

Kurikulum Kesehatan Mental pada Pendidikan Indonesia

Siti Nuzulia

Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang

Email Penulis: nuzulia@mail.unnes.ac.id

Abstrak

Situasi kehidupan yang semakin kompleks meningkatkan permasalahan kesehatan mental terutama pada anak dan remaja. Ekspektasi akademis yang tinggi, kompetisi sekolah yang ketat, kehidupan dunia maya, dan hubungan interpersonal dengan rekan sebaya merupakan ancaman bagi kesehatan mental. Stres, trauma, depresi, dan perilaku delinkuensi pada akhirnya menjadi semakin lazim ditemukan di kalangan anak dan remaja. Apabila tidak tertanggulangi, masalah kesehatan mental tersebut akan berdampak negatif pada semua area fungsi seseorang, berkontribusi pada masalah emosional, perilaku, akademis, dan sosial yang lebih besar. Oleh karena itu, diperlukan informasi sejak dini tentang pengelolaan kehidupan pribadi, akademis, dan sosial anak dan remaja secara positif, aman dan sehat agar untuk membentuk generasi muda yang mumpuni secara kognitif dan sehat secara psikologis. Mewajibkan kurikulum pendidikan kesehatan mental, sebagaimana dilakukan negara-negara maju, di kalangan sekolah dasar sampai dengan sekolah menengah menjadi salah satu langkah yang bisa diambil untuk mencegah terjadinya penyakit mental yang lebih serius di kalangan anak dan remaja Indonesia. Tulisan ini menawarkan wacana tentang Kurikulum Kesehatan Mental untuk mempromosikan kesehatan mental, kecerdasan emosional, dan *psychological well-being* bagi pelajar Indonesia.

Kata kunci: kurikulum, kesehatan mental

Latar Belakang

Saat ini, siswa menghadapi berbagai tuntutan yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan mental. Dari memenuhi harapan akademis yang tinggi, menjelajahi dunia media sosial hingga menjaga hubungan dengan teman sebayanya. Selain *stressor* kehidupan yang umum terjadi,

banyak siswa juga menghadapi kesulitan, krisis, dan trauma. Padahal, tantangan kesehatan mental dapat berdampak negatif pada semua area fungsi siswa, berkontribusi pada masalah sosial, emosional, perilaku, dan akademik.

Kesehatan mental siswa merupakan masalah yang lazim dan serius. Dalam kurun waktu dua puluh tahun terakhir ini, kondisi gangguan kesehatan mental di kalangan anak-anak dan remaja di seluruh belahan dunia mengalami peningkatan, yang mengakibatkan penurunan fungsi individu hingga akhirnya menimbulkan ketidakmampuan mereka menjalankan fungsinya secara normal. Gangguan kesehatan mental, emosional, ataupun perilaku pada anak usia sekolah di seluruh dunia diperkirakan antara 10 % sampai dengan 20 % dan diprediksi akan semakin meningkat dari tahun ke tahun (Erskine dkk., 2015; WHO, 2015). Gangguan kesehatan mental terbagi dalam dua bentuk, yaitu eksternal maupun internal. Menurut Tremblay dkk. (2004), manifestasi eksternal yang umum terjadi dari mulai anak usia pra-sekolah meliputi permasalahan perilaku negatif baik verbal dan non verbal, gangguan pemusatan perhatian (*attention deficit hyperactivity disorders*; ADHD), *oppositional defiant disorder* (gangguan pada anak yang ditandai dengan perilaku menentang dan tidak taat pada figure otoritas), dan *conduct disorder* (gangguan perilaku dan emosi serius yang membuat anak menunjukkan perilaku kekerasan, suka merusak benda tertentu, dan cenderung sulit mengikuti aturan di sekolah maupun di rumah). Sementara itu, manifestasi internal yang sering muncul meliputi depresi, kecemasan, gangguan panic, gangguan suasana hati, fobia sosial, fobia khusus, dan gangguan *obsessive-compulsive* (Baranne & Falissard, 2018). Data yang dikumpulkan dalam kurun waktu sepuluh tahun terakhir ini mengindikasikan bahwa perilaku membahayakan diri sendiri (*self-harm*), percobaan bunuh diri, gangguan makan, depresi, dan gangguan kecanduan merupakan permasalahan-permasalahan yang berkembang dikalangan anak muda (Burstein dkk., 2019; Keyes dkk., 2019; Twenge, 2020). Penelitian mencatat sepuluh persen dari 13.799 orang yang bunuh diri di Korea Selatan adalah remaja (Yonhap, 2020) dan depresi adalah salah satu factor utama pemicu kematian di kalangan remaja di USA dan Eropa (WHO, 2018).

Sementara itu, sepuluh tahun terakhir ini, Indonesia menghadapi perjuangan melawan gangguan mental. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6,1% dari jumlah total penduduk Indonesia atau setara dengan 11 juta orang. Pada tahun 2018, terdapat sebanyak 9,8% remaja berumur 15 sampai 24 tahun mengalami prevalensi gangguan mental emosional dengan gejala depresi dan kecemasan. Jumlah ini mengalami peningkatan yang cukup signifikan dibandingkan data pada tahun 2013 yang hanya 6% untuk prevalensi gangguan mental emosional dengan gejala depresi dan kecemasan untuk remaja berumur berusia 15 sampai 24 tahun. Sementara itu data hasil penelitian menunjukkan, 4.2% siswa di Indonesia pernah berpikir bunuh diri. Pada kalangan mahasiswa sebesar 6,9% mempunyai niatan untuk bunuh diri sedangkan 3% lain pernah melakukan percobaan bunuh diri.

