

**PRAKTIS RAWATAN BUPRENORPHINE/NALOXONE DI
MALAYSIA: KAJIAN DALAM KALANGAN DOKTOR SWASTA
DAN PESAKIT**

MOHAMMAD NAZRI BIN MD DAZALI

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

2016

**PRAKTIS RAWATAN BUPRENORPHINE/NALOXONE DI
MALAYSIA: KAJIAN DALAM KALANGAN DOKTOR SWASTA
DAN PESAKIT**

Oleh

MOHAMMAD NAZRI BIN MD DAZALI

Tesis ini dihantar bagi melengkapkan keperluan bagi

Ijazah Sarjana

Julai 2016

PENGHARGAAN

Saya ingin merakamkan setinggi-tinggi penghargaan dan terima kasih saya kepada penyelia utama saya iaitu Profesor Madya Dr. B. Vicknasingam Kasinather di atas segala sokongan dan bimbingan disepanjang pengajian saya di Pusat Penyelidikan Dadah dan Ubat-Ubatan, Universiti Sains Malaysia. Saya juga amat berterima kasih kepada penyelia bersama saya iaitu Prof. Marek Chawarski, daripada Universiti Yale di atas bimbingan serta sokongan yang diberikan.

Saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada Dr. Darshan Singh, serta En. Firdaus b. Ramli daripada Pusat Penyelidikan Dadah dan Ubatan, Universiti Sains Malaysia yang telah banyak memberi bantuan dan sokongan disepanjang saya menyiapkan kajian saya ini. Ucapan terima kasih juga saya dedikasikan kepada semua kakitangan Pusat Penyelidikan Dadah dan Ubatan USM di atas segala bantuan dalam apa jua bentuk kepada saya semasa pengajian saya ini. Tidak lupa juga, ucapan terima kasih ini saya tujukan kepada semua ahli keluarga saya yang telah banyak membantu dan memberi sokongan moral kepada saya dalam menyiapkan tesis ini. Saya juga ingin mengucapkan setinggi kesyukuran kepada Allah s.w.t kerana dengan limpah dan kurniaNya, saya dapat juga menyiapkan tesis saya ini dalam masa yang telah ditetapkan.

Tidak lupa juga, saya ingin memberi penghargaan kepada majikan saya iaitu Kementerian Kesihatan Malaysia yang telah memberi peluang kepada saya untuk melanjutkan pengajian saya ini. Ribuan terima kasih juga kepada ketua jabatan dan rakan setugas saya yang berterusan menyokong usaha saya ini. Semoga kajian yang telah saya lakukan ini dapat memberi manfaat kepada diri saya, masyarakat, Kementerian Kesihatan Malaysia dan negara tercinta.

KANDUNGAN

Penghargaan.....	i
Kandungan.....	iii
Senarai Jadual	xvi
Senarai Singkatan.....	xviii
Abstrak.....	xxi
Abstract.....	xxiii

BAB 1 – PENGENALAN

1.0 Pengenalan.....	1
1.1 Situasi Penggunaan Dadah Global.....	1
1.2 Masalah Kebergantungan Dadah Di Asia.....	6
1.3 Masalah Kebergantungan Dadah Di Malaysia.....	7
1.4 Polisi Dadah Di Malaysia.....	16
1.5 Program Pengurangan Kemudaratan.....	19
1.6 Program Pengurangan Kemudaratan Di Malaysia.....	21
1.7 Rawatan Farmakologi Untuk Pengguna Dadah.....	24
1.8 Penyataan Masalah.....	25

1.9	Persoalan Kajian.....	26
1.10	Objektif Kajian.....	28
1.11	Skop Kajian.....	29
1.12	Signifikan Kajian.....	30
1.13	Limitasi Kajian.....	30
1.14	Kesimpulan.....	31

BAB 2 – ULASAN KARYA

2.0	Pengenalan.....	33
2.1	Pengenalan Kebergantungan Dadah.....	33
2.2	<i>Craving</i>	36
2.3	Gejala Tarikan (<i>Withdrawal</i>).....	37
2.4	Jenis Dadah Yang Disalahguna Dan Kesannya Kepada Manusia... 37	
2.4.1	Opiat.....	38
2.4.2	Heroin.....	40
	2.4.2 (a) Farmakokinetik Heroin.....	41
	2.4.2 (b) Kesan Heroin.....	41
	2.4.2 (c) Cara Pengambilan Heroin.....	42
2.4.3	Kodein.....	43

2.4.4	Kokain.....	43
2.4.5	Amphetamine.....	45
2.4.6	Methamphetamine.....	45
2.4.7	Ekstasi.....	47
2.4.8	Kanabis.....	48
2.4.9	Ketamin.....	50
2.4.10	Benzodiazepine.....	51
2.5	Rawatan Kebergantungan Dadah.....	52
2.6	Rawatan Psikososial Untuk Kebergantungan Dadah	53
2.6.1	Pengenalan Rawatan Psikososial.....	54
2.6.2	Bila Perlu Gunakan Rawatan Psikososial?	55
2.6.3	Jenis Rawatan Psikososial.....	56
2.6.3 (a)	<i>Motivational Interviewing</i>	56
2.6.3 (b)	<i>Cognitive Behavioural Therapy</i>	57
2.6.3 (c)	<i>Coping Skill Training</i>	57
2.6.3 (d)	<i>Cue Exposure</i>	58
2.6.3 (e)	<i>Behavioural Couples Therapy</i>	59
2.6.3 (f)	<i>Contingency Management</i>	59
2.6.3 (g)	<i>Psychodynamic Therapy</i>	60

2.6.3 (h)	<i>Relapse Prevention Strategies</i>	60
2.6.3 (i)	Program Rehabilitasi Residen.....	61
2.6.3 (j)	Program 12 Langkah.....	62
2.7	Rawatan Farmakologi Untuk Kebergantungan Opiod.....	63
2.7.1	Methadone.....	64
2.7.2	Levo Alpha Acetyl-Methadol (LAAM).....	69
2.7.3	Buprenorphine (BUP).....	72
2.7.3 (a)	Farmakologi Dan Farmakokinetik BUP.....	73
2.7.3 (b)	Kombinasi Buprenorphine/Naloxone (BNX).....	75
2.7.3 (c)	Memulakan Pesakit Dengan BUP.....	77
2.7.3 (a)(i)	Masa Pengambilan Dos Opiod Terakhir	78
2.7.3 (a)(ii)	Jangka Separuh Hayat Opiod Yang Digunakan.....	79
2.7.3 (a)(iii)	Jumlah Opiod Yang Digunakan.....	79
2.7.3 (d)	Dos Permulaan BUP.....	80
2.7.3 (e)	Kesan <i>Reinforcing</i> BUP: Potensi Disalahguna.....	81
2.7.3 (f)	Jangkamasa Kesan Agonis Dan Jadual Pendosan	82
2.7.3 (g)	Kesan Antagonis BUP Dan Jangkamasa Menghalang Kesan Opiod Lain.....	84

2.7.3 (h) Efikasi BUP Sebagai Agen Rawatan.....	84
2.7.3 (i) Menamatkan Rawatan BUP.....	85
2.7.3 (j) Pemberhentian BUP Secara Serta Merta.....	86
2.7.3 (k)Penjadualan Detoksifikasi BUP.....	87
2.7.3 (l) Interaksi BUP – Naltrexone.....	88
2.7.3 (m)Penggunaan Buprenorphine Dalam Populasi Khas	88
2.7.3 (a)(i) Jantina.....	89
2.7.3 (a)(ii) Pesakit HIV Positif	89
2.7.3 (a)(iii) Pesakit Mengandung.....	90
2.7.3 (a)(iv) Penyakit Hepar Dan Renal.....	91
2.7.4 Penyalahgunaan BUP dan BNX.....	92
2.7.5 Antagonis Opiod.....	97
2.7.5 (a) Naloxone.....	98
2.7.5 (b) Naltrexone.....	99
2.7.6 Detoksifikasi.....	100
2.8 Kesimpulan.....	101

BAB 3: METODOLOGI KAJIAN

3.0 Pengenalan.....	103
---------------------	-----

3.1	Lokasi Dan Populasi Kajian.....	103
3.2	Rekabentuk Kajian.....	104
3.3	Pengumpulan Data Kajian.....	106
3.4	Kaedah Persampelan.....	106
3.5	Insentif Kajian.....	109
3.6	Saiz Sampel.....	109
3.7	Peserta Kajian.....	110
3.8	Kriteria Inklusi.....	110
3.9	Kriteria Eksklusi.....	111
3.10	Ujian Urin Dadah.....	111
3.11	Instrumen Kajian.....	111
3.12	Prosedur Alih Bahasa Bagi Soalan Soal Selidik.....	114
3.13	Langkah Meminimakan <i>Acquiescence Biasness</i>	115
3.14	Langkah Meminimakan <i>Social Desirability Bias</i>	116
3.15	Kajian Rintis	117
3.16	Analisis Data.....	118
3.17	Kelulusan Etika.....	119

BAB 4: KEPUTUSAN (PESAKIT)

