

KEBOLEHPERCAYAAN DAN KESAHAN THE WARWICK-EDINBURGH MENTAL WELL-BEING SCALE (WEMWBS) VERSI BAHASA MELAYU DAN TAHAP KESIHATAN MENTAL DAN SPIRITUAL BEKAS PESERTA PROGRAM RAWATAN, PERUBATAN DAN PEMULIHAN DI KLINIK CURE AND CARE 1MALAYSIA

Adam Fariz bin Mohd. Zain, Amin Al Haadi bin Shafie, Abd. Halim bin Mohd. Husin, Mohd. Rushdan bin Mohd. Jailani, Mohamad Isa bin Amat, Khairunneezam bin Mohd. Noor, Zainol Abidin bin Ahmad & Mohd. Rafidi bin Jusoh
adamfarizmz@gmail.com
Universiti Sains Islam Malaysia

Abstrak

Kesejahteraan mental adalah merupakan salah satu aspek penting dalam diri manusia yang seharusnya diberikan perhatian utama dalam proses rawatan dan pemulihan penagih dadah. Terdapat pelbagai instrumen psikologi yang boleh digunakan untuk menentukan tahap kesejahteraan mental seseorang individu dan populasi. Salah satu instrumen yang sesuai digunakan adalah the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). Ia merupakan sebuah instrumen psikologi yang dibangunkan khusus untuk menilai tahap kesejahteraan mental dalam kalangan individu dan populasi normal. Instrumen ini diperolehi daripada Bahagian Pengurusan Psikologi, Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia. Artikel ini memperincikan proses terjemahan dan kesahan instrumen WEMWBS yang mengandungi 20 item positif berskala Likert 5-mata yang terdiri daripada 14 item mengukur tahap kesihatan mental dan enam item mengukur kesihatan spiritual. Proses terjemahan dan kesahan instrumen ini dijalankan oleh empat orang pakar dalam bidang psikologi dan kaunseling yang mempunyai kemahiran dwi-bahasa (Bahasa Melayu dan Bahasa Inggeris) menggunakan teknik terjemahan semula (back-to-back translation technique) dan kesahan muka (face validity). Kajian rintis telah dijalankan melibatkan 51 orang peserta in-patient program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik Cure and Care 1Malaysia (C&C1M) Sungai Besi, Kuala Lumpur, bertujuan untuk melihat tahap kebolehpercayaan WEMWBS yang telah diterjemahkan ke Bahasa Melayu. Data yang dikumpulkan daripada sampel kajian dianalisis menggunakan perisian Statistical Package for Social Science versi 20 (SPSS v20). Hasil analisis kebolehpercayaan mendapati nilai Alpha Cronbach adalah 0.91 iaitu sangat tinggi. Keputusan ini menunjukkan bahawa instrumen WEMWBS versi Bahasa Melayu sesuai digunakan untuk mengukur tahap kesejahteraan mental dalam kalangan individu normal yang terlibat dalam penyalahgunaan dadah di Malaysia. Ia juga senang ditadbir dan tidak mengambil masa yang lama untuk dijawab oleh responden. Kajian ini juga menunjukkan tahap kesejahteraan mental dan spiritual yang rendah dalam kalangan bekas peserta program rawatan C&C1M.

Kata Kunci : WEMWBS, kebolehpercayaan, kesahan, kesejahteraan mental, spiritual

Pengenalan

Kesejahteraan mental adalah merupakan salah satu aspek penting dalam diri manusia yang seharusnya diberikan perhatian utama dalam proses rawatan dan pemulihan penagih dadah. Terdapat pelbagai instrumen psikologi yang boleh digunakan untuk menentukan tahap kesejahteraan mental seseorang individu dan populasi. Salah satu instrumen yang sesuai digunakan adalah the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). Ia merupakan sebuah instrumen psikologi yang dibangunkan khusus untuk menilai tahap kesejahteraan mental dalam kalangan individu dan populasi normal (Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S., 2007). Artikel ini menerangkan proses terjemahan instrumen WEMWBS versi asal dalam Bahasa Inggeris ke Bahasa Melayu, serta tahap kesihatan mental dan spiritual dalam kalangan bekas peserta program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik Cure and Care 1Malaysia (C&C1M). Sekumpulan penyelidik dari Pusat Penyelidikan Dalam Penyalahgunaan Dadah Asia (ACREDA) Universiti Sains Islam Malaysia (USIM) telah menjalankan Kajian Pengesanan Peserta Program Rawatan, Perubatan dan Pemulihan di Klinik C&C1M dengan pembiayaan daripada Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) bertujuan untuk mengenal pasti profil, dan tahap kesihatan mental dan spiritual bekas-bekas pelatih yang pernah mengikuti program rawatan di Klinik C&C1M dari 2010 hingga 2013 samada 1 bulan, 2 bulan atau 3 bulan.

