 peratus berbanding lain-lain rantau seperti Afrika (9%), Timur Mediterranean (16%), Eropah (12%), Amerika (15%) dan Barat Pasifik (21%) (WHO, 2017).

Malaysia juga tidak terkecuali daripada peningkatan peratusan gangguan mental. Bahkan, di Malaysia gangguan mental kemurungan telah dikenal pasti sebagai salah satu daripada kebanyakan kes gangguan mental yang kerap kali dilaporkan berlaku (Firdaus & Oei, 2011). Di Malaysia, hasil *Tinjauan Kajian Morbiditi Kebangsaan 2015*, oleh Kementerian Kesihatan Malaysia mendapati prevalens kelaziman individu dewasa berumur di antara 16 tahun ke atas menghadapi gangguan mental adalah sebanyak 29.2 peratus (95% CI: 27.9, 30.5).

Hasil Tinjauan Kajian Morbiditi Kebangsaan 2015 juga turut mendapati prevalens gangguan mental adalah tinggi di dalam kalangan wanita berbanding lelaki [30.8% (29.2, 32.5) vs 27.6% (27.3, 30.4)]. Majoriti individu yang menghadapi gangguan mental terdiri di kalangan individu yang belum berkahwin (32.1%); berbanding dengan individu yang telah berkahwin (27.5%) atau duda/janda atau yang bercerai (29.3%). Laporan yang sama juga mendapati Sabah mencatatkan prevalens gangguan mental paling tinggi iaitu sebanyak 42.9 peratus, diikuti dengan Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur (39.8 peratus) dan disusuli dengan negeri Kelantan sebanyak 39.1 peratus. Sebilangan besar individu yang menghadapi gangguan mental terdiri di kalangan mereka yang berpendapatan rendah iaitu kurang dari RM 1,000 (31.9%) dan sederhana (RM 3,000 hingga RM 3,999); iaitu sebanyak 30.1%. Akhirnya, laporan tersebut memperlihatkan berlakunya aliran peningkatan gangguan mental yang ketara jika dibandingkan pada tahun 1996 yang hanya 10.7 peratus kemudiannya meningkat kepada 29.2 peratus pada tahun 2015.

Langkah-langkah pencegahan awal untuk mengawal peningkatan gangguan mental, khususnya kemurungan dalam kalangan wanita adalah penting. Ini kerana sekiranya tidak diambil perhatian, ia dikhuatiri akan memberi

implikasi negatif terhadap kesejahteraan hidup masyarakat, khususnya pada perkembangan modal insan (Averett & Wang, 2011). Selain terikat pada fungsi tradisional yang bertanggungjawab menguruskan hal-hal rumah-tangga, kaum wanita juga turut memegang pelbagai peranan, fungsi dan tanggungjawab yang sama penting seperti mana golongan lelaki. Kepelbagaian fungsi dan peranan wanita pada masa kini sudah pasti sedikit sebanyak memberi tekanan pada diri mereka, yang akhirnya boleh mengganggu fungsi dan peranan tradisional wanita sebagai ibu dan isteri yang bertanggungjawab kepada keluarga, khususnya dalam mendidik anak-anak.

Definisi Kemurungan

Kemurungan ialah salah satu kategori gangguan psikiatri yang melibatkan gangguan pada emosi individu. Lazimnya, individu yang menderita gangguan kemurungan akan menunjukkan rasa sedih, murung, rasa rendah diri, tidak bermaya, putus asa dan sering menyalahkan diri sendiri di atas setiap perkara yang berlaku dalam kehidupannya (WHO, 2017). Rasa sedih yang dialami oleh individu yang menderita gangguan kemurungan adalah berbeza daripada rasa sedih yang dialami oleh individu yang berhadapan dengan sesuatu peristiwa yang traumatik. Pada kebiasaannya, rasa sedih yang dialami oleh individu yang berhadapan dengan sesuatu peristiwa traumatik adalah tindak balas normal dan kebiasaannya perasaan sedih tersebut akan hilang dalam tempoh masa yang singkat. Situasi ini berbeza bagi individu yang menderita gangguan kemurungan. Perasaan sedih tersebut boleh berlaku dalam tempoh berpanjangan sama ada setiap waktu di sepanjang hari dan/atau juga boleh berlarutan sehingga berminggu-minggu (WHO, 2017).

Lazimnya, gangguan yang dialami akan mengganggu fungsi sosial individu sehingga menyebabkan kemerosotan dalam aspek perhubungan sosial, pekerjaan dan lain-lain fungsi individu (WHO, 2017). Diagnosis gangguan kemurungan akan dilakukan oleh pakar psikiatri dengan individu yang disyaki menghadapi gangguan mental menerusi temu bual apabila individu menunjukkan adanya simptom-simptom gangguan kemurungan.

Berdasarkan *Diagnostic and statistical manual of mental disorders edisi ke-5* (DSM 5), kriteria utama diagnostik gangguan kemurungan utama (*major depression*) ialah apabila individu menunjukkan adanya simptom gangguan kemurungan dalam tempoh yang berpanjangan sama ada hampir setiap waktu di sepanjang hari dan/atau juga gangguan tersebut berlarutan sekurang-kurangnya dua minggu (APA, 2013). DSM 5 juga mencirikan diagnosis gangguan kemurungan utama berdasarkan simptom tertentu iaitu apabila individu menunjukkan ketidakstabilan emosi seperti rasa tertekan, murung, sedih, pilu, tidak bersemangat atau individu hilang minat atau keseronokan hampir kesemua

aktiviti dulu yang digemari sekurang-kurangnya dalam tempoh dua minggu (APA, 2013). Kadang-kala, simptom gangguan kemurungan utama sukar untuk diperhatikan menerusi perubahan emosi individu. Namun, ia boleh dikenal pasti menerusi ekspresi wajah dan sikap cemas individu semasa proses temu bual di antara pakar psikiatri dengan pesakit.

Terdapat juga sebilangan individu yang menghidapi gangguan kemurungan utama menyatakan simptom gangguan kemurungan berdasarkan ciri-ciri *somatic* seperti rasa letih, tidak bertenaga atau rasa sakit badan. Lazimnya, individu yang menderita gangguan kemurungan utama akan menunjukkan perasaan cepat atau mudah marah dalam sesuatu perkara dan individu berkenaan juga cenderung untuk menyisihkan diri atau menyendiri dan mengelak dari terlibat dalam sebarang aktiviti (APA, 2013). Bahkan, individu yang mengalami gangguan kemurungan juga menunjukkan perubahan atau hilang minat dan keinginan terhadap hubungan seksual (APA, 2013).

Simptom-simptom Gangguan Kemurungan

Diagnostic and statistical manual of mental disorders edisi ke-5 (APA, 2013) juga telah mencirikan simptom gangguan kemurungan utama kepada sembilan simptom utama. Simptom-simptom tersebut adalah seperti di bawah.

1. Perasaan (mood) tidak stabil

Kriteria utama diagnosis gangguan kemurungan ialah apabila individu menunjukkan ketidakstabilan perasaan tidak rasional seperti rasa sedih, murung, pilu, putus asa atau berasa kosong hampir di sepanjang hari atau di kebanyakan hari tanpa adanya sebab-sebab tertentu. Bahkan individu yang mengalami gangguan kemurungan juga sering menyalahafsirkan kegagalan sesuatu perkara mahupun peristiwa yang berlaku kerana kelemahan diri sendiri.

2. Hilang minat dan keseronokan dalam semua atau hampir semua aktiviti dulu yang digemari di sepanjang hari atau di kebanyakan hari

Simptom kedua ialah individu menyatakan atau menunjukkan hilang minat atau keseronokan terhadap aktiviti yang digemari. Bahkan, individu cenderung untuk menyendiri atau menyisihkan diri dari terlibat dalam sesuatu aktiviti. Terdapat juga sebilangan individu yang menunjukkan penurunan atau hilang minat dan keinginan terhadap hubungan seksual.

