

**ISU PSIKOSOSIAL DAN CABARAN PROGRAM PERTUKARAN JARUM DAN  
PICAGARI (NSEP)**

**Oleh**

**NORULHUDA BINTI SARNON @ KUSENIN**

**Tesis yang diserahkan untuk memenuhi keperluan bagi  
Ijazah Doktor Falsafah Sains Kemasyarakatan**

**April 2011**

## **PENGHARGAAN**

Syukur yang tidak terhingga kepada Allah SWT, kerana diberikan kekuatan dan kesihatan dalam menyiapkan tesis ini. Hanya Engkaulah yang Maha Mengerti dinamis perjalanan seorang pelajar dan jua hambaMu ini.

Jutaan terima kasih yang tidak terhingga buat Prof. Madya Dr. Ismail Baba yang banyak memberi tunjuk ajar dan keyakinan tanpa jemu kepada saya. Jua buat Prof Madya Dr. Zulkarnain Ahmad Hatta selaku penyelia kedua saya, terima kasih atas bantuan dan tunjuk ajar yang diberi. Tidak lupa juga sekalung penghargaan buat Dr. Adi Fahrudin, Dr. Viknasingam dan Dr. Azlinda Azman kerana sudi menyemak tesis ini serta memberi input penambahbaikan.

Ribuan terima kasih turut diucapkan kepada Unit AIDS/STD, Kementerian Kesihatan Malaysia kerana memberi keizinan untuk kajian ini dijalankan. Setinggi penghargaan buat Majlis AIDS Malaysia dan seluruh kakitangan Pusat Sehenti IKHLAS terutama En. Khairudin, Abang Zul, Yan dan Lenny atas kerjasama terbaik yang diberikan. Jua kepada semua responden, tiada kata yang lebih baik dapat diucapkan selain terima kasih atas kesudian berkongsi pengalaman yang amat bernilai!

Buat rakan-rakan seperjuangan yang sentiasa di sisi ketika jatuh bangunnya diri ini, terutama terutama Chong, Abang Nas S, Kak Suzie, Jana, Iena, Mia, Suhaimi, Abang Nash B, Nasir, Hilwa, Adah, Sarah, V, Kak Bayah, Kak Amna, Ezza, Rajwani, Kak Nora, Kak Ros, K.Emi, K.Gie, Fadila, jua rakan-rakan di USM dan UKM yang lain, terima kasih diucapkan. Semangat dan sokongan yang diberikan oleh kalian amat besar ertinya.

Terima kasih yang tidak terucap buat suami tercinta Azaharuldin Abdullah yang sentiasa setia menyokong dan menjadi bahu untuk menangis. Kepada abah; Haji Sarnon bin Jumiran dan emak; Kastimah bte Kadis, terima kasih kerana mendidik anakmu ini daripada

kecil sehingga dewasa. Buat Along, Ina, Ani, Aki, Fikri, dan juga seluruh keluarga mertua terutama abah dan mak, terima kasih atas doa yang sentiasa diiringkan.

Akhirnya, buat semua puteri-puteriku, Farah, Ila dan Nurin, moga kejayaan mama menjadi inspirasi buat kalian!

“Tenang-tenang air di laut,  
Sampan kolek mudik ke tanjung,  
Hati terkenang mulut menyebut,  
Budi baik rasa nak junjung”

## SUSUNAN KANDUNGAN

Penghargaan .....	ii
Susunan Kandungan.....	iv
Senarai Jadual.....	x
Senarai Rajah.....	ix
Senarai Tatanama .....	xii
Senarai Singkatan.....	xi
Senarai Lampiran .....	xiv
Senarai Penerbitan & Seminar.....	xiii
Abstrak .....	xvi
Abstract .....	xviii

### BAB SATU: PENGENALAN KEPADA PERMASALAHAN KAJIAN

1.0	Pendahuluan .....	1
1.1	Pernyataan Masalah.....	2
1.2	Persoalan Kajian.....	9
1.3	Objektif Kajian.....	9
1.4	Kepentingan Kajian.....	10
1.5	Skop Kajian.....	11
1.6	Susunan dan Ulasan Isi Kandungan .....	12

### BAB DUA: ULASAN KARYA

2.0	Pendahuluan.....	14
2.1	Sejarah HIV/AIDS .....	14
2.1.1	Epidemik dan Tren Jangkitan HIV/AIDS.....	15
2.1.2	HIV/AIDS dan Dadah .....	18

2.1.3	Statistik Semasa HIV/AIDS dan IDU.....	20
2.2	Pendekatan Pengurangan Kemudaratan.....	24
2.2.1	Falsafah Dan Prinsip Pengurangan Kemudaratan .....	25
2.2.2	Intervensi Dalam Pengurangan Kemudaratan .....	27
2.3	Program Pertukaran Jarum Dan Picagari (NSEP).....	30
2.3.1	Model Penyampaian NSEP .....	31
2.3.2	Kajian Berkaitan NSEP .....	33
2.3.3	Program NSEP di Malaysia .....	37
2.4	Praktis Kerja Sosial dan HIV/AIDS .....	39
2.4.1	Kajian Lepas Kerja Sosial dan HIV/AIDS .....	39
2.4.2	Peranan Pekerja Sosial dan Pengurangan Kemudaratan.....	41
2.4.3	Cabaran Praktis Kerja Sosial dengan NSEP.....	48
2.5	Kerangka Teoritikal Kajian.....	50
2.5.1	Model Penyakit.....	50
2.5.2	Pendekatan Psikososial .....	52
2.5.3	Teori Tingkah Laku.....	55
	2.5.3.1 Model Transteoritikal (TTM).....	56
	2.5.3.2 Teori Motivasi Perlindungan (PMT) .....	58
2.6	Kerangka Konseptual Kajian .....	60
 <b>BAB TIGA: METODOLOGI</b>		
3.0	Pendahuluan.....	63
3.1	Reka bentuk Kajian.....	63
3.2	Pemilihan Responden.....	65
3.3	Sumber Data .....	66
3.3.1	Pungutan Data Primer.....	66

3.3.2	Tempoh Pengumpulan Data .....	69
3.3.3	Panduan Temu bual .....	70
3.4	Pengrekodan Data .....	70
3.5	Analisis Data.....	71
3.6	Penyelidik sebagai Instrumen .....	74
3.7	Definisi Istilah Konsep .....	77
3.7.1	Tingkah laku Berisiko .....	77
3.7.2	Berkongsi Jarum Suntikan.....	77
3.7.3	Pengurangan Kemudaratan.....	78
3.7.4	Psikososial .....	79
3.8	Etika Penyelidikan.....	80

#### BAB EMPAT : HASIL KAJIAN

4.0	Pendahuluan.....	82
4.1	Sosio-Demografi Responden .....	82
4.1.1	Zaman .....	83
4.1.2	Haikal .....	84
4.1.3	Sham .....	87
4.1.4	Yong .....	88
4.1.5	Lan.....	90
4.1.6	Khai .....	91
4.1.7	Carl .....	93
4.1.8	Roli .....	94
4.1.9	Zam.....	96
4.1.10	Azid .....	97
4.1.11	Aimi.....	99

4.1.12	Din.....	100
4.1.13	Zaki.....	102
4.2	Rumusan Sosio-Demografi.....	103
4.2.1	Latar belakang Diri Responden.....	103
4.2.2	Latar Belakang Keluarga Responden.....	107
4.2.3	Latar Belakang Pekerjaan, Tempat Tinggal dan Status Kesehatan.....	111
4.2.4	Latar Belakang Penagihan Dadah.....	114
4.2.5	Kesimpulan Data Sosio -Demografi Kajian.....	122
4.3	Ciri-Ciri Psikososial IDU.....	122
4.3.1	Pengetahuan HIV/AIDS.....	122
4.3.2	Tingkah Laku Menyuntik dan Seks.....	133
4.3.3	Motivasi dan Tingkah Laku Berisiko.....	145
4.3.4	Penghargaan diri.....	151
4.3.5	Daya Tindak Responden.....	157
4.3.6	Efikasi Kendiri.....	169
4.4	IDU dan Tingkah laku Berisiko.....	171
4.4.1	Usaha dan Keupayaan IDU.....	171
4.4.2	Cabaran dan Tingkah Laku Berisiko.....	175
4.5	Pandangan terhadap NSEP.....	181
4.5.1	Pengetahuan tentang NSEP.....	181
4.5.2	Penglibatan Dalam NSEP.....	183
4.5.3	Kekuatan dan Kelemahan NSEP.....	187
4.6	Cadangan terhadap NSEP.....	197
4.7	Kesimpulan.....	200

## BAB LIMA : PERBINCANGAN DAN KESIMPULAN

5.0	Pendahuluan.....	203
5.1	Ciri-Ciri Psikososial IDU.....	203
5.1.1	Pengetahuan HIV/AIDS .....	204
5.1.2	Perubahan Tingkah laku Berisiko.....	208
5.1.3	Seksualiti dan Dadah .....	210
5.1.4	Sikap Pergantungan .....	212
5.1.5	Sokongan Emosi dan Kewangan .....	214
5.2	IDU dan Tingkah laku Berisiko .....	218
5.2.1	Sindrom ‘Raja Penyakit’ .....	219
5.2.2	Isu Paraphernalia .....	221
5.2.3	Pengaruh Sosial IDU .....	224
5.2.4	Penggunaan Kondom.....	226
5.2.5	Sikap IDU .....	229
5.3	Pandangan terhadap NSEP .....	230
5.3.1	Pemangkin Penggunaan Jarum Bersih.....	231
5.3.2	Akses kepada Jarum .....	232
5.3.3	Isu Kewangan .....	234
5.3.4	NSEP sebagai Inovasi.....	236
5.4	Cadangan terhadap NSEP .....	238
5.4.1	Pembangunan Diri .....	239
5.4.2	Pemegang Taruh dan Jaringan Sosial .....	240
5.4.3	Aksesibiliti kepada IDU .....	243
5.4.4	Sistem Pelupusan Jarum .....	244
5.4.5	Pengawasan dan Tempat Selamat Menyuntik .....	246

