

6 SEPTEMBER
DEFENCE DAY

اے راہِ حق کے شہیدو، وفا کی تصویر و
تمہیں وطن کی ہوائیں، سلام کہتی ہیں



تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض

ENGLISH & URDU

BULLETIN SEPTEMBER 2021

نائب مدیر: سید خورشید جاوید

(M.A (Psychology), CASAC (USA))

مدیر: محترمہ مہہ جمیل اختر

(B.S (USA))

مدیر اعلیٰ: ڈاکٹر اختر فرید صدیقی

(MBBS, F.C.P.S - Psychiatry)

نگراں: ڈاکٹر سید مبین اختر (MBBS, (Diplomate American Board of Psychiatry & Neurology))

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL



کراچی منشیات ہسپتال

زیر نگرانی کراچی نفسیاتی ہسپتال

نشہ چھوڑنا صرف اہم نہیں ہے نشہ چھوڑے رکھنا اہمیت رکھتا ہے

کراچی منشیات ہسپتال پاکستان کا وہ واحد ادارہ ہے جہاں نشہ چھوڑنے کے ساتھ ساتھ نشہ چھوڑے رکھنے کی تربیت دی جاتی ہے، علاج کا بنیادی مقصد مریض کے اندر وہ مذہبی، نفسیاتی، اور سماجی تبدیلیاں پیدا کرنی ہیں جس کے ذریعے وہ نہ صرف نشہ کو چھوڑ سکے بلکہ اپنی بقایا زندگی نشہ سے پاک رہ کر گزار سکے۔

- ☆ صرف ان مریضوں کو داخل کیا جاتا ہے جو منشیات چھوڑنے کے لئے رضامند ہوں۔
(جو رضامند نہ ہوں ان کو نفسیاتی شعبے میں داخل کیا جاتا ہے)
- ☆ مریضوں کا علاج براہ راست ڈاکٹر سید مبین اختر اور دوسرے امریکی سند یافتہ معالجین کی نگرانی میں ہوتا ہے۔
- ☆ علاج کیلئے مستند ادویات کا استعمال جس سے مریض کو نشہ چھوڑنے میں کوئی تکلیف نہیں اٹھانی پرتی ہے۔
- ☆ باقاعدہ طور پر دینی تعلیمات اور نماز کا اہتمام۔
- ☆ باقاعدہ مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو۔
- ☆ ہپنوسس (Hypnosis) کی مشق کرائی جاتی ہے تاکہ کسی وقت طلب ہو تو اس کا مقابلہ کر سکیں۔
- ☆ مریض کی ذہنی و نفسیاتی تربیت جس کے ذریعے مریض کو آئندہ زندگی میں نشہ چھوڑے رکھنے میں آسانی ہو۔
- ☆ داخلے کے بعد بیرونی مریض کے طور پر ہفتہ وار مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو کا تسلسل۔
- ☆ داخلے کے بعد مریض کی دینی جماعت میں شمولیت، تاکہ ان لوگوں کی صحبت سے چھٹکارا مل سکے جو نشہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔
- ☆ باقاعدہ طور پر مریض کے گھر والوں سے رابطہ اور ان کے ساتھ مشاورت۔

﴿یہ وہ طریقہ کار ہے جو کراچی منشیات ہسپتال کو دوسروں سے منفرد بناتی ہے﴾

تحقیقی مضامین ماہانہ رسالہ کراچی نفسیاتی ہسپتال

تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض کے ترجمہ کے حوالے سے

جو ماہرین دلچسپی رکھتے ہیں

اور اچھے طریقے سے انگلش سے اردو ترجمہ کر سکتے ہیں



ہمیں اپنی ترجمے کی تجاویز ضرور بھیجیں۔



استقبالیہ اور ٹیلیفون آپریٹر کی تربیتی نشست کے مناظر



بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال



کراچی نفسیاتی ہسپتال

صحت بڑی نعمت ہے۔

نفسیاتی / ذہنی امراض گھر والوں اور معاشرے پر بوجھ سمجھا جاتا ہے۔
انہیں دوبارہ اپنی زندگی میں واپس لانا صدقہ جاریہ ہے۔

اس کار خیر میں کراچی نفسیاتی ہسپتال کا ساتھ دیں۔

اور دل کھول کر اپنے صدقہ، خیرات اور زکوٰۃ
ڈاکٹر سید مبین اختر ٹرسٹ میں جمع کروائیں۔

DONATE



FOR DONATION

Title : SYED MUBIN AKHTAR / KAUSAR PARVEEN

Meezan Bank Ltd. Account # : 0131-0100002099

IBAN : PK95 MEZN 0001 3101 0000 2099



111-760-760



0344-2645552



kph.org.pk



www.kph.org.pk

فہرست مضامین

صفحات ماہانہ

صفحات سالانہ

1- ہر سو افراد میں سے ایک خودکشی کے ذریعے مرتے ہیں WHO کے منصوبے کے تحت 2030 تک ایک تہائی خودکشیاں کم کرنے کا ہدف۔ 455
WHO guidance to help the world reach the target (One in 100 deaths is by suicide of reducing)

10- مشاورت کے ذریعے علاج۔ 464
(Supportive Psychotherapy)

20- غیر شادی شدہ خواتین کو بچہ پیدا کرنے کے لئے مردانہ نطفہ دینے والے افراد۔ 474
(The Case of the Serial Sperm Donor)

43- علم، رویے اور علاج کے طریقے کا خواتین کی جنسی صحت سے تعلق اور ماہر امراض نسوان (gynecologist) اور زچگی کے ماہرین کا (OBSTETRICIAN) کا چین میں کردار۔ 497
(Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns Relating to Female Sexual Health Among Obstetricians and Gynecologists in China)

506

52- اقبال مودودی اور پاکستانی قومیت -

509

55- نیند نہ آنا یا کمی کی تشخیص اور دیکھ بھال میں جدت -

(The assessment and management of insomnia: an update)

564

110- بچوں کی پٹائی سے ان کا دماغ متاثر ہو سکتا ہے، تحقیق -

565

111- نکاح فرض یا سنت -

569

115- خاندان کا غیر اسلامی قانون -



SUICIDE

ہر سو افراد میں سے ایک خودکشی کے ذریعے مرتے ہیں WHO کے منصوبے کے تحت 2030 تک ایک تھائی خودکشیاں کم کرنے کا ہدف

دنیا میں سب سے زیادہ اموات خودکشی کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ WHO کے حالیہ اندازے کے مطابق جو کہ ایک رسالے میں "SUICIDE WORLD WIDE IN 2019" میں شائع ہوئی تھی۔ ہر سال لوگ خودکشی سے مرتے ہیں جو کہ HIV، بلیریا، چھاتی کا کینسر، جنگ اور قتل کے مقابلے میں کہیں زیادہ ہیں۔ 2019 میں سات لاکھ افراد خودکشی سے فوت ہوئے جو کہ سو میں سے ایک فرد بنتا ہے۔ جس کی وجہ سے ہدایات جاری کیں۔

ڈاکٹر جنرل ڈاکٹر ٹیڈ روس نے کہا کہ "ہر خودکشی ایک سانحہ ہے" ہمیں اس کے بچاؤ کے طریقوں پر توجہ دینی پڑے گی۔ کافی عرصے سے کوڈ-19 کے سائے میں رہنے کی وجہ سے خودکشی کے امکانات بڑھ گئے ہیں۔ ملازمت سے برطرفی، مالی پریشانیاں اور قرنطینہ کی وجہ سے خودکشی کا خطرہ بڑھ گیا ہے۔ WHO کی نئی ہدایات کے مطابق ایک واضح طریقہ کار اپنایا گیا ہے۔ 15 سے 29 کے نوجوانوں میں اموات، سڑک پر حادثے، ٹی بی اور آپس میں تشدد کی شرح سے زیادہ ہے۔

ممالک، علاقے، صنف کے فرق سے شرح کم یا زیادہ ہوتی ہے۔

خواتین کے مقابلے میں دو گنے مرد زیادہ خودکشی کرتے ہیں۔ (ایک لاکھ میں سے 12.2 مرد بمقابلہ ایک لاکھ میں سے 5.4 خواتین) خودکشی کی شرح ترقی یافتہ اور امیر ممالک میں زیادہ ہے۔ خواتین میں درمیانے طبقے میں کم آمدنی والے گھرانے میں خودکشی کی شرح زیادہ ہے۔ (ایک لاکھ میں سے 7.1 خواتین)۔

WHO کے اعداد و شمار کے مطابق خودکشی کی شرح افریقہ میں (ایک لاکھ میں سے 11.2 افراد)، یورپ میں (ایک لاکھ میں سے 10.5)، جنوبی مشرق ایشیا میں (ایک لاکھ میں سے 9.0) تھی۔ ایشیا میں عالمی شرح کے مقابلے میں خودکشی کا رجحان زیادہ ہے۔ خودکشی کی سب سے کم شرح، مشرقی بحیرہ روم کے علاقوں میں ہیں۔

دنیا میں خودکشی کی شرح میں کمی واقع ہوئی ہے لیکن جنوبی اور شمالی امریکہ میں بڑھتی جا رہی ہے 2000 اور 2019 کے درمیان خودکشی کی شرح میں 34 فیصد کمی ہوئی۔ مشرقی بحیرہ روم کے علاقوں میں 17 فیصد سے لے کر یورپ میں 47 فیصد کی آئی ہے مغربی PACIFIC میں 47 فیصد کمی رہی۔

