आई एस एस एन : 0971-9873

आई सी एम आर पत्रिका

वर्ष – 21, अंक – 7–9 जुलाई – सितम्बर, 2007

भारत में नशीली दवाइयों एवं एल्कोहल के प्रयोग का प्रतिरूप एवं प्रक्रिया

संयुक्त राष्ट्र की विश्व औषध रिपोर्ट 2006 के आंकड़े चौकाने वाले हैं तथा संकेत देते हैं कि विश्व में लगभग 1.60 करोड़ लोग अफीम के व्यसन से ग्रस्त होते हैं। इन आंकड़ों में अन्य व्यसनी अथवा एल्कोहल का सेवन करने वाले शामिल नहीं हैं। नशीली दवाइयों में अफीम का प्रयोग सबसे ऊपर है। वर्ष 2004 की यू एन ओ डी सी एवं भारत सरकार की रिपोर्ट के अनुसार, अकेले भारत में 90 लाख लोग भांग का सेवन करते हैं, जिसके पश्चात् 20 लाख लोग अफीम का प्रयोग एवं 3 लाख उपशामक सम्मोहक पदार्थों के प्रयोगकर्ता हैं। इसके अतिरिक्त, भारत में 6.20 करोड़ लोग (जो फ्रांस की आबादी के समान है) मद्यपानकर्ता पाए गए हैं।

भारत में मादक पदार्थों के प्रयोग का ऐतिहासिक प्रारूप

लगभग 9वीं शताब्दी के आस-पास अरब व्यापारी पश्चिमी तट के रास्ते से भारत में पहली बार अपने साथ अफीम लाए तथा इसका प्राथमिक प्रयोग औषधीय उद्देश्य से किया गया। दसवीं शताब्दी तक अफीम का प्रयोग व्यापक रूप से होने लगा तथा इसमें सामाजिक पहलू भी शामिल थे। एक उत्पाद के रूप में अफीम के प्रथम वर्णन तथा इसकी खेती संबंधी जानकारी 14वीं शताब्दी के प्रारम्भ में प्राप्त हुई थीं। खम्बात (कैम्बे) एवं मालवा के पश्चिमी समुद्री तट पर पॉपी उगाए गए। ऐतिहासिक रूप से भांग उत्पादों का प्रयोग कच्ची अफीम के प्रयोग से पहले होता था। बाबर के शासनकाल (वर्ष 1524-1530) के दौरान प्रथम मुगल साम्राज्य की स्थापना के पश्चात् पॉपी का उत्पादन तथा अफीम की बिक्री राज्यों का एकाधिकार हो गया और शीघ्र ही चीन एवं अन्य पूर्वी देशों के बीच व्यापार की यह एक मुख्य एवं महत्वपूर्ण सामग्री बन गई। वर्ष 1757 में ब्रिटिश ईस्ट इंडिया कम्पनी द्वारा अफ़ीम की मोनोपोली (एकाधिकार) को वापस ले लिया गया तथा अंग्रेजों ने राजस्व बढ़ाने के लिए इसके प्रयोग को लोकप्रिय करने का प्रयास किया। बंगाल में अफीम के लिए निर्धारित जमीन को 500 मील तक बढ़ा दिया गया तथा दस लाख से अधिक पंजीकृत किसान ईस्ट इंडिया कम्पनी के लिए प्रमुख भूमि के 500,000 एकड़ में अफीम के पौधे उगा रहे थे। वर्ष 1720 में चीन में भारतीय अफीम का आयात 15 टन था, जो 1773 में बढ़कर 75 टन तथा 19वीं शताब्दी के प्रारम्भ में यह 250 टन पर आकर स्थाई हो गया। हालांकि, वर्ष 1840 तक जब सब प्रतिबन्ध हटा दिए गए, यह बढ़कर 2555 टन तक पहुंच गया। देश द्वारा अफीम को बेचकर उल्लेखनीय राजस्व प्राप्त किया गया तथा 39 वर्षों में कुल राजस्व 3,75,000,000 पाउण्ड था। अफीम का धूम्रपान केवल 19वीं शताब्दी में शुरू हुआ तथा मुखीय सेवन की तुलना में कम लोकप्रिय रहा। वर्ष 1893 तक अफीम के व्यापार को कम करने के लिए सरकार पर दबाव डालने के उद्देश्य में रॉयल कमीशन की स्थापना हुई, इसका निष्कर्ष निकला कि प्रभावकारी तरीके से इस पर निषेध लगाना संभव नहीं था। वर्ष 1946 तक अफीम को खाने एवं इसका धूम्रपान करने पर निषेध था, पंजीकृत व्यसनी अपवाद थे जिन्हें अफीम की आपूर्ति प्राप्त करने के लिए मेडिकल प्रमाणपत्र दिखाना होता था। वर्ष 1959 तक अफीम को बेचना पूर्णरूप से प्रतिबंधित था तथा चिकित्सीय आधार पर पंजीकृत व्यसनी के अलावा सभी के लिए मुखीय सेवन पर निषेध था। वर्ष 1959 में अफीम के पंजीकृत व्यसनियों की संख्या 4,32,609 थी जो वर्ष 1975 में गिरकर 80,000 हो गई। वर्ष 1960 के दशक के अन्त

एवं 1970 के दशक के प्रारम्भ तक विभिन्न तरह की नशीली औषधियां उपलब्ध हो गईं थीं तथा युवा लोगों द्वारा उनका प्रयोग बढ़ रहा था। सम्मोहक (हिप्नोटिक), उपशामक (सिडेटिव्स), प्रेरक (स्टीम्युलेंट्स) एवं भ्रांतिजन (हेल्युसिनोजेन्स) की तरह केनाबिस (भांग) अधिक लोकप्रिय हो गए। पेथिडिन एवं मॉर्फिन का भी प्रयोग किया गया, हालांकि, यह कम मात्रा में ही था।

वर्ष 1969 एवं 1978 के बीच मानसिक रोग पर सम्पन्न विभिन्न जानपदिकरोगविज्ञानी अध्ययनों में देखा गया कि 0.04 से 17 प्रतिशत तक रोगियों ने विभिन्न औषधियों जिसमें भांग एवं अफीम शामिल है का सेवन किया। वर्ष 1980 के दशक के प्रारम्भ तक भारत प्रमुख अफीम उत्पादनकर्ता देश था तथा विश्व की आवश्यकता पूर्ति के लिए कानूनी रूप से अफीम की आपूर्ति का अकेला प्रदायक बन गया। यद्यपि, बाद में, अफगानिस्तान विश्व में गैरकानूनी रूप से अफीम का प्रमुख उत्पादनकर्ता (90%) बना हुआ है। वर्ष 1980 के दशक के अन्त एवं 1990 के दशक के प्रारम्भ में कानूनी रूप से पैदा की गई अफीम को दूसरी जगह भेजकर हेरोइन में परिवर्तित किया जा रहा है। वर्ष 1990 के दशक के प्रारम्भ से यह आकलन किया गया कि लगभग 50 लाख लोग अफीम एवं 750,000 से 10 लाख लोग हेरोइन के व्यसनी थे। उसी समय यह भी आकलन किया गया कि अकेले बम्बई में 100,000 लोग ब्राउन शुगर के व्यसनी थे। वर्ष 1980 के दशक के अन्त एवं 1990 के दशक के दौरान इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाओं के सेवन की व्यापकता में बढ़ोतरी हो गई, यह एच आई वी संक्रमण के विस्फोट के साथ सम्बद्ध था, जिसकी मणिपुर के उत्तरपूर्वी राज्य में पहली बार पहचान हुई?

भारत में शताब्दियों से नशीली दवाओं एवं मादक द्रव्यों के प्रयोग की विभिन्न स्वगुणार्थ एवं अभिव्यक्तियां हैं। विगत शताब्दी के लगभग मध्य तक मादक पदार्थों का प्रयोग धार्मिक कार्यों एवं अनुष्ठानों तथा दवाइयों के रूप में किया जाता था तथा इसे विशाल सामाजिक-सांस्कृतिक एवं कानूनी मान्यता दी गई थी।

पौराणिक एवं धार्मिक महत्व

किसी व्यक्ति के वैश्विक दृष्टिकोण एवं अस्तित्व की समझ के निर्धारण में धर्म की एक महत्वपूर्ण भूमिका होती है। कई संस्कृतियों में एल्कोहल, भांग, निकोटीन एवं अफीम को अनुष्ठानों में प्रयोग किया गया है। वर्षो से चली आ रही यह सम्बद्धता अब भली-भांति लोगों के दिल और दिमाग में बैठ गई है, तथा आज भी इसे ग्रामीण एवं जनजातीय क्षेत्रों में देखा जा सकता है।

भारत में भांग की कई धार्मिक पहलुओं के साथ सम्बद्धता है। सिंधु घाटी के समय से मोहर (सील) डेटिंग में देखा गया कि लोग शक्ति, देवी मां की पूजा करते थे, तथा कुछ मोहरों (सील) में भगवान शिव से मिलते भगवान का प्रतिनिधित्व है। आर्यो ने चावल, दूध, सोम एवं जन्तुओं को प्रकृति को त्याग दिया, जिनकी वे पूजा करते थे। सोम को पवित्र माना जाता था, क्योंकि इसका मादक रस आनन्द की अनुभूति प्रेरित करता था जो आध्यात्मिक परमानन्द के लिए लिया जाता था। इन दोनों संस्कृतियों के प्रभाव के फलस्वरूप सोम के प्रयोग एवं भगवान शिव के बीच धार्मिक सम्बद्धता पाई गई। सोमरस का वर्णन अत्यन्त प्राचीन वेद सामवेद में भी पाया जाता है। कुछ समय पश्चात् भारत एवं नेपाल में भगवान शिव एवं भांग के प्रयोग के साथ सम्बद्धता देखी गई।

हिन्दुओं में सगोत्रता एवं जाति सामाजिक संगठन के दो मौलिक तत्व हैं। किसी एक विशेष नशीली दवा का प्रयोग उस व्यक्ति वर्ण एवं जाति में उसकी सदस्यता पर निर्भर करता है। उदाहरण के तौर पर जबकि अधिकतर ब्राह्मणों के लिए वैदिक काल से मांसाहारी भोजन प्रतिबंधित रहा है, परन्तु वे उपवास के पश्चात् भांग युक्त पेय का सेवन कर सकते हैं। क्षत्रिय जाति के लोग एल्कोहल एवं मांस का सेवन कर सकते हैं। तपस्वी एवं भिखारी प्रायः भूख अथवा प्यास मिटाने या एकाग्रता बढ़ाने के लिए भांग खाते अथवा गांजे का धूम्रपान करते हैं, लेकिन एल्कोहल का प्रयोग नहीं करते हैं। ऐसा प्रयोग अथवा इनकों नहीं प्रयोग करने की स्थिति समय के साथ बदल भी सकती है। कुछ लोग बुढ़ापा आते-आते शराब एवं मीट का सेवन बन्द कर देते हैं तथा शुद्धता एवं पवित्रता के साथ मृत्यु पाने के लिए धर्म की तरफ झुक जाते हैं।