5.5	Implikasi ke atas Perkhidmatan NSEP.....	247
5.5.1	Khidmat Drug Consumption Room (DCR).....	248
5.5.2	Kaedah Khidmat NSEP .....	250
5.6	Implikasi ke atas Dasar Sosial .....	254
5.6.1	Kelestarian NSEP .....	254
5.6.2	Methadone dan Heroin .....	256
5.6.3	Koordinasi antara Agensi .....	260
5.7	Implikasi ke atas Praktis Kerja Sosial.....	263
5.7.1	Kerja Sosial dan NSEP .....	263
5.7.2	Sistem Rujukan.....	266
5.7.3	Kumpulan Rakan Sebaya.....	268
5.7.4	Advokasi.....	271
5.7.5	Pemeriksaan IDU .....	273
5.8	Implikasi ke atas Pendidikan Kerja Sosial.....	276
5.9	Implikasi kepada Teori.....	272
5.10	Keterbatasan Kajian.....	279
5.11	Rekomendasi Kajian Akan Datang.....	281
5.12	Rumusan Perbincangan Hasil Kajian.....	282
	Rujukan.....	273
	Lampiran A	
	Lampiran B	
	Lampiran C	
	Lampiran D	

## SENARAI JADUAL

	Muka Surat
2.1 Statistik HIV/AIDS Dunia Sehingga 2008	16
2.2 Jumlah Jangkitan HIV/AIDS Di Malaysia Mengikut Gender daripada Tahun 1986 sehingga 2009	23
2.3 Jumlah Jangkitan HIV/AIDS Di Malaysia Mengikut Kumpulan Umur daripada Tahun 1986 sehingga 2009	23
2.4 Jumlah Jangkitan HIV/AIDS Di Malaysia Mengikut Faktor Risiko daripada Tahun 1986 sehingga 2009	24
2.5 Kajian-Kajian Kejayaan NSEP dalam Aspek Perubahan Tingkah laku	34
2.6 Kajian-Kajian Kejayaan NSEP dalam Aspek Prevalens HIV	36
2.7 Tahap Perubahan Tingkah Laku yang Dialami oleh IDU Yang Terlibat dengan NSEP	58
3.1 Gambaran Contoh Analisis yang Dibuat Dalam Skop Daya Tindak IDU	73
4.1 Umur Responden Kajian	104
4.2 Kedudukan dan Bilangan Adik-Beradik Setiap Responden	108
4.3 Hubungan Responden Dengan Ahli Keluarga	110
4.4 Umur Responden Mula Mengambil Dadah dan Jangkamasa Lama Menggunakan Dadah	115
4.5 Pemahaman Responden terhadap Kesan dan Implikasi Jangkitan HIV/AIDS	125
4.6 Kefahaman Responden Terhadap Punca dan Transmisi HIV/AIDS	128
4.7 Pemahaman Responden Terhadap Rawatan HIV/AIDS	131
4.8 Susunan Tema Refleksi Diri Responden Mengikut Keutamaan	155
5.1 Jangkaan Risiko Akses Kepada Jarum Sebelum Terlibat Dengan NSEP	233

## SENARAI RAJAH

	Muka Surat
2.1 Teori Motivasi Perlindungan	60
2.2 Model Kajian	62
3.1 Proses Pengumpulan Data Kajian	68
4.1 Plot Ringkasan Tingkah Laku Menyuntik (Anggota Badan dan Amalan Kebersihan Jarum) yang Diamalkan Setiap Responden	136
4.2 Plot Ringkasan Tingkah Laku Berkongsi Jarum Setiap Responden	140
4.3 Plot Ringkasan Tingkah Laku Seks (Pemakaian Kondom) yang Diamalkan Setiap Responden	144
4.4 Motivasi Berhenti Mengamalkan Tingkah Laku Berisiko Responden Mengikut Hierarki Pengurangan Kemudaratan	147
4.5 Faktor Mendorong Berhenti Mengamalkan Tingkah Laku Berisiko	150
4.6 Faktor IDU Melihat Diri Negatif Berbanding Positif	157
4.7 Masalah Utama yang Dihadapi oleh IDU Selain daripada Penagihan Dadah	159
4.8 Carta Aliran Gaya Tindak Responden Semasa Menghadapi Masalah Kesihatan	167
4.9 Cabaran Responden untuk Berhenti Mengamalkan Tingkah Laku Berisiko	181
4.10 Kekuatan NSEP yang Dinyatakan Oleh Responden	192
4.11 Kelemahan NSEP dikenalpasti	197
4.12 Pembentukan Tema Ciri-Ciri Psikososial IDU	202
5.1 Model IEC yang Dilengkapi Oleh NSEP	232

## SENARAI TATANAMA

Ubat	Dadah
Ayam	Perempuan, Heroin
Cocktail	Berkumpul ramai-ramai
Pacak	Suntik
Payung	Tolong
Kencing	Tipu
Port	Tempat perkumpulan
High	Euforia
Doktor	Pengguna dadah yang dianggap pakar menyuntik

## SENARAI SINGKATAN

AARG	AIDS Action Research Group
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CASP	Community AIDS Service Penang
CCSA	Canadian Centre on Substance Abuse
DCR	Drug Consumption Room
DIC	Drop In Centre
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDU	Injecting Drug User
IEC	Information, Education and Communication
IHRA	International Harm Reduction Association
ILO	International Labour Organization
MAC	Malaysian AIDS Council
MMT	Methadone Maintenance Therapy
MOH	Ministry of Health
NGO	Non-Governmental Organizations
NSEP	Needle Syringe Exchange Program
PTF	Pink Triangle Foundation
SPM	Sijil Pelajaran Malaysia
SRP	Sijil Rendah Pelajaran
STD	Sexs Transmitted Disease
TIBI	Tubercle Bacilli
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNGASS	The United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	The United Nations Children's Fund
UNODC	The United Nation Office On Drug And Crime
WHO	World Health Organization
TTM	Transtheoretical Model
PMT	Protection Motivation Theory

## **SENARAI LAMPIRAN**

- 1.1 Lampiran A: Surat Kebenaran Menjalankan Kajian
- 1.2 Lampiran B: Contoh Surat Keizinan Responden
- 1.3 Lampiran C: Panduan Temu bual
- 1.4 Lampiran D: Laporan Verbatim Kesemua Responden

## SENARAI PENERBITAN DAN SEMINAR

- N.Sarnon, I.Baba, Kamaruzaman Jusoff, Sheau Tsuey Chong, W.J.Azreena, N.Salina, S.M.Hoesni, N.Subhi, S.M.Mohamad, I.Fauziah, Z.M.Lukman & K.Alavi. (2011). Psychosocial reactions of injecting drug users' (IDU) towards Needle Syringe Exchange Program (NSEP) in Malaysia. *World Applied Sciences Journal*, 12:80-84.
- Sarnon, N., Baba, I. & Hatta, Z. A. (2007). Program Pertukaran Jarum Dan Picagari (NSEP): Cabaran Mengurangkan Tingkah laku Berisiko Pengguna Dadah Secara Suntikan (IDU). *e-BANGI*, 2(2), 16.
- Sarnon, N., Baba, I., & Hatta, Z.A. (2009, Oktober). *Ciri-ciri psikososial pengguna dadah secara suntikan yang terlibat dengan Program Pertukaran Jarum dan Picagari (NSEP)*. Kertas Kerja yang dibentangkan di Seminar Penyelidikan Dadah Kebangsaan 2009, Bangi Selangor.
- Sarnon, N., Baba, I., & Hatta, Z.A. (2007, September). *Ways drug users adopt to obtain syringe & needle – before and after involvement in Needle Syringe Exchange Program*. Poster yang dibentangkan di 19<sup>th</sup> Asia-Pacific Social Work Conference, Pulau Pinang.

## **ISU PSIKOSOSIAL DAN CABARAN PROGRAM PERTUKARAN JARUM DAN PICAGARI (NSEP)**

### **ABSTRAK**

Kajian kualitatif berbentuk eksploratori ini secara umumnya bertujuan untuk meningkatkan perkhidmatan NSEP yang merupakan salah satu intervensi dalam Pengurangan Kemudaratan. Fokus penilaian kajian adalah kepada aspek-aspek psikososial IDU dan pandangan mereka sendiri mengenai penambahbaikan perkhidmatan ini. Objektif kajian ini ialah: (1) mengenalpasti ciri-ciri psikososial IDU yang terlibat dengan NSEP, (2) mengenalpasti cabaran yang dihadapi oleh mereka untuk berhenti mengamalkan tingkah laku berisiko, (3) mendapatkan pandangan IDU terhadap program NSEP, (4) mendapatkan cadangan daripada IDU untuk perkhidmatan NSEP dan (5) melihat peranan yang boleh dimainkan oleh pekerja sosial untuk meningkatkan perkhidmatan NSEP. Kajian ini telah dijalankan di Pusat Sehenti IKHLAS, Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur yang melibatkan temubual ke atas 13 orang responden. Kaedah temu bual mendalam yang bersifat semistruktur telah digunakan dalam pengumpulan data dan telah dianalisis dengan menggunakan kaedah tematik. Hasil kajian yang diperolehi mendapati lima ciri-ciri psikososial IDU yang terlibat dengan NSEP iaitu (1) IDU mempunyai pengetahuan HIV/AIDS yang baik, (2) wujud perubahan pada tingkah laku menyuntik, (3) Secara seksual mereka kurang aktif dan bagi yang terlibat dengan hubungan seks mereka enggan menggunakan kondom, (4) IDU mempunyai sikap pergantungan terhadap NSEP dan (5) IDU juga mempunyai masalah emosi dan kewangan. Hasil kajian mendapati terdapat beberapa cabaran yang dihadapi oleh responden untuk terus mengekalkan tingkah laku selamat iaitu; kesulitan apabila berhadapan dengan sindrom tarikan (*withdrawal syndrome*), kesukaran membawa peralatan menyuntik, pengaruh sosial IDU, sikap IDU, dan keengganan menggunakan kondom semasa melakukan seks. Secara keseluruhannya responden menyetujui beberapa pandangan positif terhadap NSEP. NSEP dilihat

sebagai agen sosial kepada penggunaan jarum bersih dalam kalangan IDU dan ia merupakan satu kaedah baru dalam usaha untuk mengurangkan bilangan jangkitan HIV di Malaysia. Terdapat beberapa cadangan yang telah dinyatakan oleh IDU untuk mempertingkatkan perkhidmatan NSEP iaitu (1) ia harus dilihat sebagai satu aspek pembangunan diri IDU, (2) perlu mendapat sokongan daripada pemegang taruh dan jaringan sosial, (3) meluaskan aksesibiliti kepada IDU, (4) meningkatkan sistem pelupusan jarum, (5) perlu ada pengawasan dan mewujudkan khidmat tempat menyuntik. Akhir sekali, implikasi ke atas praktis kerja sosial, dasar sosial, pendidikan kerja sosial dan kajian selanjutnya turut dibincangkan oleh pengkaji.