Menurut World Health Organization (WHO) (2011), terdapat 450 milion manusia yang menderita kerana masalah mental. WHO mendefinisikan kesihatan mental sebagai bahagian penting dalam kesihatan manusia, tidaklah individu itu dikatakan sihat tanpa mental yang sihat. Kesihatan mental adalah keadaan kesejahteraan di mana individu menyedari tentang kebolehan dirinya, dapat menampung tekanan yang datang dalam hidup, boleh bekerja secara produktif dan mampu membuat sumbangan atau khidmat komuniti. Kesihatan mental ditentukan oleh faktor-faktor sosio-ekonomi, biologi dan alam sekitar.

WHO (1947) menyatakan kesihatan adalah merupakan satu keadaan kesempurnaan fizikal, mental serta kesejahteraan sosial dan bukan hanya ketiadaan penyakit. Konsep kesihatan mental dilihat sebagai suatu keadaan yang sempurna, termasuklah bukan hanya ketiadaan penyakit atau kecelaruan tetapi juga kehadiran faktor-faktor seperti kepuasan hidup, penerimaan diri dan sumbangan sosial (Parameshvara, 2010).

WHO (1947) telah mendefinisikan kesihatan sebagai “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease an infirmity” (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2005). Definisi ini menjelaskan bahawa kesihatan adalah keadaan individu yang bukan sahaja tidak mempunyai sebarang penyakit tetapi juga individu tersebut sejahtera dari sudut fizikal, mental dan sosial. Kesihatan bagi WHO bukan hanya diukur melalui kefungsiian dan struktur tubuh malah merangkumi perasaan, nilai dan pemikiran. Kesihatan juga meliputi interaksi individu dengan persekitaran serta hubungan interpersonal (Arulrajah, 2000).

Menurut Hassan Langgulung (1983), kesihatan mental bermaksud sejauh manakah seseorang individu dapat berjaya menyesuaikan diri secara dalaman antara pergerakan dan pendorong yang pelbagai dan juga menyesuaikan pada luaran dengan keadaan persekitaran termasuk benda hidup dan bukan hidup.

Menurut Yeap dan Low (2009), kepesatan pembangunan, urbanisasi dan juga perubahan gaya hidup yang lebih kompleks menyebabkan masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, budaya dan perubahan ekonomi. Perubahan gaya hidup ini menyebabkan gaya hidup yang tidak sihat dan tekanan yang menyebabkan pelbagai masalah kesihatan termasuklah masalah mental.

Kesihatan menurut WHO (1947) bukan sahaja bermaksud ketidakhadiran penyakit berjangkit, tetapi juga sihat dari segi fizikal, mental dan kebolehan bersosial dan bermasyarakat. Kesihatan mental juga boleh dilihat dengan kebolehan seseorang individu untuk mengadaptasi dengan stres dalam kehidupan seharian, boleh bekerja dengan produktif dan memberi sumbangan kepada masyarakat.

Dapatan kajian yang dijalankan oleh Fauziah Ibrahim, Bahaman Abu Samah, Mansor Abu Talib dan Mohamat Shatar Sabran (2008) menunjukkan penagih dadah mempunyai ciri-ciri emosi negatif, mengalami tekanan sosial dan konflik hubungan interpersonal. Deykin, Levy dan Wells (1987) mendapati penyalahgunaan dadah mempunyai hubungan dengan kecelaruan tekanan atau major depressive disorder (MDD) serta diagnosis psikiatrik yang lain dalam kalangan pelajar-pelajar kolej berusia 16-19 tahun. Block dan Jack (1990) mengenal pasti remaja yang menyalahgunakan dadah terutamanya marijuana tidak dapat menyesuaikan diri, menunjukkan sindrom personaliti yang berbeza dengan cara pengasingan, lemah kawalan impuls dan mengalami tekanan emosi.