لیکن امریکہ کے خطے میں 19 سالوں میں 17 فیصد خودکشی میں اضافہ ہوا ہے۔ اگرچہ کچھ ممالک نے خودکشی سے بچاؤ کے لئے اقدامات میں اضافہ کر دیا ہے۔ کئی ممالک نے اس مسئلے کے حل کے لیے کوئی خاص اقدامات نہیں کیے ہیں۔ ابھی صرف 38 ممالک میں خودکشی سے بچاؤ کے لئے حکمت عملی موجود ہے، 2030 تک خودکشی کی شرح میں قابل ذکر کمی کرنے کی ضرورت ہے۔

زندگی جیو:

WHO نے ممالک میں خودکشی کی روک تھام کے LIVE LIFE کے نام سے جامع حکمت عملی جاری کی ہے۔ اس حکمت عملی کے 4 درجات ہیں۔

- ☆ خودکشی کرنے کے طریقوں میں استعمال ہونے والے کیڑے مارنے والی خطرناک ادویات اور اسلحہ میں کمی دستیابی میں کمی کرنا۔
- ☆ خودکشی کے بارے میں مناسب طریقے سے میڈیا کو تعلیم دینا۔
- ☆ نوجوانوں میں آپس کے تعلقات اور جذبات کے اظہار کو فروغ دینا۔
- ☆ خودکشی کی کامیاب روک تھام کے لئے مضر کیمیائی ادویات پر پابندی۔

مضر زہریلے کیمیائی اجزاء کے استعمال سے خودکشی کی شرح 20 فیصد ہے۔ ملکی سطح پر انتہائی مضر کیمیائی ادویات پر پابندی ایک سستا اور آسان طریقہ ہے۔ یہ پابندیاں WHO کی ہدایات کے مطابق ہیں۔ دوسرا طریقہ اسلحہ کی دستیابی کو مشکل بنانا۔ اس کے علاوہ ادویات کی بوتلوں میں گولیوں کی مقدار میں کمی اور اونچائی سے کودنے والی جگہوں پر رکاوٹیں لگانا ہے۔

میڈیا کی ذمہ دارانہ رپورٹنگ:

WHO کی ہدایات میں میڈیا کا خودکشی کی تشہیر خطرناک ہو سکتی ہے۔ میڈیا کی رپورٹ نشر ہونے کی وجہ سے

خودکشی کی شرح اور طریقہ کار کی تقلید میں اضافہ ہو سکتا ہے۔ خاص طور پر اگر کسی مشہور فنکار کی خودکشی اور اس کے طریقے کی تشبیر ہو رہی ہو۔ نئی ہدایات میں میڈیا کی نگرانی کرنا شامل ہے۔ خودکشی کی خبریں دینے کے ساتھ نفسیاتی بیماریوں میں مبتلا افراد کی صحت مندی کی کہانیاں اور خودکشی کے خیالات سے جان چھڑا کر صحت مندی کی رپورٹنگ کی جائے، یہ تجویز بھی شامل ہے کہ سوشل میڈیا والے اداروں میں ایسی بیداری پیدا کی جائے جس میں ایسی خبروں کی شناخت کی جائے جو کہ معاشرے کے لئے نقصان دہ نہ ہوں۔

نوجوانوں کی مشاورت:

10 سے 19 سال کے نوجوانوں کی عمر میں معاشرتی میل جول اور جذبات کا اظہار بہت اہم ہوتا ہے۔ خاص طور پر جبکہ نفسیاتی بیماریاں 14 سال کی عمر میں ظاہر ہو سکتی ہیں۔ LIVE LIFE کا ادارہ ذہنی بیماریوں کی آگاہی اور غنڈہ گردی (BULLYING) پر مشتمل معلومات کو فروغ دیتا ہے۔ مختلف اسکول اور یونیورسٹیوں میں جہاں خودکشی کے خیالات اور خواہش نوجوانوں میں موجود ہو۔ وہاں کام کرنے والے افراد ہوں جو خودکشی کرنے کے رجحانات اور اس کے خطرات کے مقابلے میں مدد کر سکے۔

جو افراد خودکشی کا رجحان رکھتے ہوں ان کی جلد ساخت کرنا:

جلدی ساخت، تشخیص، علاج اور رابطے میں رہنا، ان افراد کے لئے ضروری ہے جن میں خودکشی کا رجحان پایا جاتا ہو یا پھر خودکشی کی کوشش کر چکے ہوں۔ خودکشی کی کوشش کرنے والوں کو مستقبل میں دوبارہ خودکشی کرنے کے خطرات ہوتے ہیں۔ صحت کے اداروں کو جلدی تشخیص، نگرانی اور رابطے میں رہنے کی تربیت دینی چاہئے۔ یاسیت اور خودکشی کے رجحان سے صحت مند ہونے والے افراد بھی ذہنی صحت کے ادارے میں تربیت کے لئے مددگار ثابت ہو سکتے ہیں۔ شدید دباؤ میں مبتلا لوگوں کو فوری خدمات ملنی چاہئیں۔ خودکشی کے روک تھام بمعہ دوسری بیماریوں کے لئے بھی اقدامات آسٹریلیا، گھانا (GHANA)، گیانا (GUYANA)، بھارت، عراق، کوریا، سویڈن اور ریاست متحدہ امریکہ میں بھی عملدرآمد شروع ہو گیا ہے۔ یہ ان تمام ممالک کے لئے دستیاب ہے جو ملکی اور علاقائی سطح پر سرگرمیاں کرنا چاہتے ہیں۔ اسی طرف سرکاری اور نجی اداروں کے لئے بھی سہولت موجود ہے۔

ڈاکٹر الگیزینڈرا (ALEXANDRA) کے مطابق ہر ملک میں خودکشی کی روک تھام کے لئے ایک جامع اور

مربوط نظام ہونا چاہئے۔ یہ ڈاکٹر WHO کے ادارے میں خودکشی کے روک تھام کی ماہر سمجھی جاتی ہیں۔ LIVE LIFE کی مدد سے خودکشی کرنے والوں کی جلد شناخت اور فوری مدد سے زندگیاں بچائی جاسکتی ہیں اور پیچھے رہ جانے والوں کے دل ٹوٹنے سے بچایا جاسکتا ہے۔

Reference Link: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide/>

One in 100 deaths is by suicide

WHO guidance to help the world reach the target of reducing suicide rate by 1/3 by 2030

17 June 2021 - News release - Reading time: 3 min (898 words)

Reference Link:

<https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide/>

Suicide remains one of the leading causes of death worldwide, according to WHO's latest estimates, published today in "Suicide worldwide in 2019". Every year, more people die as a result of suicide than HIV, malaria or breast cancer or war and homicide. In 2019, more than 700 000 people died by suicide: one in every 100 deaths, prompting WHO to produce new guidance to help countries improve suicide prevention and care.

"We cannot - and must not - ignore suicide," said Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director-General of the World Health Organization. "Each one is a tragedy. Our attention to suicide prevention is even more important now, after many months living with the COVID-19 pandemic, with many of the risk factors for suicide job loss, financial stress and social isolation - still very much present. The new guidance that WHO is releasing today provides a clear path for stepping up suicide prevention efforts." Among young people aged 15-29, suicide was the fourth leading cause of death after road injury, tuberculosis and interpersonal violence.

Rates vary, between countries, regions, and between males and females.

More than twice as many males die due to suicide as females (12.6 per 100 000 males compared with 5.4 per 100 000 females). Suicide rates among men are generally higher in high-income countries (16.5 per 100 000). For females, the highest suicide rates are found in lower-middle-income countries (7.1 per 100 000).

Suicide rates in the WHO African (11.2 per 100 000), European (10.5 per 100 000) and South-East Asia (10.2 per 100 000) regions were higher than the global average (9.0 per 100 000) in 2019. The lowest suicide rate was in the Eastern Mediterranean region (6.4 per 100 000).

Globally, the suicide rate is decreasing; in the Americas it is going up

Suicide rates fell in the 20 years between 2000 and 2019, with the global rate decreasing by 36%, with decreases ranging from 17% in the Eastern Mediterranean Region to 47% in the European Region and 49% in the Western Pacific.

But in the Americas Region, rates increased by 17% in the same time period.

Although some countries have placed suicide prevention high on their agendas, too many countries remain uncommitted. Currently only 38 countries are known to have a national suicide prevention strategy. A significant

acceleration in the reduction of suicides is needed to meet the SDG target of a one-third reduction in the global suicide rate by 2030.

LIVE LIFE

To support countries in their efforts, WHO is today releasing comprehensive guidance for implementing its LIVE LIFE approach to suicide prevention. The four strategies of this approach are:

- limiting access to the means of suicide, such as highly hazardous pesticides and firearms;
- educating the media on responsible reporting of suicide;
- fostering socio-emotional life skills in adolescents; and
- early identification, assessment, management and follow-up of anyone affected by suicidal thoughts and behaviour.

Banning of the most dangerous pesticides: a high-impact intervention

Given that pesticide poisoning is estimated to cause 20% of all suicides, and national bans of acutely toxic, highly hazardous pesticides have shown to be cost-effective, such bans are recommended by WHO. Other measures include restricting access to firearms, reducing the size of medication packages, and installing barriers at jump sites.

Responsible reporting by the media

The guide highlights the role the media plays in relation to suicide. Media reports of suicide can lead to a rise in suicide due to imitation (or copycat suicides) - especially if the report is about a celebrity or describes the method of suicide.