## **PSYCHOSOCIAL ISSUES AND CHALLENGES OF NEEDLE SYRINGE EXCHANGE PROGRAM (NSEP)**

### **ABSTRACT**

This research, that is exploratory and qualitative in its nature, is conducted with the objective to improve the NSEP, as one of harm reduction interventions. In this research, the psychosocial aspects of IDUs and their views to improve the service interventions are carefully taken into account. Objectives in this study are: (1) to identify psychosocial characteristics of IDUs involving with NSEP, (2) to identify challenges that refrain IDUs from quitting high risk behaviors, (3) to seek views from IDUs on the NSEP program, (4) to get IDUs' suggestions for NSEP services, and (5) to seek the roles of social workers in improving the NSEP. The study was conducted at IKHLAS, a drop-in-center for IDUs in Kuala Lumpur where a total of 13 respondents were interviewed. An in-depth semi-structured interview was used for data collection and such data was analyzed using thematic method. The results showed that there were five psychosocial characteristics of IDUs. Those characteristics are: (1) IDUs had good knowledge on HIV / AIDS, (2) IDUs showed changes in their injecting behavior (3) sexually they were less active and those who were engaged in sexual intercourse were reluctant to use condoms, (4) many became dependent on NSEP and (5) most of them demonstrated emotional and financial problems. The study also showed that there were several challenges faced by the respondents in order to continue maintaining their safe injecting behavior. Those challenges are, having to face the withdrawal syndrome, problems in carrying the injecting equipments, social influences from IDUs, IDUs attitudes and reluctances toward the usage of condoms during sexual intercourse. In general, those who were interviewed were very positive towards NSEP. NSEP is seen a social agent towards promoting and using clean needles for IDUs and also as a new method in reducing the number of HIV infections in Malaysia. There are several recommendations suggested by the IDUs to improve the program; (1) the respondents felt that NSEP should be a seen as a

form of self-development program for IDUs, (2) there is a need for strong social support from the stakeholders and better social networking, (3) there is a need to reach for more IDUs, (4) the need to improve disposable system (5) the need to supervise the IDUs behavior and to create injecting room service. Finally, implications for social work practice, social policy, social work education and future research were also discussed in this study.

## **BAB SATU**

### **PENGENALAN KEPADA PERMASALAHAN KAJIAN**

#### **1.0 Pendahuluan**

Tren epidemik *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) menunjukkan bahawa perkembangan pantas penularan HIV yang dikenali sebagai 'next wave' adalah berpunca daripada golongan pengguna dadah secara suntikan [*injecting drug user* (IDU)] (Brogly, Bruneau, Vincelette, Lamothe & Franco, 2000; Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004). Pengalaman beberapa buah negara menunjukkan bahawa apabila sekali HIV memasuki populasi IDU, maka negara tersebut boleh mengalami epidemik HIV/AIDS yang luas dalam masa yang amat singkat (Deany, 2000; World Bank, 1997). Kebanyakan negara yang dijangkiti mengalami prevalens HIV yang meningkat iaitu daripada 5% kepada lebih daripada 40% dalam masa kurang daripada setahun [United Nation Office on Drug and Crime (UNODC), International Labour Organization (ILO) & Centre for Drug Research, Universiti Sains Malaysia (USM), 2004].

Senario tersebut banyak berlaku di negara-negara Asia seperti di Pakistan, India, Thailand, Vietnam dan Eropah Timur dan Tengah seperti Rusia, Ukraine, Lithuania, Poland dan Romania ekoran lebih 60% daripada kes-kes HIV adalah disebabkan oleh golongan IDU (Deany, 2000; Narain, 2004). Negara Rusia, China, Malaysia, Ukraine dan Vietnam telah dikenalpasti mempunyai kes epidemik HIV yang tinggi berkaitan IDU (Wolfe & Malinowska-Sempruch, 2004).

Walaupun pelbagai usaha pendidikan dan pencegahan telah dijalankan, namun epidemik berkembar HIV/AIDS dan pengambilan dadah secara suntikan tidak menunjukkan tanda-tanda pengurangan (Chua, 2006, Mac 16). Tingkah laku berkongsi jarum dalam kalangan IDU telah dikenalpasti sebagai tingkah laku berisiko yang menyebabkan virus HIV terus merebak [International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2003; Narain, 2004; World Health Organisation (WHO), The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) & UNODC, 2004]. Nilai kebarangkalian berlakunya pemindahan

virus HIV semasa sekali perkongsian jarum adalah tinggi iaitu di antara 0.007 hingga 0.008 (Hudgens et al., 2001; Kaplan & Heimer, 1992).

Perlakuan yang mendorong amalan berkongsi jarum ini amat sukar ditangani kerana faktor-faktor sosial IDU itu sendiri seperti kurangnya kesedaran tentang risiko jangkitan HIV/AIDS. Tambahan pula, amalan ini dipengaruhi kuat oleh konteks atau latar belakang pengamal, norma dan ritual kelompok, kesukaran mendapat peralatan menyuntik yang bersih, dan ketidakupayaan membawa peralatan menyuntik kerana keadaan persekitaran keluarga, masyarakat dan undang-undang (WHO et al., 2004). Ketakutan, penafian dan diskriminasi juga menyebabkan proses pencegahan HIV dalam kalangan pengguna dadah kurang diberi keutamaan (Deany, 2000).

Oleh yang demikian, pendekatan pengurangan kemudaratan (*Harm Reduction*) telah diperkenalkan di seluruh dunia termasuk Malaysia dan ia telah lama diamalkan oleh negara-negara seperti di Amerika Utara, Eropah Barat dan Australia. Menurut UNAIDS (2005), hanya 19% sahaja IDU yang menyertai Program Pengurangan Kemudaratan sedunia. Walaupun kajian telah terbukti bahawa pengurangan kemudaratan menyumbang kepada kejayaan, namun bagi kebanyakan negara ia hanya dilihat sebagai strategi untuk mengurangkan HIV/AIDS yang penuh kontroversi.

## **1.1 Pernyataan Masalah**

Menyuntik dadah merupakan mod pemindahan HIV utama yang telah dikenalpasti di Eropah Timur, Asia Tengah, sebahagian daripada Asia Selatan dan Asia Tenggara, Afrika Utara, Timur Tengah, dan sebahagian daripada Utara dan Selatan Amerika (UNODC, 2004). Mulai era 1980an, Asia telah mengalami epidemik berkembar iaitu masalah penagihan dadah secara menyuntik dan HIV/AIDS yang menular secara mendadak. Banyak negara Asia terpaksa berhadapan dengan epidemik HIV/AIDS dalam kalangan IDU (UNAIDS, 2008). Hasil laporan menunjukkan bahawa Asia telah dikenalpasti sebagai mempunyai kes

HIV/IDU yang tertinggi di dunia [Malaysian AIDS Council (MAC) & Burnet Institute, 2005].

Malaysia pernah diumumkan berada di tahap darurat pada tahun 2006. Menurut Chua (2006, Mac 16) setiap 18 kes baru jangkitan HIV, terdapat tiga kes AIDS dan tiga kematian akibat AIDS berlaku setiap hari. Walaupun Malaysia bukanlah negara penghasil dadah yang besar, tetapi kedudukan geografinya yang berdekatan dengan 'segi tiga emas' iaitu Myanmar, Laos dan Thailand, serta negara pengeluar dadah yang lain menyebabkan Malaysia terdedah dengan masalah penagihan dadah tempatan, sekaligus menyumbang kepada masalah HIV/AIDS yang semakin meningkat bilangannya (Habil & Mohd, 2003; Reid, Kamarulzaman & Sran, 2005).

Sehingga tahun 2009 iaitu dalam masa 22 tahun, jumlah terkumpul kes jangkitan HIV yang dikesan di Malaysia adalah sebanyak 87,710 dan 14,955 bagi kes AIDS termasuk 13,003 kematian. Daripada jumlah tersebut, sebanyak 70.6% adalah disebabkan oleh golongan IDU (Kementerian Kesihatan Malaysia, 2009). Golongan pengguna dadah di Malaysia didapati masih aktif mengamalkan pengambilan dadah secara suntikan dan mengamalkan seks tidak selamat (Bakar, 2005 Jun 17). Senario ini menjadi indikator bahawa sekiranya IDU masih mengamalkan tingkah laku berisiko tanpa kesedaran, maka risiko jangkitan HIV/AIDS juga semakin tinggi jika tiada sebarang usaha drastik dilakukan.

Kadar mobiliti daripada tidak menyuntik kepada menyuntik dadah juga sudah semakin singkat iaitu daripada tujuh tahun kepada tiga atau empat tahun (Reid et al., 2005). Antara sebab mengapa pengguna dadah di Malaysia berganjak kepada cara menyuntik ialah kerana tekanan daripada rakan sebaya, peningkatan harga heroin di pasaran, pengurangan ketulenan heroin, kekurangan pembekalan heroin di pasaran dan keinginan meningkatkan perasaan euforia (Reid et al., 2005). Cara menyuntik juga didapati lebih pantas berbanding metod menyuntik yang lain dan mudah disembunyikan (Deany, 2000).

Melihat kepada tingkah laku seks dalam kalangan IDU pula, kajian tempatan pada tahun 1998 (Reid et al., 2005) mendapati bahawa 78% daripada 6,000 pengguna dadah lelaki

adalah aktif secara seksual; 55% dengan teman wanita, 31% dengan pekerja seks dan 5% dengan teman lelaki. 80% daripada jumlah tersebut tidak memakai kondom apabila melakukan aktiviti seks. Manakala kajian pada tahun 2001 dalam kalangan IDU, mendapati bahawa mereka tidak menggunakan kondom bersama isteri, tetapi hanya akan memakainya apabila melawat pekerja seks dan diberi tekanan oleh pekerja seks untuk memakainya (Reid et al., 2005).