Gangguan kesehatan mental memiliki dampak yang cukup signifikan dalam perkembangan anak dan remaja, berkontribusi pada penyesuaian yang buruk di sekolah, pengurangan konsentrasi, dan permasalahan prestasi serta hubungan social (Ornaghi dkk., 2016; Thorlaciuss & Gudmundsson, 2019). Permasalahan kesehatan mental juga berhubungan dengan rendahnya

tingkat kehadiran di sekolah, naiknya pemberian hukuman di sekolah, dan dropout dini dari sekolah (DeSocio & Hootman, 2004).

Dengan kondisi gangguan mental yang semakin meningkat, intervensi kesehatan mental pada anak dan remaja menjadi prioritas agenda kesehatan anak dunia (Patton dkk., 2012). Pada awal tahun 1986, di forum *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO (1986) mengidentifikasi kesehatan mental anak dan remaja sebagai area kunci yang menjadi perhatian utama. Melalui dokumen kebijakan yang dibuat oleh WHO (misalnya dokumen kebijakan pada tahun 1996, 2001, 2003, dan 2005), sektor pendidikan ditunjuk untuk mengatasi permasalahan kesehatan mental pada anak dan remaja. WHO merekomendasikan fungsi sekolah sebagai sistem pendukung kesehatan mental bagi siswanya, membuat perencanaan intervensi dan mengimplementasikannya dalam tindakan yang meliputi promosi, prevensi, intervensi, dan rehabilitasi (WHO, 2000; 2005; 2007). Pada tahun 1995, *WHO's Global School Health Initiative* (WHO, 2000) menekankan pentingnya fokus dan meningkatkan lingkungan psikososial di sekolah untuk menumbuhkembangkan emosi positif dan *social well-being*.

Guna menyambut kampanye tentang kesehatan mental pada anak dan remaja di sekolah, sejumlah negara di dunia tidak hanya menyerukan kampanye tentang kesehatan mental pada anak dan remaja melalui promosi atau program kesehatan mental di sekolah, namun sudah mewajibkan kurikulum kesehatan mental di sekolah sejak anak duduk di *Primary School* (Sekolah Dasar) sampai dengan *Secondary School* (SMA).

Sayangnya, di Indonesia, meskipun statistik kondisi kesulitan mental dari tahun ke tahun semakin meningkat, belum banyak tindakan nyata untuk mempromosikan pentingnya kesehatan mental bagi kondisi *well-being* anak dan remaja. Promosi kesehatan mental lebih banyak dilakukan secara sporadis oleh lembaga-lembaga atau perguruan tinggi yang memiliki program studi yang terkait dengan kesehatan mental (biasanya melalui PKL atau KKN mahasiswa dan program pengabdian masyarakat universitas dan LSM). Sangat jarang sekolah yang fokus pada masalah kesehatan mental siswanya.

Tulisan berikut ini adalah sebuah gagasan tentang kurikulum kesehatan mental di sekolah yang menawarkan konsep bagi peneliti, praktisi, dan pembuat kebijakan yang terlibat dalam perencanaan program kesehatan mental sekolah.

Kurikulum Kesehatan Mental dan dampaknya terhadap penurunan gangguan mental pada siswa

Beberapa negara sudah mewajibkan kurikulum terkait dengan penanggulangan permasalahan kesehatan mental pada anak dan remaja. Misalnya saja, Kanada menerapkan *The Mental Health Curriculum* (MHC) untuk siswa usia sekolah. Inggris menerapkan kurikulum *Relationship Education, Relationships and Sex Education* (RSE) and *Health Education* untuk anak-anak yang duduk di *primary school* (Sekolah Dasar) dan *secondary school* (SMP dan SMA). Sementara itu, Finlandia dan Denmark mewajibkan kurikulum *Health Education*, yang terdiri dari kesehatan fisik dan kesehatan mental. Sedangkan, meskipun belum semua, sebagian negara bagian di Amerika Serikat sudah mewajibkan penerapan kurikulum kesehatan mental untuk anak-anak di *primary* dan *secondary school*. Bahkan, negara-negara di Afrika sudah mempunyai standar kurikulum kesehatan mental yang merupakan adaptasi dari MHC Kanada.

Terdapat beberapa point penting yang diajarkan melalui kurikulum kesehatan mental. Contohnya, kurikulum kesehatan mental yang dikembangkan di Kanada (Kutcher dkk., 2015) menitikberatkan pada pemahaman tentang kesehatan mental dan penyakit mental, stigma dan

diskriminasi terhadap penderita gangguan kesehatan mental, pengalaman tentang gangguan mental, cara mencari bantuan dan dukungan, serta treatment konseling untuk depresi dan gangguan mental yang lain, dan urgensi *positive mental health*.

Sementara itu, kurikulum kesehatan mental yang diterapkan di Inggris (Department of Education United Kingdom, na) di kalangan *primary school* menekankan pentingnya peran keluarga dan teman (karakteristik keluarga dan pertemanan yang sehat, pentingnya berbagi dengan keluarga dan teman, saling menghormati antar anggota keluarga dan teman); hubungan yang saling menghormati (menghormati orang lain, sopan santun dalam bergaul, menghormati diri sendiri, tipe-tipe *bullying*, *stereotype*, prasangka dan diskriminasi); *online relationships* (aturan dan prinsip-prinsip keamanan berinteraksi secara *online*); dan perasaan aman (konsep privasi, mengenali perasaan aman dan tidak aman, cara melaporkan gangguan atau abuse dari orang lain, cara mendapatkan bantuan dari keluarga/sekolah terkait dengan permasalahan yang dihadapi).