The new guide advises monitoring of the reporting of suicide and suggests that media counteract reports of suicide with stories of successful recovery from mental health challenges or suicidal thoughts. It also recommends working with social media companies to increase their awareness and improve their protocols for identifying and removing harmful content.

Support for adolescents

Adolescence (10-19 years of age) is a critical period for acquiring socio-emotional skills, particularly since half of mental health conditions appear before 14 years of age. The LIVE LIFE guidance encourages actions including mental health promotion and anti-bullying programmes, links to support services and clear protocols for people working in schools and universities when suicide risk is identified.

Early identification and follow-up of people at risk

Early identification, assessment, management and follow-up applies to people who have attempted suicide or are perceived to be at risk. A previous suicide attempt is one of the most important risk factors for a future suicide.

Health-care workers should be trained in early identification, assessment, management and follow-up. Survivors' groups of people bereaved by suicide can complement support provided by health services. Crisis services should also be available to provide immediate support to individuals in acute distress.

The new guidance, which includes examples of suicide prevention

interventions that have been implemented across the world, in countries such as Australia, Ghana, Guyana, India, Iraq, the Republic of Korea, Sweden and the USA, can be used by anyone who is interested in implementing suicide prevention activities, whether at national or local level, and in the governmental and nongovernmental sectors alike.

"While a comprehensive national suicide prevention strategy should be the ultimate goal for all governments," said Dr Alexandra Fleischmann, suicide prevention expert at the World Health Organization, "starting suicide prevention with LIVE LIFE interventions can save lives and prevent the heartbreak that follows for those left behind."

مشاورت کے ذریعے علاج

کئی افراد عارضی طور پر جذباتی پریشانیوں کا شکار ہوتے ہیں ایسی ہی کئی اور پریشانیاں شدید اور لمبے عرصے کے لئے ہو سکتی ہیں۔ چاہے علامات شدید نہ ہو پھر بھی یاسیت کی علامات ہوتی ہیں۔ کئی افراد خوشحال زندگی میں متحرک رہنے کے قابل نہیں ہوتے اگرچہ یہ لوگ گھروں میں رہتے ہیں۔ لیکن ان کی زندگی اطمینان بخش نہیں ہوتی۔ ان کے ارد گرد رہنے والے افراد اور رشتہ داروں کے لئے بھی آسان نہیں ہوتا طبیعت بہتر ہونے کیلئے عمر بڑھنے کا تصور صحیح نہیں ہے۔

بیمار افراد کے علاج میں پابندی کسی معالج کے بس کی بات نہیں ہے۔ اسی لئے مشاورت کے ذریعے علاج میں اس علاقے میں موجود ماہرین کا بڑا کردار ہے جو کہ کئی شعبوں سے تعلق رکھتے ہیں کہ اس پیشے میں مشاورت سے بچا جاسکتا کئی کیس ایسے ہوتے ہیں جس میں نفسیاتی علاج کے ساتھ ہمدردی اور مشاورت کرنی پڑتی ہے۔ اسی لئے معالجین کو اس علاج کے لئے مناسب علم ہونا چاہئے۔

ان معالجین کی اپنی جگہ ایک اہمیت ہے اپنی کوششوں کی وجہ سے جذباتی طور پر پریشان افراد کی زندگیاں بدل سکتی ہیں۔ سب سے زیادہ موثر مشاورت کرنے والے خاندان کے افراد ہوتے ہیں۔ یہ افراد زیادہ وقت ساتھ گزارتے ہیں۔ یہ سب سے زیادہ خیال رکھتے ہیں۔ ان کو یہ معلوم ہوتا ہے کہ ان کا مریض کیا سوچ رہا ہے اور کیسا محسوس کر رہا ہے اور کیا کر رہا ہے۔

بد قسمتی سے خاندانی رشتوں میں پیچیدگی اور رکاوٹ ہو سکتی ہے جو کسی رشتہ دار کی مدد کرنے سے روک سکتی ہے۔ ان کے فیصلے کرنے کی اہلیت متاثر ہو سکتی ہے۔ جس کے نتیجے میں ان کا طرز عمل مریض کے لئے بہتر ہونے کے بجائے نقصان دہ ہو سکتا ہے۔ رشتہ دار نادانستہ طور پر مریض کی کیفیت خراب کرنے کی وجہ بن سکتے ہیں اگرچہ وہ اپنا رویہ تبدیل کر کے مشاورت کے قابل ہو جاتے ہیں۔ یہی رشتہ دار مریض کے لئے مشاورت کا اہم ذریعہ بن سکتے ہیں۔

علاج برائے گفتگو میں کوئی مخصوص طریقہ نہیں ہوتا بلکہ مشاورت شامل ہے۔ جس کو سیکھا جاسکتا ہے۔ بد قسمتی سے چند افراد ہی مشاورت کے لئے ماہرین کے پاس علاج اور رہنمائی کے لئے جاتے ہیں۔ نتیجہً رشتہ داروں کی مشاورت مریضوں کے مسائل کے حل میں اتنی پر اثر ثابت نہیں ہو پاتی ہے اور ساتھ ہی وہ خود احساس کمتری کا شکار ہوتے ہیں۔

علاج برائے گفتگو میں معاونت:

ایک معالج مشاورت کے ذریعے مریض کے جذباتی اور زندگی کی پریشانی کو کم کرنے میں مدد کر سکتا ہے۔ جس میں تسلی، رہنمائی، حوصلہ افزائی، یقین دہانی اور زیادہ تر غور اور ہمدردی سے ان کو سمجھایا جاسکتا ہے۔ معالجین مریضوں کو اپنے جذبات کا اظہار کرنے کا موقع دیتے ہیں اور ساتھ ہی اپنے آپ کو سمجھنے کے لئے اہل بناتے ہیں۔

اس کے علاوہ معالجین اپنے مریضوں کو ان کی بیماری کے متعلق تفصیل بتا سکتے ہیں بلکہ اس کا علاج اور اس مرض کے ساتھ زندگی گزارنے کا طریقہ بھی بتاتے ہیں علاج کے دوران معالج کو مختلف شعبہ جات سے مریض کی مدد کرنے کے لیے بات چیت کرنا ضروری ہے جس میں اسکول مشاورتی ادارے اور مریضوں کے گھر والے ہوتے ہیں۔ اس میں وہ تمام افراد شامل ہیں جن سے مریض تعلقات استوار رکھتے ہیں۔

اکثر معالجین کو اپنے مریض کے رویے کے بارے میں بتانا ہوتا ہے۔ ساتھ ہی اپنے مریض کو دوسروں کے رویے کی وضاحت کرنی پڑتی ہے۔ معالجین کو معاشرے کے آپسی تعلقات کے ان کہے اصولوں کے بارے میں معلومات فراہم کرنی ہوتی ہے معالج مریضوں کو نئے دوست بنانے اسکول یا یونیورسٹی میں پڑھنے اور ملازمت پر جانے کی حوصلہ افزائی کرتا ہے وہ مختلف کھیلوں اور اپنی پسند کی سرگرمیاں شروع کرنے کی حوصلہ افزائی کر سکتا ہے۔ یہاں تک کہ معالج اپنے آپ کو مثال بنا کر مناسب رویے کی طرف رہنمائی کرتا ہے معالج اپنے مریض کو واضح طور پر زندگی گزارنے کے صحیح طریقے کی مشاورت کرتا ہے۔

علاج برائے گفتگو کے لئے معاونت میں معالج کی کوشش ہوتی ہے مختلف حالات اور مشکلات کو سنبھال سکے۔ جو کہ زندگی گزارنے میں رہنمائی کرتے ہیں۔ بصیرت آمیز مشاورت، ایک مہنگی، مستقل سلسلہ ہے جس کے لیے تربیت یافتہ ماہرین میسر ہوتے ہیں۔ اس کے مقابلے میں علاج برائے گفتگو، پیشہ ورانہ انداز میں یا پھر تربیت یافتہ افراد کرتے ہیں۔ یہ ایسے لوگ ہوتے ہیں جو مریض کی بھلائی کا سوچتے ہیں۔

علاج برائے گفتگو کے مختلف طریقہ کار ہیں۔ بصیرت آمیز مشاورت میں خواب، مزاحمت، دفاعی برتاؤ اور معالجین کی جانب جذبات (transference) کے بارے میں رہنمائی کی جاتی ہے۔ آجکل گھبراہٹ کے لیے نسخہ نہیں دیا جاسکتا ہے یہ عمل نسبتاً طویل ہوتا ہے۔ معالج علاج برائے گفتگو میں سطحی طور پر مریض سے بات چیت کرتا ہے۔ اور مریض کے روزانہ کے معمولات کے حوالے سے مددگار ثابت ہوتا ہے۔ وہ مریض کو شعوری طور پر متاثر کرتا ہے نہ کہ غیر شعوری خیالات کا تجزیہ کرتا ہے وہ صرف مریض کی باتوں میں دلچسپی لیتا ہے جو نفسیاتی تجزیہ کار کا مخصوص طریقہ کار ہے۔ وہ مریض

سے اس کے گھر والوں اور دوستوں کے بارے میں معلومات لیتا ہے اس کے علاوہ مریض کے متعلقین سے بھی تفصیلات لیتا ہے۔ علاج برائے بصیرت آمیز مشاورت (Insight Psychotherapy) میں زیادہ وقت لگتا ہے۔ چاہے وہ ملاقاتیں کبھی کبھار ہو یا پھر جلدی جلدی مختصر مشاورت کے ذریعے ہوں۔

