

6

Penagih Dadah dan Orang Kena Pengawasan

*Nazira Sadiron,
Mohammad Rahim Kamaluddin &
Norruzeyati Che Mohd Nasir*

Pengenalan

Masyarakat moden kini sedang berdepan dengan pelbagai masalah sosial yang memerlukan perhatian daripada pihak kerajaan dan juga Pertubuhan Bukan Kerajaan (NGO). Salah satu masalah sosial yang dihadapi oleh masyarakat moden ialah isu marginalisasi dan penyisihan sosial (*social exclusion*) kumpulan atau komuniti tertentu. Isu ini dapat memberikan impak yang negatif dan kemudaratan dari segi kualiti hidup, keterlibatan dalam ekonomi dan sosial negara serta kesihatan mental individu yang menjadi mangsa penyisihan sosial (Duchak, 2014). Dalam hal ini, penagih dadah tergolong sebagai kumpulan marginal dan disisihkan secara sosial. Mereka sering berhadapan dengan pelbagai bentuk pelabelan negatif dan stigma daripada masyarakat termasuk ahli keluarga sendiri. Kesan stigma dan pelabelan negatif ini menjadikan mereka sukar untuk berintegrasi dalam masyarakat umum selepas dibebaskan dari institusi pemulihan dan ini menjadi satu faktor risiko kepada tingkah laku penagihan semula (relaps).

Sejak tahun 1983, kerajaan Malaysia mengisyiharkan dadah sebagai musuh nombor satu negara. Selama lebih 30 dekad, isu penagihan dadah berkembang menjadi satu masalah kritikal di seluruh negara dan mengakibatkan negara kerugian banyak wang ringgit dan yang paling utama ialah kehilangan modal insan yang menjadi tunjang kepada pembangunan negara. Majoriti

penagih dadah terdiri daripada kumpulan umur remaja dan belia yang dikategorikan sebagai kumpulan produktif ekonomi (Nazira Sadiron et al., 2019).

Secara amnya, dadah ialah bahan kimia yang psikoaktif sama ada berbentuk asli atau sintetik yang memberikan kesan pada sistem saraf apabila dimakan, dihisap, ditelan, dihidu atau disuntik ke dalam badan (Mahmood Nazar, 2009). Kerajaan Malaysia menyenaraikan beberapa jenis dadah dalam Akta Dadah Berbahaya 1952 untuk diharamkan penanaman, pengeluaran, pengedaran, import, eksport, pemilikan dan penyalahgunaannya. Antara jenis dadah yang utama yang disenaraikan di bawah Akta Dadah Berbahaya 1952 ialah kanabis, depresen, opiat, stimulan, halusinogen, inhalan dan *dissociative*.

Kelaziman Penagihan Dadah di Malaysia

Isu berkaitan penagihan dadah menjadi satu masalah sosial yang sangat serius dan amat membimbangkan di seluruh dunia. Mengikut Laporan Dadah Sedunia 2018 yang disiarkan oleh *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNDOC), lebih kurang 5.0 peratus daripada penduduk global yang berumur antara 15 hingga 64 tahun menggunakan dadah haram. Fakta yang lebih membimbangkan ialah hampir 29.5 juta orang pengguna dadah tersebut mengalami kecelaruan penggunaan dadah (*drug use disorder*) iaitu mereka mempunyai masalah kebergantungan kepada dadah dan memerlukan rawatan segera. Statistik ini jelas menunjukkan bahawa masalah penagihan dadah semakin meruncing saban tahun dan membelenggu hampir setiap negara, tanpa mengira status ekonomi, budaya, agama, dan politik (UNDOC, 2018).

Di Malaysia, masalah penagihan dadah menunjukkan trend peningkatan dari semasa ke semasa. Peningkatan ini membuatkan kerajaan mengisytiharkan dadah sebagai ancaman kepada keselamatan negara. Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK) (2015) melaporkan seramai 56 orang penagih baharu dan 28 orang penagih berulang dikesan setiap hari. Pada tahun 2017

sahaja, seramai 25,922 orang penagih dadah dikesan iaitu 18,440 orang penagih baharu dan 7,482 orang penagih berulang. Pada 25 Ogos 2018, AADK mengumumkan terdapat 178 kawasan berisiko tinggi (hot spot) di seluruh negara iaitu kawasan yang mempunyai bilangan penagih dadah yang banyak (AADK, 2019). Sehingga kini, bilangan penagih dadah yang sedang menjalani rawatan dan pemulihan dalam komuniti dianggarkan seramai 70,000 orang (AADK, 2019).

Perkara yang lebih membimbangkan ialah hampir 60 peratus penagih dadah yang dikesan itu berada dalam lingkungan umur 21 hingga 45 tahun, iaitu kumpulan umur produktif ekonomi. Mereka merupakan generasi yang akan mewarisi kepimpinan negara. Perkara yang turut dibimbangi ialah penglibatan kanak-kanak dalam penyalahgunaan dadah. AADK melaporkan klien termuda yang menerima rawatan dan pemulihan dadah pada tahun 2016 adalah seawal umur tujuh tahun (AADK, 2018).

Berdasarkan statistik yang dikeluarkan oleh AADK, terdapat peningkatan penagih dadah yang menerima rawatan dan pemulihan dadah dalam komuniti dalam tempoh lima tahun iaitu dari tahun 2010 hingga 2017 (AADK, 2018). Bilangan penagih dadah mengikut negeri menunjukkan Perlis, Sarawak dan Sabah berhadapan dengan peningkatan yang paling ketara setiap tahun berbanding negeri lain di Malaysia (AADK, 2018). Pulau Pinang, Kedah dan Selangor pula mencatatkan jumlah penagih dadah paling banyak dalam Malaysia. Jadual 6.1 menunjukkan statistik penagih dadah berdaftar dengan AADK yang dikesan mengikut negeri dari tahun 2013 hingga 2017.