Di Finlandia (Välímää dkk., 2008), kurikulum kesehatan mental di sekolah dasar diintegrasikan pada mata pelajaran lain dan menjadi mata pelajaran sendiri di sekolah menengah. Kesehatan fisik, psikis, dan sosial secara bersama menjadi fokus perhatian pada semua mata pelajaran untuk mempromosikan *well-being* dan keselamatan siswa guna perkembangan kognitif, sosial, kemampuan untuk berfungsi maksimal dan etis, dan kemampuan siswa dalam regulasi emosi. Pendidikan tentang kesehatan fisik, psikologis dan sosial pada siswa kelas 1 sampai 4 diintegrasikan dalam subjek/pelajaran tentang lingkungan dan ilmu alam; di kelas 5-6 diintegrasikan dengan mata pelajaran biologi/geografi dan fisika/kimia. Pada kelas 7-9, pendidikan kesehatan fisik, psikologis dan sosial berdiri sendiri dalam 3 mata pelajaran yang berbeda dan 38 materi pembelajaran dengan masing-masing materi 45 menit. Tema utama pembelajarannya adalah tentang pertumbuhan dan perkembangan; hidup sehat sebagai gaya hidup; sumber dan ketrampilan mengatasi masalah; dan kesehatan, sosial dan budaya. Sementara itu siswa kelas 10 sampai 12 (usia 13 – 16 tahun) ditekankan pada materi tentang sumber-sumber dan ketrampilan menghadapi masalah, sumber daya personal, emosi dan ekspresi emosi, dukungan sosial dan cara menggunakan *social network* dengan aman, ketrampilan berinteraksi, perkembangan manusia dalam rentang kehidupan, dan krisis serta cara menghadapinya.

Hasil penelitian menunjukkan, Kurikulum Kesehatan Mental yang diterapkan di beberapa negara secara signifikan berhasil memperbaiki *mental health literacy*¹ pada siswa. Penelitian yang dilakukan oleh Kutcher dkk., (2015) menunjukkan bahwa kurikulum kesehatan mental yang diterapkan disekolah-sekolah Kanada berhasil meningkatkan *Mental Health Literacy* secara signifikan dengan *effect size* cukup besar ($d = 1.11$). Penelitian di Nicaragua (Ravindran dkk., 2018) juga menunjukkan hasil yang positif, dimana percobaan kurikulum kesehatan mental berhasil menurunkan tingkat stres, meningkatkan pengetahuan siswa tentang pengetahuan kesehatan mental, menurunkan stigma tentang gangguan mental, meningkatkan kemampuan siswa untuk melakukan *coping* yang lebih efektif, dan merubah gaya hidup siswa menjadi lebih baik.

Secara lebih spesifik, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa kurikulum kesehatan mental yang memberikan pembelajaran sosial dan emosional berhasil meningkatkan peningkatan

¹ Mental Health Literacy adalah pengetahuan dan keyakinan tentang gangguan mental yang membantu pengenalan, manajemen, dan pencegahan yang terdiri dari empat komponen yaitu, memahami bagaimana mencapai kesehatan mental dan memelihara kesehatan mental, memahami gangguan mental dan treatment gangguan mental, mengurangi stigma tentang gangguan mental, dan meningkatkan kepercayaan diri dalam mencari bantuan untuk menanggulangi kesehatan mental (Kutcher dkk., 2015)

kompetensi sosial dan emosional siswa (misalnya, ketrampilan sosial, sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain, serta meningkatkan perilaku positif siswa) dan menurunkan masalah internal maupun eksternal siswa (Cefai dkk., 2018; Corcoran dkk., 2018). Pembelajaran ini juga mampu meningkatkan harga diri siswa, memperbaiki hubungan siswa dengan sekolah, memperbaiki perilaku siswa di dalam kelas, meningkatkan motivasi dan kinerja akademik. Selain itu, pembelajaran ini juga mampu mengurangi masalah perilaku pada siswa seperti intimidasi dan agresi dan mengurangi tekanan emosional siswa seperti stres, kecemasan, dan depresi (Taylor dkk., 2017; Ura dkk., 2019).

Penerapan kurikulum kesehatan mental di sekolah terbukti juga mampu meningkatkan resiliensi siswa dalam menghadapi permasalahan hidup sehari-hari (Dray dkk., 2015; Kessler dkk., 2008). Anak-anak dengan tingkat resiliensi yang lebih tinggi kurang rentan terhadap masalah kesehatan mental seperti depresi dan gangguan kecemasan (Hjemdal dkk., 2011). Studi tentang efektivitas program resiliensi dan intervensi berbasis sekolah melaporkan hasil positif seperti meningkatnya resiliensi pada siswa, kemampuan siswa dalam melakukan manajemen stres, keterampilan siswa mengatasi stres, peningkatan kompetensi sosial dan emosional dan minat belajar dan penurunan kecemasan, depresi dan perilaku pengambilan risiko (Fenwick-Smith dkk., 2018; Twum-Antwi dkk., 2019).

Sementara itu, kurikulum kesehatan mental yang diterapkan di sekolah terbukti juga berhasil mengurangi kesulitan sosial, emosional, dan perilaku siswa. Di sekolah, intervensi untuk mencegah masalah perilaku, emosional, dan sosial biasanya menargetkan kondisi seperti depresi, kecemasan, penarikan sosial, penggunaan narkoba, menyakiti diri sendiri, melanggar aturan, kenakalan dan perilaku agresif (Anderson dkk., 2018; Cooper & Jacobs, 2011). Intervensi dapat diimplementasikan pada semua siswa, atau pada siswa yang ditargetkan (siswa yang berisiko tertentu mengalami, atau sudah menunjukkan, kesulitan kesehatan mental ringan; Weare, 2010). Hasil penelitian menunjukkan pengurangan masalah kesehatan mental internal yang signifikan seperti stres, kecemasan dan gejala depresi (Feiss dkk., 2019; Waddell dkk., 2007).

Theoretical Framework: Kurikulum Kesehatan Mental di Indonesia

Beberapa hal yang menjadi bahan pertimbangan ketika menyusun kurikulum kesehatan mental untuk diterapkan di sekolah adalah: 1). Merumuskan terlebih dahulu terminologi kesehatan mental dan aksi yang mendukung kesehatan mental, 2). menyepakati domain yang akan diajarkan pada kurikulum yang akan diterapkan, 3). menentukan pihak-pihak yang akan terlibat dalam implementasi kurikulum, dan 4). menyepakati cara mengimplementasikan kurikulum kesehatan mental di sekolah.