यह भी बताया गया है कि एल्कोहल के सेवन के द्वारा उच्च जाति से बहिष्कार हो सकता है, जबकि निम्न जाति में यह एकजुटता का कार्य करता है। जो उच्च वर्णीय लोग एल्कोहल का सेवन करते हैं उन्हें अन्य गोत्र द्वारा नीची नजर से देखा जाता है, जबकि अन्य वर्ण में लोग शादी की पार्टी एवं बिरादरी पंचायतों में एल्कोहल का सेवन करते हैं। वे उत्सवों में अतिथियों को ताड़ी प्रस्तुत करते हैं। इनमें से, समुदाय द्वारा बहिष्कृत व्यक्ति को नकद दण्ड प्रदान करके पुनः स्वीकार किया जा सकता है तथा जाति के अन्य सदस्यों के लिए प्रीतिभोज का इन्तजाम किया जाता है। ऐसे कार्यक्रमों में एल्कोहल का वितरण अत्यधिक महत्वपूर्ण होता है।

भारत में विभिन्न धार्मिक कार्यक्रमों विशेषकर शिवरात्रि एवं शिव पूजन के दौरान भांग के प्रयोग को कई स्थलों पर देखा गया है। ऐसा मानना है कि इससे लोगों में खुशी की अनुभूति होती है। इसके अतिरिक्त होली के त्योहार पर भी प्रायः भांग का सेवन किया जाता है।

त्योहारों के अलावा, भगवान शिव के मन्दिर स्थल तथा भजन गाते समय निजी घरों में भी भांग का प्रयोग किया जाता है। ये रीति-रिवाज़ अभी भी प्रचलन में हैं। ये भक्तिमय बैठकें प्रायः भक्ति सम्प्रदाय से जुड़ी रहती हैं तथा सदैव भगवान शिव के साथ नहीं

जुड़ी रह सकतीं। सत्र के दौरान, अन्य सम्प्रदाय के रीति रिवाज जैसे एक साथ रोटी खाने की तरह यहां पर गाना गाने वालों एवं संगीत से जुड़े व्यक्तियों को चिलम में गांजा दिया जाता है।

योगी लोग साधना में लिप्त रहने तथा ताप, ठंड, भूख एवं प्यास से निजात पाने के लिए भांग का प्रयोग करते हैं। गोपनीय तांत्रिक रीतिरिवाजों में मानव व्यवहार के कुछ क्षेत्रों में स्वतंत्रता प्रदान करने तथा झिझक दूर करने के लिए भी इसका प्रयोग किया जाता है। साधुओं में यह आम अवधारणा है कि ये औषधियां मन को सांसारिक चिन्ताओं से मुक्त करती हैं। यही कारण है कि बड़ी मात्रा में इन नशीली दवाइयों का प्रयोग धार्मिक स्थलों में होता है। फकीरों में अलौकिक चेतना क्षेत्र के संदर्भ के रूप में भांग को सामाजिक रूप से स्वीकार किया गया है। इन्होंने अफीम का भी प्रयोग किया। अन्य लोगों ने भी फकीरों के सम्पर्क में आकर नशीली दवाइयों का प्रयोग शुरू कर दिया। हाल में कुछ समय तक, कश्मीर में मस्जिद के समीप प्रार्थना के पश्चात् बूढ़े लोगों को एक घेरा बनाकर लम्बे पाइप से अफीम पीते एवं विभिन्न पहलुओं पर चर्चा करते देखा जा सकता था।

असम राज्य में बीमारियों एवं प्राकृतिक आपदाओं को रोकने के लिए अर्द्ध-धार्मिक उत्सवों के दौरान भांग का प्रयोग किया गया है। लखनऊ में, स्थानिक लोगों द्वारा उच्च मात्रा में एल्कोहल के सेवन के बावजूद, भांग की गोली का प्रयोग उच्च है। भारत के अधिकांश भाग में एल्कोहल की तुलना में भांग की सामाजिक स्वीकार्यता अधिक है।

भारत के अधिकांश हिस्सों में इनमें से कई रिवाज़ अभी भी प्रचलित हैं। गुजरात के जूनागढ़ जिले में एक मेले जहां 12,000 से अधिक नागा एवं अघोरी साधुओं एवं साध्वियों ने हिस्सा लिया तथा अलौकिक यौगिक दक्षता का प्रदर्शन किया, के वीडियो एवं लिखित दस्तावेजों से पारम्परिक भांग के प्रयोग के ठोस प्रमाण मिले हैं। वर्ष 2000 में गंगा नदी के किनारे सम्पन्न कुम्भ मेले से भी कई रिपोर्ट ऐसी आई जिनमें पता लगा कि तपस्वियों ने भांग का सेवन करके साधना एवं अपनी यौगिक क्रियाएं कीं।

सामाजिक एवं कार्यात्मक प्रयोग

भांग की तुलना में अफीम का प्रयोग अधिक कार्यात्मक पाया गया है। मुगल काल में देखा गया कि राजा मनोरंजन के लिए अफीम एवं कुकनार, एक पेय जो पॉपी के कैप्सूल्स से बनता था, के सेवन में लिप्त रहते थे। अकबर एवं जहांगीर के कोर्ट के उच्च कोटि के पुरुष चरबरघा, जो भांग, अफीम, वाइन एवं कुकनार का मिश्रण है, को पीते थे।

राजस्थान के राजपूत लोग विवाह जैसे महत्वपूर्ण सामाजिक उत्सव, महत्वपूर्ण व्यावसायिक अनुबन्धों तथा दीर्घ आयु एवं लैंगिक सुख की वृद्धि के लिए अफीम का प्रयोग करते थे। राजस्थान में सम्पन्न एक अध्ययन में देखा गया कि इसकी विशिष्ट जलवायु एवं कठोर जीवन यापन की परिस्थिति के कारण यह क्षेत्र अमल अथवा डोडा (पॉपी स्ट्रा) के रूप में कच्ची अफीम के पारस्परिक प्रयोग के रूप में ज्ञात है। राजस्थान के लोगों के द्वारा अफीम तथा इसके उत्पादों के प्रयोग के द्वारा काफी हद तक पारिस्थितिकीय तनाव प्रबन्धन (इको-स्ट्रेस मैनेजमेन्ट) किया जाता है। नृजातीय सूचना से संकेत मिलता है कि कई मानों में अफीम का प्रयोग स्थानिक समुदाय के सामाजिक-सांस्कृतिक ताने-बाने में एकीकृत है। अफीम के साथ स्व-चिकित्सा द्वारा विभिन्न स्वास्थ्य समस्याएं कम हो जाती हैं तथा मानसिक तनाव को दूर करने के लिए भी नशीली दवा का प्रयोग किया जाता है। तनाव को आराम देने के लिए इसके प्रयोग के अलावा इस नशीली दवा का प्रयोग ऐसी सेटिंग्स के अन्दर मनोरंजन के लिए किया जाता है जो सामाजिक बन्धन को सहायता पहुंचाते हैं। इसके अतिरिक्त ऊंटों एवं घोड़ों को लम्बी यात्रा पर ले जाने से पहले रेगिस्तान में तीव्र गर्मी से निजात पाने के लिए भी अफीम दी जाती है।

काफी समय पहले तक अफीम का प्रयोग लड़ाई एवं कुश्ती जैसी गंभीर स्थितियों में होता था। वर्ष 1670 के दशक में जॉन फ्रेयर ने देखा कि जिन पहलवानों ने अफीम का प्रयोग किया उन्होंने ऐसा प्रदर्शन किया जो सामान्यतः उनकी सामर्थ्य से परे था। मरो या मारो की स्थिति वाले शूरवीरों ने भी इसका सेवन किया। यह स्थिति 50 वर्ष पहले तक सेना के लोगों में कठिन परिस्थिति एवं युद्ध झेलने के लिए बनी रही है। कई क्षेत्रों में इसका स्थान एल्कोहल द्वारा ले लिया गया है। हालांकि, आज भी हमारी संस्कृति में अफीम पीने की एक महत्वपूर्ण भूमिका है। राजस्थान एवं गुजरात के मरुस्थलीय क्षेत्र में मेजबान अपने अतिथि को सम्मान देने के लिए कपनुमा पाम में अफीम का सेवन कराते हैं।

अवांछित नवजात कन्या शिशु को मारने के लिए भी अफीम का प्रयोग किया गया है तथा बच्चों को सोने अथवा आज्ञाधीन बनाने के लिए उपशामक के रूप में मिठाई में मिलाकर दिया जाता है। फील्ड में काम करने वाली महिलाएं अपने बच्चों को हानि पहुंचने से बचने के लिए इसका प्रयोग करती हैं। औद्योगिक क्षेत्रों जैसे मुम्बई, कोलकता तथा उत्तर प्रदेश के कुछ हिस्सों में फैक्टरी (कारखानों) में कार्य करने करने वाली महिलाएं अपने बच्चों को अफीम देती हैं।

भांग के सामाजिक प्रयोग

मध्य, पूर्वी एवं उत्तर-पश्चिमी भारत में गर्मी के मौसम में भांग को पेय के रूप में ठण्डाई (पानी, चीनी, विभिन्न फलों के बीजों, गुलाब की पंखुड़ियों, काजू, सौंफ एवं भांग के पेस्ट से बना शरबत) का सेवन किया जाता था। ठंडे होने के अलावा ठंडाई पोषक भी

होती है, क्योंकि इसमें उच्च कैलोरी युक्त एल्मान्ड प्रोटीन्स एवं वसा होती है। मार्च से अक्टूबर तक गर्मी के कारण अत्यधिक पसीना आता है, ठंडाई के द्वारा लवण की क्षति की पूर्ति होती है। कसूम्बा (कई अन्य घटकों के साथ अफीम का तरल) की तैयारी एवं इसका सेवन एक विस्तृत रीतिरिवाज वाला उत्सव होता है। एक परिवार के सभी सदस्य, गांव अथवा पड़ोस के गांव की जाति एवं दोस्तों के समूह मेजबान के घर एकत्र होते हैं। इसकी तैयारी के समय भागीदारों के बीच समीप से एक घंटे तक चर्चा होती है है। ठंडाई की पार्टी के विपरीत कुछ मौकों पर गांजे का प्रयोग विचार-विमर्श को सहज बनाता है जैसे कि सामान्य व्यक्ति एवं भगत एक साथ गांजा पीते हैं।