دونوں قسم کے علاج میں کچھ فرق ہے۔ جو مریض بصیرت آمیز مشاورت کے لئے نامزد کیئے جاتے ہیں وہ ذہین، حوصلہ افزا، جذبات پر قابو پانے کی کوشش میں کبھی کامیاب ہو جاتے ہیں، اور معاشی طور پر بہتر ہونا چاہیے تاکہ وہ اپنے علاج کے لیے وقت اور پیسہ دے سکے۔ ایک مثالی مریض جو علاج کروانے کی ابتدا کرتا ہے وہ ذہنی طور پر مشاورت پر عمل کرنے پر مائل ہوتا ہے جن مریضوں کو مشاورت کے ذریعے علاج کے لئے منتخب کیا جاتا ہے وہ عمومی طور پر غریب نا اہل اور زیادہ بیمار ہوتے ہیں وہ زیادہ تر نفسیاتی مریض ہوتے ہیں یا پھر گھبراہٹ پر قابو پانے میں ناکام رہتے ہیں یہ مریض اپنے آپ کو غیر جانبدارانہ طریقے سے نہیں دیکھ سکتے لیکن تمام مریض اس معیار پر پورا نہیں اترتے۔ مشاورت سے فائدہ اٹھانے کے لئے بیمار ہونے کی ضرورت نہیں ہے۔ یا وہ مریض مایوس، یا سیت، جنسی طور پر مضطرب یا پھر اعصابی ہیجان (NEUROTIC) میں مبتلا ہو سکتا ہے۔

وہ شدید اضطراب میں ہو سکتا ہے یا پھر لمبے عرصے سے بیمار بھی ہو سکتا ہے۔ مشاورت کے ذریعے علاج کے لیے آنے والوں کے لیے کوئی مخصوص اہلیت یا نا اہلیت کی ضرورت نہیں ہے وہ کوئی بھی شخص ہو سکتا ہے۔

آخر کار معالج مشاورت کے طریقہ کار کے حوالے سے اپنے رویہ میں تبدیلی لاتا ہے۔ بصیرت آمیز مشاورت میں معالج کوئی بات کرنے سے پہلے کئی بار سوچتا ہے خاص طور پر مشورہ دیتے وقت کہ یہ احتیاط مریض کی رائے اور برتاؤ پر اثر ڈال سکتا ہے وہ اپنے رویے اور خیالات کو مریض تک منتقل کرنے کی مکمل کوشش کرتا ہے وہ گمنامی برقرار رکھنے کی تنگ و دو کرتا ہے۔ اگر وہ علاج برائے گفتگو کے حوالے سے مشاورت کرتا ہے تو وہ مشورے دینے اور گفتگو میں براہ راست شامل ہوتا ہے۔ اگر مریض روزمرہ کے مسائل میں الجھا رہتا ہے تو معالج مشورہ دے سکتا ہے۔ وہ کھلم کھلا گفتگو کرتا ہے وہ مریض کے لیے اپنے احساسات بیان کر سکتا ہے۔ اس کا مقصد مریض کو یقین دہانی کرانا ہوتا ہے وہ کوئی مشورہ دیتے وقت اپنی مثال دے سکتا ہے۔ مختصراً وہ اپنی شخصیت کا اظہار کر سکتا ہے۔

عمومی طور پر نفسیاتی مشاورت میں یہ فرق ضرور واضح ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات بصیرت آمیز مشاورت میں معالج کو براہ راست مداخلت کرنی پڑتی ہے اور معالج کی حمایت کی ضرورت بھی پڑ جاتی ہے کچھ مریض اتنے بیمار ہوتے ہیں کہ وہ

اپنی فکر اور شعور کا اندازہ نہیں کر سکتے گھبراہٹ اور ذہنی بیماری کے لیے کوئی مخصوص طریقہ کار واضح نہیں ہے۔

مشاورت کے دونوں طریقوں میں یہ ایک حقیقت ہے کہ مشاورت صرف مالی ہی نہیں کرتا بلکہ دوسرے افراد بھی اس عمل میں شریک ہوتے ہیں۔ افراد ایک ہی گھر میں رہنے والے یا ملازمت کے ساتھی ہو سکتے ہیں جو غیر محسوس انداز میں مشاورت کرنے لگتے ہیں۔ یہ وہ ہوتے ہیں جو مریض سے ہمدردی کے جذبات رکھتے ہیں۔
یہ لوگ (Supportive Therapy) انجام دے رہے ہوتے ہیں۔

Supportive Psychotherapy

Author: Fredric Neuman, M.D., is the Director of the Anxiety and Phobia Center at White Plains Hospital.

Reference Link:

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/fighting-fear/201306/supportive-psychotherapy>

Very many people suffer transient emotional disturbances, and there are many whose disturbances are prolonged and profound. Even when these conditions are not severe, however, many of the people affected are unhappy and impaired in functioning. Even though they live at home, the way they live is often unsatisfactory; it also can be difficult for everyone around them, especially for their families. And in most cases, they do not grow less miserable simply by growing older. They need treatment to get better.

The burden of treatment for these troubled individuals, therefore, does not rest in the hands of hospital personnel, if ever it did. Psychotherapy in some form or another is conducted now within the community by professionals and para-professionals drawn from dozens of different occupations and disciplines, including-besides psychiatrists and psychologists-social workers, family doctors, visiting home nurses, welfare workers, probation officers, drug counselors, school counselors, marriage counselors, occupational and recreational therapists, industrial counselors, ministers and other pastoral counselors, and many others.

These various professionals come in contact with emotionally disturbed persons in various ways; but in trying to help them, they must

accomplish the same purposes. They try to relieve their emotional distress, and they try to help them to avoid the ineffective and inappropriate behaviors that are a characteristic manifestation of many emotional illnesses.

To do either or both, they must have some understanding of the nature of emotional illness and of the process of psychotherapy. They must understand, first of all, that by virtue of their work, they may not be able to avoid doing psychotherapy. In many cases, psychotherapeutic techniques are part of the process of caring. Therefore, they should learn to do them as well as they can.

The influence of these "collateral therapists" is significant. Through their efforts, they can change the course of an emotional illness and, thereby, the course of someone's life.

But the greatest influence on those who are emotionally disturbed is exerted, unmistakably, by their families. They are together often, if not every day. They know better than anyone else what those persons are thinking and feeling and doing, and more than anyone else, they care.

Unfortunately, the complications and rivalries of family life can interfere with their ability to help those among them who are emotionally disturbed. Their judgment may become clouded; through their actions, they may worsen the affected person's condition, rather than improve it. Sometimes, indeed, they are the inadvertent cause for these emotional problems; but even then they can learn to behave differently. In a way, they too become therapists. They are the patient's principal resource.

Psychotherapy is not so much a precise technique as it is an attitude, a way of being with a patient-and it can be learned. But unfortunately, few people are in a position to turn to a professional for supervision and instruction.

Consequently, in doing "therapy," family members must struggle not only with the patient's problems-and indeed with the patient himself or herself-but also with their own sense of inadequacy. What follows is a statement of the principles of supportive psychotherapy, as they apply to some emotional and mental disorders.

Supportive Psychotherapy

Supportive psychotherapy is the attempt by a therapist, by any practical means, to help patients deal with their emotional distress and problems in living. It includes comforting, advising, encouraging, reassuring, and mostly listening, attentively and sympathetically. The therapist provides an emotional outlet, the chance for patients to express themselves and be themselves.

In addition, the therapist may inform patients about their illness and about how to manage it and how to adjust to it. Over the course of treatment, he may have to intercede on a patient's behalf with various authorities, including schools and social agencies, and with the patient's family-indeed, with all of those with whom the patient may be contending.

Often, he must explain his patient's behavior to others; at the same time, he may have to interpret the meaning of other people's behavior to his patient. He must educate him to the unwritten but crucial rules that govern all social interaction. The therapist usually encourages his patient to expand his or her interests in the world by making friends, or by going to school or to work. He may encourage participation in sports or hobbies. To an extent, the therapist serves as a model for proper and appropriate behavior. The therapist conveys implicitly to the patient an ideology about the way that life

ought to be led.

Supportive psychotherapy is a varied attempt to help patients deal with all the different problems attendant upon their emotional illness which, in turn, affects all the rest of their lives.

Insight psychotherapy is an expensive, prestigious treatment conducted by a relatively few highly trained professionals. Supportive psychotherapy, on the other hand, is conducted, in a skilled fashion or naively, by everyone who cares about the patient and is willing to care for him or her.

The methods of these psychotherapies are different. The techniques of insight therapy include the interpretation of resistances, dreams, defense mechanisms, and transference reactions to the therapist, and, nowadays, may include specific prescriptions for particular anxiety states. The process is relatively prolonged.

The supportive therapist deals more superficially, perhaps, but more immediately with the daily events of his patient's life. He appeals to the patient's conscious mind, rather than interpreting his unconscious. He is interested not only in what his patient tells him, which is the exclusive interest of the psychoanalyst, for example, but in whatever else he can find out from the patient's family and friends, and from everyone else. Treatment may continue as long or longer than insight psychotherapy, at infrequent and irregular intervals, or it may be very intensive over only a short period of time.