4.0	Pengenalan.....	120
4.1	Saiz Sampel.....	120
4.2	Maklumat Sosiodemografik Pesakit	121
4.3	Status Kesihatan.....	123
4.4	Keputusan Ujian Urin Dadah.....	124
4.5	Sejarah Penggunaan Dadah.....	125
4.6	Maklumat Rawatan BNX Pesakit.....	127
4.6.1	Tahun Pesakit Mula Menjalani Rawatan BNX.....	127
4.6.2	Kehadiran Pesakit Ke Klinik.....	128
4.6.3	Dos Harian BNX Pesakit.....	128
4.6.4	Kos Rawatan BNX Pesakit.....	129
4.6.5	Pendosan BNX Di Klinik.....	130
4.7	Praktis Doktor Swasta Dalam Memberikan Rawatan BNX Berdasarkan Pengakuan Pesakit.....	130
4.7.1	Pengambilan Pesakit Ke Dalam Rawatan BNX.....	131
4.7.2	Kekerapan Pesakit Berjumpa Doktor	131
4.7.3	Pendosan BNX.....	131
4.7.4	Pemeriksaan Ujian Urin Dadah.....	132

4.7.5	Pemeriksaan Tanda Suntikan.....	132
4.7.6	Perbincangan/Khidmat Nasihat Oleh Doktor	132
4.7.7	Tempoh Sesi Perbincangan/Khidmat Nasihat Doktor.....	133
4.7.8	Maklumat Rawatan Diberikan Doktor.....	133
4.7.9	Pesakit Diprekrib Benzodiazepine.....	134
4.7.10	Siapa Mendispens BNX?.....	134
4.7.11	Cara Pengendalian Pesakit Tertinggal Dos.....	135
4.7.12	<i>Doctor-Shopping</i> Dos BNX.....	135
4.7.13	Pesakit Mendapatkan Dos BNX Tambahan.....	135
4.7.14	Maklumat Dos BNX Pesakit.....	135
4.8	Penyalahgunaan BNX.....	136
4.8.1	Menyuntik BNX Dan Perkongsian Jarum	136
4.8.2	Mengambil BNX Dengan Cara Admintrasi Lain.....	136
4.8.3	Tidak Patuh Kepada Rawatan BNX.....	137
4.8.4	Mengambil BNX Bersama Benzodiazepine/Ubat Lain.....	137
4.8.5	Pesakit Menjual/Berkongsi Dos BNX.....	138
4.9	Pengetahuan Pesakit Tentang Penyalahgunaan Dadah Lain.....	139
4.9.1	Penyalahgunaan DBB Program Methadone KKM	139
4.9.2	Penyalahgunaan Dadah Lain.....	139

4.10	Halangan Dihadapi Pesakit Semasa Menjalani Rawatan BNX.....	141
4.11	Tahap Kepuasan Pesakit Terhadap Keberkesanan Rawatan BNX...	142

BAB 5: KEPUTUSAN (DOKTOR SWASTA)

5.0	Pengenalan.....	143
5.1	Saiz Sampel.....	143
5.2	Maklumat Sosiodemografik	144
5.3	Status Rawatan Farmakologi Lain Untuk Masalah Kebergantungan Dadah.....	145
5.4	Status Rawatan Psikososial Untuk Masalah Kebergantungan Dadah.....	145
5.5	Kadar Bayaran Rawatan Kebergantungan Dadah.....	146
5.6	Dos Harian Pesakit BNX.....	146
5.7	Latihan Yang Dijalani Doktor Swasta.....	147
5.8	Bahan Rujukan Bersesuaian Digunakan Dalam Rawatan.....	147
5.9	Pemeriksaan Perubatan Yang Dilakukan Semasa Pengambilan Masuk Pesakit Ke Dalam Rawatan BNX.....	148
5.10	Perjumpaan Doktor Swasta Dengan Pesakit.....	149
5.11	Pendosaan BNX Secara <i>Direct Observation Treatment</i> (DOT).....	150

5.12	Pemeriksaan Ujian Urin Dadah.....	150
5.13	Pemeriksaan Tanda Suntikan.....	151
5.14	Perbincangan/Khidmat Nasihat Kepada Pesakit.....	151
5.15	Praktis Mempreskrib Benzodiazepine Kepada Pesakit.....	152
5.16	Siapa Mendispens BNX Kepada Pesakit?	153
5.17	Menentukan Dos Terapeutik Rawatan BNX Pesakit.....	153
5.18	Dokumentasi Digunakan Doktor Swasta Semasa Rawatan.....	154
5.19	Pengetahuan Berkaitan Penyalahgunaan Dos Bawa Balik (DBB)	
	Program Methadone KKM	154
5.20	Pengetahuan Berkaitan Penyalahgunaan Dadah Lain.....	155
5.21	Pengetahuan Berkaitan Penyelewengan Rawatan BNX.....	156
5.21	Maklumat Rawatan Pesakit BNX.....	157
5.23	Halangan Yang Dihadapi Pesakit Semasa Menjalani Rawatan	
	BNX Daripada Prespektif Doktor Swasta.....	157

BAB 6: PERBINCANGAN

6.0	Pendahuluan.....	159
6.1	Sosiodemografik Pesakit.....	159
6.2	Masalah Dalam Kalangan Pesakit BNX.....	159

6.2.1	Pengambilan Dadah Lain Semasa Dalam Rawatan	159
6.2.2	Kurang Maklumat Berkaitan Rawatan	165
6.2.3	Kurang Kontak & Pendosan Secara <i>Direct Observation Treatment (DOT)</i>	167
6.2.4	<i>Doctor-Shopping</i> Dos BNX.....	169
6.2.5	Menyalahgunakan BNX.....	170
	6.2.5 (a) Menyuntik BNX Dan Perkongsian Jarum	
	Suntikan.....	171
	6.2.5 (b) Mengambil BNX Melalui Administrasi Lain.....	173
	6.2.5 (c) Mengambil BNX Bersama Benzodiazepine Atau	
	Ubat Lain.....	173
	6.2.5 (d) Tidak Patuh Kepada Rawatan BNX.....	174
6.3	Masalah Dalam Kalangan Doktor Swasta Yang Memberi	
	Rawatan BNX	174
6.3.1	Kurangnya Aspek Latihan Rawatan.....	175
6.3.2	Tidak Menggunapakai Bahan Rujukan Bersesuaian.....	176
6.3.3	Bilangan Pesakit Rawatan Kebergantungan Dadah	
	Yang Ramai.....	177
6.3.4	Kurangnya Aspek Rawatan Psikososial.....	178

6.3.5	Praktis Rawatan BNX Yang Kurang Memuaskan.....	179
6.4	Pengetahuan Berkaitan Penyalahgunaan.....	181
6.4.1	Rawatan BNX.....	181
6.4.2	Penyalahgunaan Dadah Lain.....	182
6.4.3	Penyalahgunaan DBB Program Methadone KKM.....	182
6.5	Halangan Yang Dihadapi Pesakit Semasa Menjalani Rawatan	184
6.5.1	Kos Rawatan BNX Yang Tinggi.....	186
6.6	Kesimpulan.....	188

BAB 7: KESIMPULAN

7.0	Pengenalan.....	190
7.1	Kesimpulan Keputusan Kajian.....	191
7.2	Implikasi Kajian.....	193
7.3	Limitasi Kajian.....	196
7.4	Cadangan Untuk Kajian Akan Datang.....	198
7.5	Kesimpulan.....	198

	RUJUKAN.....	199
--	--------------	-----

LAMPIRAN

Surat Pemakluman Kajian Oleh Universiti Sains Malaysia.....	242
Borang Soal Selidik Doktor Swasta	243
Borang Soal Selidik Pesakit Suboxone	257
Borang Kelulusan Jawatankuasa Etika Universiti Sains Malaysia	270
Borang Kebenaran Pesakit Menyertai Kajian	271

SENARAI JADUAL

		Muka surat
Jadual 2.1	Jenis Reseptor Opiod dan Kesan Aktivasinya	40
Jadual 3.1	Bilangan Klinik Swasta Yang Menawarkan Rawatan BNX dan Bilangan Pesakit BNX Mengikut Zon Kajian	107
Jadual 4.1	Bilangan Pesakit Kajian Mengikut Zon Kajian	120
Jadual 4.2	Data Sosiodemografik Pesakit Kajian (Jantina, Umur, Status Perkahwinan Dan Status Pendidikan)	121
Jadual 4.3	Data Sosiodemografik Pesakit Kajian (Status Pekerjaan, Pendapatan Bulanan Dan Status Tempat Tinggal)	122
Jadual 4.4	Keputusan Ujian Urin Dadah Pesakit Kajian	124
Jadual 4.5	Sejarah Kebergantungan Dadah Pesakit Dan Pengambilan Dadah Dalam 30 Hari Yang Lepas	127
Jadual 4.6	Tahun Pesakit Mula Menjalani Rawatan BNX	128
Jadual 4.7	Pecahan Bilangan Pesakit Mengikut Dos Harian BNX	129
Jadual 4.8	Bilangan Pesakit Mengikut Kos Bulanan Rawatan BNX	130
Jadual 4.9	Maklumat BNX Yang Diberikan Doktor Swasta Kepada Pesakit	133
Jadual 4.10	Jenis Ubat Lain Yang Diambil Bersama BNX Oleh Pesakit	137
Jadual 4.11	Alasan Pesakit Mengambil BNX Bersama Ubat Lain	138
Jadual 4.12	Pengetahuan Pesakit Berkaitan Penyalahgunaan Dos Bawa Balik (DBB) Program Methadone KKM	139