औषधीय प्रयोग

आयुर्वेदिक *मेटीरिया मेडिका* एवं *टिब्बी* मेडिसिन में भांग का स्थान है। वर्ष 1954 की भारतीय फार्मेकोपिया में भांग के 2 प्रकार के प्रयोग दिए गए हैं, एक तरल सत्व तथा एक टिंक्चर जिसे औपचारिक मंजूरी मिली है। भांग को सम्मोहन, पीड़ानाशक एवं ऐंठनरोधी कारक (एजेन्ट) के रूप में दिया जाता है तथा ग्रामीण क्षेत्रों में दुष्पचन, दर्द, रुमेटिज्म (आमवात), पेचिस, अतिसार, हिस्टीरिया, गोनोरिया एवं कॉलेरा के उपचार एवं रोगनिरोधन के रूप में दिया जाता है। मेडिकल (चिकित्सीय) प्रयोग सदैव मुखीय होता है। नेपाल में भांग का प्रयोग उपर्युक्त रोगों के उपचार के अलावा कॉलेरा, टिटनेस, अनिद्रा, खांसी, हाजमे की समस्याओं, भूख नहीं लगने, मलेरिया, थकान तथा तनाव दूर करने एवं कामोत्तेजक के रूप में तथा सामान्य आयु-सम्बद्ध बीमारियों के लिए किया जाता है। चिकित्सीय प्रयोगों हेतु, भांग का प्रयोग अन्य पादपों अथवा घटकों के सम्मिश्र में किया जाता है। उदाहरण के लिए अतिसार एवं हैज़ा (कॉलेरा) के लिए प्रयोग किए गए यौगिकों में भांग तथा 15 अन्य घटक थे जिसमें सूखी अदरक, काली मिर्च, नट ग्रास, समुद्री (सेंधा) नमक, काला नमक, अफीम तथा क्लेमशेल की राख शामिल है। इन उत्पादकों में प्रयुक्त भांग को अशुद्धता दूर करने के लिए कपड़े में बांधकर पानी से सात बार धोया जाता है। इसके चिकित्सीय गुण के अलावा, आयुर्वेदिक चिकित्सकों का मानना है कि एल्कोहल की तरह भांग का अत्यधिक प्रयोग नुकसानदायक हो सकता है।

अफीम का उल्लेख शारंगाधर संहिता के *मेटीरिया मेडिका* सेक्शन एवं भाव प्रकाश में भी मिलता है तथा कई उत्पादों में इसका प्रयोग किया जाता है। हिन्दू चिकित्सकों द्वारा इसका स्वतंत्रता से प्रयोग किया गया है। ऐसा मानना था कि यह बार-बार बिगड़ने वाली मनोदशा का उपचार करता है, लैंगिक एवं पेशीय शक्ति को बढ़ाता है तथा मस्तिष्क में सम्मोहन उत्पन्न करता है। बाद में विशेषतयः विगत 2 शताब्दी के दौरान, अफीम 8 आयुर्वेदिक उत्पादों का हिस्सा बन गयाः *करपुआ रासा एहिफीनासावा, बृहत गंगाधर चूर्ण, मार्कन्डेय चूर्ण दुग्ध वटी,* गृहणीकृप्ता रस (रासेन्द्र सरा संग्रह), *अक्राकरवडी* चूर्ण (सांरगधरा) एवं शंभुनाथ रस (भैषज्य तंत्र)। आजकल, मेडिकल कालेजों में औपचारिक रूप से आयुर्वेदिक प्रशिक्षित लोग ही कभी- कभी अफीम का प्रयोग मुख्यतः अतिसार एवं पेचिस तथा इन स्थितियों की केवल निश्चित प्रकार की अवस्था के लिए करते हैं। हिन्दू चिकित्सकों ने अफीम के उपशामक एवं दर्दनाशक गुणों का ज्यादा प्रयोग नहीं किया है।

टिब्बी चिकित्सकों को अफीम का व्यापक ज्ञान था तथा अन्य तरह के चिकित्सकों की तुलना में उन्होंने अधिक बार इसका प्रयोग किया। इन्होंने यह ज्ञान अरबी चिकित्सा से प्राप्त किया, जहां अफीम का संज्ञाहारी एवं पीड़ाहारी के रूप में वर्णन किया गया है। वे इसका प्रयोग पीड़ा से आराम दिलाने के लिए, जुकाम सुखाने, खांसी, दमा, हिचकी, प्रलापी उन्माद के उपचार एवं मस्तिष्क की शोथजकारी स्थिति, अतिसार, पेचिस, मुखीय लकवा (पक्षाघात) मिरगी तथा समान तंत्रिकाविज्ञानी स्थितियों के लिए प्रयोग करते थे।

वर्तमान परिदृश्य

भारत अफीम का गोंद उत्पन्न करने वाला एक अकेला उत्पादनकर्ता है तथा कानूनी रूप से अफीम उत्पन्न करने वाला विश्व का प्रमुख उत्पादनकर्ता है, जिसकी पूर्ण मॉनीटरिंग भारतीय केन्द्रीय नार्कोटिक ब्यूरो द्वारा होती है। मध्य प्रदेश, राजस्थान एवं उत्तर प्रदेश राज्य में अफीम की पॉपी पैदा की जाती है। वर्ष 2000 में भारत सरकार द्वारा लगभग 160,000 किसानों को 35,000 हेक्टेअर भूमि पर अफीम पैदा करने का लाइसेंस दिया गया। इसका परिणाम यह हुआ कि 2000 में 1300 मीट्रिक टन से ज्यादा अफीम की पैदावार हुई जो कई दशकों में सर्वाधिक मात्रा थी। गैरकानूनी बाजार में गैरकानूनी अफीम का वर्णन किया गया है। वर्ष 1999 में लगभग 300 मीट्रिक टन अफीम को हेरोइन 'ब्राउन शुगर' में परिवर्तित करके बेचा गया। ओपियम गम (अफीम के गोंद) का केवल 10 प्रतिशत भाग भारत को गैरकानूनी ओपिएट्स पैदा करने वाला विश्व का चौथा सबसे बड़ा उत्पादनकर्ता बना देगा। हालांकि, अफगानिस्तान विश्व का लगभग 90 प्रतिशत अफीम उत्पन्न करता है, जिसके पश्चात् म्यानमार का स्थान है। ओपियम पॉपी की गैरकानूनी पैदावार कश्मीर, उत्तर प्रदेश तथा मणिपुर मीजोरम, नागालैण्ड एवं अरुणाचल प्रदेश जैसे राज्यों में देखी जा सकती है।

वर्ष 1980 के दशक के प्रारम्भ में भारत के प्रमुख मेट्रोपॉलीटन शहरों (नई दिल्ली, कोलकाता, चेन्नई, एवं मुम्बई) में हेरोइन का प्रयोग तेजी से फैल रहा है तथा इसकी अधिकांश उपलब्ध मात्रा अशुद्ध एवं कच्ची है। हालांकि, मणिपुर, नागालैण्ड, एवं मीजोरम

राज्य जो हेरोइन के स्रोत से नजदीक हैं, में शुद्ध वेराइटी जिसे व्हाइट शुगर या 'नम्बर फोर' कहते हैं, पाई जाती है। भारत में उपलब्ध कुछ हेरोइन गोल्डेन ट्राएंगल विशेषकर म्यानमार से आती है। भारत के उत्तरी पश्चिमी राज्यों, जैसे मणिपुर में हेरोइन को वर्ष 1973 से बेचा जा रहा है तथा इसका प्रयोग अतिव्यापक हो गया है। वर्ष 1990 के दशक से हेरोइन प्रयोगकर्ताओं में विकल्प के रूप में फार्मेस्युटीकल्स विशेषकर ब्युप्रेनोर्फीन की महामारी को प्रमुख मेट्रोपॉलिटन शहरों में देखा जा सकता है, तथा यह अभी-कम नहीं हुआ है। भारत अभी भी अफगानिस्तान, पाकिस्तान, म्यानमार तथा कुछ हद तक नेपाल से हेरोइन, हशीश तथा मॉर्फिन का ट्रांजिट रूट है। यह आकलन किया गया है कि भारत में पकड़ी गई 32 प्रतिशत हेरोइन का स्रोत अफगानिस्तान या पाकिस्तान में होता है।

भारतीय समाज के संभ्रांत वर्ग में व्यसनियों का एक नया वर्ग देखा गया है। फैशन डिज़ाइन, सिल्वर स्क्रीन के पेशेवर, धनाड्य परिवारों के वंशज जैसे-राजकुमारों के बच्चे, राजनेता, खिलाड़ी तथा बी पी ओ के लोगों में धीरे-धीरे इसकी लत पड़ रही है। पार्टी की नशीली दवाइयां जैसे इक्टेसी, एम डी एम ए (पार्टी ड्रग्स) नवीन संभ्रान्त वर्ग में एक सनक बनती जा रही है। संश्लेषित मादक द्रव्यों का व्यापार वास्तव में पैसा बनाने का साधन है जिसके फलस्वरूप हाई कैश के सरल बहाव वाले लोग न केवल इसके व्यसन का शिकार बनते हैं बल्कि इसे चालाकी से बेचने से सम्बद्ध हो जाते हैं।

पारम्परिक उन्मादन

जनजातियां विभिन्न मौकों पर पेय (मादक द्रव्यों) एवं नशीली दवाओं का प्रयोग करती हैं। स्थानिक मद्य जैसे ताड़ी, एरक (ताड़ी) एवं महुआ विभिन्न व्यसन हैं जिन्हें देश के विभिन्न हिस्सों में विभिन्न अवसरों जैसे- फसल की कटाई, विवाह, शिशुजन्म अथवा मृत्यु अथवा स्थानिक त्योहारों को मनाने के समय प्रयोग किया जाता है। उत्तर प्रदेश के एक गांव में सम्पन्न एक नृजातीय अध्ययन में देखा गया कि एल्कोहलिक पेय एवं पादप उत्पादों की गांव के समुदाय के विभिन्न उपवर्गों में विभिन्न भूमिका तथा विभिन्न श्रेणी की स्वीकार्यता है। स्थानिक स्तर पर नशीली दवाओं के प्रयोग के प्रतिरूप दो तरह यथा-अनुष्ठानिक/कर्मकाण्डिक एवं उत्सव सम्बन्धी थे। उत्सव सम्बन्धी प्रयोग में एक सामाजिक वर्ग से दूसरे में व्यापक विविधताएं देखी गईं जबकि कर्मकाण्डिक एवं अनुष्ठानिक प्रयोग केवल विशेष धार्मिक अनुष्ठान अथवा त्योहार के अवसर पर था। एक शोधकर्ता द्वारा राजपूतों में मादक द्रव्यों के उत्सव सम्बन्धी प्रयोग की सुस्पष्ट व्याख्या की गई है, एल्कोहल का सेवन एक सामूहिक रीति थी तथा इसको पीने का उद्देश्य शीघ्र से शीघ्र मतवाला होना होता है, इन पुरुषों के लिए सार्वजनिक मादकता निषिद्ध (वर्जित) नहीं थी। इसे सांस्कृतिक मान्यता प्राप्त थी। ऐसा ही व्यवहार, राजपूत पुरुषों में देखा गया है, जब वे सामुदायिक एकत्रीकरण में अफीम का सेवन करते हैं।