Guna merumuskan kurikulum kesehatan mental, hal pertama yang harus dilakukan adalah menegaskan dan menyepakati bersama terminologi kesehatan mental dan aksi yang merujuk pada kesehatan mental. Memang, sejumlah istilah terkait – seperti “pendidikan moral”, “kecakapan hidup”, atau “pendidikan karakter” – digunakan sebagai istilah alternatif untuk “kesehatan mental” dalam konteks pendidikan. Oleh karena itu, untuk menyatukan gagasan tentang perlunya pendidikan kesehatan mental di sekolah, penting untuk mendefinisikan apa yang secara khusus dipahami tentang kesehatan mental yang dimaksud.

Merujuk pada definisi WHO (WHO; 2005, p.12), kesehatan mental didefinisikan sebagai suatu status *well-being*² dimana seseorang menyadari potensi yang dimiliki, mampu mengatasi kondisi stres dalam hidup, bekerja secara produktif, dan mampu berkontribusi kepada komunitas di sekitarnya. Kondisi kesehatan mental seseorang berada pada satu kontinum dari yang paling tinggi/positif status kesehatan mentalnya sampai dengan yang paling parah/negative kondisinya (WHO, 2013). Oleh karena itu, kurikulum kesehatan mental di sekolah seharusnya berisi sejumlah pengetahuan dan aksi untuk menciptakan kondisi hidup dan kondisi lingkungan yang mendukung kondisi mental yang positif dan membantu individu, keluarga, kelompok maupun komunitas untuk mengadopsi dan memelihara gaya hidup sehat yang membantu seseorang memelihara fungsi emosional yang optimal serta terlibat secara sosial.

Berdasarkan kurikulum kesehatan mental yang diterapkan di beberapa negara, dan hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, maka kerangka kerja teoretis yang ditawarkan sebagai pendekatan untuk membangun kurikulum kesehatan mental di sekolah diwakili dua domain, yaitu protektif dan preventif. Dua materi utama fokus pada domain yang bersifat protektif untuk kesehatan mental, khususnya pembelajaran sosial, emosional, dan resiliensi, sementara domain yang kedua adalah preventif secara sosial, emosional, dan permasalahan perilaku. Selanjutnya, mengingat pemahaman tentang kesehatan dan perkembangan fisik juga berkaitan dengan kesehatan mental siswa, maka materi tentang perkembangan fisik dan perubahan psikologis yang menyertai sangat diperlukan.

Guna merumuskan apa saja yang akan menjadi materi utama dalam setiap domain yang akan diajarkan, tugas-tugas perkembangan yang dirumuskan oleh Havigurst (dalam Hurlock, 1991) bisa menjadi acuan dasar untuk mengembangkan pembelajaran emosi dan sosial, ditambah dengan analisis permasalahan umum anak dan remaja Indonesia. Memang, karena perbedaan budaya dan kondisi zaman yang semakin berkembang, tidak semua tugas perkembangan anak dan remaja yang dikemukakan oleh Havigurst relevan dengan tugas perkembangan anak dan remaja di Indonesia saat ini. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian tugas perkembangan anak dan remaja dalam konteks Indonesia di masa sekarang. Namun, setidaknya untuk saat ini, teori Havigurst bisa dijadikan acuan.

Selanjutnya, untuk menciptakan kondisi hidup dan kondisi lingkungan yang mendukung kesehatan mental yang positif bagi siswa, keluarga, maupun komunitas, maka kurikulum kesehatan mental sudah seharusnya melibatkan tidak hanya siswa, namun juga guru dan keluarga. Sebelum kurikulum kesehatan mental diimplementasikan ke siswa, guru harus memahami terlebih dahulu prinsip-prinsip kesehatan mental baik secara protektif dan preventif agar guru mampu menciptakan lingkungan belajar mendukung tumbuh kembang siswa tidak hanya secara kognitif, namun juga secara psikologis. Selanjutnya, orang tua murid juga diharapkan mendapatkan cukup informasi tentang poin-poin kesehatan mental yang akan dipelajari siswa di sekolah agar orang tua mampu berperan menciptakan lingkungan yang kondusif di rumah. Diharapkan sinergi antara guru, orang tua, dan murid pada akhirnya mampu menciptakan komunitas yang sehat secara mental pula.

Langkah terakhir yang perlu dilakukan sebelum implementasi kurikulum kesehatan mental di sekolah adalah menentukan siapa yang bertanggungjawab mengimplementasikan kurikulum

² Well-being dimaknai sebagai kondisi sejahtera yang mencakup emosi dan suasana hati yang positif. Seseorang yang memiliki status well-being memiliki kepuasan dalam hidup dan kemampuan menilai hidup secara baik dan positif.

tersebut di sekolah. Apakah kurikulum kesehatan mental akan diintegrasikan dengan mata kuliah lain, ataukah kurikulum kesehatan mental akan diimplementasikan secara terpisah.

Ada dua wacana yang ditawarkan dalam paper ini; yaitu kurikulum diintegrasikan dalam empat mata pelajaran di sekolah, yaitu PPKN, Pelajaran Agama, PJOK dan Bimbingan Konseling agar siswa tidak dibebani dengan pelajaran yang semakin banyak. Karena tidak mungkin melepaskan kesehatan mental dari kesehatan fisik, maka guru PJOK mempunyai tanggungjawab tidak hanya melatih siswa tentang pengetahuan dan dasar-dasar keolahragaan (seperti voli atau sepak bola), namun guru PJOK juga berperan dalam menciptakan pemahaman kepada anak tentang pentingnya menjaga kebugaran fisik yang terkait dengan pengetahuan mereka tentang gizi seimbang, perkembangan fisik yang mempengaruhi psikis, seperti pubertas dan lain-lain). Sementara itu, guru bimbingan konseling yang selama ini diambil dari guru dengan latar belakang Bimbingan Konseling dan psikologi, bertanggungjawab terhadap pengetahuan siswa tentang kesehatan mental dan aksi yang mendukung kesehatan mental. Pelajaran PPKN dan agama akan menjadi dasar umum bagi pembelajaran sosial untuk meningkatkan kompetensi sosial siswa. Sementara itu, wacana yang kedua, kurikulum kesehatan mental akan diimplementasikan secara terpisah dalam mata pelajaran tersendiri tentang kesehatan mental. Tentunya, bagaimana kurikulum nantinya akan diterapkan akan sangat tergantung pada banyak hal yang harus didiskusikan lebih mendalam (misalnya, kesiapan SDM guru, porsi pembelajaran, beban jam pelajaran siswa di sekolah, dan jenjang sekolah).