Jadual 4.13	Pengetahuan Pesakit Berkaitan Penyalahgunaan Dadah Lain	140
Jadual 4.14	Halangan Yang Dihadapi Pesakit Semasa Menjalani Rawatan BNX	141
Jadual 5.1	Bilangan Doktor Swasta Mengikut Zon Kajian	143
Jadual 5.2	Bidang Pengkhususan Doktor Swasta Yang Menawarkan Rawatan BNX	144
Jadual 5.3	Jenis Rawatan Farmakologi Lain Untuk Rawatan Kebergantungan Dadah	145
Jadual 5.4	Kadar Bayaran Dikenakan Doktor Swasta Kepada Pesakit Kebergantungan Dadah	146
Jadual 5.5	Pecahan Dos Harian BNX Pesakit	147
Jadual 5.6	Jenis Pemeriksaan Perubatan Yang Dilakukan Semasa Pengambilan Masuk Pesakit Ke Dalam Rawatan BNX	149
Jadual 5.7	Kekerapan Doktor Berjumpa Pesakit BNX Yang Stabil	150
Jadual 5.8	Maklumat Rawatan BNX Diberikan Doktor Swasta Kepada Pesakit BNX	152
Jadual 5.9	Pengetahuan Doktor Swasta Berkaitan Penyalahgunaan DBB Program Methadone KKM	154
Jadual 5.10	Pengetahuan Doktor Swasta Berkaitan Penyalahgunaan Dadah Lain	155
Jadual 5.11	Halangan Yang Dihadapi Pesakit Semasa Menjalani Rawatan BNX Daripada Perspektif Doktor	157
Jadual 6.1	Praktis Rawatan BNX Berdasarkan Pengakuan Pesakit Dan Pengakuan Doktor Swasta	180
Jadual 6.2	Perbandingan Harga Suboxone	188

SENARAI SINGKATAN

AADK	Agensi Anti Dadah Kebangsaan
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ATS	<i>Amphetamine Type Stimulant</i>
BKP	Bahagian Kawalan Penyakit
BNX	Buprenorphine/Naloxone
BPF	Bahagian Perkhidmatan Farmasi
BPFK	Biro Pengawalan Farmaseutikal Kebangsaan
BUP	Buprenorphine
CSAT	<i>Centre of Substance Abuse Treatment</i>
DBB	Dos Bawa Balik
DOT	<i>Direct Observed Treatment</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
LAAM	Levo-Alpha Acetyl Methadol
MDMA	3, 4-methylene- <i>N</i> -methylamphetamine
METH	Methamphetamine
MI	<i>Motivational Interviewing</i>

PDS	Pengguna Dadah Suntikan
SAMSHA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
SPIKES	Sistem Pengurusan Integrasi Kawalan Efektif Dadah
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Sessions On HIV and AIDS</i>
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i>
NIDA	<i>National Institute of Drug Abuse</i>
AMAM	<i>Addiction Medicine Association of Malaysia</i>
DEA	<i>Drug Enforcement Administration</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
NSEP	<i>Needle Syringe Exchange Program</i>
USA	<i>United States of America</i>

Definisi terminologi

Gejala tarikan	Simptom klinikal yang membuat seseorang pengguna dadah tidak selesa akibat daripada tidak mengambil sesuatu jenis dadah.
<i>Craving</i>	Keinginan atau kehendak yang kuat oleh seseorang pengguna dadah untuk terus mengambil dadah tersebut.
Toleran	Situasi di mana pengguna dadah perlu mengambil sesuatu jenis dadah dalam jumlah yang lebih banyak untuk mendapatkan kesan yang sama.
<i>Supervised-dosing</i>	Juga adalah bersamaan dengan <i>Direct Observation Treatment (DOT)</i> yang bermaksud pesakit perlu menelan ubat (BNX) dengan sempurna di bawah pengawasan kakitangan klinik.

**PRAKTIS RAWATAN BUPRENORPHINE/NALOXONE DI MALAYSIA:
KAJIAN DALAM KALANGAN DOKTOR SWASTA DAN PESAKIT**

ABSTRAK

Buprenorphine/Naloxone (BNX) merupakan sejenis ubat yang digunakan bagi merawat masalah kebergantungan dadah jenis opioid. Sejak rawatan ini diperkenalkan pada tahun 2006, tiada kajian dibuat bagi mengenalpasti praktis rawatan BNX yang diberikan oleh doktor swasta. Tujuan kajian ini adalah untuk mengenalpasti masalah yang dihadapi pesakit dan doktor swasta yang memberikan rawatan BNX, mengenalpasti praktis rawatan BNX dan mengenalpasti halangan yang dihadapi pesakit dalam menjalani rawatan. Sejumlah 253 orang pesakit dan 88 orang doktor swasta dari Semenanjung Malaysia telah mengambil bahagian dalam kajian ini yang dilakukan secara kaedah keratan rentas dengan menggunakan borang soal selidik. Majoriti pesakit (92%) berpuashati dengan keberkesanan BNX, dengan 79% mengambil dos harian BNX pada dos 2 mg ke bawah. Walaupun begitu, 55.2% pesakit masih mengambil dadah terlarang lain. Kajian juga mendapati 65% pesakit tidak pernah menjalani sesi khidmat nasihat dengan doktor bagi mendapatkan maklumat berkaitan rawatan mereka, 92% pernah mengambil BNX melalui cara administrasi lain selain sublingual dan 78% pesakit mengaku mengambil dos BNX mereka beberapa kali sehari. Dalam kalangan doktor swasta pula, hanya 2.3% dalam bidang rawatan kebergantungan dadah dan majoriti (81.8%) dalam bidang general practitioner. Kajian juga mendapati 1) kurangnya latihan (78.4%) 2) kurangnya penggunaan bahan rujukan yang bersesuaian dengan rawatan BNX (10.3%), dan 3) kurangnya rawatan psikososial diberikan (14% ke 33%). Kajian juga mendapati

praktis rawatan doktor swasta tidak memuaskan seperti praktis 1) tiada pemeriksaan ujian urin dadah (27%), 2) tiada pemeriksaan tanda suntikan (28%), 3) tiada pendosan secara supervised-dosing (17%), dan 4) tiada sesi kaunseling dengan pesakit (35%). BNX juga disalahgunakan secara doctor-shopping (80%), menjual atau berkongsi dos BNX (79%), pengambilan BNX bersama benzodiazepine (10%), menyuntik BNX (57%) dan doktor mempreskrib BNX secara berlebihan (27.3%). Penyelewengan Program Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) juga adalah tinggi; 67% doktor swasta dan 86.2% pesakit sedar tentang hal ini. Halangan utama bagi pesakit (64.4%) semasa menjalani rawatan BNX adalah kos rawatan BNX yang tinggi. Kesimpulannya, praktis rawatan BNX oleh doktor swasta di Malaysia adalah tidak memuaskan dan kerajaan perlu menetapkan polisi khas untuk meningkatkan kualiti rawatan BNX.

**BUPRENORPHINE/NALOXONE TREATMENT PRACTICES IN
MALAYSIA:
A STUDY AMONG PRIVATE DOCTORS AND PATIENTS**

ABSTRACT

Buprenorphine/Naloxone (BNX) is a pharmacological treatment for opioid dependency. Since its introduction in Malaysia in 2006, no study has been carried out looking at the treatment practices. The objective of this study is to identify problems encountered by BNX patients and private doctors, treatment practices and barriers experienced by patients who are in treatment. This cross-sectional study was carried out by using 2 different sets of questionnaire among 253 BNX patients and 88 private doctors in Peninsular Malaysia. Majority of BNX patients (92%) were satisfied with the treatment with average daily dose of 2 mg BNX. However, half of the patients (55.2%) were still using other drugs while on treatment. This study also showed about 65% patients had never been counselled about BNX treatment by their doctor, 92% had administered BNX using different routes other than sublingual, and 78% admitted taking BNX multiple times in a day. Among private doctors, only 2.3% had specialty in drug dependence treatment while 81.8% were general practitioners. The study also showed 1) lack of training (78.4%), 2) lack of use of reference material related to treatment (10.3%) and 3) lack of psychosocial treatment offered (14-33%) among private doctors. The study also found unsatisfactory practice among doctors in terms of 1) infrequent drug urine test conducted (27%), 2) lack of observation for injection marks (28%), 3) lack of supervised-dosing (17%), and 4) lack of counselling given to patients (35%). BNX was also misused through doctor-shopping (80%), selling or sharing of BNX doses (79%), taking BNX with

benzodiazepine (10%), injecting BNX (57%) and over prescribing of BNX by doctors (27.5%). Diversion of methadone in the Ministry of Health Methadone Program was found to be very alarming with 67% doctors and 86.2% patients reporting awareness of it. The study also found that 64.45% of the patients blamed the high cost of BNX treatment as the main barrier to treatment. In conclusion, practice of BNX treatment among private doctors in Malaysia is still unsatisfactory. Malaysian government should come out with a standard policy for BNX treatment to increase the quality of treatment provided.

BAB 1

PENGENALAN

1.0 Pengenalan

Dalam bab ini, pengenalan kepada tesis ini akan dibincangkan. Perbincangan akan merangkumi masalah kebergantungan dadah global, masalah kebergantungan dadah di benua Asia dan seterusnya masalah sejarah kebergantungan dadah di Malaysia. Latar belakang rawatan kebergantungan dadah di Malaysia juga akan dibincangkan secara ringkas. Seterusnya persoalan kajian serta objektif kajian juga akan dibincangkan dalam bab ini.

1.1 Situasi Penggunaan Dadah Global

Berdasarkan Laporan Dadah Sedunia 2013 oleh *The United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) didapati secara amnya situasi penggunaan dadah dunia pada tahun 2012 adalah stabil. Walaupun terdapat peningkatan anggaran pengguna dadah di seluruh dunia, anggaran bilangan mereka yang ketagih dan bergantung kepada penggunaan dadah adalah stabil. Peningkatan anggaran pengguna dadah adalah berkemungkinan disebabkan oleh peningkatan populasi manusia secara amnya.