मादक द्रव्यों के प्रयोग का स्वरूप

आमतौर पर अफीम निगली जाती है अथवा धूम्रपान के रूप में प्रयोग की जाती है। राजस्थान के ग्रामीण इलाकों में यह छोटे-छोटे टुकड़ों अथवा पाउडर के रूप में उपलब्ध होती है। अफीम के छोटे-छोटे टुकड़ों को पहले पानी में घोला जाता है और छानने के उपरांत बचे सत्व का प्रयोग निगलने के रूप में किया जाता है। पाउडर रूप में अफीम को मिट्टी से बनी चिलम में रखकर धूम्रपान किया जाता है। भारतीय बाज़ार में हेरोइन अर्थात ब्राउन शुगर की शुरुआत वर्ष 1980 के दशक के पूर्वार्द्ध में हुई और अफीम एवं भांग के स्थान पर इसके प्रयोग को वरीयता दी जाने लगी। स्वापक एवं मनस्तापी औषधि अधिनियम 1985 (नारकोटिक्स ऐण्ड साइकोट्रॉपिक ड्रग्स ऐक्ट 1985) के अन्तर्गत अफीम के प्रयोग को जुर्म का दर्जा दिया गया जिससे असर यह पड़ा कि लोग भांग और अफीम की जगह हेरोइन का कश लगाने लगे।

हेरोइन का सर्वाधिक प्रयोग चिलम में उसे गर्म करने के उपरांत निकलने वाले धुएं के साथ श्वसन के माध्यम से किया जाता है। यू एन एड्स और यू एन डी सी पी 2000 के अनुसार कुछ मादक द्रव्य व्यसनी हेरोइन का धूम्रपान करने के स्थान पर उसे साइट्रिक एसिड, विटामिन सी की गोलियों अथवा नींबू के साथ मिलाकर तैयार मिश्रण को इंजेक्शन के माध्यम से प्रयोग करते हैं। मुम्बई के हेरोइन प्रयोगकर्ता हेरोइन को एविल की गोलियों के साथ पका लेते है जिनका मानना है कि इस विधि से हेरोइन में मौजूद अशुद्धियां दूर हो जाती हैं। कालान्तर में हेरोइन की कीमत बढ़ गई और गली नुक्कड़ के अधिकांश नशाकर्ताओं के लिए वह काफी महंगी हो गई। वर्ष 1980 के दशक के उत्तरार्द्ध और वर्ष 1990 के दशक के पूर्वार्द्ध तक ब्युप्रेनोर्फीन नामक औषधि लोकप्रिय हो गई और एम्पुल (दवाई युक्त छोटी शीशी) में उपलब्ध होने के कारण इंजेक्शन द्वारा प्रयोग की जाने लगीं। इस औषधि और इसके प्रयोग संबंधी जानकारी भारतीय उपमहाद्वीप के अधिकांश प्रमुख शहरों तक फैल गई। यह विरोधाभास ही है कि, जहां चिकित्सक अफीम व्यसन का इलाज करने ब्युप्रेनोर्फीन का प्रयोग करते हैं वहीं बड़ी संख्या में व्यसनी (इस औषधि से इलाज कराने के लिए) निर्विषीकरण केन्द्र पहुंचते हैं और परिणामस्वरूप उसके नशे की चपेट में आ जाते हैं।

इंजेक्शन के माध्यम से नशीली दवाइयों का प्रयोग

इंजेक्शन के माध्यम से ब्युप्रेनोर्फीन का प्रयोग करने वाले अधिकांश लोगों में नशा नहीं हुआ और एक उदाहरण के तौर पर अधिकांश मादक द्रव्य व्यसनी ब्युप्रेनोर्फीन के साथ डायज़ेपैम,

एविल और फेनर्गेन (स्लीपिंग पिल) को मिश्रित करके उसका इंजेक्शन प्रयोग करते हैं। हालांकि, इन दवाइयों के लिए चिकित्सक का निर्देश होना आवश्यक है परन्तु बहुधा वे इससे बचने के लिए दवा विक्रेता को अतिरिक्त मूल्य चुकाते हैं। भारत में आमतौर पर बहुऔषध का व्यापक चलन है और माना जाता है कि इससे अधिक खुराक में घातक औषधियों का प्रयोग बढ़ता जा रहा है। सामान्यतया एक एम्पुल में दवाई की मात्रा 10 मि.ली. होती है और प्रयोगकर्ता प्रत्येक एम्पुल से एक-एक मि.ली. दवा निकालकर उसका इंजेक्शन लगाते हैं। आम तौर पर इंजेक्शन में प्रयुक्त सुई 26 गेज की होती है जिसका छिद्र छोटा होता है। मादक औषधि के प्रयोगकर्ता अपने पैसे मिलाकर हेरोइन और उसके मिलाने वाली दवाइयां खरीदते हैं, उसके बाद वे न केवल समान मिश्रित औषधि बल्कि इंजेक्शन में प्रयुक्त समान सुई का भी परस्पर प्रयोग करते हैं परस्पर आदान-प्रदान करने वाले वर्ग में औसतन 2 से 5 प्रयोगकर्ता होते हैं।

इंजेक्शन द्वारा हेरोइन के प्रयोगकर्ता उसे दिन में 2 से चार बार प्रयोग कर सकते हैं वहीं मादक द्रव्य व्यसनी अन्य दवाइयों एवं ब्युप्रेनोर्फीन के मिश्रण का इंजेक्शन बहुधा कम प्रयोग करते हैं, क्योंकि इन औषधियों का असर अधिक समय तक रहता है।

आमतौर पर नशीली दवाइयों का इंजेक्शन अंतःशिरा विधि से किया जाता है परन्तु अन्तःपेशीय विधि से भी इस्तेमाल किया जाता है। यह देखा गया है कि अंतःशिरा विधि से मादक औषधियां प्रयोग करने वाले कुछ लोग मादक औषधियों को इंजेक्ट करने से पहले सिरिंज में कई बार रक्त खीचते और वापस भेजते हैं। भारत में मादक द्रव्यों का प्रयोग बहुधा सड़क के किनारे, उद्यानों, खेल के मैदानों और बाजारों जैसे खुले स्थानों में किया जाता है। अन्य अनुकूल स्थलों में निर्माणाधीन भवन, सार्वजनिक जन सुविधाएं, घर, कार्यालय, रेलवे यार्ड और कब्रगाह जैसे स्थान सम्मिलित हैं। कुछ एशियाई देशों में इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के पेशेवर प्रयोगकर्ता शूटिंग गलियारों जैसे स्थानों में एकत्र होकर उसका इंजेक्शन लगाते हैं परन्तु भारत में ऐसी संस्कृति नहीं है। आमतौर पर इंजेक्शन में प्रयुक्त सिरिंजों और सुइयों को आस-पास के कूड़ेदानों में यूं ही फेंक दिया जाता है। स्थानीय समुदाय के लोग बहुधा उसे एकत्र कर लेते हैं और धुलाई करके अन्य लोगों को सस्ते दाम में बेच देते हैं। इस प्रकार स्थानीय समुदाय के लिए यह एक संभावित खतरा होता है।

सामान्यतया सिरिंज और सुइयां दवाई घरों से बिना किसी निर्देश के खरीद ली जाती हैं। हालांकि, वे महंगी नहीं होतीं फिर भी अधिकांश मादक द्रव्य व्यसनी नई सिरिंज एवं सुइयों के स्थान पर मादक द्रव्यों को खरीदने को वरीयता देते हैं। प्लास्टिक की डिस्पोज़एबल सिरिंजों को वरीयता दी जाती है। एक सिरिंज एवं सुई की औसत कीमत 5 से 12 रुपये के बीच होती है। जहां सुइयों एवं सिरिंजों की उपलब्धता नहीं होती वहां सिरिंजों के साथ स्याही के ड्रॉपर जैसे कामचलाऊ साधनों को जोड़कर इंजेक्शन लेने की स्थिति देखी गई है।

इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोगकर्ताओं में सुइयों और सिरिंजों के आदान-प्रदान की व्यापक घटनाएं पाई जाती हैं और कई मामलों में इसे सामान्य माना जाता है। भारत में हाल ही में संपन्न त्वरित स्थिति मूल्यांकन से पता चला है कि इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के अधिकांश प्रयोगकर्ताओं ने किसी न किसी अवस्था में (बहुधा विगत 6 माह के भीतर) अपनी सुइयों और सिरिंजों का आदान-प्रदान किया है। विभिन्न शोधकर्ताओं के अनुसार इनके आदान प्रदान की दरें : चेन्नई में 76 प्रतिशत, दिल्ली में 50 प्रतिशत, इम्फाल में 86 प्रतिशत, कोलकाता में 78 प्रतिशत और मुम्बई में 61 प्रतिशत पाई गई हैं। इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के दिल्ली के प्रयोगकर्ताओं का विश्लेषण करने पर पता चला है कि विगत 6 माह की अवधि में उन्होंने सुइयों और सिरिंजों का आदान-प्रदान किया था, और कोलकाता में इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के 52 प्रतिशत प्रयोगकर्ताओं ने अपनी आखिरी गतिविधि में उनका आदान-प्रदान किया था। हालांकि, अधिकांश प्रयोगकर्ता सुइयों और सिरिंजों को इस्तेमाल करने से पहले साफ करते है परन्तु बड़ी संख्या में प्रयोगकर्ता एच आई वी/ एड्स और यकृतशोथ सी जैसे रक्त जन्य विषाणुज रोगों से सुरक्षा के दृष्टिकोण से उनकी उपयुक्त सफाई नहीं करते। अधिकांश प्रयोगकर्ता सुइयों और सिरिंजों की सफाई किसी भी उपलब्ध पानी से करते पाए गए और बहुत कम प्रयोगकर्ताओं ने उबलते पानी में उसकी सफाई की, और कुछ लोगों ने घरेलू ब्लीच का इस्तेमाल किया। इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोगकर्ताओं में अप्रत्यक्ष रूप से आदान-प्रदान की घटनाएं भी सामान्य पाई जाती हैं जिनमें चम्मचों, घोलो, रुई के स्वैब के प्रयोग करने और किसी एम्पुल में सुइयों के डुबोने जैसी स्थितियां सम्मिलित हैं।