Kerohanian merujuk kepada pengalaman subjektif yang melibatkan perhubungan peribadi seseorang dengan kuasa tuhan yang maha tinggi. Kerohanian daripada perspektif Islam merujuk kepada penyerahan dan pergantungan yang tidak bersyarat kepada kuasa Allah. Kerohanian juga merujuk kepada usaha individu membangkitkan potensi kerohanian yang ada padanya untuk merasai kehadiran dan kedekatan diri dengan Tuhan (Sussman, Nezami & Mishra, 1997).

Salasih Hanin Hamjah (2000) menyatakan Imam al-Ghazali menjelaskan maksud al-Nafsiyy dalam kamus al-Mawardi (1997), sebagai spiritual dan mental. Al-Ghazali juga menyatakan jika dibincangkan tentang spiritual dan kerohanian, perkara ini tidak dapat dipisahkan dengan empat elemen spiritual, iaitu al-Nafs, al-Qalb, al-Ruh dan al-.,Aqal. Al-Ghazali menyatakan dari aspek spiritual manusia, manusia perlu ditunjukkan cara untuk mencapai kebaikan, perlu adanya tunjuk ajar dan bimbingan yang berpandukan syariat Islam (Salasih Hanin Hamjah, 2000).

Muhammad Yusuf (2010) mengaitkan spiritual dengan kerohanian diri, selain dengan fizikal diri, seperti contoh apabila seseorang mendengar alunan muzik yang menenangkan yang memberi kepuasan dan ketenangan pada diri. Spiritual juga pada pandangan beliau bermaksud agama atau perkara yang berkaitan dengan keagamaan atau upacara keagamaan.

Pada zaman sekarang, ramai ahli psikiatri mempercayai bahawa agama dan spiritual penting dalam kehidupan. Kepentingan kedua-dua elemen ini, mental dan spiritual telah diterima secara meluas. Turbott (2004) menjelaskan bahawa dengan menggabungkan elemen keagamaan dan psikiatri penting dan berkesan dalam membuat rawatan dan pemulihan. Verghese (2008) menyatakan bahasa keagamaan penting dalam etologi, mendiagnosis, rawatan dan prognosis kecelaruan psikiatri. Ketidakhadiran spiritual dalam diri seseorang boleh mengganggu perhubungan interpersonal dan gangguan psikiatri. Sebagai contoh, hilangnya perasaan untuk terlibat dalam aktiviti agama menunjukkan tanda-tanda kemurungan. Terlampau berlebihan dan kecelaruan dalam beragama, menunjukkan simptom skizofrenia.

Thomas, Wills, Gibbons, Gerrard, Murry dan Brody (2003), penyelidik di kolej Albert Einstein membuat satu skala yang boleh menentukan bagaimana pentingnya keagamaan dalam diri seseorang. Kajian ini dijalankan kepada 1182 orang kanak-kanak di New York. Kajian ini mendapati bahawa keagamaan yang membolehkan kanak-kanak tidak terlibat dengan merokok, minum arak dan menyalahgunakan dadah. Ini kerana mereka dapat mengawal tekanan yang mereka alami.

Kajian ini menilai kesahan dan kebolehpercayaan instrumen the Warwick-Edinburgh Mental Well Being Scale (WEMWBS) versi Bahasa Melayu yang diterjemahkan oleh pasukan penyelidik ACREDA yang mengandungi 20 item positif yang terdiri daripada 14 item mengukur kesihatan mental serta enam item tambahan mengukur spiritualiti. Spiritual dalam kajian ini berkaitan dengan kepercayaan dan pegangan agama responden, diukur menggunakan enam item yang ditambah dalam instrumen WEMWBS. Artikel ini juga menerangkan tahap tahap kesihatan mental dan spiritual dalam kalangan bekas peserta program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik C&C1M.