Pada tahun 2012, dianggarkan hampir 162 juta ke 324 juta orang berusia dalam lingkungan umur 15 ke 64 tahun pernah menggunakan dadah. Ini merupakan 3.6% ke 6.9% daripada populasi dewasa dunia. Prevalen penyalahgunaan dadah dan jumlah pengguna dadah yang telah sampai peringkat ketagihan adalah masih kekal stabil iaitu pada jumlah 27 juta orang dan dalam julat 16 juta ke 39 juta orang (UNDOC, 2014). Semenjak tahun 2009, prevalen penggunaan kanabis, opioid dan

opiat telah meningkat manakala prevalen untuk penggunaan kokain, *amphetamine type stimulants* (ATS) dan ekstasi menunjukkan pola penurunan di antara tahun 2009 sehingga tahun 2011. Namun semenjak tahun 2008, anggaran jumlah individu yang menggunakan dadah pada tahun sebelumnya telah meningkat sebanyak 18% secara keseluruhannya, di mana ini berkemungkinan disebabkan oleh peningkatan populasi dunia dan juga peningkatan yang sedikit dalam prevalen penggunaan dadah (UNODC, 2014).

Kanabis adalah kumpulan dadah yang paling meluas dan paling banyak dihasilkan di dunia (UNODC, 2014). Penggunaannya secara global telah meningkat terutamanya di rantau Asia sejak tahun 2009. UNODC menganggarkan hampir 125 juta ke 227 juta orang pernah menggunakan kanabis pada tahun 2012 dengan anggaran 2.7% sehingga 4.9% melibatkan populasi berumur 15 ke 64 tahun. Kumpulan dadah opiat dan opioid menunjukkan kumpulan dadah kedua terbanyak disalahgunakan iaitu dalam anggaran 41 juta ke 58 juta orang pernah menggunakan dadah dalam kumpulan ini pada tahun 2012. Kumpulan dadah ini juga menunjukkan peningkatan penggunaan di seluruh dunia. Manakala kumpulan dadah *Amphetamine Type Stimulant* (ATS) adalah kumpulan dadah ketiga terbanyak digunakan di dunia. Adalah dianggarkan 13.9 juta ke 55 juta orang populasi dunia pernah menggunakan ATS pada tahun 2012 (UNODC, 2014), tetapi penggunaan ekstasi (sejenis dadah daripada kumpulan dadah ATS) menunjukkan penurunan penggunaannya secara global kecuali di rantau Oceania (2.9%), Amerika Utara (0.9%) dan Eropah (0.7%).

UNODC juga menganggarkan 12.7 juta pengguna dadah (dalam julat 8.9 juta sehingga 22.4 juta) menggunakan dadah secara suntikan pada tahun 2012. Tabiat

menyuntik dadah dengan cara yang tidak selamat boleh menyebabkan komplikasi kesihatan kepada pengguna dadah suntikan (PDS) terutamanya jangkitan HIV, hepatitis C dan juga hepatitis B. Laporan UNAIDS pada tahun 2013 melaporkan jangkitan HIV dalam kalangan PDS masih kekal tinggi sehingga menyumbang 40% jangkitan baru di beberapa buah negara dan ini menyebabkan masalah kesihatan yang besar. UNAIDS (2013) menganggarkan 1.7 juta orang PDS menghidap HIV (dalam julat 0.9 juta sehingga 4.8 juta). Satu kajian terkini melaporkan sebanyak 1.98 juta orang PDS telah kehilangan nyawa disebabkan jangkitan HIV manakala sebanyak 494 ribu orang PDS telah kehilangan nyawa akibat jangkitan hepatitis C pada tahun 2010 (Degenhardt et al., 2013). Prevalen HIV dalam kalangan PDS di seluruh dunia pada tahun 2012 adalah pada 13.1% (UNODC, 2014).

Walaupun begitu, penggunaan dadah pelbagai (*polydrug*) terutamanya kombinasi ubat preskripsi dengan dadah terlarang perlu diberi perhatian. Hampir 60% negara di dunia, mengkategorikan penyalahgunaan ubat penenang (*sedatives* dan *tranquilizers*) yang selalunya diperolehi melalui preskripsi doktor di antara tiga dadah utama yang disalahguna (UNODC, 2014).

Peningkatan bilangan dadah jenis *New Psychoactive Substance* (NPS) yang mudah diperolehi juga merupakan antara isu utama dalam masalah kesihatan. Ini kerana dadah jenis ini bukan sahaja semakin digemari tetapi juga kekurangan maklumat saintifik mengenai kesan sampingan atau masalah kesihatan yang boleh berlaku akibat daripada penggunaan dadah jenis ini (UNODC, 2014). Penggunaan terma *New Psychoactive Dadahce* secara legalnya telah didefinisikan oleh Kesatuan Eropah sebagai dadah narkotik atau bahan psikotropik yang baru; samada dalam

bentuk asli atau lain-lain persediaan yang tidak dijudualkan di bawah *Single Convention on Narcotic Drugs of 1961* atau di bawah *Convention on Psychotropic Substances of 1971*, yang mana boleh memberikan kesan kesihatan yang sama dengan sebarang dadah yang dijudualkan apabila diambil oleh pengguna dadah tersebut. Dadah jenis NPS ini termasuklah Phenethylamines, Tryptamines, Tryptamines, Piperazines, *Synthetic cathinone*, *Synthetic cannabinoid* dan dadah-dadah lain seperti ketamin dan dextromethorphan (UNODC, 2014).

Kebergantungan kepada dadah jenis opiat merupakan masalah kebergantungan dadah dan masalah kematian akibat toksisiti yang utama di seluruh dunia (UNDOC, 2014). Pada tahun 2013, kebergantungan opiat dan ubat preskripsi opioid yang lain dianggarkan meliputi sejumlah 28.6 dan 38 juta orang di seluruh dunia iaitu menyumbang 17.7% masalah kebergantungan dadah di seluruh dunia. Laporan ini juga melaporkan maklumat pengeluaran dadah jenis opiat daripada pokok *opium poppy* telah menunjukkan peningkatan yang ketara di Afganistan iaitu negara pengeluar utama iaitu peningkatan 36% keluasan kawasan pengeluaran daripada 154,000 ekar pada tahun 2012 kepada 209,000 ekar pada tahun 2013. Dilaporkan juga bahawa pengeluaran dadah jenis opiat di seluruh dunia pada tahun 2013 telah mencapai jumlah paling banyak iaitu mencapai 296,720 ekar kawasan pengeluaran dan hampir setara dengan waktu puncak pengeluaran opiat pada tahun 2007 (UNODC, 2014).

Peningkatan yang ketara ini mungkin disebabkan perubahan pola kebergantungan di kebanyakan negara terutamanya di Amerika Syarikat di mana pengguna dadah opioid sintetik telah kembali menyalahgunakan opiat. Perubahan

pola kebergantungan dadah ini kemungkinan disebabkan oleh penambahbaikan formulasi ubatan opioid sintetik yang selalu disalahguna seperti OxyContin kepada formulasi yang lebih sukar untuk disalahgunakan (UNDOC, 2014). Di benua Asia, di mana terletaknya Malaysia juga mempunyai negara pengeluar opiat yang besar iaitu negara Myanmar dan juga Laos. Laporan UNDOC 2014 melaporkan kawasan pengeluaran opiat di Myanmar juga menunjukkan pola peningkatan. Malah benua Asia menunjukkan kadar prevalen kebergantungan opiat yang paling tinggi iaitu pada kadar 1.21% berbanding benua lain dan juga kadar prevalen purata dunia. Maka itu benua Asia merupakan juga benua yang mempunyai bilangan pengguna opiat yang paling tinggi iaitu mencecah sejumlah 6.8 juta orang dan secara spesifik Benua Asia Selatan mempunyai hampir 3.4 juta pengguna dadah opiat.

Transaksi bekalan opiat di benua Asia juga menunjukkan peningkatan terutamanya di Indonesia dan Malaysia. Di Malaysia sahaja dianggarkan mempunyai sejumlah 300,000 orang pengguna (1.1% populasi Malaysia) dengan anggaran 45% daripadanya adalah pengguna dadah opiat (AADK, 2013) dan 170,000 daripadanya menggunakan dadah opiat secara suntikan (*Global Aids Response Progress Report Malaysia, 2014*). Kebanyakan bekalan opiat di Malaysia diperolehi daripada negara Myanmar (UNDOC, 2014). Pihak berkuasa Malaysia telah merampas sejumlah 763 kg dadah jenis heroin dan 6,990 liter kodein pada tahun 2013 iaitu meningkat sebanyak 2242% dan 25.46% masing-masing berbanding tahun sebelumnya (AADK, 2013).