Justeru, kerajaan sentiasa mengambil inisiatif untuk mencegah negara daripada terus dibelenggu masalah dadah yang boleh membawa pelbagai impak negatif terutama HIV/AIDS melalui pengurangan pembekal (*supplier*) dan permintaan (*demanding*) menerusi Akta Dadah Merbahaya 1952. Pelbagai kempen diperkenalkan seperti kempen 'Perangi dadah habis-habisan' pada tahun 2003 dan kempen 'Enam Jahanam' yang dilaksanakan mulai 22 Februari 2005. Kerajaan juga bertanggungjawab merawat dan memulihkan pengguna dadah secara aktif melalui Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) Pindaan 1998 dengan pelbagai modaliti rawatan seperti perubatan, psikososial dan kerohanian. Seseorang yang dicaj di bawah akta tersebut akan melalui rawatan dan pemulihan sama ada dalam institusi atau program pemulihan dalam komuniti dengan pengawasan. Bagi memastikan proses pemulihan berterusan, jagaan lanjutan di luar institusi turut diperkenalkan. Walaubagaimanapun, menurut Mohamed dan Don (2004) terdapat banyak halangan dan kelemahan yang wujud seperti dalam aspek tenaga kerja profesional, tidak adanya sistem penelitian dan penilaian yang berkesan, dan kurang keupayaan menjalankan program yang telah dirancang oleh peringkat pusat.

Menerusi pengalaman Malaysia memerangi dadah dan menangani masalah HIV/AIDS yang lalu, mengajar bahawa perlunya pendekatan yang lebih berkesan berbanding dengan cara tradisional. Kajian-kajian lalu telah mengenalpasti realiti bahawa sebahagian besar daripada pengguna dadah tidak berhenti mengambil dadah walaupun mereka mengetahui pengambilannya membawa banyak kemudaratan (MAC & Burnet Institut, 2004). Dengan mengambil kira bahawa adalah tidak realistik bahawa dunia bebas daripada

dadah sepenuhnya (Hunt, 2003), pendekatan yang hanya menunggu memerangi dadah habis-habisan tanpa ada cara untuk mengawal HIV/AIDS amat merugikan (World Bank, 1997). Sejarah telah membuktikan bahawa masalah HIV/AIDS tidak boleh menunggu sehingga masalah dadah dihapuskan, sebaliknya memerlukan usaha yang drastik dan seiring usaha memerangi dadah yang lain (Colon, Robles, Sahai & Matos, 1992; Narain, 2004).

Memandangkan masalah dadah dan HIV/AIDS ini adalah masalah dunia, maka ASEAN pada tahun 1998 telah menasihati ahli-ahlinya menggunakan pendekatan Pengurangan Kemudatan dalam menangani masalah tersebut. Walaupun kajian-kajian terdahulu menunjukkan bahawa tidak wujudnya bukti yang kukuh bahawa Program Pertukaran Jarum dan Picagari [*Needle Syringe Exchange Program (NSEP)*] yang merupakan salah satu intervensi Pengurangan Kemudatan meningkatkan jumlah pengguna dadah (Normand, Vlahov & Moses, 1995; WHO et al., 2004), namun pendekatan tersebut ditentang hebat oleh ideologi yang berasaskan kepercayaan keagamaan (Reid et al., 2005). Di Malaysia sendiri, masih banyak masyarakat yang berada di tahap ‘penafian’ terhadap isu HIV/AIDS dan penyalahgunaan dadah ini walaupun Malaysia sudah mula berada di tahap ‘tawar-menawar’ (Baba, 2002; 2005).

Dengan usaha gigih badan-badan sukarela HIV/AIDS dan peningkatan kes-kes HIV secara mendadak, kerajaan telah membuat penelitian semula terhadap pendekatan ini dengan mengambil kira contoh negara Islam yang lain seperti Iran dan China (Kadir, 2005 Jun 6). Pada tahun 2005, kerajaan telah mengumumkan untuk melaksanakan NSEP serta Terapi Gantian Methadone (MMT) (Bakar, 2005 Jun 17). Sudah tiba masanya pendekatan *bottom-up* yang didasari oleh keperluan pengguna dadah berbanding dengan pendekatan *top-down* iaitu dasar yang dibentuk oleh pemerintah dan para profesional (Marlatt, 1996), didengar dan dipertimbangkan bagi tujuan pembentukan dasar di Malaysia. Malaysia sendiri telah menjalankan kajian rintis ke atas tiga negeri pada tahun 2006, dan kini telah memperluaskan NSEP sehingga ke lapan negeri, dengan jumlah agihan jarum sebanyak 1.8 juta yang diedarkan pada tahun 2008 dan lebih dari 12,000 pelanggan mendapat manfaatnya

(Kamarulzaman, 2009). Memandangkan pendekatan pengurangan kemudaratan melalui NSEP adalah baru di Malaysia, maka kajian-kajian tempatan adalah sangat diperlukan [The United Nations General Assembly Special Session (UNGASS), 2010].

Selain itu, kajian-kajian lalu menunjukkan NSEP sering menimbulkan kontroversi dalam kalangan masyarakat (Hunt, 2003; Memoona Hasnain, 2005; Rogers & Ruefli, 2004). Menurut Strike, Mayers dan Millson (2004), NSEP sering mendapat tentangan daripada masyarakat apabila ia mula diperkenalkan di sesebuah kawasan. NSEP juga menjadi kontroversi di Malaysia dan mendapat pelbagai reaksi apabila ia mula dicadangkan kerana melibatkan sensitiviti awam (Baba, 2005). Pada peringkat awal ramai para ulama serta beberapa pemimpin masyarakat yang kurang bersetuju dengan langkah tersebut. Ini dapat dilihat menerusi kenyataan mereka di akhbar-akhbar tempatan sekitar bulan Mei hingga Julai 2005.

Kebanyakan masyarakat menganggap program ini membazir, bercanggah dengan nilai-nilai agama, undang-undang serta menggalakkan masyarakat terlibat dengan dadah dan aktiviti seksual (BERNAMA, 2005 Julai 28). Ada yang berpendapat bahawa mereka yang HIV positif dan IDU perlu diasingkan di sebuah pulau. Cadangan seperti ini gagal mengambil kira isu-isu psikososial, kemanusiaan dan pemahaman tentang etiologi epidemik itu sendiri (Baba, 2005). Memandangkan media sama ada elektronik mahupun cetak lebih banyak mempamerkan reaksi pelbagai pihak seperti pemimpin, penguatkuasa mahupun orang ramai berhubung isu ini, dan belum ada kajian yang khusus melihat reaksi IDU itu sendiri, justeru pengkaji cuba melihat reaksi atau maklum balas berkenaan NSEP daripada kaca mata IDU yang terlibat dengan program ini. Pengkaji ingin mengetahui apakah pandangan IDU sebagai penerima perkhidmatan terhadap program NSEP itu sendiri? Bagaimana penerimaan mereka setelah terlibat hampir setahun di dalam program tersebut? Hal ini adalah penting kerana salah satu prinsip pengurangan kemudaratan ialah menuntut penyertaan yang aktif daripada IDU (British Columbia Ministry of Health, 2005).

Nilai yang dipegang oleh aktivis sosial sendiri turut menimbulkan konflik. Bagi sesetengah masyarakat, termasuklah para pemimpin dan para profesional tidak menganggap pengguna dadah sebagai pesakit yang harus dibantu, sebaliknya pengguna dadah dianggap sebagai penjenayah yang harus menerima hukuman terhadap kesalahan dan perbuatan mereka (Burris, 2004). Nilai-nilai seperti ini menyebabkan NSEP sukar diterima dan hanya melambatkan proses pertolongan terhadap golongan IDU. Sejak bertahun lamanya, masyarakat disogokkan bahawa dadah itu 'najis' dan 'musuh negara' yang mesti dijauhi. Stigma masyarakat menyebabkan pengguna dadah yang seharusnya dibantu takut untuk tampil di hadapan masyarakat umum dan tidak mendapat hak mereka seperti sokongan dan perkhidmatan yang diperlukan (Grau, Bluthenthal, Marshall, Singer & Heimer, 2005; Herek et al., 1998).

Memandangkan nilai yang terdapat dalam pengurangan kemudaratan merupakan pendekatan kemanusiaan yang menggugurkan sempadan penyedia-klien (*provider-client*) (Marlatt, 1996), dan ia amat bersesuaian dengan nilai yang dipegang oleh pekerja sosial, maka program ini amat perlu disokong oleh bidang kerja sosial demi kesejahteraan sosial dan kesihatan masyarakat. Profesion kerja sosial adalah profesion yang dipandu oleh nilai (*value-driven*). Walaupun kebanyakan penyalahgunaan dadah adalah salah di sisi undang-undang, namun kod etika kerja sosial tidak meletakkan sebarang peraturan bahawa pekerja sosial perlu memaksa mereka untuk menyerahkan diri kepada pihak berkuasa dan mendapatkan perkhidmatan pemulihan, sebaliknya melakukan intervensi yang bersesuaian mengikut tahap klien pada waktu itu. Walaupun terdapat pekerja sosial yang bekerja dengan pegawai parol atau pemulihan, namun mandat tersebut tidak secara langsung diletakkan kepada pekerja sosial. Pekerja sosial harus melihat klien daripada pandangan di mana tahap klien berada pada waktu itu, bukan di mana klien sepatutnya berada (MacMaster, 2004).