3. Penurunan atau hilang berat badan

Simptom ketiga ialah berlaku perubahan pada selera makan atau berat badan individu. Perubahan ini boleh berlaku dalam dua situasi. Pertama, individu menunjukkan selera makan yang bertambah. Kedua, individu mungkin menunjukkan selera makan yang berkurangan. Keadaan ini berlaku kerana

terdapat sebilangan individu yang menderita gangguan kemurungan cenderung untuk memaksa diri mereka sendiri untuk makan dengan lebih banyak dari kebiasaan dan individu menunjukkan keinginan pada makanan yang manis atau berkarbohidrat. Perubahan pada selera makan akan memberi kesan terhadap berat badan individu sama ada meningkat atau menurun (perubahan sebanyak 5% dalam tempoh sebulan).

4. Perubahan pada rutin tidur

Perubahan atau gangguan tidur boleh berlaku dalam dua keadaan sama ada individu mungkin mengalami insomnia iaitu kesukaran untuk tidur atau *hyper insomnia* iaitu tidur berlebihan. Insomnia boleh berlaku dalam tiga tahap. Pertama, insomnia tahap permulaan (*initial insomnia*) iaitu individu mengalami kesukaran untuk tidur. Kedua, insomnia tahap pertengahan (*middle insomnia*) iaitu individu terjaga pada lewat malam dan mengalami kesukaran untuk tidur semula. Ketiga, insomnia tahap terminal iaitu individu terjaga pada awal pagi dan mengalami kesukaran untuk tidur semula. *Hyper insomnia* berlaku apabila individu cenderung untuk tidur berlebihan pada malam hari atau pada siang hari.

5. Pergolakan atau kemerosotan dalam aspek psikomotor

Kemerosotan atau pergolakan pada aktiviti psikomotor merujuk kepada simptom yang boleh diperhatikan menerusi perubahan pada tingkah-laku. Misalnya, individu tidak boleh duduk diam, menarik atau menggosok baju, badan, atau sebarang objek. Terdapat juga sebilangan individu yang mengalami masalah dari segi pertuturan iaitu pertuturan yang perlahan, nada suara yang lemah atau rendah serta ada juga sebilangan individu yang mengambil masa yang lama (jeda yang panjang) untuk memberi respons dan sebagainya lagi. Bahkan, terdapat juga sebilangan individu yang menunjukkan daya pemikiran yang lemah dan perubahan atau pergerakan badan yang perlahan.

6. Keletihan atau hilang/kurang bertenaga hampir di kebanyakan hari

Lazimnya, individu yang mengalami gangguan kemurungan akan memaparkan tingkah-laku tidak bertenaga seperti rasa letih lemah dan/atau tidak bermaya tanpa adanya aktiviti-aktiviti fizikal. Situasi ini mengurangkan tahap kecekapan individu dalam melakukan sesuatu tugas atau kerja.

7. Memiliki perasaan tidak rasional seperti rasa diri tidak berguna, putus asa, kecewa, rasa bersalah tanpa sebab (delusi) munasabah hampir di sepanjang hari

Gangguan kemurungan utama juga dapat dikesan apabila individu menunjukkan adanya simptom perasaan tidak rasional seperti rasa putus asa, bersalah dan sering menyalahafsirkan kegagalan sesuatu perkara mahupun peristiwa di atas kelemahan diri sendiri (APA, 2013). Bahkan, individu juga cenderung untuk menunjukkan sikap kebertanggungjawaban yang melampau.

8. Hilang keupayaan untuk berfikir atau untuk memberi tumpuan (fokus)

Individu yang mengalami gangguan kemurungan juga seringkali mengalami simptom seperti kesukaran untuk berfikir secara rasional dalam membuat sesuatu keputusan dan individu mudah hilang fokus. Simptom-simptom tersebut jelas apabila individu menyatakan kesukaran untuk mengingati sesuatu perkara.

9. Cubaan untuk mencederakan diri sendiri atau orang lain

Simptom paling utama untuk individu didiagnosis sebagai pesakit gangguan kemurungan utama ialah apabila individu berfikir untuk mati atau individu pernah cuba untuk bunuh diri atau individu pernah merancang untuk bunuh diri secara berulang-ulang kali. Simptom-simptom tersebut jelas apabila individu berharap untuk tidak bangun lagi pada setiap pagi dan beranggapan kematian adalah lebih baik untuk dirinya dan orang lain. Kecenderungan untuk individu membunuh diri adalah tinggi sekiranya individu menunjukkan perubahan dalam beberapa perkara. Misalnya, individu memiliki keperluan atau alat untuk bunuh diri seperti tali mahupun senjata (APA, 2013). Motivasi individu untuk bunuh diri adalah tinggi terutama apabila individu gagal menyelesaikan halangan mahupun masalah yang timbul dan individu merasakan diri menjadi beban pada orang lain (APA, 2013). Walau bagaimanapun, simptom-simptom gangguan yang dialami oleh individu perlu disertai dengan ciri-ciri klinikal serta kemerosotan individu dalam aktiviti kehidupan sehingga mengganggu aspek sosial, pekerjaan dan lain-lain ke fungsian individu (APA, 2013).

Kategori Gangguan Kemurungan

Berdasarkan *Diagnostic Statistical Manual Mental Disorders Edisi ke-5*, (APA, 2013) gangguan kemurungan dikategorikan kepada lapan kategori berikut;

1. Gangguan mood *dysregulation (disruptive Mood Dysregulation Disorders* atau DMDD),
2. Gangguan kemurungan utama (*major depressive disorders* atau MDD),
3. Gangguan kemurungan berterusan (*persistent depressive disorders dysthymia*),
4. Gangguann kemurungan dysphorik pramenstruasi (*premenstrual dysphoric disorders*),
5. Gangguan kemurungan akibat penyalahgunaan bahan/ubat (*substance/medication -induced depressive disorders*),
6. Gangguan kemurungan akibat keadaan perubatan (*depressive disorders due to another medical condition*),
7. Lain-lain gangguan kemurungan (*other specified depressive disorders*); dan
8. Gangguan kemurungan tidak spesifik (*unspecified depressive disorder*).

Faktor Kemurungan dalam Kalangan Wanita

Ramai sarjana mendapati wanita mencatatkan prevalens gangguan kemurungan paling tinggi berbanding lelaki (Albert, 2015; Girgus & Yang, 2015; Faravelli, Alessandra Scarpato, Castellini & Lo Sauro, 2013; Rössler, 2016; Soares & Zitek, 2008; Nolen-Hoeksema, 2001). Kelemahan dan kekurangan wanita dari aspek biologi, psikologi dan sosial telah mendorong golongan wanita sebagai kumpulan paling berisiko tinggi terdedah pada gangguan kemurungan; berbanding lelaki (Girgus & Yang, 2015). Dari aspek biologi, gangguan kemurungan di kalangan wanita berhubung kait dengan perubahan hormon dalam sistem biologi wanita terutama sewaktu transisi peralihan dari usia sebelum baligh kepada usia akil baligh (Albert, 2015; Rössler, 2016; Nolen-Hoeksema, 2001). Transisi perubahan wanita yang secara semula jadi menimbulkan perbezaan kecenderungan gangguan kemurungan di antara gender iaitu wanita dan lelaki. Begitu juga dengan faktor psikososial. Ramai sarjana (spt., Nolen-Hoeksema, 2001; Girgus & Yang, 2015) berhujah bahawa kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita dan lelaki juga turut dipengaruhi oleh perbezaan di antara lelaki dan wanita terhadap aspek psikologi dan sosial.