Rancangan Kurikulum Kesehatan Mental untuk Siswa Indonesia

Berikut adalah rancangan kurikulum kesehatan mental untuk tingkat Sekolah Dasar sampai dengan tingkat Sekolah Menengah Atas (lihat Tabel 1). Rancangan kurikulum ini dibuat dengan menggabungkan tugas-tugas perkembangan anak dan remaja dari Havigurst (dalam Hurlock, 2001), permasalahan yang paling sering muncul pada anak dan remaja yang dirangkum dari berbagai sumber, domain protektif dan preventif, dan focus pembelajaran yaitu pembelajaran fisik, sosial, emosional, dan resiliensi. Domain yang bersifat preventif untuk pembelajaran fisik, sosial, emosional, dan resiliensi hanya diberikan pada siswa usia 13 sampai 18 tahun (SMP dan SMA) dikarenakan semakin bervariasinya permasalahan yang muncul seiring dengan meningkatnya usia dan tanggungjawab.

Penutup

Implementasi kurikulum kesehatan mental di sekolah tidaklah mudah. Banyak hal yang harus dipersiapkan sebelum kurikulum diterapkan. Minimnya sumber daya manusia di sekolah, dalam hal ini guru, menjadi permasalahan pertama yang harus diatasi. Tentunya tidak mudah melatih guru dengan latar belakang pendidikan beragam untuk mempelajari ilmu baru. Ditambah lagi, beban kerja guru yang sudah overload akan bertambah dengan kemunculan kurikulum baru. Oleh karena itu, penyederhanaan kurikulum dari tingkat Sekolah Dasar sampai dengan Sekolah Menengah Atas seharusnya sudah bukan lagi menjadi wacana. Penyederhanaan kurikulum menjadi penting agar siswa tidak hanya mahir secara kognitif, namun juga mahir mengelola emosi, bijak dalam berinteraksi sosial, dan berkembang secara adekuat untuk kelak menjadi penerus bangsa yang kuat. Tugas administrasi yang membebani juga harus dipangkas agar sekolah dan guru benar-benar berfungsi maksimal. Sekolah harus dikembalikan pada fungsi semula, yaitu membantu siswa berkembang sesuai tugas perkembangannya dengan memaksimalkan potensi siswa. Pelatihan guru tidak hanya

menekankan pada pembelajaran kognitif, namun juga pada perkembangan sosial dan emosional siswa.

Sinergi antara sekolah, pemerintah, perguruan tinggi, dan LSM diperlukan untuk mengembangkan kurikulum kesehatan mental yang lengkap dan terstandar yang bisa diimplementasikan di sekolah seluruh Indonesia. Penelitian tentang efektivitas promosi kesehatan mental perlu gencar dilakukan untuk merumuskan kurikulum kesehatan mental yang tepat. Pendampingan dari dinas-dinas terkait, tidak hanya dari Dinas Pendidikan dan Kebudayaan, namun juga Dinas Kesehatan diperlukan untuk mengawal implementasi kurikulum kesehatan mental.

Tabel 1. Rancangan Kurikulum Kesehatan Mental³

Usia	Tugas Perkembangan	Permasalahan umum yang sering muncul pada anak dan remaja Indonesia	Domain	Kompetensi Dasar	Pokok Bahasan
6 – 12 tahun (Sekolah Dasar)	<ol style="list-style-type: none"> Belajar memperoleh kemampuan fisik untuk melakukan permainan. Belajar membentuk sikap yang sehat terhadap dirinya sendiri sebagai makhluk biologis. Belajar bermain dengan teman sebaya. Belajar memainkan peran sesuai dengan jenis kelaminnya. Belajar ketrampilan dasar dalam membaca, menulis, dan berhitung. Belajar mengembangkan 	<p>Gangguan yang berhubungan dengan masalah fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> Obesitas Diabetes Underweight <p>Gangguan yang berhubungan dengan masalah psikologis</p> <ol style="list-style-type: none"> Agresivitas Perilaku berkuasa Ketidapatuhan terhadap aturan Ketidakmandirian Kecemasan Stres Kesulitan membagi waktu bermain dan belajar Bullying <p>Gangguan yang berhubungan dengan interaksi social</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mampu 	A. Domain Promosi pembelajaran fisik, social dan emosional	<p>A.1. Mengetahui kesehatan fisik</p> <p>A.2. Menyadari keberadaan diri sendiri dan orang lain</p> <p>A.3. Memahami nilai dan sikap positif</p> <p>A.4. Mampu mengambil keputusan yang bertanggungjawab</p>	<p>A.1.1. Mempelajari kebutuhan gizi untuk sehat secara fisik dan mental</p> <p>A.1.2. Mempelajari pentingnya menjaga kebersihan diri</p> <p>A.1.3. Mempelajari perbedaan fisik laki-laki dan perempuan</p> <p>A.2.1. Mempelajari dan mengenali macam-macam perasaan (senang, sedih, marah)</p> <p>A.2.2. Mempelajari dan mempraktekkan cara mengungkapkan perasaan dengan tepat</p> <p>A.2.3. Mempelajari pentingnya hidup berdampingan dengan teman/orang lain</p> <p>A.2.4. Mempelajari keragaman orang lain</p> <p>A.3.1. Mempelajari dan mempraktekkan nilai-nilai kejujuran, setia kawan, kepercayaan, kerjasama, tanggungjawab dan kepedulian</p> <p>A.3.2. Mempelajari dan mengimplementasikan sikap-sikap dan perilaku positif</p> <p>A.4.1. Mempelajari situasi yang menimbulkan permasalahan</p>