व्यापकता और संभावित खतरे

भारत में मादक द्रव्यों के प्रयोगकर्ताओं की संख्या का आकलन वर्षों से भ्रामक रहा है और आज भी वही स्थिति है। वर्ष 1980 के दशक के उत्तरार्द्ध और वर्ष 1990 के दशक के पूर्वार्द्ध में अफीम प्रयोगकर्ताओं की संख्या 10 से 50 लाख और हेरोइन व्यसनी लोगों की संख्या 10 लाख आंकी गई थी, आज भी सरकारी अधिकारियों और संयुक्त राष्ट्र के स्रोतों द्वारा इन्ही संख्याओं का प्रयोग किया जाता है। हालांकि, गैर सरकारी संगठनों से प्राप्त अनाधिकारिक स्रोतों के अनुसार हेरोइन प्रयोगकर्ताओं की संख्या काफी अधिक है। और आंकड़े तो नहीं हैं परन्तु कुछ लोग भारत के पूर्वोत्तर क्षेत्रों में और अधिकांश शहरों में इसे एक बढ़ती समस्या नहीं मानते हैं। वर्ष 1990 के दशक के पूर्वार्द्ध में भारत में इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोगकर्ताओं की संख्या 50,000 आंकी

गई थी। वर्ष 1990 के उत्तरार्द्ध तक भारत में विभिन्न स्थानों पर इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोग की स्थिति का त्वरित मूल्यांकन किया गया जिसके अनुसार यह संख्या दिल्ली में 25000-30,000, मणिपुर में 15,000-20,000, मुम्बई में 38,000, कोलकाता में 10,000 से 15,000 और चेन्नई में 10,000-15,000 तक पाई गई। इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के वर्तमान प्रयोगकर्ताओं द्वारा ओपिएट के प्रयोग करने की जांच करने पर अलग-अलग शहरों में उसका प्रतिशत भिन्न पाया गया। हाल ही में सम्पन्न त्वरित स्थितिक मूल्यांकन के अनुसार चेन्नई, दिल्ली, इम्फाल, कोलकाता और मुम्बई में ये आंकड़े क्रमशः 66 प्रतिशत 27 प्रतिशत 90 प्रतिशत, 12.5 प्रतिशत और 15 प्रतिशत पाए गए।

यू एन एड्स और यू एन डी सी पी के अनुसार भारत में मादक द्रव्यों के अधिकांश प्रयोगकर्ता पुरुष हैं तथा शहर और भौगोलिक क्षेत्रों के अनुसार अधिकांश मादक द्रव्य निर्व्यसन केन्द्रों में मादक द्रव्यों की प्रयोगकर्ता महिलाओं की संख्या 1 प्रतिशत से 10 प्रतिशत के बीच है। हालांकि, पुरुष-महिला व्यसनी के अनुपात का निर्धारण करने हेतु मादक द्रव्य निर्व्यसन केन्द्र से प्राप्त आंकड़ें उपयुक्त नहीं हो सकते। ऐसी महिलाएं कलंकित होने के डर से मादक द्रव्य व्यसन की आदत छुड़ाने हेतु लम्बी अवधि तक ऐसे केन्द्रों पर जाने से परहेज करती हैं।

नई दिल्ली में मादक द्रव्य व्यसन की चपेट में आईं 35 महिलाओं पर सम्पन्न एक अध्ययन से पता चला कि उनमें 30 प्रतिशत महिलाएं पेशेवर यौनकर्मी थीं। इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयां प्रयोग करने वाली 15 प्रतिशत महिलाओं के विषय में यह स्पष्ट नहीं है कि वे पेशेवर यौनकर्मी थीं अथवा नहीं।

मादक द्रव्यों के प्रयोग की स्थिति पर सम्पन्न त्वरित मूल्यांकन से देखा गया कि विभिन्न प्रमुख शहरों में मादक द्रव्यों के प्रयोग की शुरुआत 15 से 18 वर्षीय आयु वर्ग द्वारा की गई। शोधकर्ता इस बात से सहमत हैं कि अधिकांश राज्यों में इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोग करने की शुरुआत समान आयुवर्ग द्वारा की जाती है। अधिकांश मादक द्रव्य व्यसनी निम्न सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि के अन्तर्गत आते हैं जिनमें अशिक्षित अथवा अल्पशिक्षित लोगों की संख्या काफी होती है, वे असुरक्षित पदों पर कार्य करते हैं अथवा बहुत अधिक बेरोजगारी का अनुभव करते हैं। कोलकाता में इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोगकर्ताओं पर संपन्न एक सर्वेक्षण में पाया गया कि 42 प्रतिशत पढ़ अथवा लिख नहीं सकते थे, इंजेक्शन द्वारा नशीली औषधियां प्रयोग नहीं करने वाले वर्ग में यह स्थिति 50 प्रतिशत में पाई गई। नई दिल्ली में भी इसी प्रकार की स्थिति हो सकती है, यद्यपि मुम्बई में ऐसे लोगों की उपस्थिति 35 प्रतिशत पाई गई। हालांकि, मेघालय जैसे अन्य स्थानों में इंजेक्शन द्वारा मादक द्रव्यों के प्रयोगकर्ताओं और इंजेक्शन का प्रयोग नहीं करने वाले दोनों वर्गों में ऐसे लोगों की संख्या 3 प्रतिशत थी।

भारत में मादक द्रव्य के प्रयोगकर्ताओं की स्वास्थ्य स्थिति बहुधा असंतोषजनक होती है। इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयां प्रयोग करने वाले अधिकांश लोग ठीक तरह से इंजेक्शन नहीं लगाते जिसके कारण अल्सर, फोड़ा संयोजक ऊतिशोथ और घनास्त्रशिराशोथ जैसी समस्याओं से पीड़ित हो उठते हैं। ऐसे अधिकांश लोग अल्पपोषित होते हैं और बड़ी संख्या में लोग अधिक मात्रा में नशीली औषधियों का सेवन कर लेते हैं। वे बहुधा कई साथियों के साथ यौन संबंध स्थापित करते हैं और इंजेक्शन के बिना मादक द्रव्यों के व्यसनी बड़ी संख्या में लोग पेशेवर यौन कर्मियों के पास जाते हैं। पेशेवर और गैर पेशेवर दोनों ही श्रेणी के यौन कर्मियों के साथ यौन संबंध बनाने में कण्डोम का प्रयोग प्रायः नहीं किया जाता है।

मादक द्रव्य व्यसन और एच आई वी रोग

भारत में एच आई वी का प्रवेश वर्ष 1980 के उत्तरार्द्ध से मध्य दशक के दौरान हुआ और इसकी सर्व प्रथम पहचान वर्ष 1986 में मद्रास की एक पेशेवर यौनकर्मी में हुई, एड्स का प्रथम रोगी वर्ष 1986 में प्रकाश में आया। वर्ष 2000 तक एच आई वी संक्रमित व्यक्तियों की संख्या बढ़कर 20,304 हो गई जिनमें 82.6 प्रतिशत लोग यौन संचरण के माध्यम तथा 4.16 प्रतिशत नशीली दवाइयों के लिए प्रयुक्त इंजेक्शन के माध्यम से इसकी चपेट में आए थे। वर्ष 1997 में अनुमानतः 25 लाख लोग एच आई वी संक्रमण की चपेट में आए थे और वर्ष 2000 के अन्त तक 15 से 49 वर्षीय आयु वर्ग में एच आई वी/ एड्स से पीड़ित रोगियों की संख्या बढ़कर 39 लाख तक पहुंच गई। इस समय इस क्षेत्र में एच आई वी/ एड्स की महामारी के दृष्टिकोण से भारत तीसरा सबसे बड़ा देश हो गया है।

मणिपुर शहर में एच आई वी संक्रमण की घटनाएं वर्ष 1994 में 61 प्रतिशत से बढ़कर वर्ष 1997 में 85 प्रतिशत तक पहुंच गईं जो वर्ष 1998 में बढ़कर लगभग 88 प्रतिशत हो गईं। अन्य शहरों और क्षेत्रों में वर्ष 2000 में इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोगकर्ताओं में एच आई वी संक्रमण की उपस्थिति सामान्यतया काफी अधिक है, प्रमुख शहरों में सम्मिलित हैं- दिल्ली (44.8%), चेन्नई (31%), मुम्बई (23.7%), कोलकाता (2%), मीज़ोरम (9.6%), नागालैण्ड (7%) एवं बंगलौर (4.2%)। अधिकांश स्थानों पर इसकी व्यापकता 10 प्रतिशत के आस-पास अथवा उससे ऊपर है और यह जन स्वास्थ्य के लिए एक गंभीर चिन्ता का विषय है। इंजेक्शन द्वारा नशीली दवाइयों के प्रयोगकर्ताओं के माध्यम से उनकी पत्नियों के एच आई वी संक्रमित होने की घटनाएं वर्ष 1991 में 6 प्रतिशत से बढ़कर वर्ष 1997 में 45 प्रतिशत हो गईं।

मणिपुर में एच आई वी संक्रमण सहित गर्भवती महिलाओं की संख्या में भी वृद्धि देखी गई जो वर्ष 1994 में 1.3 प्रतिशत से बढ़कर वर्ष 1999 में 2.7 प्रतिशत हो गई।

अवैध औषध समस्याओं के प्रति सरकार की कार्यवाही

स्वापक एवं मनस्तापी औषधि अधिनियम 1985 और इसके संशोधित रूप- स्वापक एवं मनस्तापी औषधि अवैध व्यापार निवारण अधिनियम 1988 के अन्तर्गत निषिद्ध औषधियों के प्रयोग के वैधानिक प्रबंधन का प्रावधान किया गया है। इन दो अधिनियमों के अन्तर्गत मादक द्रव्य संबंधी विभिन्न अपराधों के लिए 10 से 20 वर्षों की सजा और उसके साथ 1 से 2 लाख रुपयों के जुर्माने के प्रावधान का निर्धारण किया गया है। बाद के अधिनियम के अन्तर्गत कुछ मामलों में कम कठोर सजा का प्रावधान है बशर्ते यह सिद्ध हो जाए कि वह औषधि व्यक्तिगत प्रयोग हेतु प्राप्त की गई थी। जिन व्यक्तियों के साथ पहले दोष सिद्ध हुआ हो उनसे संबद्ध कुछ अपराधों के लिए मृत्यु दण्ड दिया जा सकता है।