Selain daripada penagih dadah, kumpulan marginal berkaitan penagihan dadah ialah mereka yang berada di bawah pengawasan yang juga dikenali sebagai Orang Kena Pengawasan (OKP). Secara konseptual, OKP ialah penagih dadah yang menjalani program rawatan dan pemulihan dalam komuniti yang disabitkan kesalahan di bawah Seksyen 6(1)(a) dan (b) Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 dalam tempoh dua hingga tiga tahun. Pada tahun 2013 hingga 2017, terdapat 282,660 orang penagih dadah OKP di seluruh negara (AADK, 2018). Kumpulan

OKP lelaki merupakan kumpulan majoriti daripada jumlah keseluruhan penagih dadah di Malaysia iaitu seramai 121,538 orang (AADK, 2018). Kumpulan OKP ialah kumpulan yang paling mudah terdedah kepada penagihan semula kerana mereka menjalani rawatan dan pemulihan dalam komuniti, hanya mengikuti program sekali dalam tempoh sebulan dan terdedah dengan pelbagai faktor risiko termasuk menjadi bahan label dan stigma masyarakat awam. OKP juga sering dipinggirkan oleh ahli keluarga, saudara mara serta orang awam sehingga mereka tidak dapat mendapat sebarang bentuk sokongan psikososial lalu kembali kepada tingkah laku penagihan dadah. Laporan daripada MyAADK (2019) menunjukkan hampir 40 peratus OKP kembali menagih dadah atau relaps dalam tempoh tiga bulan terawal pengawasan walaupun mereka menjalani program orientasi, kemahiran pemulihan awalan (early recovery skill), kaunseling, pengisian spiritual dan penguatkuasaan undang-undang.

Jadual 6.1 Jadual statistik penagih dadah mengikut negeri (2013–2017)

Bil.	Negeri	Tahun				
		2013	2014	2015	2016	2017
	Perlis	781	499	374	337	293
	Kedah	2945	2535	2702	1535	1859
	P. Pinang	4280	2708	3043	2286	2747
	Perak	3106	2716	2789	1549	2215
	Selangor	2987	2051	2226	2286	2747
	WPKL*	1323	1698	1848	1098	1013
	N. Sembilan	1050	951	1008	816	840
	Melaka	944	845	675	496	538
	Johor	2541	1992	1874	1729	1918
	Pahang	2066	1903	1621	1423	1363
	Terengganu	1022	579	641	599	2443
	Kelantan	1994	1399	895	942	1475
	Sarawak	658	854	650	312	333
	Sabah	898	940	513	262	440

Sumber. AADK (2018).

Nota: * Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur.

Faktor Keterlibatan, Keparahan Penagihan dan Relaps Dadah

Kajian lepas menunjukkan faktor keterlibatan dan keparahan penagihan dadah terdiri daripada faktor luaran dan faktor dalaman iaitu psikologi individu. Faktor luaran dan dalaman yang dikenal pasti meliputi masalah keluarga, pengaruh rakan sebaya, inginkan keseronokan, tekanan perasaan dan pelbagai faktor sosial yang menyebabkan mereka memilih dadah sebagai salah satu cara untuk menyelesaikan masalah. Kebanyakan penagih dadah dalam kalangan remaja menjadi penagih dadah kerana pengaruh rakan dan perasaan ingin diterima (AADK, 2017). Banyak kajian lepas mendapati masalah penagihan dadah sukar diatasi kerana faktor luaran seperti kurangnya sokongan sosial dan tidak dapat mengekalkan gaya hidup bebas dadah selepas keluar daripada program rawatan pemulihan (Fauziah & Kumar, 2009). Kegagalan penagih dadah untuk kembali ke pangkuhan masyarakat selepas menamatkan tempoh pemulihan memaksa kebanyakan mereka kembali ke kancang penagihan dadah selain berhadapan dengan tekanan daripada masyarakat dan persekitaran sekeliling (Randles & Tracy, 2013).

Kajian turut menyebutkan bahawa seseorang yang tidak mempunyai kemahiran daya tindak untuk berhadapan dengan tekanan hidup cenderung untuk berhadapan dengan penagihan dadah serta mudah relaps. Kajian perbandingan antara penagih dadah dengan bukan penagih dadah mengenai tekanan dan kualiti hidup mendapati penagih dadah mempunyai tahap tekanan yang lebih tinggi berbanding orang biasa. Tekanan yang dihadapi akibat daripada ketakutan terhadap undang-undang, tidak diterima keluarga serta dipinggirkan oleh masyarakat menyebabkan mereka mempunyai kualiti hidup yang rendah (Fooladi, Jirdehi & Mohtasham-Amiri, 2014). Menurut Moeller (2012), tekanan juga dianggap sebagai faktor awal seseorang itu mula terlibat dengan masalah penagihan dadah dan memainkan peranan penting yang menyebabkan bekas penagih dadah kembali mengambil dadah. Walaupun faktor luaran cuba diatasi dengan pelbagai inisiatif

kerajaan seperti meningkatkan kesedaran masyarakat supaya menerima penagihan dadah sebagai penyakit, mendidik ahli keluarga supaya memberikan sokongan padu kepada ahli keluarga serta menambah baik modul kemahiran pencegahan relaps, namun masalah ini tidak mampu dicegah sepenuhnya.

