

AMALAN KAUNSELING SEKOLAH DI UNITED KINGDOM DALAM MENINGKATKAN KESIHATAN MENTAL KANAK-KANAK DAN REMAJA

Mohamad Sattar Rasul¹, Mohd Rosdi Sukardi²,
Rose Amnah Abd Rauf³

^{1,2}Fakulti Pendidikan
Universiti Kebangsaan Malaysia, Selangor, Malaysia

³Fakulti Pendidikan
Universiti Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia

Emel: drsattar@ukm.my, mohdrodisukardi@gmail.com,
rose_amnah@um.edu.my

ABSTRAK

Remaja kini banyak menghadapi masalah-masalah mental disebabkan faktor-faktor seperti penderaan, perpecahan keluarga, buli dan kehilangan orang tersayang dan perubahan sosial yang lebih meluas. Namun amalan kaunseling di sekolah di beberapa tempat di dunia dalam meningkatkan kesihatan mental kanak-kanak dan remaja masih mencari kaedah terbaik untuk melaksanakannya. Kajian ini menerangkan keadaan amalan kaunseling sekolah yang diaplikasikan di United Kingdom (UK) keatas kanak-kanak dan remaja. Kajian ini merupakan suatu kajian ulasan sistematik. Kajian mendapati tahap amalan kaunseling terbaik perlu bagi menyelesaikan masalah sosial dalam kalangan remaja yang semakin meningkat. Namun, amalan kaunseling sekolah di UK masih lagi kekurangan dalam menyediakan akses perkhidmatan yang baik kepada remaja sekolah. Justeru, faktor yang menjadi galakan kepada amalan kaunseling terbaik adalah seperti latihan profesional untuk kaunselor, keinginan remaja terhadap perkhidmatan kaunseling, penyepaduan perkhidmatan kaunseling sekolah dengan perkhidmatan professional kesihatan mental lain, serta tahap keberkesanan kaunseling sekolah yang holistik. Faktor ini perlu diambil berat bagi menambah baik amalan perkhidmatan kaunseling di sekolah bagi menangani penyakit psikologi yang merebak dalam kalangan remaja.

Kata Kunci: *amalan kaunseling terbaik, akses perkhidmatan, penyakit psikologi, kesihatan mental, kanak-kanak dan remaja (CYP)*

1.0 PENGENALAN

Penyelidikan yang dijalankan oleh *National Society for the Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC) mendapati bahawa satu pertiga daripada kanak-kanak di UK bimbang tentang sesuatu perkara, dan hampir separuh daripadanya berasa tertekan kerana mereka tiada sesiapa pun ingin bercakap dengannya (Lee *et al.*, 2009). Gangguan kesihatan mental juga boleh memberi kesan yang ketara ke atas kehidupan kanak-kanak di dalam bilik darjah dan ke atas pembelajaran mereka. Kajian yang dijalankan itu juga mendapati bahawa terdapat bukti bahawa intervensi awal pada kanak-kanak berisiko gangguan kesihatan mental boleh medatangkan perbezaan yang berkekalan kepada kehidupan mereka.

Persekitaran sekolah telah dikenalpasti sebagai salah satu dari pelbagai faktor perlindungan yang berpotensi merawat kesihatan mental yang lemah, bersama etos sosial dan persekitaran pengajaran yang berpotensi untuk memupuk daya pemulihan (*resilience*) kesihatan mental. Walaupun UK mempunyai tradisi bimbingan sekolah yang lama dan peruntukan kaunseling, berlaku kemunculan semula banyak perkhidmatan kaunseling sekolah yang lebih terkini yang membenarkan campur tangan (*interventions*) yang disasarkan untuk menggalakkan kesihatan mental, sebagai tindak balas kepada pertimbangan dan inisiatif polisi berkenaan dengan kesejahteraan emosi dan psikologi remaja (McKenzie *et al.*, 2011).

Walaupun peruntukan kaunseling sekolah di UK telah bertambah secara beransur-ansur, masih tiada format yang piawai (*standardized format*) bagi kaunseling sekolah. Perkhidmatan kaunseling berbeza dan sesetengah sekolah mungkin menawarkan khidmat kaunseling semasa sesi persekolahan, manakala sesetengah sekolah lain mungkin menawarkan khidmat ini di luar sesi persekolahan dan tiada persetujuan tentang keharusan untuk memberitahu ibu bapa sekiranya anak mereka sedang menerima perkhidmatan kaunseling sekolah (Catherine, 2012).

BACP (*British Association for Counseling and Psychotherapy*) telah berkempen beberapa kali untuk mencuba memujuk Jabatan Kesihatan dan Jabatan Pendidikan untuk mengikuti contoh Kerajaan Wales agar memberi peruntukan kaunseling menerusi dana berkanun di setiap sekolah menengah di England. Peruntukan adalah bagus di England, namun ia diberikan dengan cara yang sangat berbeza-beza melalui kaunselor bebas (*independent counsellors*), badan amal, kerajaan tempatan, malahan sejumlah guru. Begitu juga dengan Kerajaan Buruh Scotland (*Scotland's Labour Government*) yang sebelumnya telah memberi

komitmen untuk menempatkan kaunselor di setiap sekolah menengah menjelang 2015. Ireland Utara telah berbuat demikian sejak beberapa tahun dulu menjadikan peruntukan kaunseling sekolah di Ireland Utara dilihat sebagai sangat bermanfaat dan sangat baik bertepatan dengan keperluan sekolah (Catherine, 2012). Sebagai contoh, setiap Lembaga Perpustakaan dan Pendidikan (ELB) di seluruh kawasan Ireland Utara diberikan peruntukan daripada Executive Programme Fund (EPF) untuk memberikan khidmat kaunseling sekolah kepada pelajar sekolah menengah (post-primary school) seperti *Belfast Education and Library Board Provision*, *North-Eastern Education and Library Board Provision*, *South-Eastern Education and Library Board Provision*, *Southern Education and Library Board Provision*, serta *Western Education and Library Board Provision* (Education and Training Inspectorate, 2005).