(1) Faktor biologi

Menurut Albert (2015), kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita dan lelaki berlaku kerana faktor biologi iaitu perubahan hormon yang berlaku di kalangan wanita terutama ketika wanita mencapai usia akil baligh, ketika wanita dalam proses menstruasi, ketika wanita dalam proses kehamilan dan apabila wanita mencapai perimenopause. Pada permulaannya, kadar kelaziman gangguan kemurungan adalah sama di antara lelaki dan wanita. Walau bagaimanapun, kadar kelaziman tersebut berubah apabila individu mencapai usia akil baligh. Pada akil baligh, kelaziman golongan wanita untuk mengalami gangguan kemurungan utama adalah tinggi sebanyak dua kali ganda, terutamanya apabila wanita mencapai umur 14 tahun hingga 25 tahun (Albert, 2015). Perbezaan kadar kemurungan di kalangan wanita dan lelaki ini berterusan sehinggalah wanita mencapai usia 55 tahun dan kadar kelaziman tersebut menurun apabila mencapai usia 65 tahun (Albert, 2015).

Kadar kelaziman gangguan kemurungan yang tinggi di kalangan wanita sewaktu usia akil baligh berlaku kerana perubahan yang ketara pada tahap hormon seks; iaitu pada hormon estrogen. Hormon estrogen adalah hormon yang dihasilkan oleh sistem reproduktif wanita yang berkait dengan perkembangan wanita semasa akil baligh. Hormon ini mempengaruhi kitaran reproduktif wanita atau sistem pembiakan wanita. Bukan itu sahaja, malahan hormon estrogen juga diperlukan bagi meningkatkan hormon serotonin iaitu cecair kimia yang terdapat dalam struktur otak manusia yang berperanan untuk

menstabilkan *mood*. Rendahnya hormon estrogen boleh mengakibatkan penurunan hormon serotonin yang boleh menyebabkan perubahan pada *mood* individu dan seterusnya mengakibatkan kewujudan simptom gangguan kemurungan.

Sebagai contoh, sewaktu proses menstruasi, berlaku perubahan pada hormon wanita iaitu hormon estrogen pada sistem biologi wanita. Perubahan hormon yang berlaku sewaktu proses menstruasi secara tidak langsung menyebabkan perubahan pada *mood* wanita. Menurut Albert (2015), kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita berlaku kerana rendahnya tahap hormon estrogen. Perubahan hormon yang berlaku di setiap tahap tersebut menyebabkan perubahan pada *mood* wanita.

Begitu juga sewaktu wanita melalui proses kehamilan. Kehamilan tidak hanya menyebabkan perubahan pada fizikal individu iaitu tubuh badan. Sebaliknya, ia turut melibatkan perubahan dari aspek psikologi yang membabitkan emosi wanita. Kira-kira 10 hingga 15 peratus wanita hamil menderita pelbagai gangguan mental, antaranya ialah gangguan kemurungan dan kebimbangan (Soares & Zitek, 2008). Pelbagai faktor telah dikenal pasti menyumbang pada gangguan kemurungan di kalangan wanita hamil. Salah satu daripadanya ialah berkait dengan perubahan hormon ovari sewaktu proses kehamilan berlangsung. Lazimnya, sewaktu proses kehamilan, hormon estrogen dan progesteron berada pada tahap sangat tinggi (Soares & Zitek, 2008) dan hormon tersebut hanya akan menurun secara mendadak apabila wanita melahirkan anak (Soares & Zitek, 2008). Perubahan pada hormon estrogen yang berada dalam keadaan tidak stabil iaitu turun naik boleh mengganggu aktiviti hormon serotonin sehingga membawa perubahan pada emosi dan perasaan tidak menentu di kalangan wanita hamil. Akhirnya, mewujudkan simptom gangguan kemurungan. Menurut sarjana Soares dan Zitek (2008) lagi, simptom gangguan kemurungan cenderung terjadi pada wanita hamil apabila hormon serotonin berada pada tahap rendah. Perubahan hormon yang berlaku sewaktu proses kehamilan menyebabkan wanita seringkali dikaitkan dengan kategori gangguan psikiatri tertentu.

Ramai sarjana (spt., Pereira, Lovisi, Pilowsky, Lima dan Legay (2009) dan Fisher, Cabral de Mello, Patel, Rahman, Tran, Holton dan Holmes (2012) mendapati gangguan kemurungan adalah tinggi dalam kalangan wanita hamil khususnya bagi gangguan kemurungan *antenatal* atau *prenatal depression* (*sebelum kelahiran*). Hasil penelitian Pereira et al. (2009) dan Fisher et al. (2012) mendapati prevalens gangguan kemurungan di kalangan wanita hamil adalah tinggi. Sebagai contoh, hasil penelitian sistematik sarjana Pereira et al. (2009) terhadap kajian Maullik, Patel, Langham (2005) yang memfokuskan gangguan kemurungan di kalangan wanita hamil mendapati kadar kelaziman gangguan

kemurungan *antenatal* atau *prenatal* ialah 14 peratus (95% CI;13.5-14.5) berbanding gangguan kemurungan *postnatal* iaitu 10.5 peratus (95% CI:10.1-10.9). Menurut Pereira et al. (2009) lagi, kadar kelaziman gangguan kemurungan *antenatal* atau *prenatal* (28.4%) (95%, CI; 25.9-30.8%) dan *postnatal* (23%) (95% CI;20.9-25.4%) di kalangan wanita hamil tersebut tinggi terutama bagi negara-negara berpendapatan rendah 13% (95%, CI; 10.5-13.5); berbanding dengan negara-negara berpendapatan tinggi 9.6% (95% CI; 9.1-10.0). Begitu juga dengan hasil penelitian Fisher et al. (2012) di negara-negara berpendapatan rendah dan sederhana rendah turut mendapati kadar kelaziman gangguan kemurungan *antenatal* adalah tinggi iaitu sebanyak 15.6% (95%, CI; 15.4-15.9) dan gangguan kemurungan *postnatal* sebanyak 19.8% (95%, CI; 19.5-20.0).

Hasil penelitian kadar kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita hamil oleh Pereira et al. (2009) dan Fisher et al. (2012) ini berbeza jika dibandingkan dengan kadar kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita hamil bagi negara-negara berpendapatan tinggi. Perbezaan tersebut mungkin dipengaruhi oleh faktor jurang massa kajian yang dijalankan. Walau bagaimanapun, hasil penelitian Pereira et al. (2009) dan Fisher et al. (2012) tersebut telah membuktikan kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita berhubung kait dengan proses kehamilan apabila kedua-dua mereka *mendapati* gangguan kemurungan di kalangan wanita berhubung kait dengan faktor biologi iaitu perubahan hormon sewaktu proses kehamilan di samping kelemahan faktor psikososial yang dihadapi oleh wanita ketika dalam proses kehamilan (Pereira et al., 2009; Fisher et al., 2012; Bisetegn, Mihretie & Muche, 2016). Faktor-faktor psikososial tersebut termasuklah taraf sosioekonomi yang rendah, kehamilan yang tidak diingini atau tidak dirancang, kehamilan tanpa nikah, ketiadaan sokongan sosial dan menjadi mangsa penderaan khususnya dari pasangan serta lain-lain faktor lagi (Bisetegn, Mihretie & Muche, 2016; Fisher et al., 2012). Menurut Bisetegn et al. (2016) lagi, gangguan kemurungan dalam kalangan wanita hamil adalah tinggi terutama apabila usia kandungan wanita mencecah pada trimester ketiga.