³ Disusun dari berbagai sumber (Anderson dkk., 2018; Browne dkk., 2004; Cavioni dkk., 2020; Cavioni dkk., 2018; Cefai, 2008; Cefai dkk., 2015; Durlak dkk., 2015; Greenberg dkk., 2001; Havigurst dalam Hurlock, 1991; Lowry-Webster dkk., 2003; Lowry-Webster dkk., 2001; O'Reilly dkk., 2018; Payton dkk., 2008; Payton dkk., 2000; dan Zins, dkk., 2004);

	<p>7. Mengembangkan kata hati.</p> <p>8. Belajar memperoleh kebebasan yang bersifat pribadi.</p> <p>9. Mengembangkan sikap positif terhadap kelompok social.</p>	<p>dengan lingkungan social/teman sebaya</p> <p>b. Tidak berani mengutarakan pendapat/membela diri sendiri sehingga sering menjadi korban bullying</p> <p>c. Interaksi online dengan dunia maya</p>		<p>A.5. Memiliki ketrampilan berinteraksi social</p>	<p>A.4.2. Mempelajari dan mengidentifikasi konsekuensi dari tindakan</p> <p>A.4.3. Mempelajari situasi yang membutuhkan pertolongan orang lain</p> <p>A.5.1. Mempelajari dan melakukan hubungan pertemanan yang positif, hubungan keluarga yang harmonis, dan cara berinteraksi dengan orang dewasa/orang yang lebih tua</p> <p>A.5.2. Mempelajari cara memperlakukan orang lain dengan baik dan hormat</p> <p>A.5.3. Mempelajari ranah privat dan public dalam menjalin interaksi dengan teman</p> <p>A.5.4. Mempelajari dan mempraktekkan tata cara menggunakan media social yang sesuai usia dan menjalin pertemanan online yang sehat dan aman</p>
<p>13 – 18 tahun (SMP & SMA)</p>	<p>1. Mencapai hubungan yang lebih matang dengan teman sebaya.</p> <p>2. Mencapai peran sosial sebagai pria dan wanita.</p> <p>3. Menerima keadaan fisik dan menggunakannya secara efektif.</p> <p>4. Mencapai kemandirian emosional dari orangtua dan</p>	<p>Gangguan yang berhubungan dengan masalah fisiologis</p> <p>a. Pubertas</p> <p>b. Perilaku diet</p> <p>Gangguan yang berhubungan dengan masalah psikologis</p> <p>a. Konsep diri</p> <p>b. Ketidapatuhan terhadap aturan</p> <p>c. Ketidakmandirian</p> <p>d. Kecemasan</p> <p>e. Stres</p> <p>f. Depresi</p>	<p>A. Domain Promosi pembelajaran fisik, social dan emosional</p>	<p>A.1. Mengenal perkembangan fisik remaja dan gaya hidup sehat</p> <p>A.2. Menyadari diri sendiri dan orang lain</p>	<p>A.1.1. Mempelajari pubertas, perkembangan fisik, emosional, dan psikologis yang terjadi selama masa pubertas</p> <p>A.1.2. Mempelajari bahaya seks bebas</p> <p>A.1.3. Mempelajari gaya hidup sehat</p> <p>A.2.1. Mempelajari secara akurat dan mengenali suasana hati</p> <p>A.2.2. Mempelajari cara mengatur perasaan dengan tepat</p> <p>A.2.3. Mempelajari kekuatan dan kelemahan diri serta cara mengatasi tantangan sehari-hari dengan penuh keyakinan dan optimisme</p> <p>A.2.4. Mempelajari perspektif orang lain</p>

	<p>orang dewasa lainnya.</p> <p>5. Mencapai jaminan kemandirian ekonomi.</p> <p>6. Memilih dan mempersiapkan karier (pekerjaan).</p> <p>7. Mempersiapkan pernikahan dan hidup berkeluarga.</p> <p>8. Mengembangkan keterampilan intelektual dan konsep-konsep yang diperlukan bagi warga negara.</p> <p>9. Mencapai tingkah laku yang bertanggung jawab secara sosial.</p> <p>10. Memperoleh seperangkat nilai dan sistem etika sebagai petunjuk atau pembimbing dalam bertingkah laku.</p> <p>11. Beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.</p>	<p>g. Kesulitan membagi waktu bermain dan belajar</p> <p>h. Bullying</p> <p>i. Kesulitan menentukan pilihan karir</p> <p>j. Seks bebas</p> <p>k. Obat-obatan terlarang</p> <p>Gangguan yang berhubungan dengan interaksi social</p> <p>a. Tidak mampu berinteraksi dengan lingkungan social atau teman sebaya</p> <p>b. Tidak berani mengutarakan pendapat/membela diri sendiri sehingga sering menjadi korban bullying</p> <p>c. Interaksi online dengan dunia maya</p>		<p>A.3. Memahami sikap dan nilai positif</p> <p>A.4. Pengambilan keputusan yang bertanggungjawab</p> <p>A.5. Ketrampilan berinteraksi social</p>	<p>A.3.1. Mempelajari perilaku yang aman, sehat, jujur, dan adil dalam berinteraksi dengan orang lain</p> <p>A.3.2. Mempelajari <i>stereotype, stigma, prejudice</i> yang berkembang di masyarakat tentang kelompok masyarakat tertentu agar tidak terjebak dalam cara pandang yang keliru</p> <p>A.3.3. Mempelajari tanggungjawab social dan cara-cara berkontribusi dalam komunitas</p> <p>A.4.1. Mempelajari dan mengidentifikasi situasi yang membutuhkan pengambilan keputusan atau pemecahan masalah dan melakukan assessment yang berhubungan dengan resiko, hambatan, dan sumber daya yang dimiliki</p> <p>A.4.2. Mempelajari dan melakukan evaluasi kondisi social, budaya, pesan-pesan media yang berkaitan dengan norma-norma social dan perilaku</p> <p>A.4.3. Mempelajari cara menyusun atau menentukn tujuan hidup yang positif dan realistis</p> <p>A. 4.4. Mempelajari, mengimplementasikan, dan mengevaluasi informasi-informasi yang positif dan alternative solusi untuk menangani masalah</p> <p>A.5.1. Mempelajari dan mengembangkan cara-cara berempati terhadap orang lain baik verbal maupun non verbal</p> <p>A.5.2. Mempelajari cara dan mengimplementasikan komunikasi efektif untuk mengekspresikan pikiran dan</p>
--	---	--	--	--	---