Menurut Zelvin dan Davis (2001) nilai-nilai tradisional kerja sosial jelas menyokong strategi pengurangan kemudaratan dalam amalan profesional. Brocato dan Wagner (2003) menyatakan bahawa pengurangan kemudaratan telah dikonseptualisasikan sebagai satu

gerakan keamanan dan selaras dengan nilai-nilai humanistik dalam kerja sosial. Selain itu, dalam pengurangan kemudaran, terdapat nilai yang selari dengan kerja sosial seperti komitmen dengan klien, penentuan diri, memperkasakan klien, penghormatan kepada pelbagai populasi, keadilan sosial dan hak mendapatkan sumber yang diperlukan (Brocato & Wagner, 2003). Berdasarkan piawaian etika kerja sosial, tanggungjawab utama pekerja sosial adalah untuk kesejahteraan klien (Miley, O'Melia & DuBois, 2004). Dalam hal ini, pekerja sosial perlu membantu IDU untuk mendapat kesejahteraan hidup dengan mengurangkan kemudaran diri dan orang lain. Sehubungan itu, pengkaji ingin mengenalpasti bagaimana agar program ini dapat terus kekal dalam membantu golongan IDU dengan mengambil kira aspek psikososial dan pandangan IDU itu sendiri. Ini adalah kerana kebanyakan kajian yang dibuat di Malaysia melaporkan tentang kejayaan NSEP dalam mengubah tingkah laku menyuntik dan statistik IDU yang berdaftar namun belum ada dokumentasi yang khusus meminta IDU sebagai pelanggan NSEP memberi pandangan mereka untuk memperbaiki program ini. Pengkaji percaya bahawa IDU yang terlibat merupakan sumber terbaik untuk mengetahui kelemahan dan keperluan peserta NSEP selari dengan prinsip pengurangan kemudaran yang dipercayai kemampuan pengguna dadah untuk memilih dan mengubah diri mereka dan berhak menentukan intervensi yang terbaik untuk dirinya (British Columbia Ministry of Health, 2005).

Oleh yang demikian, dengan mengambil kira kajian-kajian berhubung dengan NSEP banyak menekankan kejayaan NSEP dalam aspek pengurangan prevalens HIV/AIDS, perubahan tingkah laku berisiko IDU, dan kos efektif (sepertimana perbincangan dalam Bab Dua), serta kajian-kajian empirikal NSEP yang berkaitan dengan faktor tingkah laku dan psikososial adalah masih terlalu sedikit serta amat perlu dijalankan (Grau, et al., 2005), maka pengkaji mengambil inisiatif untuk mengkaji ciri-ciri psikososial IDU yang terlibat dengan NSEP, sesuai dengan bidang kerja sosial yang menitikberatkan pemahaman terhadap kumpulan sasaran. Pengkaji percaya bahawa dengan mengetahui ciri-ciri psikososial IDU, intervensi yang lebih tepat dapat dilakukan ke atas kumpulan ini. Oleh yang demikian, kajian

kualitatif yang bersifat eksploratori ini secara umumnya bertujuan untuk meningkatkan perkhidmatan NSEP dengan mengambil kira isu psikososial dan pandangan serta cadangan daripada IDU. Diharapkan dengan kajian ini dapat membantu dan memberi panduan kepada ahli profesional yang terlibat dengan profesion pertolongan sebagai usaha mengubah tingkah laku pengguna dadah melalui Program Pengurangan Kemudaratan seterusnya memutuskan rantai HIV/AIDS daripada terus menjadi wabak yang membahayakan kesejahteraan negara.

## **1.2 Persoalan Kajian**

Untuk mencapai matlamat kajian ini, beberapa persoalan telah dibentuk iaitu;

1. Apakah ciri-ciri psikososial IDU yang terlibat dalam program NSEP?
2. Apakah faktor-faktor yang menghalang mereka untuk berhenti mengamalkan tingkah laku berisiko?
3. Apakah pandangan IDU tentang program NSEP setelah terlibat dengannya?
4. Apakah cadangan daripada IDU untuk meningkatkan perkhidmatan NSEP?
5. Sejauhmanakah peranan kerja sosial boleh dimainkan dalam program NSEP?

## **1.3 Objektif Kajian**

Lima objektif telah dibentuk oleh pengkaji untuk memandu kajian ini iaitu;

1. Menganalisis ciri-ciri psikososial IDU yang terlibat dalam program NSEP.
2. Menganalisis cabaran yang dihadapi oleh IDU untuk berhenti mengamalkan tingkah laku berisiko.
3. Mengetahui pandangan IDU terhadap program NSEP.
4. Mengetahui cadangan daripada IDU untuk meningkatkan perkhidmatan NSEP.
5. Mengetahui peranan yang boleh dimainkan oleh pekerja sosial untuk meningkatkan perkhidmatan NSEP.

#### 1.4 Kepentingan Kajian

Jika dibandingkan dengan sejarah pengurangan kemudaran di negara-negara yang mengamalkannya, Malaysia baru sahaja mengorak langkah melaksanakan pendekatan pengurangan kemudaran menerusi MMT dan NSEP pada tahun 2005. Masih terlalu sedikit kajian berkaitannya di Malaysia. Justeru, kajian ini boleh dianggap sebagai salah satu kajian awal dalam melihat penerimaan IDU terhadap program tersebut. Penerimaan IDU adalah penting kerana tanpa penerimaan terhadap program yang ini, maka ia akan menjadi satu usaha kerajaan yang sia-sia.

Dengan reaksi masyarakat yang bercampur aduk pula, merupakan satu dorongan perlunya kajian-kajian tempatan dijalankan untuk melihat kesesuaian NSEP dengan budaya tempatan dan komuniti IDU itu sendiri. Adalah diharapkan kajian ini dapat menyumbang kepada perkembangan Program Pengurangan Kemudaran pada masa akan datang agar ia dapat mencapai matlamat untuk mengubah tingkah laku berisiko IDU seterusnya mencegah penyebaran HIV/AIDS di Malaysia. Ia juga dapat menyumbang kepada pemahaman masyarakat tentang komuniti IDU dan pentingnya pengurangan kemudaran bagi menyelamatkan nyawa dan kesejahteraan masyarakat sendiri. Dengan pemahaman demikian, secara tidak langsung dapat mengubah stigma masyarakat dan pemegang taruh terhadap golongan pengguna dadah dan HIV/AIDS dan turut sama berganding bahu menyokong program ini seterusnya mewujudkan kerjasama sebagai komuniti penyayang.

Secara praktis, kajian ini juga diharapkan dapat memandu untuk membentuk strategi intervensi yang bersesuaian bagi mereka yang terlibat dengan profesion pertolongan seperti pekerja sosial, kaunselor, ahli psikologi dan badan bukan kerajaan (NGO) yang terlibat dengan golongan IDU. Dengan memahami ciri-ciri psikososial IDU, kajian ini diharapkan banyak memberi manfaat kepada bidang kerja sosial sama ada bagi pekerja sosial khusus dalam bidang pergantungan terhadap alkohol dan bahan kimia (*alcohol and chemical dependency*), klinikal, kerja sosial awam (*generalist*) mahupun badan-badan sukarela yang memberi perkhidmatan kepada golongan IDU dan yang memperjuangkan kesedaran

HIV/AIDS. Pendekatan yang lebih praktikal berasaskan penyelidikan dalam bidang ini dan HIV/AIDS amat diperlukan memandangkan bidang ini memerlukan kemahiran dan kepakaran khusus terutamanya dengan kewujudan intervensi baru seperti pengurangan kemudaratan ini.

### **1.5 Skop Kajian**

Kajian ini merupakan kajian eksploratori dan bukan kajian perbandingan antara kumpulan. Justeru, pengkaji tidak melibatkan perbandingan antara IDU yang terlibat dengan NSEP dengan IDU yang tidak terlibat dengan program tersebut. Ia adalah eksklusif bagi menjelaskan ciri-ciri psikososial IDU yang terlibat dengan NSEP. Pengkaji menetapkan hanya memberi tumpuan kepada peserta NSEP ekoran program ini masih baru di Malaysia. Pengkaji juga percaya bahawa data yang diperolehi daripada IDU yang terlibat dalam NSEP sudah memadai untuk mencapai objektif kajian ini.

Dalam kajian ini juga pengkaji hanya melibatkan IDU yang menyuntik heroin sebagai dadah utama, penglibatan sekurang-kurangnya sepuluh bulan hingga setahun dengan NSEP, telah terlibat dengan dadah melebihi 10 tahun dan bersedia memberi kerjasama yang mana bilangannya adalah kecil. Ini adalah kerana golongan IDU merupakan populasi yang tersembunyi dan tidak komited untuk bekerjasama ditemuramah berulang kali. Pengkaji mengalami kesukaran untuk memenuhi kriteria ini kerana ramai responden yang tidak dapat menamatkan sesi temu bual kali kedua dan seterusnya. Kebanyakan dalam kalangan mereka telah diberkas polis, tidak datang lagi ke Pusat Sehati IKHLAS dan menghilangkan diri. Oleh itu pengkaji menetapkan untuk tidak mengawal dari segi *baseline* kekerapan menyuntik responden dalam sehari.

Kajian ini juga hanya memberi tumpuan kepada NSEP yang merupakan salah satu intervensi dalam pengurangan kemudaratan. Walaupun pengurangan kemudaratan mempunyai banyak lagi intervensi yang lain, namun pengkaji telah memilih NSEP sebagai intervensi pengurangan kemudaratan yang dikaji. Dalam hal ini juga, model penyampaian

NSEP yang dikaji hanyalah kepada model lokasi tetap iaitu di Pusat Sehati IKHLAS. Pengkaji tidak mengkaji khusus kepada model NSEP yang berbentuk temu seru (*outreach*), namun dalam model lokasi tetap, temu seru tetap ada dijalankan.

## **1.6 Susunan dan Ulasan Isi Kandungan**

Secara keseluruhannya, kandungan penulisan ini terdiri daripada lima bab. Sebagai gambaran awal, Bab Satu membincangkan pengenalan kepada kajian yang merupakan rangka umum kajian yang menyentuh tentang permasalahan kajian, objektif kajian dijalankan, soalan kajian, kepentingan kajian, dan skop kajian ini. Susunan kandungan kajian diikuti dengan Bab Dua iaitu bahagian ulasan kajian-kajian lepas berkenaan dengan IDU dan HIV/AIDS. Statistik kes IDU dan HIV/AIDS juga turut dibentangkan secara umum. Huraian dalam bab tersebut turut memuatkan kajian berkaitan ciri psikososial IDU yang terlibat, kajian-kajian berkaitan NSEP seterusnya mengumpulkan kajian-kajian berkaitan kerja sosial dalam bidang penyalahgunaan dadah dan HIV/AIDS. Teori tingkah laku, Teori Motivasi Perlindungan dan Model Transteoritikai turut dibincangkan dalam membentuk rangka konseptual kajian ini.