1.2 Masalah Kebergantungan Dadah Di Asia

Di kebanyakan negara di Asia, masyarakat melihat masalah kebergantungan dadah adalah merupakan masalah sosial dan bukannya masalah kesihatan. Ini disebabkan masalah kebergantungan dadah ini adalah bertentangan dengan nilai, cara hidup serta agama sesebuah masyarakat. Maka itu, masalah kebergantungan dadah akan dilihat sebagai jenayah dengan hukuman yang keras. Bahagian anti-narkotik, pihak keselamatan tempatan serta polis adalah pihak yang bertanggungjawab dalam mengendalikan masalah kebergantungan ini yang merangkumi langkah pencegahan, rehabilitasi dan program intervensi. Langkah pencegahan termasuklah usaha menangkap dan menjatuhkan hukuman yang berat kepada pengedar dan pengguna dadah (Kamarudin, 2007). Langkah rehabilitasi dan intervensi pula termasuklah menghukum semua pengguna dadah untuk menjalani proses pemulihan di pusat pemulihan secara paksaan untuk satu tempoh yang lama (satu ke dua tahun atau tempoh yang lebih lama). Kebanyakan pusat pemulihan tersebut adalah berdasarkan kepada model penjara, di mana pusat pemulihan ini membataskan pergerakan seseorang individu dalam persekitaran terhad yang terkawal dan dadah terlarang tidak mudah didapati (Kamarudin, 2007). Pusat pemulihan ini juga menyediakan sesi pembelajaran dan pekerjaan di samping aktiviti rekreasi yang terhad. Bagi pengguna dadah yang telah melalui program rehabilitasi dengan model sebegini, mereka sukar untuk kekal pulih dan bebas daripada dadah dan kadar relaps selepas dibebaskan adalah tinggi. Faktor utama masalah ini terjadi adalah kerana mereka tidak bersedia dari segi psikologi dan emosi semasa bebas; tidak mempunyai sokongan keluarga serta tiada sokongan sosial; kurang peluang pekerjaan serta berdepan dengan stigma yang tinggi dalam kalangan masyarakat akibat penahanan mereka yang lepas (Stockman & Strathdee, 2010).

Ketiadaan intervensi rawatan yang spesifik dan efektif menyebabkan langkah-langkah yang diambil untuk mengekang masalah dadah ini masih tidak berjaya walaupun dengan pelaksanaan undang-undang dadah yang berat. Penyalahgunaan dadah dan insiden jangkitan HIV dalam kalangan pengguna dadah dan populasi umum terus meningkat di antara tahun 1990-an ke 2000-an (UNODC, 2010; UNODC, 2011). Malah penyalahgunaan dadah telah dikenalpasti antara faktor utama punca jangkitan HIV/AIDS di Asia (UNAIDS, 2014). Semua kegagalan ini serta keseriusan masalah jangkitan HIV/AIDS telah menyebabkan banyak kerajaan mula menilai semula pendekatan dan polisi berkaitan dadah di negara masing-masing dalam usaha menangani masalah ini. Berikutan daripada itu, beberapa kerajaan seperti Malaysia, Indonesia, China, Taiwan, Myanmar, Vietnam, dan Kemboja telah meluluskan dan memperkenalkan pendekatan kesihatan seperti rawatan terapi gantian dengan methadone dan buprenorphine sebagai pendekatan tambahan kepada penguatkuasaan undang-undang terhadap pengguna dadah.

Prinsip asas bagi menyediakan rawatan kesihatan kepada masalah kebergantungan dadah juga adalah sama seperti prinsip rawatan kesihatan kepada penyakit kronik yang lain (seperti diabetes, hipertensi atau asma) walaupun masing-masing mempunyai perbezaan dari segi punca penyakit, pilihan ubat yang boleh digunakan serta tindakbalas terhadap ubat yang digunakan (Mc Lellan et al., 2000).

1.3 Masalah Kebergantungan Dadah di Malaysia

Malaysia mula mengalami masalah yang ketara dengan kebergantungan dadah sejak tahun 1970-an. Sehingga kini masalah kebergantungan dadah masih menjadi masalah sosial paling utama di Malaysia. Dadah paling utama yang

disalahgunakan di Malaysia adalah dadah heroin dan ia amat mudah didapati. Pada penghujung 1800-an dan awal 1900-an, opium bukan sahaja boleh diimport tanpa sekatan, malah ia boleh ditanam di kebun-kebun secara terbuka untuk tujuan menjana ekonomi (Rusdi et al., 2008). Kerajaan kolonial pada masa itu juga tidak meletakkan sebarang sekatan terhadap aktiviti ini kerana aktiviti ini memberi sumber kewangan yang banyak kepada pemerintah (Kamarudin, 2007).

Malaysia adalah merupakan sebuah negara Islam yang terletak di Asia Tenggara dengan populasi penduduk seramai 29,703,240 orang (Singh, 2013). Dari segi geografi, Malaysia terletak berdekatan dengan segitiga emas yang merujuk kepada lokasi pengeluaran dadah jenis opiat terbesar di dunia. Bermula dengan kebergantungan opium oleh imigran berbangsa Cina di mana pada tahun 1929, sejumlah 52,313 pengguna opium dikenalpasti dan angka ini meningkat mencecah 75,000 pada tahun 1941 (Kamarudin, 2007). Opium bukan sahaja diimport masuk ke Malaysia, malah terdapat juga opium yang ditanam dan dikeluarkan secara domestik. Kerajaan British pada masa tersebut tidak mengharamkan proses penanaman tersebut kerana secara tidak langsung penanaman opium ini telah memberi manfaat secara ekonomi kepada kerajaan British. Hanya pada tahun 1952, Akta Dadah Merbahaya telah diperkenalkan di Malaysia dan berikutan itu, penanaman dan penggunaan opium telah menjadi satu kesalahan (Kamarudin, 2007). Pada penghujung tahun 1960-an dan awal 1970-an, berlaku perubahan kepada pola masalah kebergantungan dadah di mana generasi muda telah mula menggunakan pelbagai dadah sintetik serta kanabis dalam kebergantungan mereka. Praktis gaya hidup 'hippie' dan Perang Vietnam telah menyebabkan heroin dan ganja mula digunakan di Malaysia (Kamarudin, 2007).

Di Malaysia, heroin biasanya digunakan secara suntikan atau secara ‘*chase*’ yang lebih dikenali dengan istilah *chasing the dragon*. Perbuatan *chasing the dragon* merujuk kepada perbuatan pengguna dadah yang meletakkan heroin di atas foil aluminium dan dipanaskan menggunakan api atau pemanas. Asap yang terhasil akan dihidu terus atau dihidu dengan menggunakan straw (Strang et al., 1997). Walaupun begitu, pada akhir-akhir ini, penggunaan *Amphetamine Type Stimulants* (ATS) termasuk kristal amphetamine dan lain-lain pil yang mengandungi amphetamine telah menunjukkan pola kebergantungan yang semakin meningkat (McKetin R et al., 2008 & UNODC, 2010). Ini dibuktikan dengan laporan Agensi Anti Dadah Kebangsaan pada tahun 2013 yang mendapati hampir 60% pengguna dadah secara suntikan (PDS) di Malaysia juga didapati menggunakan amphetamine dengan sejumlah 29% daripada mereka juga pernah menyuntik ATS. Perubahan corak penggunaan dadah terbaru ini di samping peningkatan masalah jenayah berkaitan dadah, telah menyebabkan kerajaan Malaysia memberi fokus yang lebih untuk menangani masalah tersebut. Maka sejak tahun 1970-an, kerajaan Malaysia telah meluluskan hukuman yang amat berat kepada sebarang jenayah pengedaran dadah. Kerajaan Malaysia juga telah bertindak proaktif dengan menubuhkan *National Association Against Drug Abuse* (PEMADAM) pada tahun 1976 (Narayanan et al., 2008) dengan objektif penubuhannya adalah untuk meningkatkan kesedaran masyarakat tentang bahaya dadah. Pada tahun 1975, pindaan kepada Akta Dadah Merbahaya 1952 telah diluluskan di mana inilah pertama kalinya program rehabilitasi digunapakai dalam menangani masalah pengguna dadah (Abd. Rani, 2007).

Berdasarkan laporan AADK pada tahun 2014, sejumlah 60,351 pengguna dadah dikenalpasti di antara tahun 2009 ke tahun 2013. Kebergantungan kepada opiat masih merupakan kebergantungan yang utama iaitu pada tahun 2013, sejumlah 75.7% kes kebergantungan dadah yang dikesan adalah melibatkan dadah jenis opiat iaitu heroin dan morfin (AADK, 2014). Hakikatnya, jumlah sebenar pengguna dadah adalah jauh lebih ramai daripada angka yang dilaporkan. Pada tahun 2012, Kumpulan Rujukan kepada *United Nations on HIV and Injecting Drug Use*, menganggarkan terdapat 170,000 ke 240,000 pengguna dadah secara suntikan di Malaysia dan kadar prevalen HIV dalam kalangan PDS ini adalah pada 10.3% manakala bilangan pengguna dadah suntikan (PDS) yang menghidapi AIDS adalah sejumlah 22% (Mathers et al., 2008; UNGASS, 2010). Sehingga tahun 2013, sejumlah 30,000 orang pengguna dadah telah mendapatkan rawatan gantian dadah di fasiliti kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dan sejumlah 35,000 orang lagi mendapatkan rawatan tersebut di pusat perubatan swasta (Bahagian Kawalan Penyakit KKM 2014; Bahagian Perkhidmatan Farmasi KKM, 2014).

Laporan Dadah Kebangsaan 2013 juga melaporkan sejumlah 5,136 pengguna dadah telah mendapatkan rawatan dan pemulihan di pusat rawatan dan pusat pemulihan kendalian AADK di seluruh negara. Sehingga kini, hampir 56,314 pengguna dadah juga terlibat dalam program pemulihan lain di bawah seliaan AADK.