Selain faktor sosial dan persekitaran, didapati faktor psikologi individu turut menyebabkan penagihan dadah seseorang itu semakin parah. Kajian oleh Nutt et al. (2007) dalam Homayouni (2011) membuktikan bahawa faktor psikologi seperti faktor personaliti termasuk kecelaruan personaliti, kemurungan, perasaan dan kesihatan mental merupakan sebab seseorang itu menjadi penagih dadah dan sukar untuk pulih. Secara amnya, psikologi boleh dirujuk sebagai proses mental dan tingkah laku seseorang (Myers & Myers, 2009).

Menurut Kernberg (2016), personaliti merujuk integrasi dinamik keseluruhan pengalaman dan pola tingkah laku seseorang, termasuk tingkah laku, pengalaman diri sendiri dan persekitaran sosial. Sesetengah teori menyatakan bahawa seseorang itu akan cenderung menjadi penagih dadah berdasarkan personaliti yang dimiliki. Hans Eysenck membincangkan perkara ini dari segi Model Sumber Psikologi (Psychological Resource Model) iaitu tabiat penagihan dadah ini adalah untuk memenuhi tujuan tertentu yang berkaitan profil personaliti individu (Eysenck, 1997). Kajian ini menerangkan sebab sebahagian individu menjadi penagih dadah dan sebahagian lain tidak terlibat walaupun kedua-duanya berada dalam persekitaran atau pengaruh rakan yang sama. Perbezaan personaliti ini didapati menjadi dasar kepada terjadinya masalah penagihan dadah ini kepada seseorang individu itu.

Kajian lepas turut mengenal pasti faktor personaliti iaitu agresif, impulsif dan neurotisme sebagai tret personaliti yang sering dikaitkan dengan tingkah laku penagihan dadah (Cuomo et al., 2008). Selain itu, Major dan O'Brien (2005) dalam kajian mereka membuktikan terdapat perbezaan aspek personaliti antara penagih dadah dengan bukan penagih dadah. Kajian lepas juga membuktikan bahawa memahami personaliti penagih dadah

dapat memberikan petunjuk kesediaan mereka untuk menerima rawatan dan mengubah tingkah laku penagihan dadah (Wan Shahrazad et al. 2010). Kajian oleh Khaledian et al. (2014) yang membandingkan lima faktor personaliti (*neuroticism, extraversion, openness, agreeableness, conscientiousness*) dalam kalangan penagih dan bukan penagih dadah mendapati ada perbezaan yang signifikan terhadap lima faktor personaliti dalam kalangan penagih dadah dan bukan penagih dadah. Kajian oleh Rascanu (2005) pula mendapati individu yang mempunyai personaliti kebimbangan sering dikaitkan terlibat dengan dadah kerana mereka menggunakan dadah sebagai penenang terhadap perasaan kebimbangan tersebut.

Franques, Auriacombe dan Tignol (2000) menyatakan tiada faktor personaliti tunggal yang benar-benar dapat menyebabkan seseorang itu menjadi penagih dadah melainkan ia mestilah turut dipengaruhi oleh faktor lain seperti sosial, ekonomi dan biologi kecuali pencarian sensasi *impulsive* yang *vulnerable*. Sama seperti kajian yang dilakukan oleh Garavan (2011) yang menemui dapatan berkaitan personaliti impulsif akan menyebabkan seseorang pengguna dadah secara rekreasi akan bertukar kepada penagih dadah yang kronik.

Selain faktor personaliti, faktor kognisi juga sering dikaitkan sebagai faktor keterlibatan dan keparahan tingkah laku penagihan dalam diri seseorang. Komponen kognisi melibatkan penilaian pada sesuatu objek atau peristiwa berdasarkan pengetahuan dan kepercayaan serta penilaian intelek seseorang. Ia juga merangkumi kepercayaan, pengetahuan, stereotaip dan penilaian (Rohany et al., 2016). Contoh yang dapat diberikan adalah apabila seseorang individu itu mengetahui bahawa pengambilan dadah secara suka-suka tidak akan menyebabkan ketagihan dadah dan tidak berbahaya. Keadaan ini mendorong individu mencuba kali pertama dan mendapati tidak ada kesan yang berbahaya malah menyeronokkan. Seterusnya individu percaya bahawa penagihan dadah tidak berbahaya dan membuat penilaian sendiri bahawa dadah ini jika diambil sedikit atau untuk suka-suka tidak akan membahayakan. Dalam konteks ini, pengherotan kognitif sering berlaku dalam kognisi seseorang penagih dadah sehingga

menyebabkan tindakan pengambilan dadah dianggap perkara normal dan tidak salah (Rohany et al., 2016).

Kajian sebelum ini juga menyediakan beberapa bukti yang menunjukkan adanya kaitan antara faktor kognitif dengan tingkah laku antisosial (García-del-Castillo et al., 2012). Dalam satu kajian melibatkan dua kumpulan penagih dadah dan bukan penagih dadah menunjukkan terdapat korelasi yang signifikan antara tingkah laku penagihan dadah dengan bias dari segi kognitif yang merasionalkan tingkah laku penagihan dadah (Bowler, Bowler & James, 2011). Zainah et al. (2014) pula menyatakan pengherotan kognitif ini akan mempengaruhi pemikiran penagih dadah dan menyebabkan mereka akan mengalami tekanan seterusnya meningkatkan risiko kepada penagihan semula. Kognitif yang terganggu akibat daripada kehilangan isyarat tertentu menyebabkan sistem otak yang berperanan dalam membuat keputusan terganggu dan menjadi penyebab seseorang itu menjadi penagih dadah (Schoenbaum et al., 2006).