Bab Tiga menerangkan reka bentuk penyelidikan kajian ini. Bahagian ini meliputi tatacara pemilihan responden, kaedah pungutan data dan penganalisan data. Pungutan data primer yang melibatkan temu bual mendalam dibincangkan dengan terperinci dan pengkaji mengemukakan panduan temu bual yang relevan dengan objektif kajian. Isu-isu etika penyelidikan dan kualiti penyelidik juga turut ditekankan dalam bab ini seterusnya diakhiri dengan definisi beberapa istilah penting dalam kajian ini iaitu tingkah laku berisiko, berkongsi jarum suntikan, pengurangan kemudaratan dan psikososial.

Hasil penemuan kajian ini dibentang secara terperinci di dalam Bab Empat. Memandangkan kajian ini menggunakan kaedah kualitatif, maka pembentangan hasil kajian dibuat secara merentas kes (*cross-case*) dengan mengikut skop yang ditetapkan. Bagi menunjukkan gambaran yang lebih jelas, pengkaji menggunakan diagram dan adakalanya

menggunakan naratif mengikut tema dengan naratif yang sama, atau tema dengan naratif yang berbeza.

Penulisan ini berakhir dengan Bab Lima. Bab tersebut merangkumi perbincangan hasil penemuan mengikut persoalan dan objektif kajian. Hanya tema-tema utama yang muncul bagi setiap objektif kajian dibentangkan. Kemudian, pengkaji menarik perbincangan kepada hujahan tentang implikasi hasil kajian kepada praktis kerja sosial, dasar sosial, perkhidmatan NSEP itu sendiri dan pendidikan kerja sosial. Keterbatasan kajian, serta cadangan kepada kajian akan datang turut dikemukakan. Akhirnya, rumusan terhadap keseluruhan kajian juga diolah di dalam bab tersebut.

## **BAB DUA ULASAN KARYA**

### **2.0 Pendahuluan**

Bab ini membincangkan penulisan kajian-kajian terdahulu yang ada kaitannya dengan beberapa aspek yang ingin dilihat dalam kajian ini. Tumpuan penulisan adalah berkaitan dengan beberapa aspek penting iaitu epidemik HIV/AIDS, masalah dadah yang berkaitan dengan HIV, statistik HIV/AIDS yang berpunca daripada IDU, NSEP, kajian-kajian tentang NSEP, ciri psikososial IDU, cabaran yang dihadapi IDU untuk berhenti mengamalkan tingkah laku berisiko, peranan pekerja sosial dan beberapa teori berkaitan.

### **2.1 Sejarah HIV/AIDS**

HIV/AIDS merupakan satu daripada penyakit dan melibatkan masalah kesihatan yang kompleks untuk ditangani (Umeh, 1997). Walaupun pengetahuan manusia kini tentang virologi dan epidemiologi semakin meningkat (Callahan, 2006) dan telah tiga dekad dunia memerangi penyakit ini, (Naraian, 2004) namun sehingga kini vaksin penyakit ini masih belum ditemui (Callahan, 2006). Penyakit ini bermula apabila dunia digemparkan tentang penyakit *kaposi sarcoma* dan *pneumocystis carinii pneumonia* yang dialami oleh sekumpulan homoseksual di Los Angeles pada tahun 1981 (Fan, Conner & Villarreal, 2004; Herek & Glunt, 1998). Semenjak itu, banyak teori telah dikemukakan seperti dakwaan bahawa HIV telah diterima secara tidak sengaja daripada kuman makmal peperangan (Umeh, 1997), daripada monyet Afrika (Miyoshi et al., 1982 dalam Marlink & Kotin, 2004) dan dijangkiti daripada memakan daging monyet (Umeh, 1997). Memandangkan orang pertama yang didiagnosis HIV adalah lelaki homoseksual, pada mulanya terdapat mitos menyatakan bahawa hanya lelaki gay yang berkecenderungan untuk dijangkiti HIV. Kini, dunia lebih bersikap adil dan mengakui bahawa jangkitan HIV tidak memandang kepada gender, sebaliknya boleh tersebar kepada sesiapa sahaja melalui darah dan cecair (Johanson,

2007). Sehubungan itu, bahagian ini mengulas kajian-kajian berkaitan HIV/AIDS dan perkembangannya di dunia, Asia dan Malaysia.

### **2.1.1 Epidemik dan Tren Jangkitan HIV/AIDS**

Masalah HIV/AIDS bukan sahaja berlaku dalam pola yang tipikal sebagaimana epidemik penyakit berjangkit yang lain, tetapi profil mod jangkitan epidemik ini adalah berhubung secara langsung dengan persekitaran sosial dan konstruk budaya iaitu pola kemiskinan, norma terhadap tingkah laku seksual, struktur industri seks, dan pola perlakuan IDU (Bethel, 1995). Terdapat tiga pola epidemik dunia yang dikenalpati berhubung dengan HIV/AIDS (Bethel, 1995; Umeh, 1997).

Pola pertama menunjukkan majoriti laporan AIDS adalah dalam kalangan lelaki gay atau IDU iaitu jangkitan HIV/AIDS dalam kalangan lelaki adalah tinggi berbanding wanita. Senario ini banyak berlaku di Amerika Syarikat, Eropah Barat, Australia dan New Zealand (Bethel, 1995; Umeh, 1997). Manakala pola kedua epidemik pula menunjukkan kesamarataan kes-kes lelaki dan wanita. Ini merupakan petanda berlakunya perubahan vektor jangkitan daripada golongan homoseksual dan biseksual kepada golongan heteroseksual, seperti di Sub-Saharan Afrika dan Carribean di mana prevalens dalam kalangan perempuan juga adalah tinggi (Bethel, 1995; Umeh, 1997). Pola ketiga pula dapat dilihat di Asia, Eropah timur, Timur Tengah dan Afrika Utara di mana ia memperlihatkan pola yang lebih kompleks dan kesamarataan dalam kalangan jaringan IDU, industri seks komersil, industri seks tidak komersil, homo/biseksual dan heteroseksual itu sendiri (Bethel, 1995; Umeh, 1997).

Walaupun bagaimanapun, tren pemindahan virus HIV tersebut tidak bertahan lama (Baer, Singer & Susser, 2003), dan kini telah berubah di kebanyakan bahagian di dunia. Pada tahun 2007, golongan wanita merupakan setengah daripada jumlah manusia yang hidup dengan HIV di dunia. Afrika Selatan masih mengekalkan 35% daripada jangkitan HIV di dunia dan 38% daripada kematian AIDS di dunia. Hampir 60% daripadanya adalah di Sub-

Saharan Afrika, (UNAIDS, 2008). Secara keseluruhannya Sub-Saharan Afrika merupakan pusat kepada 67% manusia yang hidup dengan HIV/AIDS (UNAIDS, 2008).

Kini, adalah dianggarkan bahawa 33.4 juta manusia yang hidup dengan HIV/AIDS di seluruh dunia (UNAIDS, 2009). Jumlah keseluruhan manusia yang hidup dengan virus tersebut adalah 20% lebih tinggi daripada pada tahun 2000 dan tiga kali ganda lebih tinggi daripada tahun 1990. Jadual 2.1 menunjukkan statistik HIV/AIDS sehingga tahun 2008 mengikut kumpulan sasaran.

Jadual 2.1

*Statistik HIV/AIDS Dunia Sehingga 2008*

	Anggaran	Kadar Anggaran
<b>Manusia yang hidup dengan HIV/AIDS sehingga 2008</b>		
Dewasa	31.3 juta	29.2-33.7 juta
Wanita	15.7 juta	14.2-17.2 juta
Kanak-Kanak di bawah 15 tahun	2.1 juta	1.2-2.9 juta
<b>Jumlah keseluruhan</b>	<b>33.4 juta</b>	<b>31.1- 35.8 juta</b>
<b>AIDS berkaitan kematian sehingga 2008</b>		
Dewasa	1.7 juta	1.4-2.1 juta
Kanak-Kanak di bawah 15 tahun	280 000	(150 000-410 000)
<b>Jumlah keseluruhan</b>	<b>2.0 juta</b>	<b>1.7-2.4 juta</b>

Sumber: UNAIDS (2009). *AIDS epidemic update: November 2008*.

Penyebaran HIV/AIDS di Asia bermula agak lewat berbanding dengan rantau lain di dunia. Kes pertama HIV di Asia dilaporkan pada tahun 1984 dan 1985 (Ruxrungtham, Brown & Phanuphak, 2004), namun penyebarannya kurang diambil perhatian sehinggalah penyebaran mendadak berlaku di Thailand, India, dan kawasan *golden triangle* iaitu pertemuan antara Myanmar, China dan Thailand di awal era 1990an (Fan et al., 2004; Narayan, 2004; Nepal, 2007). Sehingga kini seramai 4.7 juta penduduk di Asia hidup dengan HIV (UNAIDS, 2009). Walaupun prevalens HIV di Asia seperti di Asia Selatan dan Tenggara (0.6%), Asia Timur (0.1%) adalah lebih rendah daripada Sub-Saharan Afrika

(6.1%), namun Asia didapati mempunyai jumlah kes HIV yang disebabkan oleh IDU yang tertinggi di dunia (MAC & Burnet Institut, 2004).

Prevalens HIV di Asia dapat dibahagikan kepada tiga kategori iaitu kategori pertama merupakan negara di mana prevalens HIV adalah tinggi dan telah mencecah 1% seperti di Cambodia, Thailand dan beberapa kawasan di India (Ruxrungtham et al., 2004). Negara India menyumbang sekitar setengah daripada tersebar luasnya HIV di Asia (UNAIDS, 2009). Pola kedua adalah negara-negara dalam transmisi di mana epidemik HIV berkembang dalam tempoh masa lima tahun seperti di China, Indonesia, Nepal dan Vietnam. Pola ketiga pula melibatkan negara-negara yang mempunyai prevalens yang sangat rendah seperti di Laos, Bangladesh dan South Korea (Ruxrungtham et al., 2004).

Di Malaysia pula, HIV telah dikenalpasti sejak tahun 1986 melalui seorang pelancong daripada Amerika yang merupakan anak kelahiran tempatan (Taib, 1994; Ahmad, 1992) dan dalam masa yang sama adalah seorang homoseksual dan pengguna dadah (Beyrer, 1998). Sehingga kini, golongan lelaki telah mendominasi kebanyakan kes HIV/AIDS di Malaysia yang disebarkan melalui perkongsian jarum dalam kalangan IDU (Baer et al., 2003). Terdapat dua pola transmisi HIV yang terjadi di Malaysia iaitu berlaku sama ada kumpulan heteroseksual sama rata dengan pengguna dadah ataupun pengguna dadah sendiri mengetuai jangkitan HIV di sesebuah negeri (Baer et al., 2003).