Di Malaysia, hasil kajian Fadzi, Balakrishnan, Razali, Sidi, Malapan, Japaraj, Midin, Nik Jaafar, Das dan Manaf (2013) mendapati secara puratanya prevalens gangguan kemurungan di kalangan wanita sedang hamil ialah sebanyak 8.6 peratus pada tahun 2013. Manakala kajian Aza Sherin, Tang, Binns dan Lee pada tahun 2015 mendapati prevalens gangguan kemurungan *prenatal* di kalangan wanita Sabah ialah sebanyak 13.8 peratus. Jika diteliti, kadar kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita hamil di Malaysia tidak berbeza dengan kadar kelaziman kemurungan antenatal atau prenatal yang berlaku di luar negara. Bahkan, di Malaysia faktor-faktor yang menyebabkan gangguan kemurungan di kalangan wanita hamil juga menunjukkan corak persamaan seperti mana yang berlaku di kalangan wanita hamil di luar negara. Justeru itu, Fadzil et al. (2013)

dan Aza et al., (2015) menegaskan perlunya pelaksanaan program intervensi secara khusus untuk menangani gangguan kemurungan *prenatal* di kalangan wanita hamil. Sekiranya tidak ditangani, ia memberi implikasi negatif terhadap kesihatan ibu serta mengganggu proses perkembangan janin dalam kandungan.

Bahkan, sarjana seperti Soares dan Zitek (2008), Schiller, Meltzer-Brody serta Rubinow (2015) juga berhujah bahawa kemurungan *prenatal* di kalangan wanita sedang hamil jika tidak dirawat akan menyebabkan gangguan kemurungan postpartum. Fakta tersebut dikukuhkan oleh kajian Josefsson, Berg, Nordin dan Sydsjo (2001), dan Kitamura, Yoshida, Okano, Kinoshita, Hayashi, Toyoda, Ito, Kudo, Tada, Kanazawa, Sakumoto, Satoh, Furukawa dan Nakano (2006) yang mendapati gangguan kemurungan antenatal merupakan faktor utama yang menyebabkan gangguan kemurungan postpartum di kalangan wanita. Sebagai contoh, kajian sarjana Josefsson et al. (2001) terhadap 1558 orang wanita hamil di Sweden misalnya telah mendapati sebanyak 13 hingga 18 peratus wanita hamil di Sweden menunjukkan adanya simptom gangguan kemurungan postpartum khususnya dalam tempoh 6 bulan selepas melahirkan anak. Ini kerana perubahan hormon reproduktif wanita secara tidak langsung akan mempengaruhi hampir setiap sistem biologi yang menyebabkan simptom gangguan kemurungan postpartum di kalangan wanita, terutama pada sebilangan wanita yang sensitif terhadap kesan perubahan hormon pada tahap *perinatal*.

Begitu juga dengan wanita yang melalui proses premonopaus atau proses peralihan menopaus (Soares & Zitek, 2008) yang juga turut berisiko tinggi terdedah pada gangguan psikiatri khususnya gangguan kemurungan. Menopaus bermaksud berakhirnya kitaran haid untuk seseorang wanita dan dengan erti kata lain, pada peringkat menopaus ovari wanita telah berhenti untuk menghasilkan telur dan wanita pada tahap ini tidak lagi boleh hamil (Nik Hazlina, 2017). Secara purata, di Malaysia menopaus berlaku di kalangan wanita berumur lingkungan 50 hingga 52 tahun (Nik Hazlina, 2017). Biasanya, proses menopaus mengambil masa yang lama di antara tiga hingga lima tahun, dan proses tersebut hanya lengkap setelah kitaran haid wanita berhenti sepenuhnya selama 12 bulan (Nik Hazlina, 2017). Namun dalam kes-kes tertentu terdapat juga wanita yang mengalami proses menopaus secara mendadak khususnya menerusi kaedah pembedahan iaitu pembuangan ovari. Lazimnya, kaedah pembedahan iaitu pembuangan ovari berlaku apabila wanita mengalami ketumbuhan atau kesan rawatan radioterapi atau juga ubat kemoterapi (Nik Hazlina, 2017). Menopaus bukanlah suatu penyakit sebaliknya, merupakan proses perubahan semula jadi yang pasti dialami oleh setiap wanita apabila wanita meningkat usia (Nik Hazlina, 2017). Namun, sewaktu proses menopaus berlaku iaitu perubahan dari tahap kesuburan tinggi ke tahap ketidaksuburan atau juga dikenali dengan istilah *klimakterik*, berlaku beberapa perubahan yang ketara terhadap diri wanita.

Perubahan tersebut merangkumi perubahan dari aspek hormon wanita, fizikal dan psikologi wanita sehingga mengganggu kualiti hidup wanita secara keseluruhannya (Nik Hazlina, 2017).

Perubahan tersebut berlaku kerana semasa peringkat klimakterik, pengeluaran hormon estrogen dari ovari semakin berkurang. Keadaan ini akan mengakibatkan peningkatan pengeluaran hormon gonadotrofin selama beberapa tahun sebelum seseorang wanita itu mengalami fasa menopause yang betul. Peningkatan hormon gonadotrofin akan menyebabkan peningkatan aras hormon perangsang folikel (*follicle stimulating hormone, FSH*) dan kemudiannya peningkatan hormon peluteinan (*luteinizing hormone, LH*) serta aktiviti hipotalamus dan pitutari (Soares & Zitek, 2008) pada tubuh wanita. Aras FSH akan mengalami turun dan naik serta tidak stabil dari sehari ke sehari.

Sebagai contoh, pada permulaan premonopaus kitaran haid wanita menjadi tidak teratur iaitu berlaku kekerapan wanita datang haid berkali-kali atau juga berlaku jurang atau jarak haid dalam tempoh 60 hari dari kebiasaan waktu haid normal wanita. Akibatnya, ketidakstabilan aras hormon menjadi pencetus pada perubahan diri wanita sehingga menyebabkan wanita mengalami gejala atau simptom menopause seperti kitaran haid yang tidak teratur, berpeluh pada waktu malam, sukar untuk tidur (*insomnia*), perubahan mood, pertambahan berat badan, osteoporosis dan lain-lain simptom lagi. Semasa menopause berlaku, hormon FSH dan LH akan kekal meningkat dan biasanya hormon FSH akan lebih tinggi berbanding hormon LH kerana tiada rangsangan berlaku di otak.

Perubahan dan ketidakstabilan hormon yang berlaku sewaktu proses peralihan menopause sedemikian memberi kesan terhadap emosi wanita sehingga menimbulkan simptom gangguan kemurungan (Soares & Zitek, 2008). Rasa kecewa, putus asa, rasa marah yang tidak dapat dikawal serta hilang fokus atau tumpuan terhadap sesuatu perkara adalah simptom lazim yang sering dialami oleh golongan wanita yang melalui proses peralihan menopause (Nik Hazlina, 2017). Bahkan, wanita pada peringkat peralihan menopause juga seringkali menyatakan rasa mudah letih dan tidak bertenaga (Nik Hazlina, 2017). Fakta ini disokong menerusi hasil kajian Cohen, Soares, Vitonis, Otto dan Harlow (2006) yang mendapati wanita yang sedang mengalami proses peralihan menopause menunjukkan simptom gangguan psikiatri yang signifikan terutama bagi gangguan kemurungan sebanyak dua kali ganda.

(2) Faktor psikologi

Selain faktor biologi, kelaziman wanita untuk mengalami gangguan psikiatri khususnya gangguan kemurungan turut dipengaruhi oleh faktor psikososial (Girgus & Yang, 2015; Nolen-Hoeksema, 2001). Hubungan di antara faktor psikososial dengan gangguan kemurungan berdasarkan perbezaan gender

berakar umbi dari model diathesis-tekanan psikopatologi. Berdasarkan model diathesis-tekanan psikopatologi, gangguan kemurungan berlaku akibat dari ciri, sifat atau karakter seseorang individu (diatheses) yang menjadikan individu mudah terdedah pada gangguan kemurungan apabila tekanan muncul dalam kehidupan individu.