उदाहरण के तौर पर, यदि किसी व्यक्ति के लिए 10 कि.ग्रा. या इससे अधिक अफीम, एक कि.ग्रा., हेरोइन अथवा 20 कि.ग्रा. भांग के उत्पादन, निर्माण, उपस्थिति, परिवहन, आयात अथवा निर्यात जैसी गतिविधियों का दोष सिद्ध हो जाए तो मृत्यु दण्ड दिया जा सकता है, हालांकि, अभी तक ऐसे जुर्म में मौत की सजा नहीं दी गई है। जिन व्यक्तियों के पास निजी प्रयोग हेतु ये मादक द्रव्य कम मात्रा में पाए जाते हैं अथवा उनके द्वारा इनका सेवन किया गया हो, उन्हें छोड़ा जा सकता है, परन्तु उन्हें नशा मुक्ति केन्द्र पर इलाज कराना होगा और एक वर्ष के भीतर न्यायालय को अपने मेडिकल फॉलो अप का प्रमाण प्रस्तुत करना होगा। इस अधिनियम के अनुच्छेद 64 ए के अनुसार पहली बार अपराध करने वाले पर मुकदमा नहीं चलाया जाता बशर्ते उसके पास बहुत कम मात्रा में औषधि प्राप्त की जाए और वह किसी प्रतिष्ठित संस्थान से स्वैच्छिक रूप से इलाज कराने का इच्छुक हो। एक सामान्य नियम के रूप में मादक औषध प्रयोग के जुर्म की श्रेणी में रखने के परिणामस्वरूप अधिकांश मादक द्रव्य व्यसनी जेल की सजा से बचने के लिए मादक व्यसन का इलाज कराने को बाध्य हुए हैं।

वर्ष 1992 में, परामर्श केन्द्रों की संख्या 145, निर्व्यसन केन्द्रों की संख्या 86 और उत्तरवर्ती सुरक्षा केन्द्रों की संख्या 14 थी। उस समय 30 लाख से अधिक पंजीकृत मादक द्रव्य व्यसनी सरकार इससे संबद्ध गैर सरकारी संगठनों से सम्पर्क करने के इच्छुक रहे हैं। सामाजिक न्याय एवं सशक्तीकरण मंत्रालय द्वारा वर्तमान में यह प्रयास अपनाया जा रहा है कि मादक औषध प्रयोग को एक मनोसामाजिक-चिकित्सीय समस्या के रूप में देखा जाए। सरकार इस प्रक्रिया के अन्तर्गत यथा संभव सामुदायिक भागीदारी को बढ़ावा दे रही हैं, क्योंकि इस पर न केवल कम व्यय होता है बल्कि मादक द्रव्य प्रयोगकर्ताओं उनके परिवार के सदस्यों और समुदाय के लोगों के बीच एक संबंध भी बना रहता है।

वर्तमान में सरकारी नशा मुक्ति केन्द्रों की संख्या 72, गैरसरकारी संगठन द्वारा संचालित परामर्श केन्द्रों की संख्या 218 तथा गैर सरकारी संगठन के नशामुक्ति केन्द्रों की संख्या 123 है। प्रत्येक प्रमुख शहर में लगभग 300-450 बिस्तरों की व्यवस्था है परन्तु मादक द्रव्य व्यसनियों की संख्या काफी अधिक होने के कारण उनका इलाज कराना बहुधा कठिन होता है। ऐसे अधिकांश केन्द्रों द्वारा अत्यधिक शुल्क लिया जाता है जिससे वहां तक उनकी पहुंच और सीमित हो जाती है। वर्ष 1998 में लगभग 90,000 लोग निर्विषीकरण के लिए भरती किए गए। आमतौर पर भरती होना स्वैच्छिक होता है परन्तु दूसरों द्वारा जबरदस्ती भरती कराने की घटनाएं व्यापक हैं। अनैच्छिक इलाज के परिणामस्वरूप किसी मनश्चिकित्सीय अस्पताल में भेज दिया जाता है, अथवा जहां मादक द्रव्य के इलाज की व्यवस्था नहीं होने की स्थिति में न्यायालय ऐसे व्यक्ति को जेल भी भेज सकती हैं।

ओपिऑयड से उत्पन्न लक्षणों को दूर करने के लिए क्लोनीडीन, कोडीन अथवा डेक्स्ट्रोप्रोपॉक्सीफीन नामक दवाइयां प्रयोग की जाती हैं जिसका मूल्य बहुधा व्यक्ति द्वारा चुकाया जाता है। पुनः व्यसन की चपेट में आ जाने की दर काफी अधिक अर्थात 80 प्रतिशत या अधिक होना सामान्य है। आमतौर पर किसी रोगी की निर्व्यसन प्रक्रिया में 6 से 20 दिन लग जाते हैं और उनके पुनर्वास में एक से 6 माह का समय लग जाता है।

भावी कार्यवाही

संभवतः भावनात्मक उत्साह में गिरावट आने जैसा अत्यन्त महत्वपूर्ण परिवर्तन देखने को मिल सकता है जो एक समय मादक द्रव्यों पर जनचर्चा का प्रमुख विषय होता था। लोग अभी भी अत्यन्त चिन्तित हैं फिर भी, मादक द्रव्यों से जुड़ी हमारी समस्याओं के सरल एवं त्वरित समाधान हेतु जन साधारण द्वारा व्यापक कदम नहीं उठाए जा रहे हैं। जिसके परिणामस्वरूप लोगों की अपेक्षाओं में अधिक संयत परिवर्तन आया है जिससे कानून के अधिक अनुपालन और नियंत्रण कार्यों को बढ़ावा मिल सकता है।

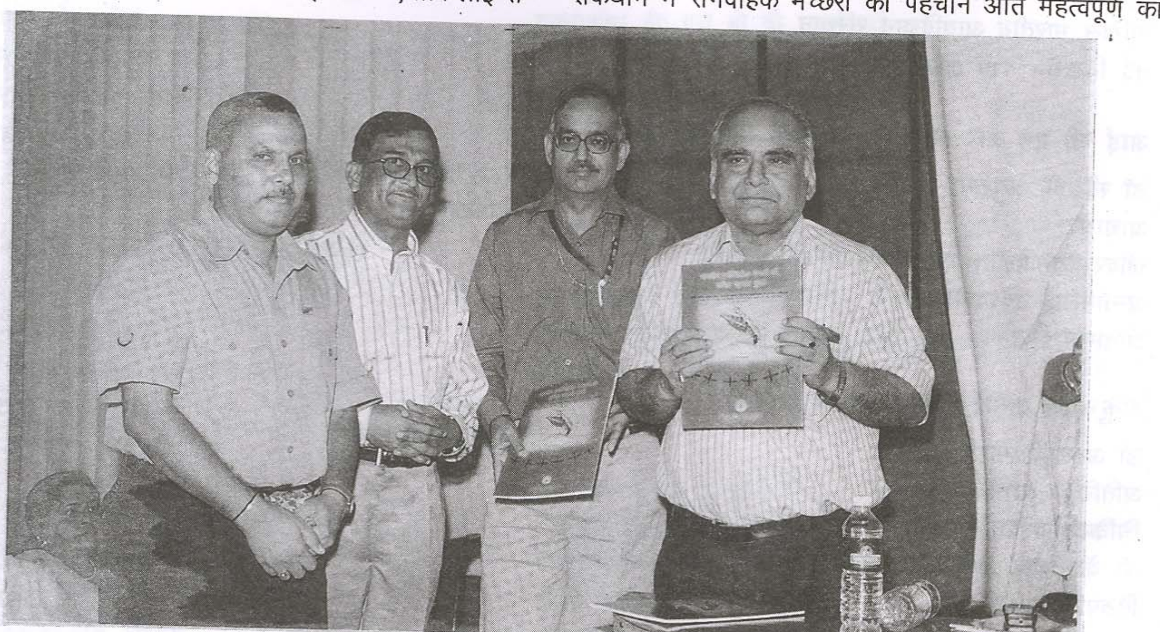
इन्हें बेहतर दिशा में होने वाला परिवर्तन मानें तो भी प्राथमिक स्थिति ज्यों की त्यों ही है। अनेक क्षेत्रों में प्रगति होने के बावजूद मनोविकारी औषधियों का प्रयोग एवं व्यसन पहले से कहीं अधिक किया जा रहा है। चूंकि, आगामी कुछ वर्षों तक यह स्थिति बनी रहेगी, अतः, इस समस्या से निपटने हेतु देश के लिए सावधानीपूर्वक एवं विचारोत्तेजक योजनाएं तैयार करना आवश्यक है। इस प्रकार की योजना तैयार करने के लिए मनोसक्रिय औषधियों के प्रयोग और व्यसन के संबंध में राष्ट्रीय उद्देश्यों, नीतियों पर पुनः विचार

करने की आवश्यकता है। चूंकि, मादक द्रव्यों के व्यसन से संबद्ध सामाजिक सक्रियता और समस्याएं इतनी अधिक जटिल हैं कि पूर्णतया संतोषजनक हल अभी भी दूर हैं, इसलिए, विशेषतया विगत अनेक वर्षों के इतिहास से प्राप्त अनुभवों के आधार पर युक्तिमूलक कार्यवाही की शुरूआत की जानी है। मादक द्रव्यों के प्रयोग पर नियंत्रण रखने के संबंध में पुनर्विचार करने की आश्यकता है परन्तु मूल्यांकन प्रक्रिया पर कोई निर्णय लेने और इस जटिल समस्या से निपटने के लिए किसी दिशानिर्देश को तैयार करने से पहले स्वयं को स्मरण रखना होगा कि देश की मादक द्रव्य व्यसन की समस्याओं को दूर करने के लिए कोई चरण-बद्ध रूपरेखा तैयार नहीं है। हालांकि, नीति और इस कार्यक्रम को प्रभावित करने वाले विगत अनुभवों और वर्तमान विश्लेषण को सूचित किया जाना चाहिए जिससे भविष्य में मादक औषधियों के प्रयोग और व्यसन के प्रति अधिक अनुकूल, सुसंगत और जिम्मेदार प्रयासों की दिशा में सामना करने में सहायता मिल सकेगी।

यह लेख भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद मुख्यालय के उपमहानिदेशक डॉ के.के. गांगुली द्वारा *"पैटर्न ऐण्ड प्रोसेस ऑफ ड्रग ऐण्ड एल्कोहल यूज इन इंडिया"* शीर्षक से प्राप्त समीक्षा लेख पर आधारित है।