Menurut Tiffany (1990), tingkah laku penagihan dan penggunaan dadah dikawal oleh kognitif secara automatik. Oleh sebab itu, tingkah laku penagihan ini dilihat bermula tanpa sedar, sukar untuk dijauhi dan tanpa sedar terlibat dalam masalah penagihan dadah akibat daripada perbuatan yang disimpan oleh memori dalam otak. Selain itu, berdasarkan model proses kognitif, penggunaan dan ketagihan dadah dikawal oleh proses kognitif secara automatik, sementara keinginan atau desakan untuk mengambil dadah pula ialah proses bukan automatik (Tiffany & Conklin, 2000). Aspek kognisi ini ternyata memberikan kesan kepada tingkah laku penagihan dadah dan meningkatkan risiko penagihan semula dalam kalangan penagih dadah.

Profil Penagihan Dadah di Malaysia

Profil Sosiodemografi Penagih Dadah

Bahagian ini mengutarakan profil sosiodemografi seperti umur, tahap pendidikan, status perkahwinan, etnik dan tempoh penagih

dadah di Malaysia. Selain itu, profil penagihan dadah yang meliputi faktor mengambil dadah dan jenis dadah turut dipersembahkan. Jadual 6.2 menunjukkan jumlah penagih dadah baharu dan berulang dari tahun 2013 hingga 2017. Berdasarkan Jadual 6.2, berlaku peningkatan untuk kategori penagih baharu terutamanya pada tahun 2014 dan 2015. Peningkatan ini disebabkan oleh banyaknya tangkapan yang dilaksanakan bagi memastikan penagih dadah mendapat rawatan dan pemulihan dadah (AADK, 2018). Walaupun bilangan penagih berulang menunjukkan trend penurunan bagi tahun 2014 hingga 2015, namun angka yang ditunjukkan masih membimbangkan.

Jadual 6.2 Jumlah penagih dadah baharu dan berulang, 2013–2018

Tahun	Penagih baharu	Penagih berulang	Jumlah
2013	13,481	7,406	20,887
2014	13,605	8,172	21,777
2015	20,289	6,379	26,668
2016	22,923	7,921	30,844
2017	18,440	7,482	25,922
2018	17,474	7,793	25,267

Sumber: AADK (2019).

Statistik penagih dadah berdasarkan jantina menunjukkan majoriti penagih dadah ialah golongan lelaki iaitu seramai 25,655 orang berbanding hanya 1013 orang penagih dadah wanita pada tahun 2015. Menurut Barnes, Welte dan Hoffman (2002), bagi kebanyakan kumpulan umur, lelaki mempunyai kecenderungan yang lebih tinggi untuk terlibat dalam penagihan dadah dan alkohol berbanding wanita. Walau bagaimanapun, wanita didapati sangat mudah untuk kembali menagih atau relaps berbanding lelaki (Hitschfeld et al., 2015). Perkara ini dapat dibuktikan apabila berlaku peningkatan ketara dalam kalangan penagih dadah wanita iaitu peningkatan sebanyak 69 peratus iaitu 699 orang penagih wanita pada tahun 2014 kepada 1013 penagih wanita pada tahun 2015. Jadual 6.3 di bawah memaparkan taburan penagih dadah mengikut jantina.

Jadual 6.3 Jumlah penagih dadah mengikut jantina, 2013–2018

Tahun	Lelaki	Perempuan	Jumlah
2013	20,219	668	20,887
2014	21,078	699	21,777
2015	25,655	1013	26,668
2016	29,660	1184	30,884
2017	24,926	996	25,992
2018	24,314	953	25,267

Sumber. AADK (2019).

Profil penagih dadah mengikut umur menunjukkan majoriti penagih dadah ialah kumpulan produktif ekonomi atau belia. Rohani et al., (2009) mendapati umur penagih dadah yang paling banyak dikesan berada dalam lingkungan 19 hingga 39 tahun. Walau bagaimanapun, laporan AADK (2017) menunjukkan umur penagih dadah yang dikesan ialah seawal 13 hingga 15 tahun dan kumpulan umur muda yang terlibat dengan dadah menunjukkan peningkatan yang ketara. Merujuk Jadual 6.4, kumpulan umur 30 tahun sehingga 39 tahun ialah umur yang paling banyak menjadi penagih dadah. Penglibatan individu pada umur yang muda dan kumpulan produktif ekonomi amat membimbangkan kerana kita bakal kehilangan modal insan yang sepatutnya menjadi peneraju dalam memastikan kelangsungan pembangunan dan kepimpinan negara.

Jadual 6.4 Umur dikesan menggunakan dadah (2014–2018)

Tahun	13-18	19-39	≥40	Jumlah
2014	662	541	5,463	21,777
2015	717	19,578	6,373	26,668
2016	826	22,709	7,309	30,884
2017	694	18,823	6,405	25,922
2018	550	18,417	6,300	25,267

Sumber. AADK (2019).

Laporan AADK (2017) menjelaskan bahawa kebanyakan penagih dadah mempunyai tahap pendidikan yang rendah iaitu tidak bersekolah seramai 9,932 orang, bersekolah rendah seramai 16,806 orang, lepasan tingkatan tiga seramai 40,281 orang dan merupakan kelompok yang paling banyak dalam jumlah keseluruhan penagih dadah yang dikesan sepanjang lima tahun tersebut. Berdasarkan Jadual 6.5, statistik menunjukkan ada peningkatan penagih dadah dengan kelayakan akademik peringkat tertiar seperti pemegang diploma dan ijazah dari tahun 2013 hingga 2018. Oleh sebab itu, tahap pendidikan dianggap bukan lagi penyebab yang menyebabkan seseorang individu itu terlibat dalam penagihan dadah. Situasi ini memberikan signal bahawa penagihan dadah berlaku merentasi umur dan tahap pendidikan.