					<p>perasaan secara jelas baik verbal maupun non verbal</p> <p>A.5.3. Mempelajari dan menerapkan cara-cara bekerjasama dalam kelompok</p> <p>A.5.4. Mempelajari dan mengimplementasikan cara bernegosiasi dengan melihat semua perspektif yang terlibat untuk memecahkan masalah secara damai</p> <p>A.5.5. Mempelajari cara-cara melakukan penolakan serta mempraktekan dalam kehidupan sehari-hari terhadap penawaran dari orang lain yang tidak disukai atau diidentifikasi membahayakan</p> <p>A.5.6. Mempelajari perilaku yang tepat ketika berada di bawah tekanan dan mengimplementasikan cara untuk menghindari situasi yang penuh tekanan dan membahayakan</p> <p>A.5.7. Mempelajari dan mengidentifikasi situasi yang membutuhkan pertolongan dan bantuan orang lain serta akses yang diperlukan dan sumber daya yang dibutuhkan</p>
			B. Domain resiliensi	<p>B.1. Menangani masalah pribadi, keluarga, atau transisi dan perubahan social</p>	<p>B.1.1. Mengidentifikasi masalah-masalah pribadi, keluarga, dan permasalahan karena transisi atau perubahan sosial</p> <p>B.1.2. Mempelajari cara menangani permasalahan pribadi, keluarga, atau permasalahan yang muncul karena masa transisi dan perubahan social</p> <p>B.1.3. Mempelajari saluran bantuan yang diperlukan untuk mengatasi permasalahan pribadi, keluarga, dan masalah yang muncul karena perubahan social</p>

				<p>B.2. Menangani bullying dan cyberbullying</p> <p>B.3. Menangani kesulitan akademik</p> <p>B.4. Menangani tekanan negative teman sebaya</p> <p>C.1. Mencegah munculnya masalah emosional, social, dan perilaku (depresi, gangguan kecemasan, perilaku menarik diri secara social, perilaku menyakiti diri sendiri dan resiko bunuh diri, penggunaan obat terlarang dan kecanduan)</p>	<p>B.2.1. Memahami dan mengidentifikasi situasi bullying dan cyberbullying</p> <p>B.2.2. Memahami bahaya pembiaran bullying dan cyberbullying</p> <p>B.2.3. Mempelajari cara menangani bullying dan cyberbullying</p> <p>B.2.4. Mempelajari saluran bantuan yang diperlukan untuk mengatasi kasus bullying dan cyberbullying</p> <p>B.3.1. Memahami dan mengidentifikasi kesulitan akademik yang dialami</p> <p>B.3.2. Mempelajari cara menangani kesulitan akademik</p> <p>B.3.3. Mempelajari saluran bantuan yang diperlukan untuk mengatasi kesulitan akademik</p> <p>B.4.1. Memahami bentuk-bentuk tekanan negative yang muncul dari teman sebaya</p> <p>B.4.2. Mempelajari cara menangani tekanan negative dari teman sebaya</p> <p>B.4.3. Mempelajari saluran bantuan yang diperlukan untuk mengatasi tekanan negative teman sebaya</p> <p>C.1.1. Memahami gejala-gejala gangguan emosional, social dan perilaku (depresi, gangguan kecemasan, perilaku menarik diri secara social, perilaku menyakiti diri sendiri dan resiko bunuh diri, penggunaan obat terlarang dan kecanduan)</p> <p>C.1.2. Mempelajari cara penanganan dini gejala-gejala gangguan emosional, social, dan perilaku</p>
--	--	--	--	---	---

					C.1.3. Mempelajari saluran bantuan yang diperlukan untuk mengatasi gangguan emosional, social, dan perilaku.
--	--	--	--	--	--