भारतीय एनॉफिलीज मच्छरों की सचित्र पहचान कुंजी का विमोचन

परिषद के प्रकाशन एवं सूचना प्रभाग की हिन्दी प्रकाशन यूनिट द्वारा राष्ट्रीय मलेरिया अनुसंधान संस्थान, दिल्ली द्वारा तैयार *'पिक्टोरियल आइडेंटिफिकेशन की फार इंडियन एनॉफिलाइन्स'* नामक पुस्तिका का हिन्दी रुपान्तरण **'भारतीय एनॉफलीज मच्छरों की सचित्र पहचान कुंजी'** शीर्षक से यूनिट के सहायक महानिदेशक डॉ के.एन. पाण्डेय एवं डॉ रजनीकान्त द्वारा तैयार किया गया। इस पुस्तक का विमोचन परिषद के हिन्दी दिवस समारोह के अन्तर्गत दिनांक 14 सितम्बर, 2007 को परिषद के महानिदेशक प्रोफेसर निर्मल कुमार गांगुली द्वारा किया गया। इस अवसर पर बोलते हुए प्रो. गांगुली ने कहा कि मलेरिया जैसे भयंकर रोग की रोकथाम में रोगवाहक मच्छरों की पहचान अति महत्वपूर्ण कार्य है तथा इस कार्य से जुडे फील्ड कार्यकर्ताओं, कीटविज्ञानियों एवं अन्य सहायकों के लिए यह पुस्तक अत्यधिक उपयोगी साबित होगी। इसके अतिरिक्त राजभाषा हिन्दी को बढावा देने में भी यह एक सराहनीय प्रयास है। कार्यक्रम में परिषद के वित्त सलाहकार श्री संजीव दत्ता तथा अन्य कई वरिष्ठ वैज्ञानिक एवं कर्मचारी भी उपस्थित थे।



परिषद के महानिदेशक प्रो. निर्मल कुमार गांगुली द्वारा पुस्तिका का विमोचन। साथ में (बाएं से दाएं) डॉ रजनी कान्त, डॉ के.एन. पाण्डेय तथा परिषद के वित्त सलाहकार श्री संजीव दत्ता भी उपस्थित थे।

वर्ष 2004 के लिए आई सी एम आर पुरस्कार/पारितोषिक प्राप्तकर्ताओं की सूची

पुरस्कार का नाम/प्राप्तकर्ता	अनुसंधान क्षेत्र

1. अमृत मोदी यूनिकेम पुरस्कार – 2004 (जठरांत्ररोगविज्ञान)

डॉ राधा के. धीमान अतिरिक्त आचार्य यकृतरोग विभाग स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान शिक्षण एवं अनुसंधान संस्थान चण्डीगढ़– 160 012	पोर्टल अतिरक्तदाब

2. बसंती देवी अमीर चन्द पुरस्कार (2005)

प्रो एन. के. मेहरा विभागाध्यक्ष प्रतिरोपण प्रतिरक्षा एवं प्रतिरक्षा आनुवंशिकी विभाग अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान नई दिल्ली– 110 029	प्रतिरक्षा आनुवंशिकी एवं प्रतिरोपण प्रतिरक्षाविज्ञान

3. आई सी एम आर क्षणिका व्याख्यान पुरस्कार (2004)

डॉ सी. वी. अनुराधा आचार्य जीवरसायनविज्ञान एवं जैवप्रौद्योगिकी विभाग अन्नामलाई विश्वविद्यालय अन्नामलाई नगर– 608 002	टाइप–2 मधुमेह में टाउरीन की भूमिका

4. शकुन्तला अमीर चन्द पुरस्कार (2004)

डॉ अल्लादी मोहन अतिरिक्त आचार्य चिकित्साविज्ञान विभाग श्री वेंकटेश्वर आयुर्विज्ञान संस्थान तिरुपति– 517 507	कणिकागुल्मीय विकार
डॉ. सुकेश नारायण सिन्हा अनुसंधान अधिकारी राष्ट्रीय व्यावसायिक स्वास्थ्य संस्थान मेघानी नगर अहमदाबाद– 380 016	मलेरियारोधी औषधि का विकास
श्री सतीश कुमार नटराजन वरिष्ठ अनुसंधान फेलो जठरांत्रीयविज्ञान विभाग क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज वेल्लोर– 632 004	यकृत के सिरोसिस में विकृत शरीरक्रियाविज्ञानी परिवर्तन

डॉ डी. शंकर
व्याख्याता
जैवप्रोद्यौगिकी विभाग
आरूपडई वीडू प्रौद्योगिकी संस्थान
विनायक मिशन शोध फाउण्डेशन
ओल्ड महाबलीपुरम रोड
पाइयानूर– 603 104

पोषक कारकों के कारण अतिरक्तदाब में जैवरासायनिक परिवर्तन

5. बी जी आर सी रजत जयन्ती व्याख्यान पुरस्कार (2004)

डॉ के. श्रीनिवासन
वरिष्ठ वैज्ञानिक
जीवरसायन एवं पोषण विभाग
केन्द्रीय खाद्य प्रौद्योगिकी अनुसंधान केन्द्र
मैसूर– 570 020

एरिथ्रोसाइट्स की अखण्डता के बचाव में अतिलिपिडरक्तताजन्य आहारीय मसालों के लाभकारी प्रभाव

6. डॉ कुन्ती एवं डॉ ओमप्रकाश व्याख्यान पुरस्कार (2004 – संक्रामक रोग)

डॉ एस. के. सरीन
प्रोफेसर एवं अध्यक्ष
जठरांत्ररोगविज्ञान विभाग
जी बी पन्त अस्पताल
नई दिल्ली– 110 002

यकृतशोथ बीः एच बी वी उत्परिवर्त का आण्विक प्रारूप–उपचार एवं रोकथाम हेतु नवीन प्रयास

7. डॉ टी. रामचन्द्र राव पुरस्कार (2004)

डॉ ए.एन. श्रीराम
तकनीकी अधिकारी
क्षेत्रीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान केन्द्र
पोस्ट बॉक्स – 13
पोर्ट ब्लेयर– 744 101

अण्डमान एवं निकोबार द्वीपसमूह में *वूशेरेरिया बैंक्रोफ़्टाई* की संचरण गतिकी

8. डॉ विद्या सागर पुरस्कार (2004)

डॉ. के. एस. जैकब
आचार्य
मनश्चिकित्सीय विभाग
क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज
वेल्लोर– 632 004

भारत में विखण्डित मनस्कता में संवर्ध एक्सप्लेनेटरी मॉडेल एवं अवलोकन

9. डॉ वाई. एस. नारायण राव व्याख्यान पुरस्कार (2004)

डॉ राकेश कुमार जैन
वैज्ञानिक एफ़
सुक्ष्मजीवी प्रौद्योगिकी संस्थान
सेक्टर – 39 ए
चण्डीगढ़– 160 036

पर्यावरणी सूक्ष्मजैविकी/पर्यावरणी जैवप्रौद्योगिकी

10. आई सी एम आर लाला रामचन्द कन्धारी पुरस्कार (2004)

डॉ संजीव हाण्डा
सह आचार्य
त्वचारोगविज्ञान विभाग
स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान शिक्षण एवं अनुसंधान संस्थान
चण्डीगढ़– 160 012

विटिलिगो का प्राकृतिक इतिहास, चिकित्सा एवं सामाजिक प्रभाव

11. आई सी एम आर एम.एन.सेन व्याख्यान पुरस्कार (2004)

डॉ आर हाण्डा
आचार्य
चिकित्साविज्ञान विभाग
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
नई दिल्ली– 110 029

भारत में रुमेटी रोग पर अध्ययन

12. कैंसर के क्षेत्र में अनुसंधान हेतु नोवारटिस व्याख्यान पुरस्कार (2004)

डॉ. ललित कुमार
आचार्य
रोटरी कैंसर अस्पताल संस्थान
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
नई दिल्ली– 110 029

अस्थि मज्जा/मूल कोशिका प्रतिरोपण

13. प्रो बी. के. ऐकत व्याख्यान पुरस्कार (2004)

डॉ पूनम सलोत्रा
उपनिदेशक
आण्विक जैविकी प्रयोगशाला
विकृतिविज्ञान संस्थान
नई दिल्ली– 110 029

कालाज़ार के उग्रता संबद्ध जीन्स एवं चिकित्साविधिकी मैपिंग

14. प्रो सुरेन्द्र मोहन मारवाह पुरस्कार (2004)

प्रो महेन्द्र मोहन ठाकुर
प्राणिविज्ञान विभाग
बनारस हिन्दू विश्वविद्यालय
वाराणसी– 221 005

वयोवृद्धि के जैवआयुर्विज्ञानी पहलू

वर्ष 2005 के लिए आई सी एम आर पुरस्कार/ पारितोषिक प्राप्तकर्ताओं की सूची

पुरस्कार का नाम/प्राप्तकर्ता	अनुसंधान क्षेत्र

1. उत्कृष्ट जैवआयुर्विज्ञान अनुसंधान के लिए डॉ बी आर अम्बेडकर शताब्दी पुरस्कार (2005) – संयुक्त रूप से पुरस्कृत

प्रो समीर के. ब्रह्मचारी इंफॉर्मैटिक्स निदेशक जीनोमिक्स एवं इंटीग्रेटिव जैविकी संस्थान दिल्ली विश्वविद्यालय परिसर दिल्ली – 110 007	जीनोमिक्स एवं जीनोम
डॉ एम. आर. एस. राव अध्यक्ष जवाहरलाल नेहरू उन्नत वैज्ञानिक अनुसंधान केन्द्र जक्कुर, बंगलौर – 560 064	मानव आण्विक आनुवंशिकी

2. अमृत मोदी यूनिकेम पुरस्कार – 2005 (मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य)

डॉ जय भगवान शर्मा सहायक आचार्य सहायक प्रसूति एवं स्त्रीरोगविज्ञान विभाग अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान नई दिल्ली–110 029	सगर्भता के दौरान अरक्ततासहायक का चिकित्सा प्रबंध

3. बसंती देवी अमीर चन्द पुरस्कार (2006)

डॉ पूनम सलोत्रा उपनिदेशक विकृतिविज्ञान संस्थान सफ़दरजंग अस्पताल परिसर नई दिल्ली–110 029	कालाज़ार की आनुवंशिकी, वैक्सीन विकास, चिकित्साशास्त्र, नैदानिकी

4. आई सी एम आर क्षणिका व्याख्यान पुरस्कार (2005)

डॉ अमिता अग्रवाल अतिरिक्त आचार्य प्रतिरक्षाविज्ञान विभाग संजय गांधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान लखनऊ – 226 014	बाल रुमेटी रोग (विशेषतया बाल संधिशोथ)

5. अल्प सुविधा प्राप्त समुदायों के वैज्ञानिकों के लिए जैवआयुर्विज्ञानी अनुसंधान हेतु आई सी एम आर पुरस्कार (2005)

डॉ डी. नागेश्वर राव
आचार्य
जीवरसायनशास्त्र विभाग
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
नई दिल्ली–110 029

नवीन वितरण वाहकों और प्रतिरक्षा सहायकों का प्रयोग करते हुए प्रतिरक्षाजनों का विकास