Adalah suatu keperluan untuk mendapatkan sokongan kerajaan dalam memperkenalkan piawai (*standards*) perkhidmatan kaunseling bagi England dan Scotland, dan melibatkan guru besar. Malahan, pada komitmen dasar dari pihak kerajaan mesti memberikan lebih sokongan pada kawasan-kawasan yang tidak menawarkan khidmat kaunseling di sekolah (Catherine, 2012). BACP mengemukakan alasan bahawa kaunseling sekolah adalah jawapan kepada golongan muda untuk mengakses bantuan awal, oleh itu mengelakkan masalah menjadi semakin bertambah. Bukti-bukti menunjukkan kaunseling sekolah disukai oleh remaja kerana ia mudah diakses, di tempat yang mereka sudah serasi, mereka tidak perlu keluar sekolah dan mengambil dua bas untuk sampai ke klinik (bilik kaunseling), ibu bapa mereka tidak perlu mengambil cuti kerja untuk pergi bersama mereka – malahan mereka tidak mahu dilihat bersama ibu bapa mereka, yang seterusnya menyokong autonomi (kebebasan membuat keputusan) mereka. Karen Cromarty, Penasihat Kanan Utama BACP, Kanak-Kanak, dan Remaja berkata “Senarai menunggu adalah sangat pendek, jika mereka perlu menunggu sekalipun”. Perkhidmatan ini amat fleksibel dalam cara penyampaiannya. Jika pelajar tidak suka, mereka tidak perlu kembali, atau mereka boleh hadir untuk beberapa sesi dan kemudian hadir semula setahun kemudian. Tenaga pengajar (*teaching staff*) tidak mempunyai masa dan kepakaran untuk melakukan kerja ini sendirian, oleh itu perlunya mempunyai seseorang yang mahir dalam bidang ini, dan boleh melihat perbezaan dalam kehadiran, pencapaian akademik dan tingkah laku remaja secara peribadi (Catherine, 2012).

Terdapat penekanan yang semakin meningkat kepada kesejahteraan emosi dan psikologi remaja di UK sejak kebelakangan ini. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor termasuklah tumpuan yang lebih pada emosi dan harapan tentang hak untuk menikmati kesejahteraan,

beserta kesedaran bahawa kanak-kanak di UK kurang mengambil langkah-langkah subjektif untuk kesejahteraan emosi. Sebilangan besar remaja berhadapan dengan penderitaan psikologi yang disebabkan oleh faktor-faktor seperti penderaan, perpecahan keluarga, buli dan kehilangan orang tersayang dan perubahan sosial yang lebih meluas, seperti peningkatan kadar keruntuhan keluarga dan penyusunan semula keluarga akan mewujudkan lagi tekanan baharu dan tekanan tambahan kepada kanak-kanak dan remaja (McKenzie *et.al.*, 2011).

Peruntukan bagi perkhidmatan kesihatan mental golongan muda ditadbir oleh Kerangka Khidmat Negara (*National Service Framework*), menyatakan standard yang relevan untuk Perkhidmatan Kesihatan Mental bagi Kanak-kanak dan Remaja (CAMHS). Rangka kerja perundangan bagi pelaksanaan perkhidmatan ini disediakan oleh *Mental Health Act 1983*, seperti yang dipinda oleh *Mental Capacity Act 2005* dan *Mental Health Act 2007*. Keadaan undang-undang yang berkaitan dengan rawatan remaja di bawah umur 18 tahun dan di bawah 16 tahun khususnya, adalah kompleks. Ia juga telah dipengaruhi oleh kes keputusan undang-undang dan oleh prinsip-prinsip *Children Act 1989* dan *Human Rights Act 1998* (Peter, 2011).

Kanak-kanak peringkat perkembangan 'Kompetens Gillick' adalah seorang yang memiliki keupayaan untuk memberi keizinan berdasarkan maklumat (*informed consent*) setelah mengetahui maklumat itu (*taking in the information*), memahaminya (*understanding it*), dan mempertimbangkannya (*balancing it*). Umur kanak-kanak yang diperingkatkan sebagai 'Kompetens Gillick' bergantung pada pemahaman kanak-kanak tersebut dan jenis rawatan yang dikehendaki. Mengikut rujukan kes *Gillick vs West Norfolk and Wisbech AHA* [1986] (Fraser) ramai yang mengemukakan alasan bahawa kanak-kanak tidak boleh sama sekali berautonomi (*wholly autonomous*) dengan cepat dalam membuat keputusan semasa berumur 18 tahun. Bagaimanapun, pembinaan autonomi kanak-kanak menjadikan kebebasan pertimbangan (*independence of thought*) dan pembuatan keputusan mereka sebagai proses yang beransur-ansur, maka itu keadaan separa berautonomi (semi-autonomous) telah diadaptasikan dengan undang-undang yang sesuai dengan pembinaan autonomi kanak-kanak yang beransur-ansur (*gradual development autonomy in the child*) (Parekh, 2006).

Keputusan Gillick (*Gillick decision*) mempunyai pengaruh utama yang berterusan pada peruntukan (undang-undang) penjagaan kesihatan mental bagi kanak-kanak dan remaja - seksyen Kod Amalan membawa tidak kurang daripada 21 rujukan terhadap kes ini. Kod Amalan

Akta Kesihatan Mental (MHA) (*MHA Code of Practice*) menyokong hak untuk kerahsiaan bagi kanak-kanak dan remaja. Kanak-kanak di bawah 16 tahun iaitu di peringkat kanak-kanak “*Gillick*” dan remaja yang berusia 16 atau 17 tahun yang kompeten berhak untuk membuat keputusan tentang penggunaan dan pendedahan maklumat yang mereka telah diberikan dengan yakin sama seperti orang dewasa. Sebagai contoh, mereka boleh menerima rawatan atau kaunseling yang tidak diketahui oleh ibu bapa mereka. Walaupun Kod Amalan ini nampaknya memberi remaja kehormatan bagi hal kerahsiaan, namun tentunya terhad terhadap faktor-faktor utama, seperti umur kanak-kanak, tahap kematangan, isu-isu risiko, tahap kecekapan dan sifat hubungan dengan ibu bapa mereka (Peter, 2011).