Dengan erti kata lain, model diathesis-tekanan psikopatologi menekankan bahawa gangguan kemurungan berlaku kerana kelemahan diri individu dan perbezaan gender iaitu perbezaan sifat, ciri atau karakter di antara lelaki dan wanita, perbezaan tekanan yang dihadapi oleh gender (lelaki dan wanita mengalami tekanan yang berbeza), perbezaan dari segi tindak balas terhadap tekanan yang berlaku dalam kehidupan (cara lelaki dan wanita bertindak balas terhadap sesuatu tekanan adalah berbeza). Kelemahan-kelemahan tersebut menyebabkan timbulnya perbezaan kelaziman gangguan kemurungan di antara gender lelaki dan wanita (Girgus & Yang, 2015).

Seterusnya, Goodwin dan Gotlib (2004) menyatakan perbezaan psikologi yang menyebabkan gangguan kemurungan di antara lelaki dan wanita dapat dilihat berdasarkan dua faktor. Pertama ialah menerusi faktor orientasi interpersonal. Kedua ialah menerusi perbezaan strategi daya tindak pengawalan emosi di antara lelaki dan wanita. Golongan wanita dikatakan cenderung pada strategi daya tindak bersifat *ruminatio*n dalam berhadapan dengan sesuatu tekanan mahupun sesuatu peristiwa hidup yang memeritkan

(3) Orientasi sosial

Faktor orientasi sosial memfokuskan perbezaan gender iaitu lelaki dan wanita terhadap kelaziman gangguan kemurungan berhubung kait dengan faktor kognitif dan personaliti iaitu sifat atau ciri tertentu individu. Ramai sarjana (spt., Girgus & Yang, 2015; Hammen, 2005; Goodwin & Gotlib, 2004; Klien, Kotov & Bufferd, 2011; Ormel, Oldehinkel dan Brilman, 2001; Nolen-Hoeksema, 2001) mendapati kecenderungan gangguan kemurungan dalam kalangan wanita berlaku kerana kelemahan dan perbezaan gaya kognitif di antara lelaki dan wanita. Menurut Girgus dan Yang (2015) serta Nolen-Hoeksema dan Aldao (2011), golongan wanita seringkali dikaitkan dengan gaya pemikiran berbentuk maladaptif.

Bahkan, golongan wanita juga cenderung melihat tekanan atau masalah yang timbul berdasarkan orientasi interpersonal (Girgus & Yang, 2015; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Gaya pemikiran wanita yang sedemikian mempengaruhi penilaian, interpretasi dan tafsiran wanita secara negatif tentang keseluruhan diri sendiri, persekitaran dan masa hadapan. Gaya pemikiran sedemikian seterusnya akan memberi implikasi negatif terhadap konsep sendiri dan harga diri individu.

Bahkan, Nolen-Hoeksema (2001) turut mendapati implikasi negatif gaya pemikiran individu juga berbeza mengikut gender. Golongan wanita lebih cenderung pada konsep sendiri dan harga diri yang rendah; berbanding lelaki. Penilaian dan tafsiran negatif individu terhadap diri sendiri dan persekitaran akan menyebabkan ketidakupayaan individu untuk berhadapan dengan tekanan atau masalah yang berlaku dalam kehidupan. Dengan erti kata lain, pemikiran individu yang negatif membawa kepada penurunan harga diri dan konsep sendiri yang rendah dan seterusnya pada tingkah laku negatif iaitu strategi daya tindak pengawalan emosi berbentuk pasif seperti ruminasi (*ruminati*).

(4) Strategi daya tindak pengawalan emosi individu

Salah satu strategi daya tindak pengawalan emosi yang sering digunakan oleh individu yang mengalami gangguan kemurungan ialah ruminasi (*ruminati*) (Girgus & Yang, 2015; Nolen-Hoeksema, 2001; Nolen-Hoksema & Harrell (2002); Lyubomirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2015; Michl, McLaughlin, Shepherd & Nolen-Hoeksema, 2013; Affizal, 2017). Ruminasi merujuk kepada pemikiran individu secara berulang kali mengenai sesuatu masalah tanpa adanya jalan penyelesaian (Lyubomirsky, Layous, Chancellor & Nelson, 2015). Ruminasi wujud apabila tekanan atau masalah yang berlaku menyebabkan perubahan pada *mood* individu dan individu bertindak balas terhadap tekanan atau masalah yang timbul dengan cara negatif. Individu berterusan memikirkan tekanan atau masalah yang dihadapi tanpa sebarang tindakan untuk menyelesaikan masalah tersebut.

Berbalik semula dalam konteks perbincangan kemurungan dalam kalangan wanita, ramai sarjana antaranya Nolen-Hoksema dan Harrell (2002) serta Michl, McLaughlin, Shepherd dan Nolen-Hoeksema (2013) misalnya telah mendapati kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita berlaku kerana kecenderungan wanita mengaplikasikan strategi daya tindak pengawalan emosi berbentuk ruminasi berbanding lelaki. Daya tindak pengawalan emosi remunasi yang dipraktikkan oleh wanita ini menyebabkan wanita berterusan dengan gaya pemikiran negatif. Pemikiran negatif yang berterusan menyebabkan gaya atribusi negatif, sikap disfungsi, putus harapan, sikap pesimis, kebergantungan dan *neuroticism* di kalangan wanita. Atribusi merujuk kepada penjelasan atau rumusan individu mengenai tingkah-laku sendiri berdasarkan persepsi dan pengalaman yang dilalui individu. Dalam konteks kemurungan, gaya kawalan ruminasi menyebabkan atribusi negatif. Individu meletakkan segala tekanan dan peristiwa hidup yang memeritkan terjadi dalam kehidupannya atas kesilapan dan kelemahan diri sendiri. Atribusi negatif sedemikian menyebabkan kewujudan simptom kemurungan dalam diri individu.

Perbezaan gaya kognitif sedemikian menyebabkan wanita sebagai kumpulan paling berisiko pada gangguan kemurungan berbanding. Dakwaan

tersebut dapat dilihat menerusi hasil kajian sarjana Nolen-Hoksema dan Harrell (2002) serta Michl et al., (2013). Kajian Nolen-Hoksema dan Harrell (2002) mengenai hubungan di antara ruminasi dengan simptom gangguan kemurungan dan pengguna alkohol di kalangan golongan lelaki dan wanita di tiga bandar California iaitu San Francisco, San Jose dan Oakland. Mereka mendapati terdapat hubungan yang signifikan di antara strategi daya tindak ruminasi dengan simptom gangguan kemurungan, khususnya di kalangan golongan wanita California berbanding golongan lelaki. Bahkan kajian Nolen-Hoksema dan Harrell (2002) juga turut mendapati strategi daya tindak ruminasi juga mempengaruhi kecenderungan wanita untuk terlibat dalam penyalahgunaan bahan seperti alkohol dan dadah.

Begitu juga dengan Michl et al., (2013) yang turut mendapati gaya kawalan ruminasi sebagai mediator kepada hubungan yang signifikan di antara trauma individu terhadap peristiwa hidup yang memeritkan dengan kewujudan simptom gangguan kemurungan utama dalam kalangan individu dewasa. Bahkan, Michl et al., (2013) juga mendapati hubungan tersebut tidak menunjukkan perbezaan yang ketara dari segi gender. Walau bagaimanapun, sebilangan besar sarjana antaranya mendapati dari segi gender, wanita lebih cenderung mengaplikasikan strategi daya tindak negatif khususnya ruminasi dalam berhadapan dengan tekanan atau masalah berbanding golongan lelaki (Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Girgus & Nolen-Hoksema, 2006). Hasil kajian sarjana Nolen-Hoeksema dan Harrell (2002) serta Michl et al., (2013) telah membuktikan strategi daya tindak individu khususnya ruminasi sebagai faktor risiko yang menyebabkan simptom gangguan kemurungan di kalangan wanita dewasa.