Jadual 6.5 Tahap pendidikan penagih dadah, 2013–2018

Tahun	A	B	C	D	E	F	G	H	Jumlah
2013	1,970	2,654	8,530	6,868	147	261	57	400	20,887
2014	1,909	2,694	8,662	7,502	188	290	44	488	21,777
2015	2,681	2,862	10,326	9,445	171	453	77	653	26,668
2016	3,351	2,898	11,730	11,314	218	506	96	731	30,844
2017	3,751	2,370	9,082	9,311	166	473	113	656	25,922
2018	440	2,118	8,451	9,114	166	540	114	720	25,267

Sumber: AADK (2019).

- | | | |
|-------|--------------------|---------------------|
| Nota: | A Tidak bersekolah | E HSC/STP/STPM |
| | B Sekolah rendah | F Diploma |
| | C LCE/SRP/PMR | G Ijazah/Master/PHD |
| | D MCE/SPM/SPMV | H Lain-lain |

Maklumat pekerjaan penagih dadah menunjukkan majoriti terlibat dalam pekerjaan kolar biru atau buruh dan berstatus tidak tetap. Laporan AADK (2017) mencatatkan kebanyakan penagih dadah yang dikesan dari tahun 2013 hingga 2017 tiada pekerjaan tetap atau bekerja secara sambilan (20,340 orang) dan penganggur (15,049 orang). Bagi yang bekerja, seramai 29,623 orang bekerja sebagai buruh am. Kajian oleh *National Survey on Drug Use*

and Health (2013) menyatakan setiap seorang daripada enam orang penganggur ialah penagih dadah dan alkoholik. Menurut Yaffe (2001), peningkatan bilangan individu yang menganggur boleh menyebabkan peningkatan bilangan penagih dadah secara mendadak. Penagih dadah yang berada dalam kategori pekerjaan sambilan dan buruh am mungkin menghadapi tekanan ekonomi akibat kekurangan sumber kewangan. Mereka juga mempunyai banyak masa untuk melakukan aktiviti penagihan dadah sebagai salah satu tindak melepaskan tekanan. Kajian oleh Universiti Miami mendapati adanya hubungan yang signifikan antara keadaan ekonomi dengan masalah penagihan dadah (Popovici & French, 2013).

Seterusnya profil demografi yang dianalisis ialah etnisiti penagih dadah di Malaysia. Laporan AADK pada tahun 2017 menunjukkan bangsa Melayu masih mendominasi kes penagihan dadah iaitu melibatkan 21,335 orang diikuti oleh kaum Cina seramai 2117 orang dan kaum India seramai 2113 orang. Kaum peribumi Sabah dan Sarawak masing-masing menunjukkan penurunan dalam tempoh dua tahun (2014 hingga 2015) seperti yang ditunjukkan dalam Jadual 6.6. Walaupun tidak banyak kajian yang membincangkan perbezaan bangsa dalam isu penagihan dadah, namun kajian oleh Amey, Albrecht dan Miller (1996) menunjukkan remaja kulit hitam (kumpulan minoriti) kurang cenderung untuk menggunakan dadah berbanding remaja kulit putih (kumpulan majoriti). Oleh itu, terdapat perbezaan antara etnik dengan kecenderungan pengambilan dadah walaupun dapatan tersebut kurang konklusif memandangkan ada faktor lain yang mungkin mempengaruhi seseorang itu menjadi penagih dadah.

Jadual 6.6 Penagih dadah mengikut etnik (2013–2018)

Tahun	Melayu	Peribumi		Cina	India	Lain-lain	Jumlah
		Sabah	Sarawak				
2013	16,092	467	137	2,081	1,975	135	20,887
2014	17,122	842	180	1,828	1,657	148	21,777

(sambungan)

Tahun	Melayu	Peribumi		Cina	India	Lain-lain	Jumlah
		Sabah	Sarawak				
2015	21,335	774	148	2,117	2,113	181	26,668
2016	24,901	977	154	2,182	2,428	202	30,844
2017	20,956	999	113	1,947	1,760	147	25,922
2018	20,671	1,087	223	1,480	1,602	204	25,267

Jenis Dadah yang Digunakan

Kajian oleh Sellman (2010) mendapat terdapat sembilan ciri penagihan dadah iaitu ketagihan menyebabkan tingkah laku kompulsif, desakan kompulsif bermula di luar kesedaran, penagihan dadah berisiko 50 peratus untuk diwarisi, penagih dadah akan mengalami masalah psikiatri dan penyakit lain, penagihan dadah ialah penyakit kronik yang berulang-ulang, rawatan penagihan dadah mestilah melibatkan pelbagai jenis psikoterapi, relaps terjadi apabila tahap motivasi individu adalah rendah, rawatan dan pemulihan dadah hendaklah mengambil kira keperluan individu serta perubahan dan kepulihan memerlukan tempoh masa tertentu.

Sembilan ciri yang dikemukakan oleh Sellman (2020) berhubung kait dengan jenis dadah yang digunakan. Setiap jenis dadah akan menghasilkan tindak balas dan kesan yang berbeza bergantung kepada ketahanan seseorang. Maklumat tentang jenis dadah ini dapat menjadi peramal kepada tingkah laku penagih dadah dan tahap kesihatan mereka. Sebagai contoh, penagih dadah jenis heroin yang menggunakan jarum suntikan berisiko untuk mendapat jangkitan HIV manakala pengguna dadah jenis *methamphetamine* berisiko mendapat masalah psikosis atau masalah psikiatri.