Pernyataan Masalah

Terkini, terdapat sebanyak 12 buah klinik C&C1M di seluruh Malaysia. Menurut Laporan Dadah 2012 (AADK, 2013) menunjukkan terdapat 23,688 orang klien telah mengikuti rawatan di Klinik C&C1M sehingga tahun 2012. Manakala, Laporan Dadah bagi bulan Disember 2013 pula menunjukkan terdapat 1500 orang klien yang telah mengikuti rawatan pada tahun 2013. Berdasarkan laporan tersebut, jumlah peserta program yang mengikuti rawatan di Klinik C&C1M adalah tinggi. Namun begitu, sehingga kini masih belum ada sebarang kajian saintifik yang memperincikan statistik yang tepat berkenaan jumlah peserta yang berjaya atau pun gagal mengikuti program di Klinik C&C1M dari aspek kesihatan mental dan spiritual bekas peserta program pemulihan dan rawatan di Malaysia. Selain itu juga, tiada instrumen khusus yang digunakan untuk melihat tahap kesihatan mental dan spiritual bekas penagih dadah di Malaysia. Perkara ini penting dan perlu diberi penekanan kerana menurut WHO (1998), pesakit dan pengamal perubatan sudah menyedari kepentingan nilai elemen kepercayaan, harapan, simpati dan mengambil berat tentang klien semasa proses rawatan dan pemulihan.

Metodologi Kajian

Kajian deskriptif menurut Walters (2008) adalah kajian yang dijalankan bertujuan untuk menceritakan fenomena sosial. Kajian berbentuk deskriptif dijalankan untuk mendapatkan maklumat atau penerangan yang sistematik tentang sesuatu populasi. Sidek Mohd Noah (2005) pula menjelaskan bahawa reka bentuk kajian deskriptif ini memberi penerangan yang sistematik tentang ciri-ciri sesuatu populasi atau bidang yang diminati secara tepat seperti menilai sikap pengundi pilihan raya atau kajian mengenai keperluan perkhidmatan bimbingan dan kaunseling di sektor korporat.

Populasi dan Sampel

Menurut Walizer dan Wienir (1979), populasi kajian perlulah terdiri daripada semua unit yang diperhatikan (diukur) dalam proses kajian. Manakala sampel pula adalah mereka yang dipilih daripada populasi kajian yang dimaksudkan. Majid Konting (2002) menyatakan persampelan merupakan strategi penyelidikan apabila penyelidik boleh mendapat maklumat mengenai sesuatu populasi daripada sebahagian individu yang menganggotai populasi tersebut. Beliau juga menyarankan agar reka bentuk persampelan dibuat dengan betul untuk memperolehi sampel yang benar-benar dapat mewakili populasi yang dikaji. Dalam kajian ini, populasi yang ingin dikaji adalah bekas peserta program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik C&C1M yang telah mengikuti pakej rawatan sama ada satu, dua atau tiga bulan dalam tahun 2010 sehingga 2013. Jadual di bawah menunjukkan lokasi penyelidik mengutip data dan juga bilangan responden yang terlibat :

Jadual Saiz Sampel Responden Mengikut Zon dan Negeri

Zon	Negeri	Klinik C&C1M	Saiz Sampel	Jumlah
Utara	Pulau Pinang	Bukit Mertajam	39	42
	Kedah	Karangan	3	
Timur	Kelantan	Bachok	3	79
	Kelantan	Kota Bharu	43	
	Pahang	Jerantut	31	
	Pahang	Sungai Ruan	2	
Tengah	Kuala Lumpur	Sungai Besi	142	144
	Selangor	Dengkil	2	
Selatan	Johor	Tampoi	42	75
	Negeri Sembilan	Tampin	33	
Jumlah Keseluruhan			340 orang	

Jadual di atas menunjukkan bilangan responden yang terlibat dan lokasi kajian. Kajian ini mengambil sebanyak 340 orang responden untuk mewakili 2898 orang klien yang telah mengikuti program rawatan di Klinik C&C1M di seluruh negara dalam tahun 2010 sehingga 2013. Saiz sampel ini ditentukan dengan merujuk kepada jadual saiz sampel Krejcie & Morgan (1970). Tetapi dalam kajian ini penyelidik menambah bilangan responden sehingga 473 orang untuk mendapatkan maklumat yang lebih bagi kajian ini.

Instrumen

Bagi tujuan kajian ini, dua buah soal selidik telah disediakan dan digunapakai oleh kumpulan penyelidik secara khusus untuk mencapai objektif kajian yang telah digariskan.

Soal Selidik Profil Responden

Borang soal selidik ini mengandungi dua bahagian. Bahagian A adalah mengenai latar belakang responden manakala Bahagian B pula adalah mengenai rekod pemulihan responden. Borang asal telah didapati daripada pihak AADK yang kemudiannya telah diubahsuai oleh penyelidik bagi digunakan dalam kajian ini. Melalui perbincangan secara bersama oleh penyelidik-penyelidik, beberapa item baru telah ditambah dalam borang. Item-item tambahan tersebut adalah seperti berikut : umur, bangsa, agama, lokaliti, alamat tempat kerja (sebelum dan selepas menjalani rawatan) dan tahap pendidikan tertinggi.