Walaupun bagaimanapun, prevalens jangkitan HIV dalam kalangan orang dewasa beberapa tahun kebelakangan ini memperlihatkan tren peratus wanita yang dijangkiti menghampiri 25% pada tahun 2006 (Kamarulzaman, 2008). Walaupun tren ini banyak didominasi oleh IDU yang menyumbang sekitar 57% daripada jumlah keseluruhan kes baru pada tahun 2008, tetapi ada kebimbangan bahawa jangkitan heteroseksual meningkat. Pada tahun 2008, kes-kes HIV baru dilaporkan adalah terdiri daripada kumpulan heteroseksual yang mana meningkat daripada 20% pada tahun 2004 kepada 27% pada tahun 2008. Menurut MAC (2009) negara sedang melalui perubahan yang dianggap sebagai '*feminization of the HIV epidemic*'. Kes-kes wanita dengan HIV dilaporkan telah meningkat secara dramatik

dalam dekad terakhir, daripada 4% daripada kes baru pada tahun 1995 menjadi 19% daripada kes baru pada tahun 2008. Data Kementerian Kesihatan (2009) menunjukkan bahawa pada tahun 2008, lebih banyak suri rumahtangga disahkan HIV-positif berbanding dengan pekerja seks, dengan nisbah perbandingan seorang pekerja seks untuk setiap lima suri rumahtangga.

Secara global, banyak negara-negara di dunia termasuk Malaysia yang mengalami masalah HIV/AIDS dan ia merupakan penyebab keempat kematian dunia serta penyebab pertama kematian di Afrika (Neimeyer, Stewart & Anderson, 2005). Justeru, ia memerlukan perhatian yang tinggi kerana HIV/AIDS boleh merebak tanpa mengira umur, jantina, pangkat dan kaum melalui tiga cara iaitu darah, seks dan kelahiran berbanding penyakit yang mengakibatkan kematian lain di dunia.

### **2.1.2 HIV/AIDS dan Dadah**

Laporan pertama HIV/AIDS yang berkaitan dengan IDU telah dilaporkan di Amerika Syarikat pada 5 Jun 1982 di buletin *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) [Centre for Disease Control and Prevention (CDC), 2001] dengan jumlah kes sebanyak 13% pada ketika itu. Sehingga kini, pemindahan HIV dalam kalangan IDU berlaku dengan pantas iaitu sekitar 40% hingga 90% dalam kalangan komuniti IDU sendiri seperti mana yang berlaku di New York, Milan, Edinburgh, Bangkok, Santos, Odessa, Ho Chi Minh City, Yunnan, China dan India (Deany, 2000).

IDU merupakan kumpulan fokus utama yang perlu diberi perhatian dalam penyebaran HIV/AIDS (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2003; UNODC et al., 2004). Kajian yang dijalankan sekitar tahun 1988 hingga 1993 di United Kingdom mendapati bahawa tingkah laku IDU perlu diubah untuk mengurangkan penyebaran HIV/AIDS daripada terus berleluasa (Stimson, 1995). Tingkah laku menyuntik yang tidak selamat menerusi perkongsian jarum dan paraphernalia telah dikenalpasti sebagai penyumbang terbesar kepada ledakan HIV/AIDS di luar Amerika Utara dan Eropah Barat

sejak tahun 1980an (Hien, Giang, Binh & Wolffers, 2000). Kajian-kajian HIV yang berkaitan dengan IDU mula dilaksanakan selepas tahun 1981 (Des Jarlais & Friedman, 1998).

Di Asia, fenomena ini muncul pada hujung 1990an, iaitu di negara seperti Thailand, Myanmar, India, Nepal, Malaysia dan China (Hien et al., 2000). Di kebanyakan negara tingkah laku menyuntik yang tidak selamat terutama berkongsi jarum suntikan bukan sahaja merupakan faktor secara langsung penyebaran HIV, tetapi juga memandu untuk berlakunya transmisi dalam kalangan heteroseksual iaitu melalui pasangan seksual (Hien et al., 2000). Tingkah laku menyuntik telah didokumentasikan sebagai tingkah laku yang paling berisiko dalam kalangan IDU untuk menyebarkan HIV/AIDS di Asia (Crofts, 1997; Deany, 2000; Hunt, 2003; International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2003; UNODC et al., 2004).

Umumnya, kebanyakan jenis dadah yang digunakan untuk disuntik ialah heroin, amphetamine, kokain dan juga dadah-dadah lain termasuk tranquilliser dan pharmaceuticals (Deany, 2000). Walaubagaimanapun, tren di Asia Tenggara menunjukkan dadah yang seringkali digunakan oleh pengguna dadah apabila menyuntik ialah heroin (Crofts, 1997; Deany, 2000; Habil & Mohd, 2003; Othman & Yusoff, 2009). Kajian oleh Fuecht et al., (1993) dan Setiawan, Patten, Triadi, Yulianto, Adyana dan Arif (1999) mendapati bahawa 65% hingga 97% daripada pengguna dadah telah menggunakan heroin dan mengambilnya secara suntikan.

Di Malaysia, ATS merupakan dadah yang popular dan banyak di pasaran, dan heroin (diikuti oleh kanabis) merupakan dadah haram yang biasa disalahguna (Reid et al., 2005). Kajian oleh Vicknasingam dan Navaratnam (2008) mendapati bahawa heroin merupakan dadah utama yang disuntik bersama benzodiazepines seperti triazolam. Cara penyediaan heroin pula berubah mengikut sesuatu kawasan dan peredaran masa (Reid et al., 2005). Kajian di Malaysia, pada pertengahan 1990an, heroin didapati dicampur dengan air dan jus limau bagi memanjangkan masa dalam bentuk cecair dan diletakkan di dalam sudu besar. Memandangkan heroin di pasaran kini boleh mengekalkan bentuk cecairnya dalam masa

yang lebih lama, maka penyuntik dadah hari ini lebih mudah menggunakan penutup botol bagi menyediakannya di samping mudah untuk dibawa ke mana-mana (Reid et al., 2005).

Daripada segi faktor wujudnya penyebaran epidemik HIV dalam kalangan penyuntik dadah seterusnya kepada masyarakat banyak bergantung kepada pergaulan sosial seseorang IDU dalam populasi mereka. Ini termasuklah jumlah IDU yang terlibat semasa berkongsi jarum, darjah pergerakan dalam jaringan sosial IDU tersebut serta selama mana perkongsian jarum tersebut dilakukan (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2003). Kajian oleh Acharya et al. (2002) di Nepal iaitu negara Asia yang tertinggi prevalens HIV sekitar tahun 1997, menunjukkan bahawa 78% daripada IDU yang mempunyai sejarah menyuntik melebihi 5 tahun adalah dijangkiti HIV berbanding 37% mereka yang menyuntik kurang daripada 12 bulan. Jangkitan HIV juga didapati lebih 80% berlaku kepada mereka yang berkongsi jarum, termasuklah yang memungut jarum yang terbiar.

### **2.1.3 Statistik Semasa HIV/AIDS dan IDU**

Di seluruh dunia, terdapat lebih kurang 11.6 juta IDU, tiga juta IDU yang hidup dengan HIV/AIDS (Mathers et al., 2008) dan kebanyakannya tinggal di negara membangun (AVERT, 2010a). Jumlah IDU yang tertinggi adalah di Asia (Selatan, Timur, dan Asia Tenggara) iaitu seramai 4.85 juta, diikuti dengan seramai 2.9 juta IDU di Eropah Timur dan Asia Tengah, 1.6 juta di Amerika Utara, 1.1 juta di Eropah Barat, 523 000 di Timur Tengah dan Afrika Utara, 390 000 di Amerika Latin dan 113 000 di Oceania (AVERT, 2010a). Tiga negara yang dianggarkan mempunyai jumlah IDU terbesar ialah negara China, Amerika Syarikat dan Russia iaitu negara-negara yang mempunyai kepadatan penduduk yang tinggi (Mathers et al., 2008).

Sehingga kini, rantau Asia telah dikenalpasti merupakan jumlah kes HIV/AIDS yang tertinggi di dunia yang disebabkan oleh IDU (MAC & Burnet Institut, 2004; Mathers et al., 2008), diikuti dengan Eropah Timur dan Latin Amerika (Mathers et al., 2008). Meskipun jumlah IDU di Asia secara relatifnya tidak sebesar negara-negara lain, tetapi sumbangannya

kepada keseluruhan epidemik amat tinggi (AVERT, 2010b). Prevalens HIV dalam kalangan golongan IDU dengan mudah boleh mencecah lebih 50 % dan sesetengah kes ada yang meningkat sehingga 90 % dalam masa kurang daripada enam bulan. Empat negara Asia yang dilihat di bahagian ini ialah China, India, Thailand dan Malaysia.

Negara China merupakan negara yang mempunyai jumlah IDU yang terbesar di dunia (UNAIDS, 2009). Kes HIV/AIDS yang berhubung kait dengan IDU meningkat pada hujung tahun 1990an sehingga 2 juta pada tahun 2005 (UNAIDS, 2005). Hampir setengah daripada kes jangkitan HIV di China adalah berpunca daripada penggunaan jarum suntikan yang tercemar oleh IDU (UNAIDS, 2008). Prevalen HIV/AIDS di kalangan IDU adalah sekitar 6.74% sehingga 13.4% (Wang et al. dalam UNAIDS, 2009). Sebanyak 54% daripada IDU menghadapi HIV/AIDS dan 40% daripadanya berkongsi jarum ( Jia et al. dalam UNAIDS, 2009). Jumlah IDU di China telah meningkat iaitu daripada 60,000 pada pertengahan 1990an, kepada 1,928,000 pada tahun 2004 (Aceijas, Stimson, Hickman & Rhodes, 2004). Sebanyak 62.8 % perkongsian jarum berlaku di dalam komuniti dan 53.2 % berlaku di dalam pusat pemulihan. Laporan oleh UNAIDS (2005) pula menunjukkan bahawa sekurang-kurangnya setengah daripada IDU wanita terlibat dengan seks komersil, dengan tahap penggunaan kondom yang amat sedikit. Kadar langganan pekerja seks pula adalah sebanyak 71.9% (Ming, Wu, Liu, Liang & Zhou, 2009). Sehubungan itu, China telah memperkukuhkan lebih daripada 1400 tapak NSEP dan lebih 1500 klinik MMT di tujuh negeri di selatan dan barat China (UNAIDS, 2005). Pada tahun 2009, 38.5% IDU telah terlibat dalam MMT berbanding 24.8% pada tahun 2007 (AVERT, 2010d).