Penggunaan dadah jenis *methamphetamine* menunjukkan peningkatan sebanyak 50 peratus pada tahun 2015 sehingga 2017 iaitu melibatkan seramai 10,419 orang berbanding 10,107 orang pada tahun 2016 dan 8,133 orang pada tahun 2015. Angka ini semakin membimbangkan apabila dalam pelaksanaan ujian air

kencing di sekolah, bilangan pelajar yang positif dadah jenis ini ialah 80 peratus daripada jumlah keseluruhan pelajar sekolah yang dibuat ujian saringan urin pada tahun 2015 (Laporan AADK, 2016). Peningkatan penggunaan dadah jenis sintetik ini disebabkan harga yang lebih murah dan mudah didapati. Fenomena perubahan pengambilan dadah jenis ini amat membimbangkan kerana kesan dadah jenis sintetik ini menyebabkan penggunanya akan menjadi agresif, hilang kawalan diri, mengalami psikosis dan seterusnya cenderung untuk melakukan aktiviti jenayah. Jadual 6.7 menunjukkan jenis dadah yang digunakan dari tahun 2013 hingga 2017 yang dilaporkan oleh AADK (2018).

Jadual 6.7 Jenis dadah (2013–2018)

Tahun	Opiat	<i>Methamphetamine</i>	Ganja	Pil ATS	Pil		Lain-lain	Jumlah
					psiko-tropik			
2013	16,035	2,901	1,885	476	18	46	21,361	
2014	14,496	4,117	1,919	1774	6	43	22,355	
2015	16,616	8,133	1,389	1314	1	26	27,479	
2016	16,985	10,107	1,236	764	18	23	30,844	
2017	10,154	10,419	1,066	764	9	13	25,922	
2018	7,746	11,531	1122	4853	26	19	25,267	

Sumber: AADK (2018)

Implikasi Penagihan Dadah

Pada tahun 2006, *National Institute on Drugs* mengesahkan bahawa penagihan dadah ialah salah satu penyebab utama kepada masalah kesihatan, penyakit berjangkit, isu jenayah dan pelbagai lagi masalah sosial yang memberikan implikasi kepada kehidupan manusia di seluruh dunia (Masters & Carlson, 2006). Secara umumnya, penagihan dadah akan mendatangkan pelbagai implikasi buruk kepada diri, keluarga, masyarakat dan juga negara. Dari segi kesihatan, penagih dadah sama ada secara langsung atau tidak langsung terdedah dengan pelbagai jenis penyakit kerana daya tahan badan penagih akan menjadi semakin lemah

dan mereka selalunya berkongsi menggunakan alat suntikan yang kotor seperti jarum (Katz et al., 2011). Tambahan pula, banyak penagih dadah pembawa virus HIV atau menghidapi pelbagai jenis penyakit kronik seperti tibi, asma, hepatitis, jantung, kencing manis dan berpenyakit mental (AADK, 2016). Penagihan dadah juga akan melemahkan tenaga dan menimbulkan perasaan malas, merosakkan fikiran, meningkatkan tingkah laku ganas dan berkemungkinan membawa maut apabila mengambil dadah berlebihan (Abdul Ghafar, 1992). Seseorang penagih dadah mungkin kurang keupayaan untuk memberikan sumbangan kepada keluarga bahkan mereka menjadi beban kepada kewangan keluarga untuk membeli dadah atau menerima rawatan penagihan. Akibatnya, penagih dadah berdepan dengan risiko disisihkan oleh keluarga sendiri atau mereka menjadi penyebab kepada pergolakan rumah tangga serta perpisahan dan penceraian (Lander, Howsare & Byrne, 2013).

Penagihan dadah juga sering dikaitkan dengan kejadian jenayah. Demi memenuhi keperluan penagihan, kumpulan penagih dadah yang lazimnya tidak mempunyai pendapatan yang konsisten akan terdesak untuk membeli dadah lalu melakukan jenayah seperti mencuri, menyamun, merompak sehingga boleh menyebabkan kematian pada mangsa. Selain itu, penagih dadah juga sering mengalami gangguan kognisi dan bertindak secara tidak rasional disebabkan pengaruh dadah yang merangsang otak mereka lalu bertingkah laku bertingkah laku agresif dan terlibat dalam jenayah interpersonal (Chandler, Fletcher & Volkow, 2009).

Jika dahulu penagih dadah hanya mengambil dadah jenis tradisional seperti opioid dan ganja, kini dadah jenis psikoaktif (sintetik) seperti stimulan yang berasaskan bahan kimia mula menjadi pilihan terutama dalam kalangan belia. Perkara yang membimbangkan ialah, penagihan dadah jenis psikoaktif akan memberikan kesan psikofarmakologi yang merbahaya seperti tingkah laku agresif, gangguan mental dan tingkah laku projenayah serta mengundang kepada pemikiran yang tidak rasional. Berdasarkan laporan daripada pihak Jabatan Penjara Malaysia, 33,500 orang banduan daripada 59,600 orang banduan yang

berada dalam tahanan penjara di negara ini disebabkan kesalahan penyalahgunaan dadah (*Sinar Harian*, 14 Jun 2017) iaitu mewakili 56 peratus daripada jumlah keseluruhan banduan. Dalam erti kata lain, kebanyakan banduan berada di bawah pengaruh dadah semasa melakukan jenayah seperti mencuri, membunuh dan sebagainya.