Begitu juga dengan hubungan di antara personaliti dan gangguan kemurungan. Hubungan di antara personaliti dan gangguan kemurungan telah menjadi kupasan sejak zaman Hippocrates dan Galen yang berhujah bahawa personaliti atau keperibadian individu mempengaruhi mood atau keadaan fikiran seseorang individu (Klien et al., 2011). Bahkan, pada masa kini ramai sarjana antaranya Goodwin dan Gotlib (2004), Ormel et al., (2001), Xia, He, Li, Xie, Zhu, Chen, Shen, Zhang, Wei, Chen, Shen, Xiang, Gao, Li, Ding, Shen, Wang, Cao, Liu, Zhang, Duan, Bao, Ma, Zhaou, Luo, Zhang, Liu, Li, Jin, Zhang, Liang, Chen, Zhao, Li, Chen, Shi, Kendler, Flint dan Wang (2011), serta Klien et al., (2011) bersetuju bahawa bentuk personaliti khususnya *neuroticism* seringkali dikaitkan dengan pelbagai gangguan psikiatri terutama bagi gangguan kemurungan.

Umumnya, personaliti manusia terdiri dari lima kategori. Pertama, personaliti bersifat keterbukaan (*openness to experiences*), kesedaran (*conscientiousness*), bersifat sosial atau mudah bergaul (*extraversion*), bersikap menyenangkan (*agreeable*), dan neurotik (*neuroticism*). Lazimnya, individu yang memiliki bentuk personaliti neurotik iaitu personaliti emosi negatif lebih

cenderung berisiko pada gangguan kemurungan berbanding lain-lain bentuk personaliti (Klien et al., 2011). Hal demikian berlaku kerana individu yang memiliki personaliti neurotik cenderung kepada personaliti emosi yang bersifat negatif seperti mudah rasa marah, muram, takut, bimbang terhadap sesuatu perkara. Bahkan, individu yang memiliki bentuk personaliti neurotik juga cenderung untuk bertindak balas terhadap sesuatu tekanan, masalah mahupun peristiwa yang berlaku dalam kehidupannya berdasarkan emosi, dan cenderung melihat sesuatu situasi yang normal sebagai satu bentuk ancaman atau bahaya pada diri. Ciri-ciri personaliti neurotik yang sedemikian menyebabkan individu mudah mengalami simptom gangguan kemurungan.

Dakwaan tersebut dikukuhkan menerusi hasil kajian sarjana Goodwin dan Gotlib (2004) yang melihat hubungan di antara faktor gender dan personaliti, terhadap gangguan kemurungan. Hasil dari kajiannya, Goodwin dan Gotlib (2004) mendapati terdapat hubungan yang signifikan di antara personaliti neurotik dengan gangguan kemurungan major khususnya di kalangan wanita dewasa di Amerika Syarikat; berbanding lelaki. Hasil kajian Goodwin dan Gotlib (2004) tersebut secara tidak langsung mengukuhkan dakwaan teori kognitif yang telah dibincangkan dalam perbincangan terdahulu bahawa kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita berhubung kait dengan perbezaan faktor kognitif iaitu gaya pemikiran di kalangan golongan lelaki dan wanita.

Begitu juga dengan Ormel, Oldehinkel dan Brilman (2001) serta Xia et al. (2011) yang turut mendapati, peningkatan risiko gangguan kemurungan major di kalangan wanita mempunyai perkaitan yang signifikan dengan faktor personaliti individu khususnya personaliti berbentuk *neuroticism*. Kajian sarjana Ormel Oldehinkel dan Brilman (2001) terhadap individu lanjut usia yang berumur 57 tahun ke atas mendapati secara keseluruhannya gangguan kemurungan major dan gangguan subsyndromal di kalangan individu dewasa berumur 57 tahun ke atas berhubung kait dengan faktor personaliti iaitu personaliti berbentuk *neuroticism* dan tekanan individu terhadap peristiwa hidup yang memeritkan.

Hubungan personaliti dengan gangguan kemurungan juga sama di negara China. Di China, kajian oleh Xia et al. (2011) terhadap wanita Cina berbangsa Han yang mengalami gangguan kemurungan major berulang kali turut mendapati faktor personaliti iaitu *neuroticism* merupakan faktor risiko utama yang mendedahkan wanita Han pada gangguan kemurungan utama pada kadar nisbah 1.37. Bukan itu sahaja malahan Xia et al. (2011) juga turut mendapati personaliti *neuroticism* juga diramal menjadi permulaan pada episod gangguan kemurungan major serta keseriusan gangguan kemurungan major.

(5) Faktor sosial

Selain faktor biologi dan psikologi, gangguan kemurungan di kalangan wanita juga berhubung kait dengan tekanan terhadap peristiwa hidup yang memeritkan (Girgus & Yang, 2015; Shapero, Black, Liu, Klugman, Bender, Ambramson & Alloy, 2014; Lovestad, Love, Vaez & Krantz, 2017; Nolen-Hoeksema; 2001; Hammen, 2009). Umumnya, tidak terdapat perbezaan di antara gender dengan kecenderungan terhadap sesuatu peristiwa hidup yang memeritkan. Meskipun lelaki dan wanita berhadapan dengan peristiwa hidup yang sama, kelaziman gangguan kemurungan masih lagi didominasi oleh golongan wanita. Secara semula jadi wanita berbeza dari segi biologi dan psikologi yang mempengaruhi cara tindak balas terhadap tekanan mahupun peristiwa hidup yang memeritkan. Faktor budaya masyarakat yang meletakkan status wanita pada tahap rendah, golongan yang lemah dan tidak memiliki atau memiliki kuasa yang rendah dalam sistem sosial berbanding golongan lelaki yang dilihat sebagai *superior* seperti yang diketengahkan menerusi sistem patriarki juga menyumbang kepada insiden kemurungan yang tinggi dalam kalangan wanita. Kelemahan dan kurang atau rendahnya kuasa yang dimiliki oleh wanita dalam sistem sosial menyebabkan wanita cenderung pada tekanan dan terdedah pada trauma peristiwa tertentu, terutamanya penderaan seksual berbanding lelaki (Nolen-Hoeksem, 2001).

Antara trauma tekanan peristiwa hidup yang memeritkan dan sering dialami oleh wanita ialah seperti trauma menjadi mangsa penderaan sama ada penderaan sama ada secara fizikal (Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber, 2015), seksual (Negele, et al., 2015) mahupun emosi (Shapero et al., 2014; Negele et al., 2015), masalah dalam hubungan personal sama ada pada peringkat usia remaja (Hammen, 2009) mahupun usia wanita dewasa seperti konflik dalam perkahwinan (Whiffen, Foot & Thompson, 2007), keganasan rumah tangga (Lövestad et al., 2017), kehilangan orang tersayang, konflik peranan dan lain-lain lagi. Peristiwa-peristiwa hidup sedemikian sudah pasti memberi tekanan psikologi yang hebat pada diri setiap wanita.

Salah satu peristiwa hidup yang memeritkan dan sering dialami oleh sebilangan besar wanita berbanding lelaki ialah trauma penderaan; sama ada penderaan secara fizikal, seksual serta emosi ketika usia kanak-kanak (Negele et al., 2015; Shapero et al., 2014; Nolen-Hoeksema, 2001). Dakwaan tersebut dapat dibuktikan menerusi hasil kajian sarjana Negele et al. (2015) terhadap 349 individu dewasa berusia lingkungan umur 21 tahun hingga 60 tahun yang menghidapi gangguan kemurungan utama dan *dysthymia*. Gengele et al., mendapati sebilangan besar (75.6%) responden yang mengalami gangguan kemurungan kronik menyatakan pernah berhadapan dengan peristiwa traumatik pada usia kanak-kanak. Menurut Negele et al. (2015) lagi, sebanyak 60.7 peratus dari responden kajian tersebut menyatakan trauma penderaan emosi dan 25.2% menyatakan trauma penderaan seksual pada zaman kanak-kanak.