The indications for both treatments are also somewhat different. The patient deemed suitable for insight therapy is usually intelligent, motivated, relatively intact emotionally, and relatively well off financially—that is, able to afford the cost in time and money of treatment. In addition, such an ideal

patient begins treatment, ideally, already inclined to think of himself or herself in psychological terms. The patient for whom supportive therapy is recommended is likely to be poorer, less capable, and sicker. They may, perhaps, be psychotic-less able to tolerate the anxiety of looking at himself or herself objectively-but this need not be true.

In order to benefit from supportive psychotherapy, someone need not be sick to any particular degree, nor does he need to have any special kind of illness. He can be depressed, schizophrenic, sexually disturbed, or neurotic. He may be in crisis, or he may be chronically ill. He need have no special social or intellectual qualification, or impairment. He can be anyone.

Finally, the therapist himself behaves differently, depending on whether he regards himself as doing insight or supportive psychotherapy. In insight therapy, he thinks twice before saying anything, and certainly before giving advice. In order not to prejudice the patient's remarks and attitudes, he tries to introduce as little of his own attitudes as possible. He strives toward anonymity.

When he is doing supportive therapy, on the other hand, he is active and involved. Since his patient may be too disturbed to cope effectively with day-to-day problems, the therapist will give advice. He speaks openly. He may describe his own feelings toward the patient, if his purpose is to reassure. He may speak of his own life in order to demonstrate a point. In short, he can be himself.

As is usual in psychiatry, however, these distinctions blur in practice. There are times when a patient in insight psychotherapy requires active intervention and support from the therapist-and there are times when a very sick patient

can and will accept certain insights into himself. No treatment of the emotionally disturbed can be applied as a formula.

The distinction between these two idealized forms of psychotherapy is drawn here only to underline the fact that supportive therapy, at least, as it has been described here, is not exclusively in the hands of psychiatrists or psychologists but is conducted by others also. Someone who lives with, or works with, an emotionally disturbed person is cast inevitably in the role of therapist. If he actively cares for that person, he is conducting a supportive psychotherapy.

غیر شادی شدہ خواتین کو بچہ پیدا کرنے کے لئے مردانہ نطفہ دینے والے افراد

نیورک ٹائمز

2015ء میں، نیدرلینڈ کے ایک بڑھتی، وینیسواوان ایویٹک نے بچہ پیدا کرنے کا فیصلہ کیا۔ وہ 34 سالہ غیر شادی شدہ عورت تھیں، اور اس نے ایک زچگی کلینک (Fertility Clinic) کے ذریعہ بچہ پیدا کرنے کا سوچا، لیکن اس کا خرچہ زیادہ تھا۔ اس لئے اس نے ایک ویب سائٹ (Desire for Child) دیکھی جس کے ذریعے اسے ایک مثالی امیدوار ملا، جو انٹرنیٹ پر نطفہ (Online sperm) ویب سائٹ کی بڑھتی ہوئی تعداد میں سے ایک ہے جو امیدواروں، وصول کنندگان اور عطیہ دہندگان سے براہ راست رابطہ ممکن بناتا ہے۔ محترمہ وین ایویٹک خاص طور پر ایک شخص کی طرف راغب ہوئیں، جس کا نام تھا جو نا تھن جیکب میجر تھا اور جس کی عمر 30 سال کے لگ بھگ تھی اور وہ ایک موسیقار تھا۔

مسٹر میجر خوبصورت، نیلی آنکھیں اور گھنگریالے سنہرے بالوں والا شخص جو محترمہ وان ایویٹک کو اچھا، معقول دکھائی دیا۔ انہوں نے کہا، "میں نے ان سے فون پر بات کی تھی اور نرم مزاج اور اچھے سلوک والے لگ رہے تھے۔" انہوں نے کہا کہ انہیں موسیقی پسند ہے، اور انہوں نے زندگی سے متعلق اپنے خیالات کے بارے بتایا، کسی بھی لحاظ سے غلط خیالات کا شخص نہیں تھا۔

تقریباً ایک مہینے کے بعد، اس نے اور مسٹر میجر نے ہیگ میں ریلوے کے ایک مصروف مرکز، سینٹرل اسٹیشن میں ملنے کا انتظام کیا۔ اس نے اسے اپنا نطفہ مہیا کیا، اور اس کے بدلے میں اس نے اسے 165 یورو، تقریباً 200 ڈالر ادا کیے، اور اس کے سفر کے اخراجات بھی دیئے۔ 9 ماہ بعد اس نے ایک بیٹی کو جنم دیا۔ اس کا پہلا بچہ اور، مسٹر میجر کا آٹھواں۔ (مسٹر میجر نے اس مضمون کے لئے گفتگو کرنے سے انکار کر دیا لیکن ای میل کے ذریعہ کچھ سوالات کے جوابات دیئے، اور اپنے نام کی اشاعت کی اجازت نہیں دی)۔

2017ء میں، جب اس نے دوبارہ حاملہ ہونے کا فیصلہ کیا تو، وہ ایک بار پھر مسٹر میجر کے پاس پہنچی۔ ایک بار پھر وہ اس سے ملا اور اسی طرح معمولی فیس کے بدلے اس نے منی کی ایک شیشی مہیا کی۔ ایک بار پھر وہ حاملہ ہوئی، اور ایک لڑکے کو

جنم دیا۔ گوکہ اس سے پہلے، محترمہ وان ایویجک نے کچھ پریشان کن خبریں بھی سنی تھیں۔ اس نے فیس بک پر ایک اور واحد والدہ کے ساتھ رابطہ قائم کیا تھا جس نے مسٹر میجر کا نطفہ استعمال کیا تھا، اور جنھوں نے اسے بتایا کہ، ڈچ کی وزارت صحت، بہبود اور کھیل کی 2017 کی ایک تحقیق کے مطابق، اس نے کم سے کم 102 بچوں کی پیدائش کے لئے اپنا نطفہ دیا ہے۔

محترمہ وان ایویجک چاہتی تھیں کہ ان کے بچے سگے بہن بھائی ہوں، پھر بھی مسٹر میجر کے بارے میں جان کر وہ پریشان ہو گئیں۔ نیدر لینڈز ایک چھوٹا ملک ہے، جس میں 17 ملین افراد رہتے ہیں۔ زیادہ آبادی میں نصف بہن بھائی ہیں جو ایک لحاظ سے ایک دوسرے سے واقف نہیں ہیں، اتنی مشکلات ہوں گی کہ ان میں سے دو انجانے آپس میں مل سکتے ہیں اور اپنے بچے پیدا کر سکتے ہیں۔ جن میں موروثی نقائص ہونے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔

محترمہ وان ایویجک نے مسٹر میجر پر غصہ کیا تو اس نے اعتراف کیا کہ اس نے کم از کم 175 بچے پیدا کروائے ہیں، ہو سکتا ہے اس سے بھی زیادہ ہوں۔ "انہوں نے کہا،" میں تو صرف خواتین کی سب سے بڑی خواہش کو پورا کرنے میں مدد کر رہا ہوں۔" محترمہ وان ایویجک نے کہا: لیکن میں اپنے بچوں کو یہ کیسے بتاؤں کہ ان کے ممکنہ 300 بہن بھائی ہیں؟

سماجی اخلاقی اور قانونی مسائل

کسی کا نطفہ ڈال کر (Vitro Fertilization) کا پہلا بچہ 1978 میں پیدا ہوا تھا، اور اب نطفہ کا عطیہ ایک فروغ پذیر عالمی کاروبار بن چکا ہے۔

اس کام کو اب ایک صنعت کی حیثیت ہے، تاہم، اس پر اصول و ضوابط بہت کم ہیں۔ کسی آبادی میں جینیاتی معذوری کو بڑھانے سے بچنے کے لئے جزوی طور پر ایسے قوانین کا نفاذ ضروری ہے کہ نطفہ دینے والا کون ہو سکتا ہے، کہاں اور کتنی بار عطیہ دے سکتا ہے۔ جرمنی میں، ایک نطفہ کلینک میں ایک 15 سے زیادہ بچے پیدا نہیں کر سکتا ہے اور برطانیہ اور ہالینڈ میں، قانون کے تحت گمنام طور پر نطفہ عطیہ دینے پر پابندی عائد ہے، اور رہنما اصولوں کے تحت کلینک کے عطیہ دہندگان کو 25 بچوں تک اور ملک میں ایک سے زیادہ کلینک میں عطیہ دینے کی پابندی ہے۔ ریاستہائے متحدہ میں کوئی قانونی حدود نہیں ہیں، صرف امریکی سوسائٹی برائے تولیدی طب کی ہدایت کے مطابق نطفہ دینے والا شخص 25 عطیات دے سکتا ہے۔ عالمی سطح پر ضوابط اور بھی کم ہیں۔ نطفہ کے عطیہ دہندگان کو اپنے ملک کے علاوہ دوسرے ممالک میں کلینکس میں عطیہ دینے پر کوئی پابندی نہیں ہے۔ ڈینمارک میں دنیا کا سب سے بڑا نطفہ ذخیرہ (Sperm Bank) جو نطفہ کو 100 سے

زائد ممالک میں بھیجتا ہے۔

امریکہ میں نطفہ عطیہ کرنے والوں کے اعداد و شمار جمع کرنے والے ادارے کے سربراہ نے کہا امریکہ میں کہیں اور ایسا کوئی قانون نہیں ہے جو کسی نطفہ دینے کو ایک سے زیادہ نطفہ ذخیرہ (Sperm Bank) میں عطیہ دینے سے باز رکھ سکے۔ "ان کا کہنا ہے کہ وہ عطیہ کرنے والے سے پوچھتے ہیں کہ کیا انہوں نے کہیں اور بھی نطفہ عطیہ دیا ہے، لیکن کوئی نہیں جانتا ہے کہ اس پر عمل ہوتا ہے کہ نہیں۔"