1.1 Pernyataan Masalah

Pakar psikologi menyatakan bahawa zaman remaja adalah zaman yang penuh dengan idealisme, pemberontakan dan tekanan. Perubahan yang dialami oleh seseorang remaja membuatkan dirinya berada dalam keadaan yang tidak stabil, kekeliruan & konflik (Amla *et.al.*, 2009). Sejak guru kaunselor berhadapan dengan kanak-kanak dan remaja yang amat tertekan, mereka sering berhadapan dengan klien yang membunuh diri seperti apa yang dialami oleh kumpulan profesional kesihatan mental lain (Christiansona & Everall, 2009). Oleh itu wajarlah kaunseling sekolah dijadikan wadah dalam memberi bantuan dan panduan kepada remaja untuk menjalani kehidupan seperti biasa dan menyelesaikan masalah emosi dengan sistematik.

Masalah remaja ini perlu dikenal pasti bagi menambah baik amalan perkhidmatan kaunseling di sekolah yang sangat penting bagi menangani penyakit psikologi yang merebak dalam kalangan remaja akibat daripada perubahan sosial yang ketara masa kini di United Kingdom (UK). Sejumlah besar remaja menghadapi penyakit psikologi disebabkan oleh faktor-faktor seperti penderaan, perpecahan keluarga, buli, kehilangan orang disayangi dan perubahan sosial yang bertambah seperti kadar perpecahan keluarga yang tinggi, dan penyusunan semula keluarga telah memberi unsur tekanan baharu kepada kanak-kanak dan remaja (McKenzie *et.al.*, 2011).

Oleh itu, rangka peruntukan perkhidmatan kaunseling di UK mestilah sesuai digunakan di seluruh negara serta keberkesanan perkhidmatan kaunseling diberikan berjaya menyelesaikan masalah remaja. Meskipun perkembangan kaunseling sekolah di UK berlaku, penyelidikan tentang tahap kualiti amalan kaunseling dan keberkesanannya adalah kurang (Fox & Butler, 2009) bagi mewujudkan perkhidmatan kaunseling yang

berkesan agar membantu remaja yang mengalami peristiwa hidup yang pahit seperti kehilangan orang tersayang dan penceraiian ibu bapa (McKenzie *et.al.*, 2011).

Banyak kajian dijalankan untuk mengkaji faktor-faktor yang menarik keinginan remaja dalam mendapatkan perkhidmatan kaunseling di sekolah. Kajian tersebut mempunyai satu peranan penting dalam membantu kaunselor menyesuaikan perkhidmatan dengan keperluan pelajar sekolah, serta memastikan halangan-halangan yang mengekang pelajar dalam menerima perkhidmatan ini dapat dikurangkan terutamanya di kawasan yang mempunyai masalah sosial yang teruk seperti kejadian bunuh diri di kawasan Belfast, Ireland Utara (Quinn & Chan, 2009).

Namun begitu, amalan kaunseling sekolah di UK masih lagi mempunyai kekurangan di dalam menyediakan akses perkhidmatan yang baik kepada remaja sekolah. Oleh demikian, tahap amalan kaunseling terbaik (*good practice*) perlu dicapai bagi menyelesaikan masalah sosial di kalangan remaja yang semakin meningkat (Pattison *et.al.*, 2009). Berasaskan kepada permasalahan yang berfokus dari aspek amalan kaunseling dalam pencapaian status amalan terbaik di sekolah, maka ia menimbulkan minat penyelidik untuk mengetahui keadaan amalan kaunseling sekolah yang diaplikasikan di UK.

1.2 Objektif dan Kepentingan Kajian

Umumnya, kajian ini bertujuan untuk menilai tahap amalan kaunseling sekolah di UK berdasarkan dapatan kajian-kajian lepas mengikut keutamaan pada empat isu dalam pelaksanaan amalan kaunseling terbaik (*good practice*). Penilaian tahap ini mengikut isu-isu dalam amalan kaunseling sekolah diharapkan boleh memberi impak pembangunan yang besar kepada amalan kaunseling sekolah di UK dalam meningkatkan mutu perkhidmatan tersebut melalui penyelidikan perkhidmatan kaunseling. Oleh itu, kajian bagi menilai tahap amalan kaunseling sekolah di UK berdasarkan empat objektif:

- i. Mengenal pasti tahap amalan kaunseling sekolah di UK.
- ii. Mengenal pasti faktor-faktor utama yang mempengaruhi keinginan pelajar untuk mendapatkan perkhidmatan kaunseling sekolah di UK.
- iii. Menilai penyepaduan perkhidmatan kaunseling sekolah dengan profesional lain (CAMH) di UK.
- iv. Mengenal pasti usaha yang dilakukan untuk meningkatkan profesionalisme kaunselor sekolah di UK.

1.3 Soalan Kajian

Kajian ini dilaksanakan untuk menjawab soalan-soalan kajian seperti berikut:

1. Adakah kaunseling sekolah di UK efektif kepada semua pelajar?
2. Apakah faktor-faktor utama yang mempengaruhi keinginan pelajar untuk menerima perkhidmatan kaunseling sekolah di UK?
3. Adakah wujud integrasi antara kaunseling sekolah dengan profesional kesihatan mental lain di UK?
4. Apakah usaha yang dilakukan untuk meningkatkan profesionalisme kaunselor sekolah di UK?

2.0 METODOLOGI KAJIAN

Kaedah kajian yang dijalankan adalah kaedah kajian analisis dokumen. Sebanyak 36 bahan termasuk kertas kerja, prosiding dan artikel jurnal dirujuk yang berkaitan dengan dengan bidang kaunseling sekolah di UK dirujuk dan dianalisis. Pencarian artikel-artikel ini adalah diambil dari bahan-bahan yang terkini dan yang menjalankan kajian imperikal. Artikel-artikel yang tidak bersifat bahan empirikal (kertas cadangan, artikel konseptual, sorotan literature) atau yang tidak berkaitan dengan subjek digugurkan, namun begitu ianya juga digunakan sebagai latarbelakang masalah.