Daftar Pustaka

- Anderson, J. K., Ford, T., Sonesson, E., Thompson Coon, J., Humphrey, A., Rogers, M., Howarth, E. (2018). A systematic review of effectiveness and cost-effectiveness of school-based identification of children and young people at risk of, or currently experiencing mental health difficulties. *Psychological Medicine*, 49(1), 9-19.
- Baranne, M. L., & Falissard, B. (2018). Global burden of mental disorders among children aged 5-14 years. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(19), <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0225-4>
- Browne, G., Gafni, A., Roberts, J., Byrne, C., & Majumdar, B. (2004). Effective/efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1367-1384. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00332-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00332-0)
- Burstein, B., Agostino, H., & Greenfield, B. (2019). Suicidal attempts and ideation among children and adolescents in US emergency departments, 2007-2015. *JAMA Pediatrics*, 173(6), 598-600. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2730063>
- Cavioni, V., Grazzani, I., & Ornaghi, V. (2020). Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. *International Journal of Emotional Education*, 12, 1, 65-82.
- Cefai, C., Arlove, A., Duca, M., Galea, N., Muscat, M., & Cavioni, V. (2018). RESCUR Surfing the Waves: an evaluation of a resilience programme in the early years. *Pastoral Care in Education*, 36(3), 189-204. <https://doi.org/10.1080/02643944.2018.1479224>
- Cefai, C., Cavioni, V., Bartolo, B., Simoes, C., Ridicki Miljevic, R., Bouillet, D., Eriksson, C. (2015). Social inclusion and social justice: resilience curriculum for early years and elementary schools in Europe. *Journal of Multicultural Education*, 9(3), 122-139.
- Cooper, P. & Jacobs, B. (2011). *From Inclusion to Engagement: Helping Students Engage with Schooling through Policy and Practice*. John Wiley.
- Corcoran, R. P., Cheung, A. C., Kim, E., & Xie, C. (2018). Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review*, 25, 56-72: <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2017.12.001>
- DeSocio, J., & Hootman, J. (2004). Children's mental health and school success. *The Journal of School Nursing*, 20(4), 189-196. <https://doi.org/10.1177/10598405040200040201>
- Department of Education, United Kingdom. (Na). Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education. Statutory guidance for governing bodies, proprietors, head teachers, principals, senior leadership teams, teachers
- Dray, J., Bowman, J., Wolfenden, L., Campbell, E., & Freund, M. (2015). Systematic review of universal resilience interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting: review protocol. *Systematic Reviews*, 4(186).
- Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Gullotta, T. P. (2015). *Handbook of Social and Emotional Learning*. Research and Practice. The Guilford Press.
- Erskine, H., Moffitt, T., Copeland, W., Costello, E., Ferrari, A., Patton, G., Scott, G. (2015). A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in

children and youth. *Psychological Medicine*, 45(7), 1551-1563.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>

Feiss, R., Dolinger, S.B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, C. M., & Pangelinan, M. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668–1685. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>

Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson; S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>

Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(1), Article 1a. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.4.1.41a>

Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(4), 214–321. <https://doi.org/10.1002/cpp.719>.

Hurlock, E., B. (1991). *Perkembangan Anak*. Jilid 1. Erlangga

Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J. C., Graaf, R. D., Demyttenaere, K., Gasquet, I., . . . Tsang, C. A. (2008). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the world health organization’s world mental health survey initiative. In R. C. Kessler, & T. B. Ustun (Eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge University Press Published in collaboration with the World Health Organization.

Keyes, K. M., Gary, D., O’Malley, P. M., Hamilton, A., & Schulenber, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among U.S. adolescents: trends from 1991 to 2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 987-996. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01697-8>

Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. 2015. Review Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Apr; 24(2):233-44.

Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001). *A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data fr*

Ornaghi, V., Pepe, A., & Grazzani, I. (2016). False-belief understanding and language ability mediate the relationship between emotion comprehension and prosocial orientation in preschoolers. *Frontiers in Psychology*, 7, 1534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01534>

O’Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 647-662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>

Patton, G. C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., & Riley, L. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379(9826), 1665-1675. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60203-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60203-7)

Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. *Journal of school health*, 70(5), 179-185.

- Payton, J., Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Dymnicki, A. B., & Pachan, M. (2008). *The positive impact of social and emotional learning for Kindergarten to eighth-grade students*. Findings from three scientific reviews. CASEL.
- Ravindran, A. V., Herrera, A., da Silva, T. L., Henderson, J., Castrillo, M. E., & Kutcher, S. (2018). Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel-group, controlled pilot investigation. *Global Mental Health*, 5.
- Riskesdas (2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar*. Balai Litbangkes. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/>
- Taylor, R., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4), 1156-1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>.
- Thorlacius, O., & Gudmundsson, E. (2019). The effectiveness of the children's emotional adjustment scale (ceas) in screening for mental health problems in middle childhood. *School Mental Health*, 11(3), 400-412.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., Japel, C. (2004). Physical Aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-e50. <https://doi.org/10.1542/peds.114.1.e43>.
- Twenge, J. M. (2020). Why increases in adolescent depression may be linked to the technological environment. *Current Opinion in Psychology*, 32, 89-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.06.036>
- Twum-Antwi, A., Jefferies, P. & Ungar, M. (2019): Promoting child and youth resilience by strengthening home and school environments: A literature review. *International Journal of School & Educational Psychology*, 8(2), 78-89. <https://doi.org/10.1080/21683603.2019.1660284>
- Ura, S. K., Castro-Olivo, S. M., & d'Abreu, A. (2019). Outcome measurement of school-based sel intervention follow-up studies. *Assessment for Effective Intervention*, 1-6. <https://doi.org/10.1177/1534508419862619>.
- Välilmaa, R., Kannas, L., Lahtinen, E., Peltonen, H., Tynjälä, J., & Villberg, J. (2008). Finland: innovative health education curriculum and other investments for promoting mental health and social cohesion among children and young people. *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 91-103.
- Waddell, C., Hua, J. M., Garland, O. M., Peters, R. D., & McEwan, K. (2007). Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 166-173.
- World Health Organization (WHO). (1996). *Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
- World Health Organization (WHO). (2000). *Local action: Creating health promoting schools*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2003). *Creating an environment for emotional and social well-being. An important responsibility of a health-promoting and child friendly school*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization.

World Health Organisation (WHO). (2007). *What is a health promoting school?* http://www.who.int/chool_youth_health/gshi/hps/en/index.html

World Health Organisation (WHO). (2013). *Mental health: A state of well-being. 10 Facts on Mental Health*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/

World Health Organization (WHO). (2015). *First WHO report on suicide prevention*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>

World Health Organization (WHO). (2018). *Adolescent mental health. Key Facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Yonhap, S. (2020). Korea to Hold Briefing Session for Exporters on Humanitarian Trade with Iran, *The Korea Herald*, April 17.

Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C., & Walberg, H. J. (2004). *Building academic success through social and emotional learning: What does the research say*. Teachers College Press.