The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) versi Bahasa Melayu

WEMWBS adalah merupakan sebuah instrumen psikologi yang telah dibangunkan dengan pembiayaan oleh National Health Service (NHS) Scotland pada 2005. Inventori ini digunakan untuk mengukur dan memantau tahap kesejahteraan mental individu. Ia mengandungi 14 item positif berskala Likert skor 1 sehingga 5. Jumlah skor minima instrumen ini adalah 20 manakala skor maksima adalah 100. Nilai kebolehpercayaan dan kesahan inventori ini adalah 0.89 dan 0.91. Ia mempunyai kesahan kandungan yang tinggi. Ia juga telah menunjukkan korelasi yang tinggi dengan instrumen psikologi kesihatan mental yang lain. Hasil ujian test-retest menunjukkan nilai 0.83.

Bagi kajian ini, WEMWBS telah dialih bahasa daripada Bahasa Inggeris kepada Bahasa Melayu dan terdapat enam item spiritual telah ditambah dalam WEMWBS bertujuan untuk melihat aspek kesejahteraan spiritual responden. Kajian rintis telah dijalankan melibatkan 51 orang responden dan nilai kesahan adalah 0.91. WEMWBS versi terjemahan Bahasa Melayu ini diberi nama WEMWBS-ACREDA dan juga telah disahkan menggunakan teknik kesahan muka dan diterjemahkan menggunakan teknik terjemahan yang melibatkan empat orang pakar dalam bidang psikologi dan kaunseling. Hasil daripada analisis kebolehpercayaan bagi item-item spiritualiti menunjukkan nilai Alpha Cronbach 0.89. Berikut adalah item-item tambahan spiritual :

Jadual Item Tambahan Berkaitan Spiritual

Bil.	Item
1.	Saya rasa Tuhan ialah sebaik-baik penolong.
2.	Saya mempunyai kekuatan untuk menjauhi perkara mungkar.
3.	Saya rasa mudah untuk melakukan amal ibadah.
4.	Saya yakin masalah saya mudah diselesaikan jika saya rapat dengan Tuhan.
5.	Saya rasa dibimbing oleh Tuhan.
6.	Saya rasa dirahmati oleh Tuhan.

Kajian Rintis WEMWBS-ACREDA

Pada bulan Disember 2014, satu ujian kajian rintis telah dijalankan bagi instrumen WEMWBS-ACREDA. Soal selidik ini telah ditambah dengan enam item berkaitan dengan spiritual bertujuan untuk mengukur tahap keyakinan mereka terhadap agama.

Empat orang pakar dalam bidang kaunseling dan psikologi yang mahir dalam Bahasa Melayu dan Inggeris telah membuat kesahan muka (face validity) soal selidik ini. Kebolehpercayaan soal selidik ini telah diuji dengan melibatkan 51 orang responden in-patient di Klinik C&C1M Sungai Besi, Kuala Lumpur. Daripada kajian rintis ini, penyelidik telah mendapati nilai kebolehpercayaan soal selidik WEMWBS-ACREDA ini adalah seperti berikut :

Jadual Nilai Alpha Cronbach WEMWBS-ACREDA

Konstruk	Bilangan Item	Nilai Alpha Cronbach
Kesihatan Mental	14	0.87
Kesihatan Spiritual	6	0.89
Mental dan Spiritual	20	0.91

Pengumpulan Data

Kaedah pengumpulan data untuk kajian ini adalah berbentuk teknik persampelan berstrata. Teknik persampelan strata ini adalah dengan membahagikan populasi ke dalam kumpulan-kumpulan berbeza supaya sampel mewakili satu dan hanya satu strata sahaja (Bless & Higson-Smith, 1995). Neuman (2006) menyatakan bahawa teknik persampelan berstrata berbeza dengan teknik persampelan kebarangkalian tetapi lebih berkesan. Teknik persampelan berstrata adalah seperti berikut : Penyelidik membahagikan populasi kepada beberapa subpopulasi atau strata untuk mendapatkan maklumat tambahan tentang populasi. Setelah membahagikan populasi kepada strata tertentu, teknik persampelan rawak digunakan untuk setiap strata. Cara ini dapat membantu penyelidik untuk mengawal dan memastikan sampel yang dipilih dalam setiap strata. Kaedah ini akan mendapat sampel yang betul-betul mewakili populasi berbanding menggunakan teknik persampelan rawak yang sukar dikawal oleh penyelidik.