3.0 PERBINCANGAN

3.1 Tahap Amalan Kaunseling Sekolah Di UK

Kajian yang dijalankan juga mendapati bahawa kaunseling sekolah tidak semuanya efektif kepada setiap remaja yang mendapat perkhidmatan kaunseling (Fox & Butler, 2009). Perkhidmatan boleh ditingkatkan keberkesannya melalui kewujudan pengalaman kaunselor dalam membuat penilaian sendiri terhadap intervensi setiap hari. Terdapat tiga aspek yang menjadi penghalang untuk kaunselor menjalankan penilaian sendiri seperti kekurangan pembantu kaunselor, kekurangan latihan kepakaran, dan kekurangan penyelidikan yang tepat terhadap peningkatan keberkesanan perkhidmatan (Fox & Butler, 2009).

Jelas bahawa penyerapan intervensi kesihatan mental di dalam sekolah-sekolah di UK telah menjadikan peranan guru-guru penting

di dalam proses rujukan (*referral process*). Penyerapan ini mempunyai implikasi yang dianggap sebagai suatu masalah, iaitu kanak-kanak dan remaja (*Child and Young People*) yang pernah mengakses perkhidmatan kesihatan mental dan bagaimana perkhidmatan tersebut dilihat oleh kanak-kanak dan remaja lain dalam sekolah secara keseluruhan. Dalam situasi kakitangan sekolah adalah titik rujukan utama bagi perkhidmatan peringkat 2, persepsi sekolah menjadi paling utama tentang kesihatan mental yang lemah. Bagaimanapun, kelihatan segelintir guru-guru diberikan latihan untuk mengenal pasti jenis-jenis tingkah laku yang boleh dikaitkan dengan kesihatan mental yang lemah. Pihak yang ditemuduga iaitu daripada kalangan mereka yang berada di luar profesion keguruan, seperti staf kesihatan (*health workers*), sukarelawan (*voluntary workers*), dan ahli psikologi pendidikan berulang kali melahirkan rasa kurang yakin terhadap keupayaan guru-guru untuk bertindak dengan sesuai (Spratt *et.al.*, 2010).

Untuk membolehkan kanak-kanak dan remaja di UK mengguna pakai perkhidmatan ini dalam keadaan yang paling dapat membantu untuk mereka yang mengkehendaki pertimbangan yang teliti dalam cara mengakses perkhidmatan ini. Kajian yang dilakukan terhadap penghormatan hak kanak-kanak untuk melibatkan peranan orang dewasa untuk membentuk keadaan yang membolehkan mereka dihormati, akses kepada perkhidmatan harus distrukturk agar kanak-kanak dan remaja berasa mudah dan senang mendapatkannya. Pendekatan “Zon Janji Temu’ (*Engagement Zone*) terhadap struktur akses perkhidmatan yang menepati pilihan agensi kesihatan mental, memberikan remaja pilihan bermakna berkaitan dengan andai kata (*if*), bagaimana (*how*) dan bila (*when*) berurusan dengan orang dewasa yang memberikan bantuan, sekaligus membantu profesional-profesional agar berfikir tentang jenis pilihan yang harus disediakan (Spratt *et.al.*, 2010).

3.2 Faktor-Faktor Utama Yang Mempengaruhi Keinginan Pelajar Untuk Mendapatkan Perkhidmatan Kaunseling Sekolah di UK

Dapatan kajian menunjukkan bahawa keinginan pelajar untuk mendapatkan perkhidmatan kaunseling dipengaruhi oleh beberapa faktor. Contohnya, pelajar di Scotland dan Ireland Utara mengutamakan lokasi perkhidmatan dalam sekolah berbanding di luar sekolah. Namun begitu, terdapat “bias” dalam dapatan kajian ini kerana soal selidik tidak dijalankan kepada remaja yang berada di luar sekolah seperti di kelab remaja. Kajian mendapati perlunya satu sistem kaunseling di sekolah yang boleh menyesuaikan perkhidmatan kaunseling dengan

keperluan pelajar di kawasan berisiko tinggi akibat keganasan dan konflik sosial yang berlaku di kawasan tempat tinggal mereka. (Quinn & Chan, 2009).

Antara lain, kajian mendapati ada dua sebab utama yang diberikan oleh remaja tentang kaunseling di sekolah iaitu mereka menganggap bahawa kaunselor adalah seorang asing (terutamanya bagi pelajar lelaki) dan rasa bimbang dengan stigma sosial terhadap pelajar yang menerima kaunseling (Fox & Butler, 2007). Oleh itu, pandangan daripada pihak remaja sebagai klien perlu diberi perhatian bagi meningkatkan keberkesanan kaunseling sekolah serta usaha menghilangkan stigma buruk terhadap kaunseling dengan memberi maklumat yang jelas tentang kepentingan perkhidmatan ini (Fox & Butler, 2007).

Selain itu, kajian mendapati bahawa kanak-kanak menyatakan keutamaan untuk bercakap dan berkongsi kebimbangan dengan seseorang yang bukan guru, dan seseorang yang tidak akan dijumpai di dalam bilik darjah kemudian hari. Guru juga menyedari kekangan kemampuan mereka dari aspek masa dan kepakaran untuk membantu kanak-kanak di dalam bilik darjah (Lee, *et.al.*, 2009). Oleh itu, guru-guru sepatutnya diberi pendedahan dan dorongan untuk merujuk pelajar bermasalah kepada unit kaunseling supaya para pelajar sekolah lebih berpeluang mendapatkan perkhidmatan kaunseling di sekolah.

Satu pertiga daripada remaja yang memerlukan kesihatan mental tidak meminta bantuan, bermaksud mereka tidak mendapat sebarang rawatan sehingga mereka mengalami masalah yang teruk (*severely ill*). Pelbagai sebab mereka tidak meminta bantuan termasuklah stigma, iaitu benar-benar sangsi dengan apa yang ditawarkan oleh bantuan tersebut atau tidak mengetahui dimana perlu mendapatkan bantuan atau bagaimana untuk mengaksesnya. Kajian menunjukkan bahawa satu perkara yang mencegah remaja meminta bantuan adalah mereka berasa bahawa orang yang mereka rujuk tidak memahami remaja, maka adalah penting kaunselor menyedari bahawa mereka hanya mampu berjumpa remaja terlibat apabila mereka berasa paling mudah dan menyenangkan (*most comfortable*) (Catherine, 2012).