Dari aspek gender, kajian Negele et al. (2015) mendapati trauma penderaan emosi dan seksual sering kali dialami oleh pesakit wanita berbanding lelaki. Begitu juga dengan hasil kajian sarjana Shapero et al. (2014) yang turut mendapati kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita berhubung kait dengan trauma wanita pada peristiwa hidup yang memeritkan iaitu trauma pernah menjadi mangsa penderaan, khususnya penderaan emosi ketika wanita berada pada usia kanak-kanak. Hubungan yang signifikan di antara trauma penderaan dengan gangguan kemurungan berlaku kerana penderaan sama ada secara seksual mahupun emosi sudah pasti akan menimbulkan rasa malu, marah, hina, tidak berguna dan perasaan tiada harga diri dan putus asa di kalangan individu yang didera. Rasa malu, marah, hina, tidak berguna dan tiada harga diri tersebut akan menyebabkan akan meningkatkan daya reaktif wanita pada tekanan dan pembentukan kognitif yang negatif apabila individu meningkat usia dewasa (Nolen-Hoeksema, 2001). Pembentukan kognitif yang negatif seterusnya mempengaruhi strategi daya tindak pengawalan emosi yang berbentuk negatif yang selaras dengan simptom gangguan kemurungan (Shapero et al., 2014).

Ramai sarjana mendapati kelaziman wanita untuk menghidapi gangguan kemurungan juga adalah tinggi sekiranya tekanan atau masalah yang berlaku berkaitan dengan hubungan interpersonal individu (Girgus & Yang, 2015; Hammen, 2009). Bermula dari hubungan persahabatan di usia remaja sehinggalah kepada hubungan romantis di antara individu dengan pasangan berlainan jantina apabila meningkat usia dewasa (Girgus & Yang, 2015). Bahkan menurut Hammen (2009), wanita yang memiliki sejarah kemurungan pada usia remaja juga cenderung untuk mengalami kitaran pengulangan gangguan kemurungan yang ganas apabila meningkat usia dewasa. Hal demikian berlaku kerana disfungsi interpersonal yang berlaku pada usia remaja diramal menjadi pengekal pada tingkah-laku maladaptif individu dengan rakan-rakan, keluarga, pasangan serta peranan gaya keibubapaan.

Sebagai contoh, sejak dari usia remaja lagi kecenderungan wanita untuk mengalami gangguan kemurungan adalah tinggi terutama sekiranya tekanan atau masalah yang dihadapi berkaitan dengan hubungan interpersonal (Hamm, 2009; Girgus & Yang, 2015). Ini kerana wanita sejak dari remaja lagi seringkali mengorientasikan setiap tekanan, masalah atau peristiwa yang berlaku dalam kehidupan berdasarkan orientasi interpersonal (Gigus & Yang, 2015; Hammen, 2009). Kelaziman gangguan kemurungan di kalangan wanita sejak dari usia remaja berlaku kerana wanita pada usia remaja lagi telah menunjukkan keperluan afiliatif dan penerimaan sosial yang tinggi khususnya dari rakan-rakan yang sebaya usia dengannya. Bukan itu sahaja malahan wanita sejak dari usia remaja lagi juga telah menunjukkan sikap kebergantungan yang tinggi terhadap orang lain. Kecenderungan wanita mengorientasikan tekanan berdasarkan interpersonal

dan kecenderungan mengaplikasikan strategi daya tindak negatif khususnya ruminasi, di tambah dengan keperluan wanita pada penerimaan sosial yang tinggi serta sikap kebergantungan yang tinggi sejak dari usia remaja menyebabkan wanita begitu peduli dan sensitif terhadap setiap masalah yang timbul dalam hubungan interpersonal berbanding dengan lelaki. Perbezaan tersebut menyebabkan mengapa wanita didapati lebih sensitif pada simptom gangguan kemurungan berbanding lelaki.

Begitu juga dengan masalah yang timbul dalam institusi keluarga. Wanita sejak dari usia remaja lagi lebih terkesan atau sensitif dengan perpecahan atau penceraian yang berlaku di antara ibu dan bapanya; berbanding dengan remaja lelaki (Gigus & Yang, 2015; Crawford, Cohen, Mildlarsky & Brook, 2001). Perbezaan tersebut berlaku kerana kesejahteraan emosi wanita turut dipengaruhi oleh konteks hubungan mereka dengan sistem kekeluargaan. Dakwaan tersebut jelas apabila kajian sarjana Crawford, Cohen, Mildlarsky dan Brook (2001) mendapati simptom gangguan kemurungan adalah lebih tinggi di kalangan remaja perempuan yang datang dari keluarga berpecah, khususnya ibu dan bapa yang bercerai atau berpisah. Bahkan, remaja perempuan yang memiliki ibu yang menghidapi gangguan kemurungan juga lebih berisiko tinggi pada gangguan kemurungan apabila remaja meningkat usia dewasa; berbanding dengan remaja lelaki (Burt, Van Dulmen, Carlivati, Egeland, Sroufe, Forman, Appleyard & Carlson, 2005). Hubungan yang kuat di antara tekanan keluarga dan kemurungan ibu di kalangan remaja perempuan didorong oleh konflik dan tekanan yang berlaku pada hubungan ibu dan anak perempuan sewaktu usia remaja; berbanding dengan hubungan ibu dengan anak lelaki.

Begitu juga dengan hubungan personal individu misalannya hubungan individu dengan pasangan khususnya dalam perkahwinan. Ramai sarjana bersetuju bahawa konflik yang berlaku dalam perkahwinan boleh memberi tekanan psikologi yang hebat pada diri wanita. Menurut Whiffen et al., (2007), wanita didapati lebih mudah untuk mengalami simptom gangguan kemurungan berbanding lelaki apabila berlakunya konflik dalam hubungan perkahwinan. Golongan wanita didapati lebih terkesan dan sensitif terhadap tekanan atau konflik yang timbul dalam hubungan interpersonal khususnya dalam perkahwinan; berbanding lelaki. Keadaan tersebut berlaku kerana gaya pemikiran wanita yang cenderung untuk membuat penilaian tentang diri sendiri berdasarkan penilaian orang lain khususnya dari pasangan. Bahkan, wanita juga cenderung untuk menggunakan strategi daya tindak pasif dalam berhadapan dengan konflik dalam perkahwinan. Sekiranya berlaku konflik dengan pasangan, wanita juga cenderung untuk menyembunyikan perasaan marah mereka pada pasangan bagi mengekalkan hubungan yang harmoni dengan pasangan. Hasil kajian Whiffen et al., (2007) juga memperlihatkan rendahnya kuasa yang dimiliki wanita khususnya dalam perkahwinan di mana lelaki dilihat sebagai satu kuasa

superior yang berkuasa terhadap isteri menyebabkan wanita lebih bersikap berdiam diri apabila berlakunya konflik dalam perkahwinan. Sikap berdiam diri akhirnya menyebabkan kewujudan pelbagai simptom gangguan kemurungan dalam diri wanita.

Kesimpulan

Perbincangan di atas telah membuktikan dengan jelas bahawa gender mempengaruhi kelaziman gangguan kemurungan. Kelemahan dan ketiadaan kuasa yang dimiliki oleh wanita untuk menangkis tekanan mahupun sesuatu peristiwa perit yang berlaku dalam kehidupan telah menjadikan wanita sebagai kumpulan paling berisiko untuk mengalami gangguan kemurungan berbanding lelaki.