Analisis Data

Data-data kuantitatif dianalisis dengan menggunakan komputer peribadi dan perisian yang popular yang digunakan iaitu Statistical Package for the Social Science version 20 (SPSS v20). Dalam kajian ini data kuantitatif diperoleh daripada alat-alat ukur psikologi yang penyelidik gunakan iaitu; Borang Soal Selidik Profil Responden dan WEMWBS-ACREDA. Penyelidik menjalankan analisis deskriptif dan frekuensi bagi mendapatkan maklumat terperinci daripada data-data yang telah dikumpulkan.

Jadual Maklumat Responden

Taburan Responden	Frekuensi	Peratus
Klinik C&C1M Dengkil	4	0.8%
Klinik C&C1M Sungai Besi	123	26%
Klinik C&C1M Sungai Ruan	4	0.8%
Klinik C&C1M Jerantut	57	12.1%
Klinik C&C1M Karangan	7	1.5%
Klinik C&C1M Bukit Mertajam	98	20.7%
Klinik C&C1M Kota Baharu	62	13.1%
Klinik C&C1M Bachok	5	1.1%
Klinik C&C1M Tampin	22	4.7%
Klinik C&C1M Tampoi	91	19.2%
Jumlah	473	100%
Bangsa		
Melayu	435	92%
Cina	19	4%
India	16	3.4%
Lain-lain	3	0.6%
Jumlah	473	100%
Agama		
Islam	440	93%
Buddha	8	1.7%
Hindu	10	2.1%
Kristian	9	1.9%
Lain-lain	6	1.3%
Jumlah	473	100%
Lokaliti		
Bandar	311	65.8%
Luar Bandar	140	29.6%
Total	451	95.3%
Tidak Menjawab	22	4.7%
Jumlah	473	100%

Tahap Kesihatan Mental dan Spiritual Responden

Berdasarkan dapatan kajian mengenai kesejahteraan mental dan spiritual yang diukur menggunakan instrumen the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS), didapati hampir kesemua responden (f=467, 98.7%) menunjukkan skor antara 0-50. Berdasarkan pemarkahan skor yang digagaskan oleh Jabatan Perkhidmatan Awam, sebarang skor instrumen WEMWBS-ACREDA di bawah 50 dianggap sebagai mempunyai tahap kesejahteraan mental yang rendah. Jadual di bawah menunjukkan tahap kesihatan mental dan spiritual dalam kalangan bekas peserta program rawatan di Klinik C&C1M :

Jadual Tahap Kesejahteraan Mental dan Spiritual Dalam Kalangan Responden

	Frekuensi	Peratus
Skor 0-50	467	98.7%
Tidak Menjawab	6	1.3%
Jumlah Responden	473	100%

Perbincangan

WEMWBS (versi Bahasa Melayu)

WEMWBS versi Bahasa Inggeris telah dibangunkan oleh Tennant et. al. (2007) dengan pembiayaan daripada pihak National Health Service (NHS) Scotland pada 2005. Instrumen WEMWBS-ACREDA ini memiliki tahap kebolehpercayaan yang tinggi iaitu 0.91. Tahap kebolehpercayaan yang tinggi menunjukkan instrumen ini boleh digunakan untuk menerangkan keadaan sebenar populasi kajian. Responden yang menjawab soal selidik ini faham dan boleh memberi respon yang tepat.

Instrumen ini juga mempunyai enam item tambahan yang memfokuskan dari segi spiritualiti. Enam item ini adalah seperti jadual di bawah :

Jadual senarai item tambahan spiritual

Bil.	Item
·	Saya rasa Tuhan ialah sebaik-baik penolong.
·	Saya mempunyai kekuatan untuk menjauhi perkara mungkar.
·	Saya rasa mudah untuk melakukan amal ibadah.
·	Saya yakin masalah saya mudah diselesaikan jika saya rapat dengan Tuhan.
·	Saya rasa dibimbing oleh Tuhan.
·	Saya rasa dirahmati oleh Tuhan.