Oleh itu, sekumpulan dari Cambridge sedikit-sedikit memberi remaja banyak pilihan supaya mereka hadir mendapatkan rawatan. Kebanyakan klien memilih mendapatkan rawatan di 14-19 buah klinik di kota Cambridge iaitu di bilik rawatan doktor (*general practitioner*). Sedikit sahaja yang memilih untuk mendapatkan rawatan di rumah atau sekolah, biasanya kerana mereka tidak mahu ibu bapa atau

rakan sekolah mengetahui bahawa mereka sedang berjumpa ahli terapi. Namun, sepasukan Cambridge ini sanggup berjumpa klien di Starbucks bagi sesi pengenalan atau sesi yang kurang mendalam (*low-intensity sessions*). Sepasukan tersebut kebanyakannya berkomunikasi dengan klien remaja melalui mesej teks dan telefon bimbit (Catherine, 2012).

Usaha membolehkan kanak-kanak dan remaja melibatkan diri secara aktif dalam mengakses bantuan menjadikan satu keperluan untuk berfikir secara imajinatif berkenaan bagaimana untuk melibatkan mereka di dalam proses awal dengan cara yang pada asasnya menarik mereka kepada bantuan profesional yang mereka lihat sesuai untuk mereka. Pelbagai jenis 'ruang' di sekolah di mana hak kanak-kanak boleh diberi perhatian. 'Ruang' ini dijelaskan sebagai "*birokratik*" (ruang yang dikawal oleh sistem persekolahan) dan "*etika*" (ruang-ruang yang kurang struktur, menyukarkan tindakan mereka dan menyukarkan fungsi etika terhadap mereka). Konsep '*ruang*' di sekolah adalah membenarkan kanak-kanak dan remaja menggunakan hak mereka dengan pelbagai cara dengan meneroka dan berbincang berkaitan perasaan mereka di kawasan yang berbeza berbanding struktur kelas yang lebih formal, dan menggalakkan profesional supaya berfikir terhadap penglibatan aktif kanak-kanak untuk mendapatkan bantuan (*help-seeking*) (Spratt *et.al.*, 2010).

3.3 Penyepaduan Perkhidmatan Kaunseling Sekolah Dengan Badan Profesional Di UK

Kajian lain mendapati bahawa integrasi kaunseling sekolah dengan profesional lain adalah terbatas dengan hampir 1% remaja yang menerima perkhidmatan kaunseling dirujuk kepada pakar kesihatan mental lain. Beberapa professional daripada luar berpendapat bahawa rujukan kepada perkhidmatan mereka tidak boleh berlaku disebabkan oleh tiga faktor yang berpunca daripada guru kaunseling sendiri iaitu (McKenzie *et.al.*, 2011);

1. Keutamaan sifat kerahsiaan (*confidentiality*) dalam perkhidmatan kaunseling (pilihan kepada remaja supaya tidak dirujuk kepada profesional luar)
2. Stigma yang ada pada guru kaunseling terhadap kewibawaan profesional lain seperti masa menunggu yang panjang bagi mendapatkan perkhidmatan CAMH (kesihatan mental kanak-kanak dan remaja)
3. Guru kaunseling melihat terdapat perbezaan teori aspek bantuan dan falsafah yang digunakan dalam campur tangan

(intervention) dalam tugas pemberian bantuan (clinician task)

Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust melancarkan perkhidmatan IAPT untuk remaja berumur 14-19 tahun pada tahun 2010, betul-betul sebelum inisiatif Jabatan Kesihatan yang terkini. Perkhidmatan tersebut dibangunkan untuk mengisi kekosongan yang nyata di dalam peruntukan perkhidmatan. Biasanya, perkhidmatan ini adalah untuk remaja yang mengalami kebimbangan dan kemurungan sama ada berada di peralihan antara perkhidmatan kanak-kanak dengan dewasa selain daripada tidak memenuhi kriteria nilai ambang (*threshold criteria*) bagi perkhidmatan komuniti CAMH (Catherine, 2012).

Perkhidmatan 14-19 (*14-19 service*) mempunyai tiga staf sepenuh masa: pekerja 'kurang mendalam' (*low-intensity worker*) yang memberikan bantuan sendiri (*self-help*) berpandu serta teknik-teknik yang berdasarkan fakta asas CBT (*basic CBT-informed techniques*) seperti usaha membantu dengan suasana perasaan (mood); ahli terapi CBT/ ahli psikologi berkeelayakan dan ahli terapi keluarga. Bahagian sukarela perkhidmatan remaja tempatan, Centre 33, adalah satu rakan kongsi utama perkhidmatan IAPT ini dan memberikan sokongan susulan kepada klien. Pasukan ini juga menyediakan akses kepada ahli psikiatri pakar (Catherine, 2012).

CYIAPT bukan satu perkhidmatan yang berdiri dengan sendiri (*stand-alone service*) yang berbeza dengan program IAPT dewasa. Program ini sedang berusaha menjadikan rawatan perbincangan (*talking treatments*) lebih banyak diakses dan disediakan kepada kanak-kanak dan remaja dengan kajian menerusi perkhidmatan kesihatan mental remaja dan kanak-kanak yang sedia ada. Program ini membiayai tiga usaha sama yang bertempat di London, Oxford, dan timur laut (dan telah mempelawa tawaran untuk mengatur usaha sama yang keempat, dengan pembiayaan yang baharu), yang mengendalikan CBT (*Cognitive Behavioural Therapy*) dan latihan kepimpinan dan kerjasama dengan perkhidmatan CAMH tempatan untuk mengubah budaya, sistem dan amalan mereka untuk menggambarkan prinsip-prinsip IAPT. Ini bermaksud perkhidmatan CAMH akan perlu memulakan lebih penggunaan rawatan berasaskan keterangan (*evidence-based treatments*), memantau hasil rawatan secara teliti, memperkenalkan rujukan sendiri (*self-referral*) di peringkat komuniti dan penjagaan awal (*primary care*), dan melibatkan kanak-kanak dan remaja secara aktif dalam penjagaan dan rawatan mereka serta dalam perancangan, reka bentuk dan pelaksanaan perkhidmatan (Catherine, 2012).