Laporan tersebut juga melaporkan dadah heroin masih menjadi dadah yang paling popular dan digunakan secara meluas dalam kalangan pengguna dadah di Malaysia, diikuti oleh dadah kanabis sebanyak 20% dan dadah *Amphetamine Type*

Stimulant (ATS) sebanyak 8.1%. Rampasan dadah *heroin base*, heroin no 3, kokain, syabu, pil yaba, pil psikotropik dan air ketum juga menunjukkan peningkatan pada tahun 2013 berbanding tahun 2012. Rampasan dadah *heroin base* dan kokain menunjukkan peningkatan yang paling tinggi iaitu peningkatan sebanyak 2135% dan 956.8% masing-masing (AADK, 2013). Laporan tersebut juga melaporkan tangkapan individu yang menggunakan dadah di bawah Akta Dadah Merbahaya 1952 meningkat sebanyak 10.72 % iaitu sebanyak 129,250 tangkapan pada tahun 2013 berbanding sejumlah 116,740 tangkapan pada tahun 2012 (AADK, 2013). Laporan *Amnesty International* (2011) melaporkan hampir 40% tahanan di semua penjara di Malaysia adalah disebabkan kesalahan penggunaan dadah.

Kadar relaps dalam kalangan pengguna dadah di Malaysia juga amat tinggi iaitu mencecah ke 70-90% (Reid et al., 2007). Pada tahun 2013, sejumlah 7,864 pengguna dadah dikenalpasti dan daripada jumlah tersebut, 60.6% adalah pengguna dadah yang baru manakala selebihnya iaitu 39.4% adalah pengguna dadah berulang. Walaupun begitu, jika dibandingkan dengan tahun 2012, ia telah menunjukkan penurunan yang banyak yang mana pada tahun 2012, sejumlah 9,015 pengguna dadah telah dikenalpasti. Penurunan yang ketara ini mungkin disebabkan oleh perluasan Program Pengurangan Kemudaratan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia di pusat-pusat rawatan secara sukarela kendalian pihak AADK seperti di klinik *Cure and Care* dan di samping usaha berterusan pihak penguatkuasaan seperti Polis Diraja Malaysia dalam memerangi aktiviti pengedaran dan penggunaan dadah. Negeri yang menunjukkan angka tangkapan pengguna dadah yang tertinggi pada tahun 2013 adalah di Kedah, Perak, Selangor dan Kuala Lumpur. Laporan AADK pada tahun 2013 juga menunjukkan kebanyakan pengguna dadah adalah lelaki (98.2%),

berbangsa melayu (72.1%) dan berumur dalam lingkungan 19-39 tahun (67.9%) dan berpendidikan sekolah menengah (77.1%).

Penggunaan dadah selalunya berkait rapat dengan penyakit bawaan darah seperti hepatitis B, hepatitis C dan juga HIV (Mathers et al, 2008). Pada tahun 2013, kebanyakan transmisi jangkitan HIV di Malaysia adalah disebabkan oleh pengguna dadah suntikan yang berkongsi jarum suntikan (UNAIDS, 2014). Kadar insiden HIV kebangsaan pada tahun 2013 adalah 11.42 kes dalam 100,000 individu berbanding 28.4 kes dalam 100,000 individu pada tahun 2002 (UNAIDS, 2014). Kadar prevalen jangkitan HIV dalam kalangan pengguna dadah yang mendapatkan jarum bersih daripada Program Pertukaran Jarum Suntikan (NSEP) adalah pada kadar 25% ke 45% (Reid et al, 2009; UNAIDS 2014). Manakala 78.5% pesakit yang mengidap HIV adalah dalam kalangan pengguna dadah (Mesquita et al., 2008; UNAIDS 2014). Kes HIV pertama di Malaysia dilaporkan pada tahun 1986 dan sejak daripada itu, kes HIV di Malaysia terus meningkat secara mendadak sehingga mencapai angka 87,710 orang mengidap HIV pada tahun 2009 iaitu terdiri daripada 79,691 orang lelaki dan 8,091 orang wanita (UNGASS, 2010). Penularan jangkitan HIV ini amat tinggi di dalam golongan pengguna dadah suntikan, pekerja seks, transgender dan juga dalam kalangan lelaki yang melakukan hubungan seks dengan lelaki (UNGASS, 2010). Mengikut laporan Majlis AIDS Malaysia tahun 2010, negeri Kelantan, Pahang, Kuala Lumpur dan Johor adalah empat negeri yang menunjukkan kadar insiden HIV tertinggi. Walaupun begitu, pada tahun 2013 banyak perubahan telah berlaku iaitu pola transmisi jangkitan HIV di Malaysia telah berubah di mana transmisi utama adalah melalui hubungan heteroseksual (51%), hubungan homoseksual (22%) dan perkongsian jarum suntikan dalam kalangan pengguna dadah sebanyak 22% (Majlis

AIDS Malaysia, 2013). Perbandingan kadar jangkitan baru HIV dalam kalangan PDS juga telah menunjukkan penurunan yang ketara iaitu dengan kadar jangkitan sebanyak 65% pada tahun 2005 telah menurun dengan drastiknya kepada kadar sebanyak 22% pada tahun 2013. Kadar nisbah jangkitan HIV dalam kalangan pesakit lelaki dan pesakit perempuan juga menunjukkan penurunan yang ketara iaitu pada nisbah 10:1 pada tahun 2002 kepada nisbah 4:1 pada tahun 2013. Jumlah kes baru jangkitan HIV juga telah berkurang daripada 6,978 kes pada tahun 2002 kepada hanya 3,393 kes pada tahun 2013 (UNAIDS, 2014).

Satu kajian oleh Chawarski et al. (2006) dalam kalangan pengguna dadah heroin di Malaysia menunjukkan prevalen HIV adalah tinggi dalam kalangan pengguna heroin yang pernah menggunakan heroin secara suntikan kerana mereka ini kekurangan kesedaran dalam menggunakan alat suntikan yang bersih dan selamat. Kebanyakan mereka adalah pengguna heroin berbangsa Melayu. Hasil kajian ini disokong dengan laporan Majlis AIDS Malaysia tahun 2013 yang melaporkan 70% pesakit HIV adalah berbangsa Melayu, diikuti 15% berbangsa Cina, dan 8% berbangsa India.

Satu kajian tempatan oleh Vicknasingam dan Navaratnam (2008) juga menunjukkan PDS berkecenderungan untuk menyuntik dadah disebabkan oleh pengaruh rakan, heroin yang diperolehi sudah semakin kurang ketulinan, masalah kekurangan bekalan heroin, dan juga untuk mendapatkan kesan euforia yang cepat. Bagi mencapai kesan euforia yang maksima, pengguna dadah heroin kerap mencampurkan heroin dengan ubat benzodiazepine (BZD). Kajian juga mendapati PDS juga kerap menyuntik secara berkumpulan dan berkongsi peralatan suntikan

yang lain seperti ceper, picagari dan lain-lain (Vicknasingam & Navaratnam, 2008). Satu kajian oleh Singh dan Crofts (1993) dalam kalangan 210 orang PDS juga mendapati 30% PDS (62 orang) adalah positif HIV dan sebanyak 50% (105 orang) berkongsi peralatan menyuntik dalam tempoh sebulan yang lepas.

Satu kajian yang dilakukan oleh Bachireddy et al. (2011) dalam kalangan 102 orang banduan yang dijangkiti HIV di penjara seluruh Malaysia mendapati 66% daripada mereka pernah berkongsi jarum suntikan, 37% daripada mereka pernah mengadakan hubungan seks tanpa sebarang perlindungan dalam masa 30 hari sebelum pemenjaraan mereka. Dalam tempoh yang sama (30 hari sebelum pemenjaraan mereka), 77% daripada mereka mengaku pernah menyuntik dadah di mana 71% daripadanya mengaku menyuntik dadah secara harian (Bachireddy et al., 2011). Hampir 32% daripada mereka yang menyuntik dadah tersebut, mengaku pernah berkongsi jarum dan picagari suntikan mereka sebanyak 1-10 episod perkongsian, 13% dengan 11-30 episod perkongsian, dan 41% dengan 31 dan lebih episod perkongsian. Pengetahuan banduan ini juga terhadap rawatan terapi gantian dadah juga dikaji, di mana hanya 51% mempercayai bahawa rawatan terapi gantian boleh memberi manfaat kepada diri mereka dan hanya 54% mempercayai menyertai rawatan terapi gantian selepas dibebaskan kelak boleh menghalang mereka daripada terjerumus semula ke dalam dunia kebergantungan dadah. Walau bagaimanapun, 70% daripada mereka mengatakan minat mereka untuk mengetahui berkaitan rawatan terapi gantian dengan lebih mendalam (Bachireddy et al., 2011).

Dalam satu lagi kajian oleh Vicknasingam et al. (2010) dalam kalangan pengguna dadah yang mengambil rawatan buprenorphine mendapati bahawa mereka

masih lagi berisiko tinggi untuk mendapat jangkitan HIV kerana hampir 97% masih meneruskan tingkahlaku menyuntik buprenorphine dalam tempoh 30 hari yang lepas dan masih berkongsi alat suntikan. Daripada keseluruhan 480 peserta kajian, 27% peserta adalah positif HIV. Kajian juga menunjukkan sejumlah 82% (n=225/276) pernah berkongsi jarum suntikan dan 55% (n=153/276) masih berkongsi jarum suntikan.

PDS yang menyuntik dadah ATS juga mempunyai risiko yang sama untuk mendapat jangkitan HIV. Satu kajian oleh Chawarski et al. (2012) dalam kalangan 732 orang PDS heroin mendapati 27.6% daripada mereka adalah positif HIV. Terdapat 2 faktor yang didapati berkait dengan jangkitan HIV dalam peserta kajian ini secara signifikan iaitu sejarah pernah mengambil ATS dan sejarah pernah berkongsi peralatan menyuntik. Pengguna dadah opiat juga kerap menukar dadah opiat yang mereka ambil kepada dadah ATS akibat daripada heroin yang kurang tulen (Vicknasingam & Navaratnam, 2008) dan juga disebabkan dadah ATS amat mudah diperolehi.