اور جس نوعیت کا بندوبست محترمہ وان ایویسجک اور مسٹر پیجیر نے انٹرنیٹ کے ذریعے کیا تھا اس پر کچھ قوانین لاگو ہیں کہ نہیں۔ متعدد معاملات ایسے عطیہ دہندگان کے بارے میں سامنے آئے ہیں جن کے بیشتر بچے یا اس سے زیادہ بچے پیدا ہوئے ہیں، اور بڑے بچوں نے اکثر سوشل میڈیا کے ذریعے معلومات حاصل کرنے کی کوشش کی ہے۔

2019 میں، ڈچ ڈونر چائلڈ فاؤنڈیشن، ایک ایڈوکیسی گروپ جو ڈونر حامل لوگوں اور ان کے کنوں کے لئے قانونی اور جذباتی مدد فراہم کرتا ہے اور حیاتیاتی رشتہ داروں کی تلاش میں مدد کرتا ہے، ڈی این اے ٹیسٹنگ کے ذریعے معلوم کیا گیا کہ ڈاکٹر جان کربات، جو 2017 میں مر گیا تھا، نے کم از کم 68 بچوں کی پیدائش کی تھی، جن کی پیدائش ان خواتین میں ہوئی تھی جو اس کے کلینک آتی تھیں۔

ہالینڈ میں کم سے کم ایک سپرم ڈونر، لوئس کے بارے میں بتایا جاتا ہے کہ ان کی 200 سے زیادہ اولاد ہیں، جن میں سے بہت سے ایک دوسرے سے بے خبر ہیں۔ چھ سال قبل ایوووان ہالین، ایک 36 سالہ ڈچ I.T. مشیر، کو پتہ لگا کہ وہ بھی ان میں شامل تھا۔ تب سے، وہ اپنے 42 بہن بھائیوں سے براہ راست رابطہ کرنے میں کامیاب ہو گیا ہے۔

مسٹر وان ہیلین نے ایک انٹرویو کے دوران کہا، "یہ جان کر حیرت ہوئی کہ 42 بھائیوں اور بہنوں کو اپنی زندگی میں کیسے ضم کریں۔ انہوں نے کہا کہ اس کے بارے میں کوئی رکارڈ نہیں ہے۔ ہمارے گروہ میں پہلے سے ہی 70 بچے ہیں، اور ہر مہینے نئے معلوم ہو رہے ہیں۔"

ملاقات کا ایک ایپ (Dating App Tinder) پر اس کے کچھ سوتیلے بہن بھائی ایک دوسرے کے ساتھ متعدد بار مل چکے ہیں۔ ہیگ میں رہنے والے ایک سوتیلے بھائی چار سگی بہنوں کے ساتھ ملتے رہے ہیں۔ تعلقات قائم کرنے کے لئے تا تفریح پر جانے کے لئے یہ گروہ ممکنہ بہن بھائیوں کی فہرست رکھتا ہے، اس نے کہا کہ ملنے کے وقت وہ بہت محتاط رہتے تھے۔ کچھ نطفہ مطعی، جیسے ڈاکٹر کربات، اپنی شناخت اور سرگرمی کو خفیہ دیکھتے تھے، جس کا برسوں بعد جب اکثر بچوں کو پتہ چلتا تھا تو انہیں دھچکہ سا لگتا تھا۔

دوسرے عطیہ دہندگان کھلے عام نطفہ پھیلا رہے ہیں۔ نیویارک میں ریاضی کے پروفیسر ایری نا ذاتی طور پر خواتین سے ملتا ہے تاکہ اپنا نطفہ دے سکے۔ انہوں نے دی نیویارک ٹائمز کو بتایا کہ ان کے 76 حیاتیاتی بچے ہیں۔ برطانیہ میں ایک ڈونر سائمن واٹسن، جو اپنی اولاد کی تصاویر کے ساتھ باقاعدہ طور پر اپنی فیس بک سائٹ کو اپ ڈیٹ کرتے ہیں، انہوں نے بی بی سی کو 2016ء میں بتایا تھا کہ ان کے کم سے کم 800 بچے ہیں۔

2017 میں، مسٹر مچیر سے ملنے کے بعد، محترمہ وان ایویٹجک نے ڈچ ڈونر چائلڈ فاؤنڈیشن (Dutch Donor Child Foundation) کو مطلع کیا کہ ابتدائی طور پر انکشاف کیا تھا کہ ان کے بہت زیادہ بچے ہیں، اور یہ کہ وہ کئی کلینک میں نطفہ عطیہ کرتے تھے۔ یہ گروہ پہلے سے ہی دوسری ماؤں کے ذریعے اس شکایت کے بارے میں جانتا تھا۔ فاؤنڈیشن نے جلد ہی طے کیا کہ مسٹر مچیر نے نجی طور پر نیدرلینڈ میں کم سے کم 80 بچوں کی پیدائش کی ہے اور اس کے علاوہ 102 اور جن کے بارے میں وزارت صحت، بہبود اور کھیل نے ملک کے 11 کلینکوں کے ذریعے شناخت کیا تھا۔ حکومت نے تمام ڈچ سپرم کلینک کو مسٹر مچیر کا منی کا استعمال بند کرنے کا حکم دیا۔

عطیہ دہندگان کو کلینک کے ساتھ معاہدے پر دستخط کرنا ہوتے ہیں کہ وہ دوسرے کلینک میں نطفے کا عطیہ نہیں دیں گے۔ جان کلن جین نے لکھا۔ "اس نے بھی یہ معاہدہ کیا لیکن اس کے باوجود اس نے مزید سپرم بینکوں میں نطفہ عطیہ بھی دیا جس کے نتیجے میں 102 بچے پیدا ہوئے۔"

محترمہ وان ایویٹجک کی بعد میں دیگر ڈچ ماؤں کے ساتھ دوستی ہو گئی جنہوں نے مسٹر مچیر کو بطور ڈونر استعمال کیا تھا۔ دونوں نے ایک ہی پری اسکول میں ایک ساتھ کام کیا اور انہیں احساس ہوا کہ انہوں نے ایک ہی مطعی سے عطیہ لیا تھا اور اس کے بعد ان کو ان کے 9 سالہ بچے دونوں ایک جیسے دکھائی دیئے۔

ان دونوں خواتین نے، جنہوں نے اپنے بچوں کی رازداری کے تحفظ کے لئے گمنامی کی درخواست کی تھی، نے بتایا کہ وہ اپنے شہر، المیر کی دیگر کئی خواتین کو جانتی ہیں، جنہوں نے مسٹر مچیر کو بطور مطعی استعمال کیا تھا۔ ایک والدہ نے تشویش کا اظہار کیا کہ ان میں سے کچھ سگے بہن بھائی مل سکتے ہیں اور ان کے جنسی تعلقات بھی ہو سکتے ہیں۔ انہوں نے کہا، "یہ ناگوار ہے اور میں اس کو روکنا چاہتی ہوں۔ یہ بچوں کے لئے خطرناک ہے۔ المیر میں اور زیادہ بھائی بہنیں ہیں، اور ان کے جنسی تعلقات ہو سکتے ہیں اور یہ اچھا نہیں ہے۔"

ڈاکٹر کربات کے معاملے میں خاندانوں کی نمائندگی کرنے والے نیدرلینڈ میں ایک وکیل، ٹم بووٹر نے بتایا کہ ان سے 12 ماؤں نے رابطہ کیا ہے جنہوں نے مسٹر مچیر کا نطفہ استعمال کیا تھا۔ وہ جاننا چاہتے تھے کہ کیا اس کے خلاف کوئی

قانونی کارروائی ہو سکتی ہے۔ مسٹر بوٹرنے کہا کہ وہ مشکل سے کچھ کر سکتے ہیں، کیوں کہ کوئی قانون نافذ نہیں ہے۔ "یہ سن کر حیرت ہوئی کہ ایسا ہی کچھ چل رہا ہے، "مسٹر بوٹرنے کہا۔" بچے اس معاملے سے متاثر ہو رہے ہیں۔ اسے روکنے کے لئے کچھ کرنا ہوگا۔ اور یہ صرف ان خواتین کے ذریعہ ہی ممکن ہو سکتا ہے کہ وہ عوام میں جائیں اور دنیا والوں کو بتائیں کہ وہ اس شخص کو نطفہ مطعی کے طور پر استعمال نہ کریں۔

ڈچ ڈونر چائلڈ فاؤنڈیشن کے ایک رضا کار اور بین الاقوامی رابطہ شخص، جوول ڈی بوئر، مسٹر مچیر کی سرگرمی کو دیکھ رہے تھے، ان کی تحقیق کے مطابق، وہ کئی سالوں سے پورے یورپ، اسکیڈینیویا اور یوکرین میں سفر کر رہا تھا، اور مختلف کلینکوں کے ساتھ انٹرنیٹ رابطے اور نجی طور پر 2007 سے نطفہ عطیہ دیتے رہے۔