Sasaran CYPIAPT (*Child and Young People Improving Access to Psychological Therapies*) adalah benar-benar radikal dan petanda langkah ke hadapan yang besar: 'Budaya CAMHS memerlukan perubahan. Fokus pada penglibatan remaja dalam jalan dan keputusan tentang apakah dan tidakkah bantuan akan menjadi satu peralihan asas ke arah remaja mendapatkan keyakinan dalam diri mereka dan pertimbangan sendiri (sense of self) dan apakah yang betul bagi mereka, yang diketahui sebagai asas untuk seseorang menjadi sihat (Catherine, 2012).

Adalah penting bahawa CYP IAPT menyokong semua jenis terapi. CBT adalah sebahagian jawapannya. Ia bertindak baik dengan masalah tertentu, namun ia bukan rawatan yang paling efektif bagi semua masalah dan semua remaja. Kanak-kanak dan remaja berkata mereka mahukan pilihan. Mereka tidak mahu dipandu sepanjang satu laluan sahaja. Mereka mahu sesi lebih panjang berbanding lapan atau 12 sesi. Mereka berkata mereka benar-benar mula mempercayai ahli terapi selepas itu dan mereka memerlukan bantuan diberikan semasa itu (Catherine, 2012).

Remaja diberikan minima enam sesi CBT (*Cognitive Behavioural Therapy*), dengan pilihan enam sesi seterusnya jika diperlukan. Jika mereka masih belum pulih, mereka akan dirujuk kepada perkhidmatan CAMH. Banyak kes rujukan bagi remaja yang sangat tidak sihat; kebanyakannya mempunyai keperluan pada tahap yang biasanya membawa kes rujukan kepada perkhidmatan CAMH. Namun, mereka tetap mencapai hasil yang amat baik. Selepas enam hingga lapan sesi, kebanyakan kes kemurungan berjaya diatasi melalui langkah-langkah yang diambil. CAMH dari pasukan Cambridge ini juga mengambil berat berkenaan dengan cara tindakan diambil di rumah dan di sekolah dalam lingkungan 10 minggu bagi pemulihan yang nyata. Tambahan pula, jumlah remaja yang memerlukan rujukan kepada ahli psikiatrik untuk rawatan perubatan amatlah kecil. Perkhidmatan tersebut sekarang digabungkan dengan program CYP IAPT (Catherine, 2012).

3.4 Usaha Yang Dilakukan Untuk Meningkatkan Profesionalisme Kaunselor Sekolah Di UK

Kajian tentang intervensi yang dijalankan oleh kaunseling di sekolah menerusi perkhidmatan "*Place2Be*" telah mendapati bahawa tahap keperluan dari kawasan ke kawasan lain adalah lebih besar daripada yang dijangkakan serta tahap kesulitan emosi dan sosial kanak-kanak di sekolah-sekolah adalah berbeza-beza di mana perkhidmatan "*Place2Be*" diamalkan terhadap populasi kanak-kanak secara keseluruhannya. Perkhidmatan ini diperkenalkan pada tahun 1994,

adalah sebuah pertubuhan amal yang sedang berkembang yang menyediakan sokongan emosi dan terapeutik untuk kanak-kanak di sekolah. Dengan beroperasi di dalam sekolah, "Place2Be" mampu untuk bertindak balas terhadap keperluan kanak-kanak apabila timbul isu-isu. Dengan pelbagai perkhidmatan yang disediakan kepada kanak-kanak dan ibu bapa, bantuan boleh diakses oleh individu yang mudah terganggu emosi (*vulnerable*) dan sukar untuk didampingi (*hard to reach*) serta mereka yang sangat memerlukan bantuan (*helping hand*) (Lee *et.al.*, 2009).

Kaunseling individu dijalankan oleh kaunselor "Place2Be" secara sukarela bagi tempoh minimum selama setahun. Kaunselor datang dari pelbagai latar belakang iaitu sebilangannya adalah sedang menjalani latihan kursus kaunseling atau kaunselor yang sudah berijazah, manakala kaunselor yang lain telah dilatih secara khusus melalui program latihan yang dianjurkan oleh "Place2Be". (contoh: Yayasan "Place2Train", Diploma Lulusan Ijazah, dan program Sarjana Kaunseling Kanak-Kanak di Sekolah) (Lee *et.al.*, 2009).

Bagi sesetengah kanak-kanak, berada dalam kumpulan yang diselia mungkin sesuai untuk meneroka dan memahami hubungan mereka dengan lebih baik sesama kanak-kanak dan guru-guru lain, dan berkongsi kebimbangan yang sama (*common anxieties*) dan belajar antara satu sama lain. Kelompok tersebut berbeza saiz tetapi biasanya terdiri daripada enam dan lapan orang kanak-kanak, dan berlangsung sebanyak lapan sesi sepanjang tempoh persekolahan (Lee *et.al.*, 2009).

Orientasi teori kaunselor-kaunselor adalah berbeza-bebeza dan model intervensi "Place2Be" yang memberi tumpuan pada faktor-faktor biasa yang efektif berbanding tumpuan pada model teori kaunseling yang berbeza-beza, iaini tidak hanya berpandukan pada satu model teori tertentu. Elemen teras dalam model teori "Place2Be" adalah hubungan (*relationship*), kesedaran diri (*self-awareness*), permainan (*play*), dan perubahan (*change*). Model intervensi terapeutik individu dan kumpulan "Place2Be" mempunyai pengaruh yang positif terhadap kesejahteraan sosial dan emosi kanak-kanak (Lee *et.al.*, 2009).