Secara kesimpulannya, gejala penagihan dadah membawa pelbagai implikasi dan kesan buruk kepada individu, keluarga, masyarakat dan negara. Selain itu, banyak individu yang terjerumus dalam gejala penagihan dadah merupakan golongan belia (Abdul Ghafar, 1992). Gejala dadah ini mengakibatkan peningkatan kos secara langsung dan tidak langsung kepada perbelanjaan negara seperti kos pengawasan polis, kos rawatan dan kebajikan para penagih serta kos tambahan kepada sistem kesihatan nasional.

Penyisihan Sosial dan Tingkah Laku Relaps

Isu penyisihan sosial dan marginalisasi golongan penagih dadah termasuk Orang Kena Pengawasan (OKP) menjadi satu faktor utama penagihan semula apabila secara langsung memberikan tekanan sosial kepada mereka lalu mengakibatkan isu relaps. Relaps merupakan musuh utama dan fenomena unik yang tidak dapat dipisahkan daripada isu penagihan dadah. Menurut kajian terdahulu, kebarangkalian situasi relaps ini berlaku kira-kira antara 40 peratus hingga 60 peratus ke atas individu yang menerima rawatan dan pemulihan penagihan dadah (Fisher et al., 2017). Terdapat banyak faktor yang menyebabkan seseorang penagih dadah itu kembali kepada tingkah laku penagihan dadah selepas tamat menjalani rawatan dan pemulihan. Laporan AADK (2017) menunjukkan seramai 623 orang penagih berulang dikesan dalam tempoh sebulan dan 21 orang dalam tempoh 24 jam. Daripada jumlah keseluruhan 25,882 penagih dadah yang dikesan pada tahun tersebut, seramai 7,482 orang ialah penagih berulang. Efikasi diri yang rendah dikaitkan dengan dengan isu penagih dadah yang akan kembali kepada tingkah laku asal penagihan dadah. Kajian oleh Fauziah et al. (2009) terhadap 400 penagih relaps di lapan

buah PUSPEN, Semenanjung Malaysia mendapati tiga faktor peramal iaitu (i) keyakinan diri (ii) sokongan masyarakat sekeliling dan (iii) sokongan keluarga yang mempengaruhi kecenderungan tingkah laku relaps dalam kalangan penagih. Kombinasi ketiga-tiga faktor berkenaan menyumbangkan sebanyak 65.3 peratus terhadap faktor yang dikenal pasti mempengaruhi relaps dalam kalangan penagih dadah (Fauziah et al., 2009).

Penyelidikan oleh Adam (2006) di Rumah Bakti Kasih, Persatuan Pengasih Malaysia di Muar, Johor ke atas 45 orang responden yang sedang mengikuti program pemulihan penagihan dadah mendapati sokongan moral, penghayatan kerohanian yang konsisten daripada anggota keluarga dan masyarakat setempat serta rakan-rakan senasib membantu menghindari tingkah laku relaps. Walau bagaimanapun, dapatan juga menunjukkan penagih dadah akan mudah relaps seandainya tidak memiliki jati diri dan ketahanan mental yang tinggi (Adam, 2006). Tekanan sosial juga menyebabkan penagih dadah untuk kembali semula mengambil dadah. Dalam konteks ini, sokongan sosial dapat digambarkan sebagai satu faktor pelindung kepada tingkah laku penagihan semula dalam kalangan bekas penagih dadah. Dalam erti kata lain, mereka yang menghadapi tekanan daripada persekitaran dan masyarakat sekeliling termasuk stigma dan pelabelan masyarakat mudah terjebak dalam tingkah laku penagihan dadah semula.

Kesimpulan

Isu penyisihan sosial dan marginalisasi terhadap penagih dadah ini tidak boleh dipandang ringan oleh masyarakat dan kajian untuk mengenal pasti langkah terbaik bagi mengelak isu relaps adalah sangat penting. Secara kesimpulannya, bab ini menerangkan konsep penagihan dadah, penagih dan juga OKP serta kelaziman penagihan dadah di Malaysia. Bab ini turut membentangkan beberapa faktor keterlibatan dan keparahan penagihan dadah serta profil sosiodemografi penagih dadah di Malaysia. Akhir sekali, beberapa faktor relaps turut dibincangkan dalam bab ini.

Rujukan

- Abdul Ghafar Taib. (1992). *Dadah membunuh*. Delma Sdn.Bhd.
- Adam, M. (2006). *Tingkah laku penagihan semula punca-punca penagihan dan pemulihian kerohanian menurut perspektif Islam* (Disertasi). Universiti Teknologi Malaysia.
- Agensi Antidadah Kebangsaan Malaysia. (2017). *Statistik penagih dadah di Malaysia*. Ibu Pejabat AADK.
- Agensi Antidadah Kebangsaan Malaysia. (2018). *Statistik penagih dadah di Malaysia*. Ibu Pejabat AADK.
- Agensi Antidadah Kebangsaan Malaysia. (2019). *Statistik penagih dadah di Malaysia*. Ibu Pejabat AADK.
- Agensi Antidadah Kebangsaan Malaysia. (2015). *Statistik penagih dadah di Malaysia*. Ibu Pejabat AADK.
- Akta Dadah Berbahaya (1952) Malaysia. *Akta Dadah Berbahaya 1952 (Akta 234), Akta Penagih Dadah (Rawatan dan Pemulihan) 1983 (Akta 283), Peraturan-Peraturan & Kaedah -Kaedah*. International Law Book Services.
- Amey, C. J., Albert, S. L., & Miller, M. K. (1996). Racial differences in adolescent drug use: The impact of religion. *Substance Use & Misuse*, 31(10), 1311–1332.
- Barnes, G. M., Welte, J. W., & Hoffman, J. H. (2002). Relationship of alcohol use to delinquency and illicit drug use in adolescents: Gender, age, and racial/ethnic differences. *Journal of Drug Issues*, 32(1), 153–178.
- Bowler, J. L., Bowler, M. C., & James, L. R. (2011). The cognitive underpinnings of addiction. *Substance Use and Misuse*, 46(8), 1060–1071.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *Jama*, 301(2), 183–190.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Di Giannantonio, M., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339–345.