"دو ہفتے پہلے میں عطیہ دینے کے لئے پر بائیوٹیکس کام کلینک، کیو (Keiv) گیا تھا، "انہوں نے جون 2017 میں فیس بک پر، یوکرین میں بائیوٹیک کام سینٹر برائے انسانی تولید کی تیاری کا حوالہ دیتے ہوئے لکھا، جس میں وٹروفراکٹیشن اور سروگیسی کے لئے عطیہ نطفہ استعمال کیا گیا تھا۔ "جس خاتون کی میں نے مدد کی تھی وہ یوکرین سے انڈے دینے والی عورت کے طور پر استعمال ہوتی تھی اور میرے نطفہ کے لئے بھی استعمال ہوگی۔ کلینک کے ساتھ یہ میرا ایک بہترین تجربہ تھا۔ محترمہ ڈی بوئر مسٹر مچیر کی آن لائن موجودگی کی بھی معلومات کر رہی تھیں، جس میں جرمنی، اٹلی اور ہالینڈ میں نجی عطیہ کی 8 ویب سائٹیں شامل ہیں۔ ایک سائٹ پر، اس نے خود کو ایک سنہرے بالوں والی "میوزیکل ڈاننگ ڈونر" کے طور پر اشتہار دیا۔ اس نے نجی امدادی سائٹوں کے ٹائمز اسکرین شاٹس کے ساتھ اشتراک کیا جس پر مسٹر مچیر کی تصویر والے ایک ڈونر نے جھوٹے ناموں، "لوکاس" اور "مارٹجن" بھی شامل تھے۔

اس کے علاوہ، مسٹر مچیر نے کم از کم ایک بین الاقوامی سپرم بینک، کریوس کے نام سے اندراج کیا تھا، جو ایک مطعی پر ایسی کوئی حد مقرر نہیں کرتا ہے، حالانکہ یہ دعویٰ کرتا ہے کہ ہر ملک کی مقرر کردہ حدود پر عمل پیرا ہے جس کے لئے وہ عطیہ کرتا ہے۔ پھر بھی، ہر ایک بینک کئی ممالک کو یہ عطیات برآمد کرتا ہے، ایک ہی مطعی ممکنہ طور پر دنیا بھر میں سیکڑوں یا ہزاروں بچے پیدا کر سکتا ہے۔

مزید یہ کہ نیدر لینڈز میں نطفہ ذخیروں کے برعکس، جو گمنام عطیہ دینے پر پابندی عائد کرتے ہیں، بین الاقوامی نطفہ عطیہ دہندگان عام طور پر نام یا کسی نمبر کے تحت عطیہ دہندگان کا اندراج کرتے ہیں۔ نیز، سپرم مطعی اولاد کو ٹریک کرتے وقت رضا کارانہ طور پر اپنے بچوں کی پیدائش کی اطلاع دینے کے لئے خواتین پر انحصار کرتے ہیں، اور یہ تعداد ہمیشہ درست نہیں ہوتی ہے۔ اور نطفہ عطیہ کرنے والوں کی کوئی بین الاقوامی رجسٹری موجود نہیں ہے، لہذا وصول کنندہ کے پاس یہ جاننے

کا کوئی آسان طریقہ نہیں ہے کہ اس کے عطیہ کنندہ نے کہاں عطیہ دیا یا اس کے بچوں میں کتنے سوتیلے بہن بھائی ہیں۔ محترمہ ڈمی بوئر نے کہا کہ وہ آسٹریلیائی، اٹلی، سربیا، یوکرین، جرمنی، پولینڈ، ہنگری، سویٹزرلینڈ، رومانیہ، ڈنمارک، سویڈن، میکسیکو اور ریاستہائے متحدہ امریکہ میں مسٹر میجر کے ذریعہ اولاد پیدا کرنے والی ماؤں سے رابطے میں ہیں۔ متعدد افراد نے دو ڈچ ماؤں کے ساتھ رابطے کیے جو محترمہ وان ایویجک کی دوست ہیں اور انہوں نے اس رپورٹ سے اپنے اکاؤنٹس کی تصدیق کر دی۔

جرمنی کی ایک خاتون نے ٹائمز کو بتایا کہ اس نے میجر کا نطفہ کریوس کے ذریعہ حاصل کیا۔ اگرچہ اس نے ایک عرف نام کے تحت عطیہ دیا تھا، لیکن وہ اس کا اصل نام معلوم کرنے میں کامیاب ہو گئی تھی۔ 2019 میں اسے کریوس کا ایک خط موصول ہوا جس میں اسے اطلاع دی گئی تھی کہ ان کے مطعی نے "ڈنمارک سے باہر کے ممالک میں نطفہ کا عطیہ دیا ہے، لہذا اس معاہدے کی خلاف ورزی کی ہے جس کے ساتھ وہ کریوس کے ساتھ خصوصی طور پر ہمارے سپرم بینک میں عطیہ دیتے ہیں۔" خط میں مزید کہا گیا تھا، "اس کا مطلب یہ ہے کہ مطعی نے مبینہ طور پر ہمارے سسٹم میں رجسٹرڈ ہونے کی خلاف ورزی کی۔" خط میں یہ بھی کہا گیا کہ کمپنی نے ڈنمارک کے صحت کے حکام کو بھی مطلع کیا اور اس کا نطفہ تقسیم کرنا بند کر دیا تھا۔ ایک ای میل میں، مسٹر میجر نے کہا کہ انہیں یہ یاد نہیں آ رہا ہے کہ انہیں دوسرے کلینک میں عطیہ کرنے سے روک دیا گیا ہے۔" کلینک نے صحت اور جینیات کی اسکریننگ اور انٹرویو کیا تھا اور میں نے ان سب کو پاس کر دیا تھا لیکن مجھے کچھ بھی واضح طور پر یاد نہیں ہے۔" ایک دوسرے ای میل میں انہوں نے کہا، "سپرم بینکوں کے درمیان (کچھ عرصہ پہلے تک) کوئی اس قسم کا معاہدہ نہیں ہوا تھا تا کہ یہ معلوم کیا جاسکے کہ عطیہ دہندگان حضرات کہیں اور عطیہ نہیں دیتے تھے۔"

تبصرہ کرتے ہوئے، ادارے کے سربراہ نے اصرار کیا کہ کریوز کا کوئی بھی عطیہ مطعی آگاہ کیے بغیر دستخط نہیں کر سکتا تھا۔ "عطیہ دہندگان معاہدے پر دستخط سے پہلے کریوس کے دستاویز میں درج شرائط پڑھتے ہیں جن میں یہ واضح طور پر لکھا ہوا ہے کہ مستقبل میں دوسرے نطفے کا بینک (Sperm Bank) اور ٹشو مراکز میں نطفہ کا عطیہ نہیں دیں گے۔" انہوں نے مزید کہا، "عام طور پر، ہر ملک میں قومی حمل کوٹے سے زیادہ نہ ہونے کی پابندی کی وجہ سے کریوس اپنے آپ کو کسی بھی قسم کے نطفہ عطیہ سے الگ رکھتے ہیں" جہاں وہ نطفہ بھیجتے ہیں۔

مسٹر میجر کے پوری دنیا میں کتنے نطفہ عطیہ بچے ہیں، کہنا ممکن نہیں ہے۔ لیکن ڈچ ڈونر چائلڈ فاؤنڈیشن کے ڈائریکٹر، ٹیزوین ڈیرمیر اور ان کے ساتھیوں نے اس بات کا اندازہ لگایا ہے کہ اگر مسٹر میجر کا کلینک اور نجی نطفہ عطیہ کو پیمانہ

مانا جائے تو، یہ تعداد کئی سو یا ایک ہزار پر چلی جائے۔

ایک ای میل میں، مسٹر میجر نے اس نتیجے کو مسترد کر دیا۔ انہوں نے کہا، "میرے تقریباً ڈھائی سو 250 بچے ہیں۔ 1000 کے مفروضے مضحکہ خیز ہیں۔ میں کسی بھی اعداد و شمار کے لئے نہیں بلکہ والدین کے خواب کی تعبیر کرنے میں مدد کرنے کے لئے محبت کا مظاہرہ کرتا ہوں۔ میں نہیں سمجھ سکتا کہ کوئی کیسے صرف نمبروں پر توجہ مرکوز کر سکتا ہے۔

ایسے لوگوں کو روکنے کے لئے، نیدرلینڈز کے عہدیدار سپرم ڈونرز کے لئے سنٹرل رجسٹری بنانے سمیت متعدد اقدامات پر عمل پیرا ہیں، تاکہ ایک ہی وقت میں کئی کلینک میں مردوں کو عطیہ کرنے سے روکا جاسکے۔ یہ بات گیمیت ڈومیشن اسپیشل انٹرسٹ گروپ کے ڈاکٹر مونیٹک ایچ موچتر نے بتائی۔ مزید برآں، مسٹر میجر کی وجہ سے، سپرم کلینک میں ہر ڈونر کی 25 بچوں کی سفارش کردہ حد میں اس موسم بہار میں قانون میں ترمیم کی توقع کی جاسکتی ہے، جس سے قومی سطح پر ایک ڈونر کو 12 ماؤں تک محدود کیا جاسکتا ہے۔ لیکن بین الاقوامی سطح پر مشکلات اور خامیاں ہیں۔ ڈچ ڈونر چائلڈ فاؤنڈیشن کے مسٹر وین ڈیر میر نے کہا، "بین الاقوامی انسانی زرخیزی کی صنعت کے لئے کسی تنظیمی اور قانون ساز اداروں کی کمی کی وجہ سے کمپنیاں جو چاہیں دعویٰ کر سکتی ہیں۔ ہمیں بین الاقوامی قانون سازی اور ان تمام خاندانوں کے لئے مدد کی ضرورت ہے جو اس شخص جیسے عطیہ مطعی کے عمل سے مجروح ہوئے ہیں۔