India telah dikenalpasti mempunyai tahap jangkitan HIV yang tertinggi di Asia (UNAIDS, 2008; AVERT, 2010b). Seramai 2.3 juta rakyat India menghadapi HIV/AIDS yang terdiri 39% wanita dan 3.5% kanak-kanak (AVERT, 2010c). Walaupun tahap prevalens muncul secara stabil di India seperti di Tamil Nadu, Andhra Pradesh, Karnataka dan Maharashtra, namun ia meningkat di negeri-negeri yang lain. Pola jangkitan HIV di bahagian selatan India adalah melalui seks yang tidak dilindungi, manakala di bahagian tenggara

adalah disebabkan oleh penggunaan dadah secara suntikan terutamanya di Manipur, Mizoram, dan Nagaland. Kes-kes HIV/AIDS yang disebabkan oleh IDU pula, terdapat di bahagian utara India dan peningkatannya dapat dilihat di bahagian selatan Tamil Nadu di mana 39% IDU dijangkiti HIV pada tahun 2003 berbanding dengan 25% pada tahun 2001 (UNAIDS, 2005). Usaha pengurangan kemudaratan termasuklah NSEP telah diperkenalkan dengan giatnya di beberapa buah kawasan yang meliputi 10% aksesibiliti di setiap negeri. Walaubagaimanapun, kekurangan sumber, buta huruf dan stigma merupakan halangan utama untuk kawalan HIV yang efektif di India (Solomon, Chakraborty & Yephthomi, 2004).

Berbanding dengan negara Thailand, jangkitan HIV/AIDS ditangani dengan baik dengan kerjasama padu semua agensi kerajaan, swasta dan NGO (Narain, 2004). Penyebaran HIV/AIDS di Thailand banyak berlaku melalui seksual. Pada tahun 2003, prevalens HIV telah jatuh hingga 1.5% (UNAIDS, 2005) iaitu 19,000 kes berbanding 143,000 kes pada tahun 1991 (AVERT, 2010e). Kejayaan ini berkait rapat dengan pelaksanaan program-program pencegahan yang komprehensif dan mendapat sokongan politik serta pembiayaan kewangan yang meluas. Walaubagaimanapun, Thailand didapati kurang memberi tumpuan kepada pencegahan HIV/AIDS dalam kalangan IDU (AVERT, 2010e). Apabila dibandingkan antara prevalens HIV oleh IDU dengan prevalens HIV oleh pekerja seks, terdapat dua tren wujud. Peratus pekerja seks dengan HIV turun secara signifikan pada tahun 1995, tetapi telah mula meningkat oleh IDU secara perlahan-lahan di kawasan utara, Bangkok, dan kawasan selatan pada tahun 2003 (UNAIDS, 2005). Sebanyak 20 buah klinik MMT diwujudkan dan Thailand kini berusaha untuk meningkatkan lagi intervensi pengurangan kemudaratan (AVERT, 2010e).

Di Malaysia, pergerakan pantas epidemik HIV/AIDS sejak tahun 1990an adalah disebabkan oleh perkongsian dan penggunaan peralatan menyuntik yang tercemar dalam kalangan IDU. Sehingga tahun 2009, sebanyak 70.1% kes-kes HIV/AIDS di Malaysia disebabkan oleh golongan IDU (MAC, 2009). Profil pengguna dadah di Malaysia masih lagi didominasi oleh golongan lelaki, muda, kebanyakan Melayu dan heteroseksual. Laporan

Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) menunjukkan bahawa lebih dari 300,000 pengguna dadah dikesan di Malaysia antara 1988 dan 2008 (The United Nations Children's Fund (UNICEF), 2009).

Jadual.2.2, dan 2.3 menunjukkan statistik jangkitan HIV yang berlaku di Malaysia daripada tahun 1986 sehingga 2009 mengikut gender, dan umur.

Jadual 2.2

*Jumlah Jangkitan HIV/AIDS Di Malaysia Mengikut Gender daripada Tahun 1986 sehingga 2009*

Jantina	HIV	AIDS
Lelaki	79,619	13,614
Perempuan	8,091	1,703
Jumlah	87,710	15,317

Sumber: Unit STD/AIDS, Kementerian Kesihatan Malaysia (dalam MAC,2009)

Jadual 2.3

*Jumlah Jangkitan HIV/AIDS Di Malaysia Mengikut Kumpulan Umur daripada Tahun 1986 sehingga 2009*

Kumpulan Umur	HIV	AIDS
< 2 tahun	99	75
2 - 12 tahun	771	149
13 - 19 tahun	1252	245
20 - 29 tahun	29,586	2,862
30 - 39 tahun	37,709	6,597
40 - 49 tahun	13,906	3,743
> 50 tahun	3,414	1,400
Tidak diketahui	973	246
Jumlah	87,710	15,317

Sumber: Unit STD/AIDS, Kementerian Kesihatan Malaysia (dalam MAC,2009)

Jadual 2.4 pula menunjukkan jumlah jangkitan HIV mengikut faktor risiko. Menyuntik dadah merupakan risiko yang paling besar menyebabkan penyebaran HIV/AIDS berlaku di Malaysia. Ini diikuti oleh penyebaran HIV/AIDS dalam kalangan heteroseksual.

## Jadual 2.4

*Jumlah Jangkitan HIV/AIDS Di Malaysia Mengikut Faktor Risiko daripada Tahun 1986 sehingga 2009*

Transmisi mengikut faktor risiko	HIV	AIDS
IDU	61,943	8,397
Tercucuk jarum	0	0
Penerima darah	34	20
Penerima organ	0	3
Homo/Biseksual	1,746	506
Heteroseksual	14,848	4,573
Ibu kepada anak (vertikal)	793	203
Tiada maklumat	8,346	1,615
Jumlah	87,710	15,317

Sumber: Unit STD/AIDS, Kementerian Kesihatan Malaysia (dalam MAC, 2009)

## 2.2 Pendekatan Pengurangan Kemudaratan

Pengurangan kemudaratan atau lebih dikenali sebagai *Harm Reduction* dalam bahasa Inggeris merupakan paradigma baru dalam bidang dadah (Ritter & Cameron, 2005). Walaubagaimanapun, Mesquita et al., (2008) berpendapat bahawa pengurangan kemudaratan sebenarnya adalah nama baru bagi konsep yang lama. Salah satu aktiviti pengurangan kemudaratan yang tertua ialah di Great Britain, pada tahun 1926 apabila Sir Humphrey Rolleston, Presiden Royal College of Physicians mencadangkan penggunaan morfin atau heroin sebagai rawatan kepada pengguna dadah opiat. Keputusan ini merupakan titik permulaan bagaimana idea yang pragmatik dan kemanusiaan ini muncul dalam rawatan pemulihan dadah (Mesquita et al., 2008).

Pada tahun 1984, kes Hepatitis B yang meningkat di Netherlands dan tekanan daripada Association of Drug Addicts (Junkies' Union), menyebabkan Unit Kesihatan di bandar Amsterdam melaksanakan NSEP. Apabila kes pertama jangkitan HIV daripada perkongsian jarum dikenalpasti pada tahun 1985, pendekatan pengurangan kemudaratan turut dilaksanakan dan ia turut memperoleh kejayaan (Buning et al., 1986 dalam Mesquita et al., 2008). Pada tahun 1990 pula, Seminar antarabangsa pertama tentang pengurangan kemudaratan telah diadakan di Liverpool. Negara seperti Australia, Switzerland, United Kingdom, Netherlands, dan Canada merupakan antara negara awal yang melaksanakan

pendekatan ini. Mulai tahun 2000, fokus pengurangan kemudaran adalah kepada menyebarkan dasar dan Program Pengurangan Kemudaran di Asia, Latin Amerika, dan di Timur Eropah Tengah (Ritter & Cameron, 2005). Bahagian ini menerangkan dengan lebih mendalam tentang pengurangan kemudaran dan NSEP.

### **2.2.1 Falsafah Dan Prinsip Pengurangan Kemudaran**

Pengurangan kemudaran merujuk kepada dasar, program dan pengamalan yang bertujuan untuk mengurangkan kemudaran yang berkait rapat dengan penggunaan dadah yang psikoaktif oleh individu yang tidak mampu atau tidak ingin berhenti menggunakannya (IHRA, 2010). Ia merupakan usaha untuk mengurangi kesan buruk yang diakibatkan daripada penggunaan dadah secara suntikan (MAC & Burnet Institute, 2005). Ia merupakan langkah yang neutral dan amat bermoral kepada pengguna dadah dan berasaskan usaha pada tahap di mana mereka berada dengan mengambil kira maruah dan hak kemanusiaan pengguna dadah (Ritter & Cameron, 2005). Terdapat dua tonggak utama yang memandu pengurangan kemudaran iaitu yang pertama ialah pendekatan yang pragmatik tentang kesihatan awam dan yang kedua ialah pendekatan hak kemanusiaan. Kedua-duanya menekankan bahawa untuk mengubah manusia, memerlukan proses bekerjasama dengan rasa hormat pada hak dan maruah setiap individu (Stimson, 2007).

Pengurangan kemudaran mempunyai falsafahnya yang tersendiri iaitu untuk menggalakkan pengambil dadah berusaha ke arah mengurangkan risiko bahaya dan kesihatan pada satu kadar yang dapat diterima oleh mereka (MAC & Burnet Institute, 2005; Marlatt, 1996). Ini dapat digambarkan melalui hierarki objektif yang didokumenkan oleh International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003) iaitu;

- Libatkan diri dalam rawatan pembebasan dadah. Ia menawarkan perubahan secara jangka masa panjang seperti methadone yang lebih efektif.
- Jika tidak mahu memilih rawatan pembebasan dadah dan perlu mengambil dadah gunakan cara yang betul dan wajar selain daripada menyuntik.