Jangkitan hepatitis C dalam kalangan PDS juga merupakan perkara biasa. Satu kajian oleh Vicknasingam et al. (2009) mendapati kadar jangkitan hepatitis C dalam kalangan 522 orang PDS yang tidak mendapatkan sebarang rawatan kebergantungan adalah sebanyak 65% dan jika dibandingkan dengan pengguna dadah bukan suntikan, risiko untuk PDS mendapat jangkitan hepatitis C adalah jauh lebih tinggi.

Berdasarkan laporan AADK pada tahun 2013 berkaitan cara pengambilan dadah dalam kalangan 7,864 pengguna dadah, didapati 80.01% menggunakan dadah secara 'chase', 15.77% secara 'smoked', 2.12% secara oral dan 2.1% secara menyuntik. Manakala heroin masih menjadi dadah utama yang digunakan oleh pengguna dadah iaitu sebanyak 75.7%, di ikuti oleh kanabis 16% dan diikuti oleh ATS sebanyak 8.1% (AADK, 2013). Meskipun data AADK menunjukkan bilangan pengguna dadah yang rendah tetapi data tangkapan pengguna dadah opiat di Malaysia oleh Polis diraja Malaysia (PDRM) adalah sejumlah 63, 466 orang pada tahun 2010, 54,883 (2011) dan 54,207 (2013) (PDRM, 2013). Tangkapan pengguna dadah jenis perangsang oleh PDRM juga menunjukkan peningkatan sebanyak 181% iaitu tangkapan sebanyak 42,304 orang pada tahun 2009 meningkat kepada sejumlah 76,812 tangkapan pada tahun 2012. Kajian juga mendapati peningkatan kadar penggunaan dadah jenis heroin serta dadah jenis ATS daripada tahun 1968 sehingga tahun 2008 (Singh, 2013).

1.4 Polisi Dadah Di Malaysia

Polisi berkaitan dadah di Malaysia telah banyak melalui perubahan. Pada awalnya, negara ini hanya melihat masalah kebergantungan ini sebagai jenayah yang boleh menjejaskan keselamatan awam. Maka itu, kerajaan yakin bahawa penguatkuasaan undang-undang yang ketat boleh menyelesaikan isu kebergantungan dadah.

Mengikut Narayanan et al. (2008), pada tahun 1971, satu seksyen narkotik iaitu Agensi Dadah Kebangsaan telah ditubuhkan di bawah Jabatan Siasatan Jenayah Polis Diraja Malaysia. Pada tahun 1972, Biro Pusat Narkotik telah ditubuhkan secara

berasingan oleh kerajaan Malaysia bagi menangani masalah kebergantungan dadah. Jawatankuasa Kabinet dalam menangani dadah juga telah diperkenalkan pada tahun 1975. Pada tahun 1979, Biro Pusat Narkotik telah dimansuhkan dan digantikan dengan Sekteriat Dadah Kebangsaan. Seterusnya Pasukan Petugas Khas Anti Dadah Kebangsaan telah ditubuhkan pada tahun 1983 di bawah Kementerian Dalam Negeri bagi memainkan peranan mengkoordinasi semua aktiviti berkaitan kebergantungan dadah di Malaysia. Pada tahun yang sama, kerajaan Malaysia juga telah menubuhkan Jawatankuasa Dadah Kebangsaan di bawah kendalian Majlis Keselamatan Negara. Pada tahun 1996, Agensi Dadah Kebangsaan telah ditubuhkan dengan menggabungkan Pasukan Petugas Khas dan Seksyen Rawatan dan Pemulihan Kementerian Dalam Negeri (Narayanan et al., 2008). Agensi ini telah ditukar nama kepada Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) pada tahun 2004. Agensi ini bertanggungjawab kepada Majlis Dadah Kebangsaan yang dipengerusikan oleh Menteri Keselamatan Dalam Negeri (Agensi Dadah Kebangsaan, 1997). Kesemua perkembangan ini jelas menunjukkan tanggungjawab utama menangani masalah kebergantungan dadah ini dilakukan oleh Kementerian Dalam Negeri dengan pendekatan utama adalah secara penguatkuasaan.

Program rawatan dan rehabilitasi bagi menangani masalah kebergantungan dadah mula diperkenalkan pada tahun 1975 di 24 buah hospital kerajaan (Narayanan et al., 2008). Pada tahun 1976, pusat rehabilitasi juga telah diperkenalkan dan di bawah kendalian Kementerian Dalam Negeri. Kesemua institusi ini lebih menekankan pengenalpastian pengguna dadah dan detoksifikasi kebergantungan dadah sahaja. Tiada rawatan farmakologi yang ditawarkan.

Polisi dadah kebangsaan sekali lagi disemak semula pada tahun 1996 dengan menekankan kepada 4 teras utama iaitu pencegahan, penguatkuasaan, rehabilitasi dan kerjasama antarabangsa. Matlamat utama polisi ini masih ke arah masyarakat bebas dadah dengan konsep *total abstinence* (Narayanan et al., 2008).

Hanya pada tahun 1990-an, sebuah badan bukan kerajaan iaitu IKHLAS telah mula menggerakkan pendekatan lain dalam menangani masalah kebergantungan dengan memperkenalkan Program Pengurangan Kemudaratan (*Harm Reduction Program*). IKHLAS telah menyediakan tempat menginap dan pemberian jarum bersih kepada pengguna dadah. Sebuah lagi badan bukan kerajaan iaitu Majlis AIDS Malaysia juga amat memberi perhatian kepada gejala jangkitan HIV dalam kalangan pengguna dadah yang meningkat dengan ketara pada setiap tahun. Peningkatan perhatian dan advokasi daripada pelbagai badan bukan kerajaan ini menyebabkan terbentuknya Pasukan Kerja Program Pengurangan Kemudaratan Kebangsaan pada tahun 1994 (Narayanan et al., 2008). Pasukan kerja ini telah diberi penerangan berkaitan kebaikan Program Pengurangan Kemudaratan yang telah dilaksanakan di beberapa negara lain seperti Australia, Belanda dan United Kingdom (Marlatt, 1996).

Pada tahun 2005, Kementerian Kesihatan telah memulakan projek perintis program ini di empat buah fasiliti kesihatan kerajaan dengan menawarkan Program Rawatan Terapi Gantian (RTG) Methadone yang melibatkan sejumlah 1,200 orang pesakit (Bahagian Kawalan Penyakit KKM, 2006). Walaupun projek perintis program ini telah menunjukkan pencapaian yang baik, kerajaan Malaysia masih belum memulakan Program Pertukaran Jarum Bersih (NSEP) iaitu salah satu komponen Program Pengurangan Kemudaratan (Reid et al., 2007). Berikutan

kegagalan Malaysia dalam mencapai salah satu sasaran *Millenium Development Goal* (MDG), komponen Program Pengurangan Kemudaratan di Malaysia telah diperluaskan dengan pengenalan Program NSEP pada tahun 2006 dengan kerjasama penting daripada badan bukan kerajaan (Reid et al., 2007). Program Pengurangan Kemudaratan di Malaysia yang merangkumi tiga komponen utama iaitu Program RTG Methadone, Program NSEP dan juga Program Seks Selamat kemudiannya telah diperluaskan ke seluruh negara. Sehingga Jun 2014, KKM telah membuka hampir 350 pusat rawatan methadone di fasiliti kesihatan kerajaan, 18 pusat rawatan methadone di penjara dan sejumlah 50 pusat rawatan methadone di fasiliti Agensi Anti Dadah Kebangsaan (Bahagian Kawalan Penyakit KKM, 2014) yang semua aktiviti pendosan methadone dilakukan secara *supervised-dosing* oleh ahli farmasi (Bahagian Perkhidmatan Farmasi KKM, 2014) dengan penilaian berkala oleh doktor.

Di sepanjang peralihan polisi kerajaan dalam menangani masalah kebergantungan dadah ini di Malaysia, doktor swasta juga mula terlibat secara langsung dalam menawarkan rawatan kebergantungan dadah. Doktor swasta kini boleh mempreskrib ubat naltrexone, methadone dan buprenorphine untuk merawat pengguna dadah (Narayanan et al., 2008).

1.5 Program Pengurangan Kemudaratan

Pada pertengahan tahun 1980-an, program yang menekankan aspek mengurangkan mudarat akibat daripada aktiviti pengambilan dadah telah mula diberi perhatian oleh masyarakat dunia akibat daripada penularan epidemik HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan. Di Holland, program ini bermula dengan pemberian jarum suntikan bersih kepada individu yang menyuntik bagi

mengurangkan jangkitan hepatitis B pada tahun 1984 (Single, 1995). Di United Kingdom, pemberian jarum bersih mula dipelopori oleh 3 pusat rawatan pada tahun 1986, pusat tersebut adalah *Mersey Region Drug Treatment Centre*, sebuah hospital daerah di Peterborough dan sebuah kedai farmasi swasta di Sheffield (Single, 1995). Seterusnya program ini juga bermula di Switzerland pada tahun 1985, Sydney Australia pada tahun 1986, Denmark, Malta, Sepanyol dan Sweden pada tahun 1987 serta di New York pada tahun 1988 (Marlatt & Chair, 1996). Berikutan daripada itu, Program Pengurangan Kemudaran juga semakin berkembang dan mula digunakan oleh banyak negara.