- Duchak, O. (2014). Marginalization of young people in society. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 29, 70–79.
- Eysenck, H. J. (1997). Addiction, personality and motivation. *Human Psychopharmacology*, 12(2), 79–87.
- Fauziah Ibrahim, Samah, B. A., Talib, M. A., & Sabran, M. S. (2009). Faktor menyumbang kepada penagihan relaps dalam kalangan penagih dadah PUSPEN di Semenanjung Malaysia. *Jurnal AADK*, 5, 1–17.
- Fisher, S., Sheehan, C., Stevens-Watkins, D., & Hargons, C. (2017). *Alcohol-related disorders and other substance use disorders*. In Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents (pp. 539–562). Springer, Cham.
- Fooladi, N., Jirdehi, R., & Mohtasham-Amiri, Z. (2014). Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in drug abusers with normal subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 712–717.
- Franques, P., Auriaccombe, M. & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *Encephale*, 26(1), 68–78.
- Garavan, H. (2011). The role of cognitive control in cocaine addiction, addiction risk and resilience. *In Behavioural Pharmacology*, 22, E12–E12.
- García del Castillo, J. A., Dias, P. C., & García del Castillo-Lopez, A. (2012). The mediating role of self-regulation in cigarette smoking and alcohol use among young people. *Anales De Psicología*, 28(1), 1–10.
- Hitschfeld, M. J., Schneekloth, T. D., Ebbert, J. O., Hall-Flavin, D. K., Karpyak, V. M., Abulseoud, O. A., ... & Frye, M. A. (2015). Female smokers have the highest alcohol craving in a residential alcoholism treatment cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 150, 179–182.
- Homayouni, A. (2011). The role of personality traits and religious beliefs in tendency to addiction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 851–855.
- Fauziah Ibrahim., & Kumar, N. (2009). Factors effecting drug relaps in Malaysia: An empirical evidence. *Asian Social Science*, 5(12), 37–44.

- Katz, N., Dart, R.C., Bailey, E., Trudeau, JK., Osgood, E., & Paillard, F. (2011). Tampering with prescription opioids: nature and extent of the problem, health consequences, and solutions. *Am J Drug Alcohol Abus*, 37(4), 205–17.
- Khaledian, M., Khanbani, F., Maleki, H., Sepanta, M., & Pourmavedat, K. (2014). Comparing personality characteristics and self esteem of the addicts and non addicts. *Journal of Social Issues & Humanities*, 2(3), 3–6.
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 194–205.
- Mahmood Nazar, M. (2009). *Penyalahgunaan dadah aspek undang-undang, pemulihian, rawatan & pencegahan*. Edusystem Sdn. Bhd.
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421.
- Masters, C. & Carlson, D. S. (2006). The process of reconnecting: Recovery from the perspective of addicted women. *Journal of Addictions Nursing*, 17(4), 205–210.
- Kernberg, O. F. (2016). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145–156.
- Moeller, F. G. (2012). Sex, stres, and drug cues in addiction. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 351–353.
- Myers, I. B., & Myers, P. B. (2010). *Gifts differing: Understanding personality type*. CPP, Inc.
- Nazira Sadiron, Mohammad Rahim Kamaluddin, Wan Shahrazad Wan Sulaiman, & Rozainee Khairudin. (2019). Psikologi penagihan dadah: Satu tinjauan literatur. *Jurnal Psikologi Malaysia*, 33 (1), 12–33.
- Popovici, I. & French, M. T. (2013). Does unemployment lead to greater alcohol consumption? *Industrial Relations*, 52(2), 444–466.
- Randles, D., & Tracy, J. L. (2013). nonverbal displays of shame predict relaps and declining health in recovering alcoholics. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 149–155.

- Rascanu, R. (2005). The personality profile of the drug addict. *Europe's Journal of Psychology* 1(1). <https://doi.org/10.5964/ejop.v1i1.354>
- Rohany Nasir, Zainah Ahmad Zamani, Rozainee Khairudin, & Mohammad Rahim Kamaluddin. (2016). *Pengherotan kognitif dan pelbagai isu sosial*. Penerbit Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Schoenbaum, G., Matthew, R. R., & Stalnaker, T. A. (2006). Orbitofrontal cortex, decision-making and drug addiction. *Trends in neurosciences*, 29(2), 116–124.
- Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105 (1), 6–13.
- Tiffany, S. T., & Conklin, C. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95(8s2), 145–153.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147–168.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). https://www.unodc.org/documents/southasia/reports/National_Drug_Use_Survey_-_Report.pdf
- Wan Shahrazad, W. S., Lukman, Z. M., Roseliza Murni, A. R., Arifin, Z., Zainah, A. Z., Fauziah, I., & Siti Fatihah, G. (2010). Personality traits and readiness to change among drug addicts in Malaysia. *Research Journal of Applied Sciences*, 5(4), 263–266.
- Yaffe, G. (2001). Recent work on addiction and responsible agency. *Philosophy & Public Affairs*, 30(2), 178–221.
- Zainah Zamani, Nasir, R., Desa, A., Khairudin, R., & Yussoff, F. (2014). Family functioning, cognitive distortion and resilience among clients under treatment in drug rehabilitation centres in Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 140, 150–154