Pada Oktober 2011, Jabatan Kesihatan mengumumkan bahawa ia akan meluaskan perkhidmatan Pembaikan Akses kepada Terapi Psikologi (IAPT) untuk kanak-kanak dan remaja dengan pelaburan £ 32 juta selama empat tahun. Ini adalah fasa pertama yang berfokus pada latihan perkhidmatan CAMH dan ahli perkhidmatan kanak-kanak (*children's services practitioners*) dalam CBT bagi masalah kebimbangan dan kemurungan serta dalam memberikan program keibubapaan untuk

keluarga remaja yang mengalami masalah tingkah laku. Pada fasa kedua, tambahan pelaburan lagi sebanyak £ 22 juta, yang diumumkan pada 29 Februari 2012. Perincian masih belum ditetapkan lagi, nampaknya seperti fasa ini akan meluaskan jenis terapi yang diberikan di dalam IAPT untuk memasukkan terapi perbincangan (*talking therapies*) bagi masalah kesihatan mental yang sering dialami remaja termasuklah gangguan pemakanan (*eating disorders*), membahayakan diri sendiri (*self-harm*), dan Gangguan Kelampauaktifan Kurang Tumpuan (ADHD). Fasa ini juga akan membiayai program latihan baharu untuk mengembangkan kemahiran profesional-profesional yang berhadapan dengan kelompok remaja sebegini (Catherine, 2012).

Kemurungan adalah salah satu penyampaian yang paling biasa di dalam perjumpaan (*consultation*) peringkat penjagaan awal (*primary care*) di seluruh UK yang sentiasa ada dan mudah berulang kali dan berlaku kembali (Salena, 2011).

Agenda Peningkatan Akses pada Terapi Psikologi (IAPT) terkini yang berfokuskan pada penyebaran CBT secara meluas dalam perkhidmatan penjagaan awal yang dititikberatkan di samping kewujudan terapi gelombang ketiga (*third wave therapies*) dan peranannya dalam rawatan kemurungan. Model teori (*theoretical models*) dan hasil berdasarkan keterangan dan pengalaman (*empirical outcomes*) bagi Terapi Kognitif berasaskan Kesedaran (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*), Terapi Metakognitif (*Metacognitive Therapy*), dan Terapi Komitmen dan Penerimaan (*Acceptance and Commitment Therapy*) sebagai gelombang ketiga bagi masalah kemurungan yang dinilai beserta implikasi bagaimana pendekatan kesedaran boleh disepadukan dengan pekerjaan terapeutik ahli psikologi kaunseling (*CoPs*) (Salena, 2011).

Penyokong-penyokong CBT sedang semakin dicabar. CBT dianggap sebagai pendekatan mekanik (*mechanistic approach*) iaini mengandaikan manusia sama seperti mesin yang gagal untuk menangani isu-isu bagi setiap orang. CBT yang diamalkan secara kebiasaan juga dikatakan tidak mungkin sesuai untuk orang bukan dari budaya barat (*non-Western cultures*) begitu juga dengan orang yang kurang berfikiran secara psikologi (*psychologically minded*). Beberapa kajian telah gagal menunjukkan bahawa proses-proses CBT sedang berjalan mengikut modelnya dan kajian-kajian lain menunjukkan komponen-komponen kognitif CBT yang khusus telah gagal untuk menghasilkan strategi-strategi tingkah laku asas yang lebih baik (Salena, 2011).

Semakin banyak tanggungjawab untuk menggalakkan dan meyokong kesihatan mental kanak-kanak dan remaja terletak di atas bahu pihak

sekolah dan ahli pendidikan. Boleh diperkatakan bahawa lokasi bantuan kesihatan mental di sekolah boleh bertukar dengan pelbagai cara untuk melenyapkan stigma berkaitan dengan penggunaan perkhidmatan kesihatan mental. Di England, inisiatif *Healthy Schools* menitik beratkan pendekatan sepenuhnya sekolah pada kesihatan dan kesejahteraan fizikal dan emosi. Penggubalan Scotland yang terbaharu juga melihat pada kesejahteraan mental kanak-kanak sebagai satu perkara penting di dalam sekolah. Akta Schools (*Health Promotion and Nutrition*) (Scotland) 2007 memperkenalkan satu kewajipan untuk pihak berkuasa tempatan supaya berusaha memastikan bahawa sekolah sentiasa menggalakkan kesihatan. Pada masa sama, pembentukan semula kurikulum sekolah secara besar-besaran dari umur tiga hingga 18 tahun telah dilakukan iaitu Kurikulum baru untuk Kecemerlangan (*new Curriculum for Excellence*) yang menggalakkan pendekatan holistik terhadap kesihatan dan kesejahteraan merentasi kurikulum (Spratt *et.al.*, 2010).

4.0 KESIMPULAN

Sebanyak lima penjelasan yang berkaitan kaunseling sekolah yang diamalkan di United Kingdom (UK) untuk meningkatkan kesihatan mental kanak-kanak dan remaja seperti di dalam dapatan kajian. Antaranya ialah:

- 1) Perkhidmatan boleh ditingkatkan keberkesannya melalui kewujudan pengalaman kaunselor dalam membuat penilaian sendiri terhadap intervensi (perkhidmatan) setiap hari.
- 2) Kajian mendapati perlunya satu sistem kaunseling di sekolah yang boleh menyesuaikan perkhidmatan kaunseling dengan keperluan pelajar di kawasan berisiko tinggi akibat keganasan dan konflik sosial yang berlaku di kawasan tempat tinggal mereka.
- 3) Pandangan daripada pihak remaja sebagai klien perlu diberi perhatian bagi meningkatkan keberkesanan kaunseling sekolah serta usaha menghilangkan stigma buruk terhadap kaunseling dengan memberi maklumat yang jelas tentang kepentingan perkhidmatan ini.
- 4) Guru-guru sepatutnya diberi pendedahan dan dorongan untuk merujuk pelajar bermasalah kepada unit kaunseling supaya para pelajar sekolah lebih berpeluang mendapatkan perkhidmatan kaunseling di sekolah.