Item-item dalam jadual di atas telah diuji kepada 51 orang responden (in-patient) dan nilai kebolehpercayaan item-item ini ialah 0.89. Nilai ini menunjukkan tahap kebolehpercayaan item-item spiritual ini pada tahap yang tinggi. Hasil daripada keputusan kajian rintis dan kajian lapangan menunjukkan WEMWBS-ACREDA boleh digunakan untuk menjawab persoalan kajian dan mencapai objektif kajian untuk mengukur tahap kesihatan mental dan spiritual bekas peserta program rawatan, perubatan dan pemulihan di Klinik C&C1M.

Tahap Kesihatan Mental dan Spiritual

Dapatan kajian bagi tahap kesihatan mental dan spiritual menunjukkan kesemua responden yang menjawab skala ini (467 orang responden) berada dalam tahap kesihatan mental dan spiritual yang rendah. Perkara ini mungkin berlaku disebabkan kekurangan penekanan terhadap usaha membimbing responden kajian oleh pihak C&C1M terhadap kesihatan mental dan spiritual. Kesan daripada kurangnya penekanan kesihatan mental dan spiritual, boleh mendatangkan pelbagai masalah penyakit mental dan juga fizikal kepada diri seseorang. Ibrahim dan Fauziah (2008) menunjukkan penagih dadah mempunyai ciri-ciri emosi negatif, mengalami tekanan sosial dan konflik hubungan interpersonal.

Deykin, Levy dan Wells (1987) dalam kajiannya mendapati penyalahgunaan dadah mempunyai hubungan dengan kecelaruan tekanan atau major depressive disorder (MDD) serta diagnosis psikiatrik yang lain dalam kalangan pelajar-pelajar kolej berusia 16-19 tahun. Shedler dan Jonathan (1990) mengenal pasti remaja yang menyalahgunakan dadah terutamanya marijuana tidak dapat menyesuaikan diri, menunjukkan sindrom personaliti yang berbeza dengan cara pengasingan, lemah kawalan impuls dan mengalami tekanan emosi.

Disebabkan pakej rawatan C&C1M tidak mendatangkan kesan yang tinggi dalam pemulihan tahap kesihatan mental dan spiritual, bekas peserta berkemungkinan besar menghadapi masalah-masalah kesihatan mental dan spiritual sama seperti mereka yang tidak melalui pakej rawatan C&C1M dan perkara ini perlu diberi fokus oleh pihak AADK untuk melakukan tindakan yang proaktif.

Limitasi

Kajian ini mempunyai limitasinya tersendiri. Antara limitasi kajian ini adalah dari segi masa, di mana tempoh untuk menjejak dan mengesan bekas peserta program rawatan, pemulihan dan perubatan di Klinik C&C1M yang sesuai untuk menjadi sampel mengambil masa yang lama. Tetapi masalah ini dapat diatasi dengan bantuan kakitangan Klinik C&C1M yang terlibat dengan membuat pencarian responden dalam tempoh yang singkat. Terdapat beberapa soalan tidak dijawab oleh responden. Ini disebabkan oleh responden mungkin ingin menyembunyikan keadaan diri mereka yang sebenar.

Kesimpulan

Kajian ini menunjukkan bahawa instrumen WEMWBS-ACREDA sesuai digunakan untuk mengukur tahap kesejahteraan mental dan spiritual dalam kalangan individu normal yang terlibat dalam penyalahgunaan dadah di Malaysia kerana mempunyai kebolehpercayaan yang sangat tinggi. Instrumen ini juga mudah digunakan, senang ditadbir dan tidak mengambil masa yang lama untuk dijawab oleh responden. Kajian ini juga menunjukkan bekas peserta program rawatan C&C1M mempunyai tahap kesejahteraan mental dan spiritual yang rendah dan perlu diambil perhatian oleh pihak berwajib.

Rujukan

Arulrajah, A. A. (2005). Hubungan kesihatan psikologi dengan persepsi tekanan, stail menangani tekanan, dan sokongan sosial di kalangan pelajar universiti. Tesis sarjana yang tidak diterbitkan, Universiti Putra Malaysia, Serdang, Selangor.