Rujukan

- Affizal, A. (2017). *Kemurungan: Mengancam kehidupan*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Albert. P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal Psychiatry Neuroscience*, 40 (4), 219-221. Doi: doi:10.1503/jpn.150205.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC.
- Averett, S. L., & Wang, Y. (2011). Identification of the effect of depression on risky sexual behavior: Exploiting a natural experiment. *American Economic Review*, 102 (3), 570-574. Doi:10.1257/aer.102.3.570.
- Aza, S. M. Y., Tang, L., Binns, C. W., Lee, A. H. (2015). Prevalence of antenatal depressive symptom among women in Sabah, Malaysia. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29 (7), 1170-1174. Doi: 10.3109/14767058.2015.1039506.
- Bisetegn, T. A., Mihretie, G., & Muche, T. (2016). Prevalence and predictors of depression among pregnant women in Debretabor Town, Northwest Ethiopia. *Journal PLoS One*, 11 (9), 1-21. Doi: 10.1371/journal.pone.0161108.
- Burt, K B., Van Dulmen, M. H., Carlivati, J., Egeland, B. Sroufe, L. A., Forman, D.R., Appleyard, K., & Carlson, E. A. (2005). Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: The importance of independent data. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 46 (5), 490-499.

- Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W., & Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition. *Arch gen Psychiatry*, *63* (4), 385-390. Doi: 10.1001/archpsyc.63.4.385.
- Crawford, T. H., Cohen, P., & Midlarsky, E. (2001). Internalizing symptoms in adolescents: Gender differences in Vulnerability to Parental Distress. *Journal of Research on Adolescence*, *11* (1), 95-118. Doi: doi/10.1111/1532-7795.00005.
- Fadzil, A., Balakrishnan, K., Razali, R., Sidi, H., Malapan, T., Japaraj. R.P., Midin, M., Nik Jaafar, N. R., Das, S., & Manaf, M. R. (2013). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, *5* (1), 1-7. Doi: doi10.1111/appy.12036.
- Firdaus, M., & Oei, P., S. (2011). A Review on the prevalence of depression in Malaysia. *Current Psychiatry Reviews*, *7*(3), 1-5.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, *90* (2), 139–149. Doi: 10.2471/BLT.11.091850.
- Girgus, J. S. & Yang, K. (2015). Gender and depression. *Journal current opinion in Psychology*, *4*, 53-60. Doi: doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.019.
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, *126* (2), 135-142. Doi: 10.1016/j.psychres.2003.12.024.
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review Clinical Psychology*, *1*, 293-319. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938.
- Hammen, C. (2009). Adolescent depression: stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, *18* (4), 200–204. Doi: doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x
- Institut Kesihatan Umum. (2015). *Tinjauan Kesihatan dan Morbiditi Kebangsaan 2015 (NHMS, 2015)*. Vol. II: Penyakit tidak berjangkit, Risiko, Faktor dan Lain-lain masalah kesihatan. Institut Kesihatan Kebangsaan. Kementerian Kesihatan Malaysia, Kuala Lumpur. Dimuat turun dari <http://www.iku.gov.my>.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetric Gynecological Scandinavia*, *80* (3), 251-255.

Kessler, R. C. (2001). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders, 74* (1), 5-13. Doi: doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3.

Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N. Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Women's Mental Health, 9* (3), 121-130. Doi: 10.1007/s00737-006-0122-3.

Klien, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 269-295. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540.

Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M., & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on female population sample in Sweden. *BMC Public Health, 17* (1), 335-345. Doi: 10.1186/s12889-017-4222-y.

Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, K. (2015). Thinking about Rumination: The scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 1-22. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814112733.

Michl, L. C., Mc Laughlin, K. A., Shepherd, K., Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal Abnormal Psychology, 122* (2), 339-352. Doi:10.1037/a0031994.

Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*. Doi.org/10.1155/2015/650804.

Nik Hazlina, N. H. (2017). *Ginekologi: Ilmu kesehatan wanita*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Journal America Psychological Society, 10* (5), 173-176. Doi: doi/pdf/10.1111/14678721.00142.

Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Pilowsky, D. L., Lima, L. A., & Legay, L. F. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Canadian Saude Publica, 25* (12), 2725-2736.

Nolen- Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression and alcohol use: Test of gender differences. *Journal of Cognitive Psychology: An International Quarterly*, 16 (4), 391-403. Doi: doi.org/10.1891/jcop.16.4.391.52526.

Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Brilman, E. I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major depression and subsyndromal first and recurrent depressive episodes in later life. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (6), 885-891. Doi: 10.1176/appi.ajp.158.6.885.

Rössler, A. R. (2016). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 14 (1), 8-9. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)30348-0.

Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormone in postpartum depression. *Journal CNS Spectrums*, 20 (1), 48-59. Doi: 10.1017/S1092852914000480.

Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: The effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal Clinical Psychology*, 70(3), 209-223. Doi:10.1002/jclp.22011.

Sherina, M. S., Arroll, B., Goodyear-Smith, F., & Ahmad, R. (2012). Prevalence of Depression among women attending a primary urban care clinic in Malaysia. *Singapore Medicine Journal*, 53 (7), 468-473.

Soares, C. N. & Zitek, B. (2008). Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *Journal Psychiatry Neuroscience*, 33 (4), 331-343.

Whiffen, V. E., Foot, M. L., & Thompson, J. M. (2007). Self-silencing mediates the link between marital conflict and depression. *Journal of Social and Personal Relationship*, 24 (6), 993-1006. Doi: 10.1177/0265407507084813.

World Health Organization. (2012). Depression A Global Crisis. World Federation for Mental Health. U.S.A. Dimuat turun dari <http://www.who.int>

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. World Health Organization. Geneva. Tarikh capaian: Dimuat turun dari http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_obhealth_estimates/en/.

Xia, J., He, Q., Li, Y., Xie, D., Zhu, S., Chen, J., Shen, Y., Zhang, N., Wei, Y., Chen, C., Shen, J., Xiang, Y., Gao, C., Li, Y., Ding, J., Shen, W., Wang, Q., Cao, M., Liu, T., Zhang, J., Duan, H., Bao, C., Ma, P., Zhou, C., Luo, Y., Zhang, F., Liu, Y., Li, Y., Jin, G.,

Zhang, Y., Liang, W., Chen, Y., Zhao, C., Li, H., Chen, Y., Shi, S., Kendler, K. S., Flint, J., & Wang, X. (2011). The relationship between neuroticism, major depressive disorders and comorbid disorders in Chinese women. *Journal of Affective Disorders, 135*, 100-105. Doi: 10.1016/j.jad.2011.06.053.

Yee, W. S., & Lin, L. P. (2011). Anxiety and depressive symptoms among communities in the East Coast of Peninsular Malaysia. A Rural Exploration. *Malaysian Journal of Psychiatry, 20* (1), 59-71.

Pengarang:

Rose Fazilah Ismail

Calon Pelajar Doktor Falsafah, Institut Pengajian Siswazah, Universiti Malaya,
Kuala Lumpur
(rose_fazilah@yahoo.com)

Rusdi Abd. Rashid

Pensyarah Kanan
Jabatan Perubatan Psikologi, Fakulti Perubatan, Universiti Malaya, Kuala Lumpur
(rusdi@um.edu.my)

Zahari Ishak

Profesor Madya
Jabatan Pendidikan Kaunseling dan Psikologi, Fakulti Pendidikan, Universiti
Malaya, Kuala Lumpur
(irahaz@um.edu.my)

Haris Abd. Wahab

Profesor Madya
Jabatan Pentadbiran dan Keadilan Sosial, Fakulti Sastera dan Sains Sosial,
Universiti Malaya, Kuala Lumpur
(haris@um.edu.my)