- 5) Integrasi kaunseling sekolah dengan profesional lain adalah terbatas kerana sangat sedikit remaja yang menerima perkhidmatan kaunseling dirujuk kepada pakar kesihatan mental lain (selain guru kaunseling). Hal ini kerana rujukan kepada perkhidmatan tersebut tidak boleh berlaku adalah berpunca daripada sifat dan persepsi guru kaunseling itu sendiri.
- 6) Langkah mewujudkan badan amal dalam bidang kaunseling berasaskan sekolah (school-based counseling) adalah langkah terbaik untuk meningkatkan intervensi kaunseling sekolah yang profesional. Hal ini kerana model intervensi terapeutik individu dan kumpulan "Place2Be" mempunyai pengaruh yang positif terhadap kesejahteraan sosial dan emosi kanak-kanak.

Berdasarkan pada dapatan kajian, kaunseling sekolah yang diamalkan di United Kingdom (UK) untuk meningkatkan kesihatan mental kanak-kanak dan remaja mempunyai beberapa kelemahan yang perlu diperbaiki oleh pihak guru kaunseling mahupun sekolah itu sendiri. Pengkaji mencadangkan tiga perkara penting untuk diberi perhatian terhadap kaunseling sekolah yang diamalkan di United Kingdom (UK) untuk meningkatkan kesihatan mental kanak-kanak dan remaja ke dalam situasi kaunseling sekolah di Malaysia berikutan perkhidmatan kaunseling sekolah yang semakin penting untuk pelajar-pelajar sekolah.

Pengkajian tentang halangan-halangan yang dihadapi para pelajar sekolah untuk mendapatkan perkhidmatan kaunseling perlu dijalankan terhadap sekolah-sekolah yang dikenalpasti amat kurang mendapat rujukan kaunselor masing-masing walaupun masalah disiplin sekolah tinggi dengan memberi kesedaran tentang manfaat dan peluang perkhidmatan kaunseling yang dianjurkan oleh pihak sekolah kepada mereka. Guru-guru yang mengajar para pelajar juga perlu diberi kesedaran untuk membantu kaunselor dalam memulihkan kesihatan emosi para pelajar yang amat terganggu (*vulnerable*) dan amat sukar untuk didampingi (*hard to reach*) walhal sangat memerlukan bantuan dan sokongan kaunseling.

Selain itu, dana yang besar untuk meningkatkan kakitangan dalam unit kaunseling sekolah perlu ditambah bagi memudahkan perkhidmatan ini diakses kepada semua pelajar yang bermasalah disiplin atau pembelajaran di sekolah. Hal ini bagi memberikan kemudahan kepada kaunselor untuk menilai sendiri setiap sesi yang dijalankan setiap hari untuk memperbaiki mutu perkhidmatan mereka.

Antara lain, tahap kepakaran kaunselor perlu dipertingkatkan supaya lebih bersifat terbuka terhadap perkhidmatan lain dan boleh membantu pelajar menyelesaikan masalah emosi pelajar yang besar seperti keinginan bunuh diri serta kehilangan orang disayangi dengan lebih berkesan.

Secara umumnya, para kaunselor sekolah perlu bertindak untuk memastikan bagaimana keadaan kaunseling sekolah dapat meningkatkan tahap profesionalismanya melalui usaha-usaha yang bersesuaian dengan tahap masalah yang dihadapi remaja dan kanak-kanak yang kebanyakannya adalah masalah keluarga dan pembelajaran bagi menepati standard Perkhidmatan Kesihatan Mental Kanak-kanak dan Remaja (CAMHS) supaya kualiti perkhidmatan kaunseling sekolah di UK lebih berkualiti dan efektif.

RUJUKAN

- Amla Salleh, Zuria Mahmud & Salleh Amat. (2009). *Bimbingan dan kaunseling sekolah*. Ed. ke-2. Bangi: Penerbit Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Catherine, J. (2012). What do young people want?. *Therapy Today* 23(2): 4-7.
- Christiansona, C. L. & Everall, R. D. (2009). Breaking the silence: School counselors' experiences of client suicide. *British Journal of Guidance & Counseling* 37(2): 157-168.
- Fox, C. L. & Butler, I. (2009). Evaluating the effectiveness of a school-based counseling service in the UK. *British Journal of Guidance & Counseling* 37(2): 95-106.
- Fox, C. L. & Butler, I. (2007). 'If you don't want to tell anyone else you can tell her': young people's views on school counseling. *British Journal of Guidance & Counseling* 35(1): 97-114.
- Lee, R.C., Tiley, C.E. & White, J.E. (2009). The Place2Be: Measuring the effectiveness of a primary school-based therapeutic intervention in England and Scotland. *Counseling and Psychotherapy Research* 9(3): 151-159.
- McKenziea, K., Murrayb, G. C., Priorc, S. & Stark, L. (2011). An evaluation of a school counselling service with direct links to Child and Adolescent Mental Health (CAMH) services. *British Journal of Guidance & Counselling* 39(1): 67-82.
- Northern Ireland. (2005). Education and Training Inspectorate. *Counselling Survey Phase 3*.

- Parekh, S.A. (2006). Child consent and the law: an insight and discussion into the law relating to consent and competence. 2006 The Author
Journal compilation Blackwell Publishing Ltd, *Child: Care, Health and Development* 33(1): 78–82.
- Pattison, S., Rowland, N., Richards, K., Cromarty, K., Jenkins, P. & Polat, F. (2009). School counseling in Wales: Recommendations for good practice. *Counseling and Psychotherapy Research* 9(3): 169-173.
- Peter, J. (2011). Mental health services for children and young people: a new era of 'joined up thinking'? *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal* 11(2): 25-27.
- Quinn, P. & Chan, S. (2009). Secondary school students' preferences for location, format of counseling and gender of counselor: A replication study based in Northern Ireland. *Counseling and Psychotherapy Research* 9(3): 204-209.
- Salena, B. 2011. Is it time we turn towards 'third wave' therapies to treat depression in primary care? A review of the theory and evidence with implications for counseling Psychologists. *Counselling Psychology Review* 26(2): 57 -69.
- Schulz, L. L. (2011). Targeting school factors that contribute to youth alienation: focused school counseling programs. *Journal of Instructional Psychology* 38(2): 75-83.
- Spratt, J., Shucksmith, J., Philip, K. & Watson, C. (2010). 'The bad people go and speak to her': young people's choice and agency when accessing mental health support in school. *Children & Society* 24: 483–494.