Keberkesanan Program Pengurangan Kemudaran terhadap isu kesihatan (Wodak & McLeod, 2008) telah menyebabkan satu transformasi besar telah berlaku di dalam perkhidmatan kesihatan awam di antara tahun 1986 ke tahun 1989. Transformasi ini termasuklah dari segi penerimaan idea bahawa kebergantungan dadah adalah merupakan satu masalah kesihatan kronik yang memerlukan rawatan berterusan sama seperti penyakit kronik yang lain (McLellan et al., 2000). Proses transformasi ini mula membuatkan ramai pengamal perubatan, pembuat dasar dan NGO mula yakin terhadap pelaksanaan program ini yang mampu memberi kesan positif ke atas kesihatan awam secara umumnya. Berikutan itu juga, banyak pergerakan atau persatuan sosial telah mula wujud dalam menggerakkan aktiviti-aktiviti sosial dalam mencegah jangkitan HIV/AIDS. Pendekatan baru bagi mengurangkan stigma seperti kempen ‘penggunaan dadah secara selamat’ yang mana ia menyamai konsep ‘hubungan seks selamat’ telah dilakukan dalam usaha mendekati golongan pengguna dadah. Hasil daripada semua pendekatan dalam Program Pengurangan Kemudaran ini, banyak kajian yang menunjukkan bukti jelas

bahawa program ini mampu menghalang dan mengurangkan epidemik HIV/AIDS (Wodak & McLeod, 2008) serta penyakit jangkitan yang lain seperti hepatitis B dan hepatitis C (Des Jarlais, 2010). Bukti ini seterusnya menyebabkan banyak negara seperti United Kingdom, Australia, Jerman dan Switzerland mula membuat dasar mengenai program ini dan seterusnya mempraktikkannya di negara masing-masing. Sehingga tahun 2008, sekurang-kurangnya 84 buah negara telah mempraktikkan program ini di negara masing-masing (Cook & Kanaef, 2008). Sehingga kini, lebih banyak negara sama ada di benua Asia, Timur Tengah dan Afrika Utara telah memperkenalkan program ini di negara masing-masing dan seterusnya mereka telah memperluaskan program ini secara pantas untuk mendapat hasil sebenar program ini.

1.6 Program Pengurangan Kemudaratan di Malaysia

Pada tahun 2005, Kerajaan Malaysia telah meluluskan Program Pengurangan Kemudaratan untuk golongan pengguna dadah di Malaysia. Program ini adalah di bawah bidang kuasa Kementerian Kesihatan Malaysia dan dibantu oleh agensi lain yang berkepentingan seperti Jabatan Narkotik Polis DiRaja Malaysia, Agensi Anti Dadah Kebangsaan, Jabatan Penjara dan juga beberapa Badan Bukan Kerajaan (NGO) seperti Majlis AIDS Malaysia (Bahagian Kawalan Penyakit KKM, 2006).

Bermula pada tahun 2005, methadone telah mula dipreskrib oleh pegawai perubatan terlatih di hospital kerajaan, klinik kesihatan kerajaan dan beberapa klinik perubatan swasta. Program ini telah dilancarkan secara rasmi pada Jun 2005 oleh Menteri Kesihatan, Datuk Dr. Chua Soi Lek di Hospital Kuala Lumpur (Bahagian Kawalan Penyakit KKM, 2006). Program ini dilaksanakan secara projek rintis di mana pada fasa pertama dilaksanakan, seramai 1,241 orang pengguna dadah telah

menyertai program ini. Berikutan kesan positif daripada projek rintis ini, program ini telah diperluaskan kepada lebih banyak fasiliti kesihatan kerajaan. Hasilnya, program ini telah berjaya merawat sejumlah 5,000 pesakit pada tahun 2007 (Bahagian Kawalan Penyakit KKM, 2008). Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) seterusnya mensasarkan sejumlah 35,000 pesakit dan semua fasiliti kesihatan kerajaan akan menawarkan Program Rawatan Terapi Gantian (RTG) Methadone ini menjelang tahun 2015. Klinik perubatan swasta juga menyumbang dalam perluasan program ini, malah mereka juga bukan sahaja menawarkan rawatan methadone, malah mereka juga boleh menawarkan rawatan buprenorphine.

Maklumat Kementerian Kesihatan Malaysia pada tahun 2012 mendapati sejumlah 389 klinik swasta ada menawarkan rawatan kebergantungan dadah dengan menggunakan methadone dan buprenorphine/naloxone (Bahagian Perkhidmatan Farmasi, 2013). Sejumlah 314 (80.7%) klinik swasta ada menyediakan rawatan buprenorphine/naloxone manakala 279 (71.7%) klinik swasta ada menyediakan rawatan methadone. Daripada keseluruhan 389 klinik swasta tersebut, terdapat 204 (52.4%) ada menawarkan kedua-dua rawatan gantian berkenaan (Bahagian Perkhidmatan Farmasi, 2013).

Program Pengurangan Kemudaratan KKM adalah terdiri daripada tiga komponen utama iaitu Rawatan Terapi Gantian dengan Methadone, Program Pertukaran Jarum Bersih serta pengagihan kondom untuk Program Seks Selamat dalam kalangan pengguna dadah (Cook et al., 2010). Dalam setiap komponen ini, aspek kaunseling adalah dititikberatkan untuk meningkatkan kualiti hidup pesakit. Bagi Program RTG methadone, KKM berkolaborasi dengan doktor swasta, Agensi

Anti Dadah Kebangsaan dan Jabatan Penjara dalam merawat pesakit dengan methadone. Manakala bagi Program Jarum Suntikan Bersih dan pemberian kondom, KKM berkolaborasi dengan pelbagai badan bukan kerajaan (NGO) seperti Majlis AIDS Malaysia (MAC) dalam melaksanakan program ini secara *drop-in centre* atau *out-reach* kepada golongan pengguna dadah yang masih aktif mengambil dadah (Cook et al., 2010). Sehingga tahun 2013, sebanyak 137,935 pengguna dadah telah mendapat manfaat daripada program yang dilaksanakan oleh KKM ini dengan hampir 32,000 pengguna dadah menjalani rawatan methadone (UNAIDS, 2014).

Dengan status Malaysia sebagai sebuah negara Islam, semua perubahan dari segi pendekatan kerajaan dalam menangani masalah kebergantungan dadah ini juga tidak terlepas daripada mendapat reaksi daripada pertubuhan dan persatuan keagamaan (Kamarulzaman & Saifuddeen, 2009). Ada sebilangan yang menentang dan ada sebilangan yang menyokong. Sebahagian besar ahli agama dan ahli politik menentang Program Pengurangan Kemudaran terutamanya untuk program pertukaran jarum suntikan dan pemberian kondom untuk program seks selamat. Tentangan ini adalah disebabkan atas dasar syubahah iaitu mempercayai bahawa pemberian jarum suntikan yang bersih serta kondom secara percuma seolah-olah bersubahat dengan pelaku di samping menggalakkan suntikan jarum serta hubungan seks di luar nikah (Kamarulzaman & Saifuddeen, 2009). Selain daripada itu, Program Pengurangan Kemudaran ini juga dilihat seolah-olah menyukarkan misi utama negara untuk menjadi Negara Bebas Dadah pada tahun 2015 (Reid et al., 2007 & Todd et al., 2007). Maka pada tahun 2005, semasa kerajaan mula memperkenalkan program ini, pelbagai maklumbalas menyokong dan membantah telah ditunjukkan oleh kalangan pemimpin agama serta komuniti Islam. Berikutan daripada itu, Institut

Kefahaman Malaysia (IKIM) telah mengisytiharkan bahawa pelaksanaan program adalah bertujuan untuk menangani isu masalah kesihatan dan maka itu tidak bertentangan dengan hukum syariah Islam (Kamarulzaman, 2006).

1.7 Rawatan Farmakologi Untuk Pengguna Dadah

Seiring dengan perkembangan bukti saintifik di dunia tentang keberkesanan penggunaan rawatan farmakologi untuk merawat pengguna dadah, Malaysia juga mula memperkenalkan rawatan farmakologi dalam rawatan kebergantungan dadah.

Pada mulanya ubat naltrexone yang merupakan ubat antagonis penuh (Verebey, 1981) diperkenalkan untuk penggunaan doktor swasta yang menawarkan rawatan kebergantungan dadah. Navaratnam et al. (1994) telah menjalankan kajian klinikal bagi mengenalpasti keberkesanan ubatan naltrexone dalam kalangan pengguna dadah dari segi keselamatan, toleran dan efikasi rawatan. Kajian tersebut mendapati kumpulan pesakit yang dirawat dengan naltrexone hanya menunjukkan keberkesanan yang sedikit berbanding kumpulan kawalan (Navaratnam & Vicknasingam, 2002). Walaupun begitu, ubat naltrexone masih boleh digunakan tetapi penggunaanya adalah terhad.

Pada tahun 2001, rawatan kebergantungan dadah dengan menggunakan mono-tablet buprenorphine dengan jenama *subutex* telah diperkenalkan di Malaysia dan sehingga tahun 2005 sejumlah hampir 500 doktor swasta memberikan rawatan tersebut kepada sejumlah 30,000 pengguna dadah (Vicknasingam & Mahmud, 2007). Penggunaan ubat mono-tablet buprenorphine telah ditamatkan di Malaysia pada tahun 2006 disebabkan penyalahgunaan ubat ini (Bahagian Perkhidmatan Farmasi KKM,