6. आई सी एम आर तिलक वेंकोबा राव पुरस्कार 2005 (मनोविज्ञानी चिकित्साविज्ञान)

डॉ जी. वेंकट सुब्रामणियन
सहायक आचार्य
मनोविकारचिकित्सा विभाग
राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य एवं तंत्रिकाविज्ञान संस्थान
बंगलौर – 560 029

विखण्डित मनस्कता में संरचनात्मक, कार्यात्मक और तंत्रिकारासायनिक इमेजिंग

7. जालमा न्यास निधि व्याख्यान पुरस्कार – 2005

डॉ अनिल कुमार
उपनिदेशक
राष्ट्रीय जालमा कुष्ठ एवं अन्य माइकोबैक्टीरियल रोग संस्थान
आगरा – 281 001

कुष्ठरोग का जानपदिकरोगविज्ञान

8. शकुन्तला अमीर चन्द पुरस्कार – 2005

डॉ भूपेश कुमार प्रुस्ती
ड्यूसेज़ क्रेब्सफोर्सचुंग्सज़ेंट्रम (डी के एफ़ ज़ेड)
इम न्यूनहीमर फील्ड 242, 69120
हीडेलबर्ग,
जर्मनी

गर्भाशय ग्रीवा में कैंसरजनन के दौरान एच पी वी ओंकोजीन की अभिव्यक्ति

डॉ मधुर गुप्ता
भेषजगुणविज्ञान विभाग
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
नई दिल्ली – 110 029

बच्चों में मिरगी की भेषजचिकित्सा

डॉ प्रेमिला अब्राहम
सह आचार्य
जीवरसायनशास्त्र विभाग
क्रिश्चियन मेडिकल कॉलेज
वेल्लोर – 632 004

जठर श्लेष्मा आघात में एन ए एम ई के संरक्षी चिकित्सीय प्रभाव

डॉ तनवीर कौर
सहायक महानिदेशक
असंचारी रोग प्रभाग
भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद मुख्यालय
नई दिल्ली – 110 029

मेकैनिस्टिक पाथवेज़ एवं कोशिकीय संकेतन

9. डॉ. जे. बी. श्रीवास्तव व्याख्यान पुरस्कार – 2005

डॉ अनिता चक्रवर्ती
आचार्य
सूक्ष्मजीवविज्ञान विभाग
मौलाना आज़ाद मेडिकल कॉलेज
नई दिल्ली – 110 002

पुनः उभरने वाले आर एन ए
विषाणु संक्रमण एवं स्वास्थ्य

10. डॉ. एम ओ टी अयंगार स्मारक पुरस्कार – 2005

डॉ अमित शर्मा
ग्रूप लीडर
अंतर्राष्ट्रीय आनुवंशिकी इंजीनियरिंग एवं
जैवप्रौद्योगिकी केन्द्र (आई सी जी ई बी)
नई दिल्ली – 110 067

मलेरिया परजीवियों से प्राप्त
क्रिटिकल प्रोटीनों की
संरचनात्मक शैली

11. डॉ. प्रेम नाथ वाही पुरस्कार – 2005

डॉ भूदेव सी. दास
निदेशक
कौशिकी एवं निवारक अर्बुदशास्त्र संस्थान
आई–7, सेक्टर 39, नोएडा – 201 301

गर्भाशयग्रीवा कैंसर के कारणों में
एच पी वी

12. आई सी एम आर श्रीमती स्वर्ण कान्ता डिंगले व्याख्यान पुरस्कार 2005

डॉ के. वी. आर. रेड्डी
सहायक निदेशक एवं विभागाध्यक्ष
प्रतिरक्षाविज्ञान प्रभाग
राष्ट्रीय प्रजनन स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान
परेल, मुम्बई – 400 012

प्रजनन क्षमता और यौन संचारित
संक्रमणों के नियंत्रण हेतु
सूक्ष्मजीवीरोधी पेप्टाइड्स

परि-ाद के प्रकाशन

	मूल्य (रु.)
न्युट्रीटिव वैल्यू ऑफ इन्डियन फूड्स (1985), लेखक : सी. गोपालन, बी.वी. रामशास्त्री एवं एस.सी. बालसुब्रमणियन; बी.एस. नरसिंग राव, के.सी. पन्त एवं वाई.जी. देवस्थले द्वारा संशोधित (1989), पुनर्मुद्रण - (2004)	40.00
ग्रोथ ऐण्ड फिज़िकल डेवलपमेन्ट ऑफ इन्डियन इन्फैंट्स ऐण्ड चिल्ड्रन (1972, पुनर्मुद्रण - 1989)	10.00
लो कॉस्ट न्युट्रीशियस सप्लीमेंन्ट्स (द्वितीय संस्करण 1975, पुनर्मुद्रण - 2000)	7.00
मेन्यूस फॉर लो कॉस्ट बैलेन्स्ड डाइट्स ऐण्ड स्कूल लंच प्रोग्रेम्स (सुटेबल फॉर साउथ इंडिया) (चतुर्थ संस्करण, 1996, पुनर्मुद्रण, 2002)	8.00
मेन्यूस फॉर लो कॉस्ट बैलेन्स्ड डाइट्स ऐण्ड स्कूल लंच प्रोग्रेम्स (सुटेबल फॉर नॉर्थ इंडिया) (द्वितीय संस्करण, 1977, पुनर्मुद्रण - 2004)	10.00
सम कॉमन इन्डियन रेसिपिज़ ऐण्ड देयर न्युट्रीटिव वैल्यू (चतुर्थ संस्करण, 1977, पुनर्मुद्रण - 2002) लेखक : स्वर्ण पसरीचा तथा एल.एम. रिबेलो	25.00
न्युट्रीशन फॉर मदर ऐण्ड चाइल्ड (पंचम संस्करण 2002, पुनर्मुद्रण - 2005) लेखक : पी.एस. वेंकटाचलम् तथा एल.एम. रिबेलो	25.00
जापानीज़ एनसिफेलाइटिस इन इंडिया (संशोधित संस्करण 1980)	5.00
सम थिरैप्यूटिक डाइट्स (पंचम संस्करण, 1996, पुनर्मुद्रण - 2004) लेखक : स्वर्ण पसरीचा	12.00

न्युट्रिएन्ट रिक्वायरमेण्ट्स ऐण्ड रिकमेंडेड डाइट्री अलाउंसेज़ फॉर इंडियंस (1990, पुनर्मुद्रण-2004)	25.00
फ्रूट्स (द्वितीय संस्करण, 1996, पुनर्मुद्रण - 2004)। लेखक : इंदिरा गोपालन तथा एम. मोहन राम	20.00
काउंट व्हाट यू ईट (1989, पुनर्मुद्रण 2000)। लेखक : स्वर्ण पसरीचा	25.00
डाइट ऐण्ड डाइबिटीज़ (द्वितीय संस्करण 1993, पुनर्मुद्रण 2005)। लेखक : टी.सी. रघुराम, स्वर्ण पसरीचा तथा आर.डी. शर्मा	20.00
डाइटरी टिप्स फॉर दि एल्डरली (1992, पुनर्मुद्रण 2000)। लेखक : स्वर्ण पसरीचा तथा बी.वी. एस. थिमायम्मा	7.00
डाइट ऐण्ड हार्ट डिज़ीज़ (1994, पुनर्मुद्रण 2004)। लेखक : गफूरु न्निसा तथा कमला कृ-णस्वामी	30.00
डिप्रेसिव डिसीज़ (1986), लेखक : ए. वेंकोबा राव	58.00
डाइट्री गाइडलाइन्स फॉर इंडियंस-ए मैनुअल (1998, पुनर्मुद्रण 2003)	30.00
डाइट्री गाइडलाइन्स फॉर इंडियंस (1998, पुनर्मुद्रण 1999)	10.00
फल (द्वितीय संस्करण 2001)। इन्दिरा गोपालन और ए. मोहन राम द्वारा लिखित फ्रूट्स का हिन्दी रूपांतरण, अनुवाद : अंजू शर्मा तथा कृ-णानन्द पाण्डेय	22.00
भारतीयों के लिए आहार संबंधी मार्गदर्शिका (1998, पुनर्मुद्रण 1999)	10.00
मेडिसिनल प्लान्ट्स ऑफ इंडिया, खण्ड 2 (1987)	136.00
दि एनॉफिलाइन्स ऑफ इंडिया (संशोधित संस्करण 1984) लेखक : टी. रामचन्द्रराव	150.00
कम्युनिकेशन फॉर बायोमेडिकल साइन्टिस्ट्स (2003), सम्पादक-एस.आर. नायक एवं राकेश अग्रवाल	-
ए मैन्युअल ऑफ लेबोरेटरी टेकनीक्स (द्वितीय संस्करण 2003) लेखक : एन. रघुरामुलु, के. माधवन नायर तथा एस. कल्याणसुन्दरम्	110.00
क्वालिटी स्टैण्डर्ड्स ऑफ इंडियन मेडिसिनल प्लांट्स (खण्ड 1) (2003)	600.00
क्वालिटी स्टैण्डर्ड्स ऑफ इंडियन मेडिसिनल प्लांट्स (खण्ड 2) (2005)	600.00
रिव्यूज़ ऑन इंडियन मेडिसिनल प्लांट्स	
खण्ड 1 (Abe-Alle)	620.00
खण्ड 2 (Alli-Ard)	620.00
खण्ड 3 (Are-Azi)	620.00
खण्ड 4 (Ba-By)	620.00

उपरोक्त प्रकाशन प्राप्त करने के लिए महानिदेशक, भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परि-ाद के नाम से चेक अथवा पोस्टल ऑर्डर भेजें। बैंक कमीशन तथा डाक व्यय अलग होगा। मनीऑर्डर स्वीकार नहीं किए जाएंगे। इस संबंध में और अधिक जानकारी के लिए प्रमुख, प्रकाशन एवं सूचना प्रभाग, भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परि-ाद, पोस्ट बॉक्स 4911, अन्सारी नगर, नई दिल्ली-110029 से सम्पर्क करें।

सम्पादक मण्डल

अध्यक्ष
डॉ निर्मल कुमार गांगुली
महानिदेशक

प्रमुख, प्रकाशन एवं सूचना
डॉ के. सत्यनारायण

सदस्य
डॉ एस.के. भट्टाचार्य
डॉ ललित कान्त
डॉ बेला शाह
डॉ वसन्ता मुथुस्वामी

सम्पादन
डॉ कृष्णानन्द पाण्डेय
डॉ रजनी कान्त

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद, नई दिल्ली के लिए श्री जगदीश नारायण माथुर द्वारा आई सी एम आर ऑफसेट प्रेस, नई दिल्ली से मुद्रित एवं प्रकाशित
पं. सं. 47196/87