Bless, C., & Higson-Smith, C. (1995). *Fundamental of Social Research Methods*. Juta and Company Ltd. Brisling, W.R. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*,

September 1970 vol. 1 no. 3 185-216. doi: 10.1177/135910457000100301

Deykin, E.Y., Levy, J.C., & Wells, V. (1987). Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health*, 77(2),: 178-182. doi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646826/>

Fauziah Ibrahim, Bahaman Abu Samah, Mansor Abu Talib dan Mohamat Shatar Sabran (2008). Penagih Dadah dan Keadaan Berisiko Tinggi Kembali Relaps. *Journal of Social Sciences and Humanities*, Vol. 7, No. 1, 38-49.

Hassan Langgulung (1983). *Teori-teori kesihatan mental: Perbandingan psikologi moden dan pendekatan pakar-pakar Pendidikan Islam*. Kajang: Pustaka Huda.

Kementerian Kesihatan Malaysia (2005). *Manual mesej utama dan sokongan: kempen cara hidup sihat setting tempat kerja*. Kuala Lumpur: Bahagian Pendidikan Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia.

Krejcie, Robert V.; Morgan, Daryle W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*, 30, 607-610.

Laporan Antidadah (2013), Agensi Antidadah Kebangsaan.

Majid Konting (2000). *Kaedah Penyelidikan Pendidikan*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka. Muhammad Yusuf Khalid (2010). Psycho-spiritual approach for drug addiction rehabilitation. *Jurnal Antidadah Kebangsaan*. 143-151.

Neuman, W.L. (2014). *Social Research Method: Quantitative and Qualitative Approach*, Pearson Education Limited.

Parameshvara, D.M. (2010). Malaysia mental health country profile. *Int Rev Psychiatry*, 16, 167-76.

Salasiah Hanin Hamjah (2000). Bimbingan spiritual menurut al-Ghazali dan hubungannya dengan keberkesanan kaunseling: satu kajian di pusat kaunseling majlis agama Islam negeri sembilan. *ISL MYY T 32* (2010): 41-61. doi: <http://journalarticle.ukm.my/7495/1/1863-3547-1-SM.pdf>

Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, Vol. 45(5), May 1990, 612-630. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.612>

Sidek Mohd Noah (2005). *Pengujian dan Penilaian dalam Kaunseling: Teori dan Aplikasi*. Selangor: Universiti Putra Malaysia.

Sussman, Nezami & Mishra (1997). On operationalizing spiritual experience for health promotion research and practice. *Alternative Therapies in Clinical Practice*, 4, 120-124.

Tennant Ruth, Hiller Louse, Fishwick Ruth, Platt Stephen, Joseph Stephen, Weich Scott, Parkinson Jane, Secker Jenny & Stewart-Brown Sarah (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:63.

Gibbons, Frederick X.; Pomery, Elizabeth A.; Gerrard, Meg; Sargent, James D.; Weng, Chih-Yuan; Wills, Thomas A.; Kingsbury, John; Dal Cin, Sonya; Worth, Keilah A.; Stoolmiller, Mike; Tanski, Susanne E.; Yeh, Hsiu-Chen (2010). Media as social influence: Racial differences in the effects of peers and media on adolescent alcohol cognitions and consumption. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 24(4), Dec 2010, 649-659. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020768>

Turbott, J. (2004). Religion, spirituality and psychiatry: steps towards reapproachment. *Australasian Psychiatry*, Vol. 12, Issue 2, 145-147. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1039-8562.2004.02094.x/abstract>

Vergheese, A. (2008). Spirituality and Mental Health. *Indian Journal Psychiatry*, 50(4): 233-237. doi: <http://dx.doi.org/10.4103%2F0019-5545.44742>.

Walizer, M. H., & Wienir, P. L. (1978). *Research Methods and Analysis: Searching for Relationships*. New York: Harper & Row.

Walter, M. (2008). *Indigenous Statistics: A Quantitative Research Methodology*. Left Coast Press.

Wills, Thomas Ashby, Gibbons, Frederick X., Gerrard, Meg, Murry, Velma McBride, Brody, Gene H. (2003). Family Communication and Religiosity Related to Substance Use and Sexual Behavior in Early Adolescence: A Test for Pathways Through Self-Control and Prototype Perceptions. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 17(4), Dec 2003, 312-323. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.17.4.312>

World Health Organisation. The constitution of the World Health Organisation. *WHO Chronicle* 1947;1.

Yeap, R., & Low, Y. Y. 2009. Mental health knowledge, attitude and help-seeking tendency: A Malaysian context.

Singapore Med Journal, 50, 12, 1169-1176.