اس معاملے کو دوسرے ممالک میں بھی تسلیم کیا گیا ہے۔ کرسٹینا موٹیچیل، جو برلن میں وکیل ہیں، وہ یورپ میں نطفہ عطیہ دینے والے افسران یورپ کے رکن ہیں، جو یورپ میں نطفہ عطیہ دہندگان بالغوں کی تنظیموں کا ایک نیٹ ورک ہے۔ انہوں نے کہا کہ اس گروہ کو ان نطفہ عطیہ دہندگان کے بارے میں تشویش ہے جو زیادہ سے زیادہ بچے پیدا کرنے کی کوشش میں یورپ میں سفر کرتے ہیں۔

انہوں نے کہا، "یہ ایک قسم کا ناروا سلوک ہے۔" کوئی سمجھدار شخص 100 بچوں یا اس سے زیادہ نہیں چاہتا ہے۔

بڑا سوال یہ ہے کہ کیوں؟ یہ مرد اس بات کی تصدیق چاہتے ہیں کہ وہ ایک عمدہ آدمی ہیں اور ہر کوئی ان کو چاہتا ہے۔

جوڈتھ ڈار، جو امریکن سوسائٹی برائے تولیدی طب کی اخلاقیات کی کمیٹی کی سربراہ ہیں، نے کہا کہ اگرچہ اکثر اس کام کو قدرتی طریقے سے زیادہ سختی سے کنٹرول کرنے میں ہچکچاہٹ محسوس کرتے ہیں، لیکن ہو سکتا ہے کہ مسٹر میجر سمیت انتہائی معاملات میں موزوں، اولاد کی تعداد پر حدود عائد کرنے کے حق میں ہوں۔

انہوں نے بتایا کہ جو مرد سوشل میڈیا کے ذریعہ نطفہ کا عطیہ دیتے ہیں، جو ذخیرہ نطفہ (Sperm Bank) یا ڈاکٹر کے کاغذی کارروائی کو پورا نہیں کرتے ہیں، ان کو قانونی کارروائی کا سامنا کرنا پڑے گا۔

ناردرن کینیڈا کی یونیورسٹی (Kentucky) کے کالج آف لاء کی ڈین اور "دی نیو یوجینک (New Eugenics) تولیدی ٹیکنالوجیز میں منتخب نسل" کی مصنف محترمہ ڈارن نے کہا، "نطفہ عطیہ دینے والوں کو یہ بات ذہن میں رکھنی چاہئے کہ ریاستی قانون کے مطابق، وہ کسی بھی طریقے سے ہونے والی اولاد کے قانونی والدین سمجھے جاسکتے ہیں۔ اس نے خواتین کو بھی اس بات کی ترغیب دی کہ وہ مطعی کی صحت اور جینیاتی جانچ اور تصدیق کرنے کے لئے اہل ماہرین کے ذریعہ مطعی کی شناخت بتائے بغیر معلومات حاصل کریں۔"

نطفہ عطیہ دہندگان آخرتے بے ربط اور بے ضبط کیوں ہیں؟

2013 میں، ڈونر سکبلنگ رجسٹری کے جریدے کے مضمون میں کم از کم اوسط نطفہ عطیہ دینے والوں کے لئے تین اہم مقاصد کی نشاندہی کی گئی تھی: رقم، سخاوت اور اپنے ڈی این اے بڑھانے کی خواہش۔ رجسٹری کی ایگزیکٹو ڈائریکٹر محترمہ کرم نے کہا، "مجھے لگتا ہے کہ آپ کو اولاد پیدا کرنے کے لئے نمبر 3 کو دیکھنا ہوگا۔ کیا یہ کرنا مردوں کے ڈی این اے کا حصہ ہے؟ ایک آدمی چھ سال یا دس سال کے لئے نطفہ کا عطیہ کیوں دیتا ہے؟ دو یا چار کیوں نہیں۔ وہ اس بارے میں سوچیں گے نہیں؟"

کچھ ممالک میں نطفہ عطیہ دہندگان کو مالی معاوضہ معمولی ملتا ہے اور کچھ عطیہ دہندگان نے وصول کنندگان سے ملاقات کے لئے سفر کے اخراجات کے نام پر کچھ رقم لیتے ہیں اور کچھ نے اپنا طرز زندگی بنا لیا ہے۔ مسٹرنا جیل، جو 45 سال کے غیر شادی شدہ ہیں، بتایا کہ خواتین نے اسے اپنے نطفہ عطیہ کی وجہ سے پوری دنیا کی سیر کروادی اسرائیل، جنوب مشرقی ایشیا، گھانا اور فلپائن وغیرہ۔ جب رپورٹ اس کے پاس پہنچا تو، مسٹرنا جیل میکسیکو کی پرواز کی تیاری کر رہے تھے اور وہ نطفہ عطیہ کرنے کے لئے، اور اس کے بعد فلوریڈا، میری لینڈ اور ورجینیا جا رہے تھے، تاکہ اپنی سالگرہ کے موقع پر اپنی اولاد سے ملاقات کریں۔

اسی طرح نطفہ مطعی کے حوالے سے مسٹر پیجر نے ارجنٹائن، چین، نیوزی لینڈ اور آسٹریلیا سمیت اکثر اور دور دراز کے ممالک کے دورے کیے ہیں۔

مطلوبہ عرف کے تحت یہ پروفائل نوٹ کرتا ہے کہ کالج کے بعد اس نے ایک ہائی اسکول سوشل سائنس ٹیچر کی حیثیت سے کام کیا اور اب وہ "ایک ترقیاتی اور تجارتی کمپنی کے ساتھ کام کر رہا ہے۔" خوبیوں میں "میری امید اور ہمیشہ خوشگوار کردار" شامل ہیں۔ اور کمزوریوں میں "چونکہ میں خواب دیکھنے والا ہوں مجھے ہمیشہ کاموں کو صحیح طریقے سے کرنے پر

توجہ دینے کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ اگر میں ایسا نہیں کرتا تو میں ان کو کرنا بھول جاتا ہوں۔ بعض اوقات مجھے توجہ مرکوز کرنے کے لئے خود سے بہت زیادہ وقت درکار ہوتا ہے کیونکہ میرا حساس میرا کردار ہے۔ بہت سارے نطفہ عطیہ دہندگان کی طرح، مسٹر میچیر نے کہا کہ ان کے ارادے خیر خواہی پر مبنی ہیں، تاکہ ان لوگوں کی مدد کی جاسکے جو خاندان شروع کرنا چاہتے ہیں۔ انہوں نے ایک ای میل کے ذریعہ کہا، "ضرورت اب بھی بہت زیادہ ہے اور قابل نطفہ عطیہ دہندگان کی مقدار کم ہے۔"

مسٹر ناجیل نے بھی اسی طرح کا جذبہ پیش کیا۔ انہوں نے کہا، "مجھے بچے پیدا کرنا پسند ہے۔" بہت سارے خوبصورت خاندانوں کی نشوونما کرنے میں اور یہ دیکھنے کے لئے کہ وہ کتنے خوش ہیں اور کتنا پیار بھرا ہے، اچھا لگتا ہے۔" لیکن مسٹر وان ڈیر میر، جو نطفہ عطیہ کرتے ہیں، نے کہا کہ کچھ عطیہ دینے والے مقابلے میں لگے رہتے ہیں کہ کون زیادہ بچوں کا باپ بن سکتا ہے۔

ایک ای میل میں، مسٹر میچیر نے کہا: "میں سمجھتا ہوں کہ لوگ مجھے سمجھنے میں جلدی اور نا انصافی کر رہے ہیں کہ میں یہ نطفہ عطیہ کسی مالی مفاد کی بناء پر کر رہا ہوں۔ میں ایک ادنیٰ سا بندہ ہوں زیادہ نہیں جانتا ہوں۔ (ایمانداری سے رہنا پسند کرتا ہوں اور اپنی کوتاہیوں اور اپنے اچھے پہلوؤں کو دیکھنا چاہتا ہوں۔) اور بطور مطعی کسی کی حوصلہ افزائی کرنے، معمولی سی مدد کرنے، وصول کنندگان کی طرف سے تعریف اور گرمجوش جذبات کے ساتھ واقعی کوئی بڑا کام کرنے والا سمجھتا ہے۔ میں بچوں اور وصول کنندگان کی طرف سے تعریف اور گرمجوش جذبات کے ساتھ واقعی کوئی بڑا کام کرنے والا سمجھتا ہے۔ میں بچوں اور وصول کنندہ گان کے ساتھ خوشگوار یادیں بانٹتا ہوں۔"

یہ گرمجوش جذبات باہمی نہیں ہیں۔ آسٹریلیا میں ایک ماں جس نے مسٹر میچیر کا نطفہ کریوس کے ذریعہ خریدنا تھا اور ایک بچہ پیدا ہوا تھا۔ اس نے کہا کہ وہ اتنے بچے پیدا کرنے والے کی طرف سے پریشان ہے۔ (اس نے کہا کہ اس کا نام رازداری کی وجوہات کی بناء پر استعمال نہ کیا جائے۔)، وہ اور 50 یا اس سے بھی زیادہ دوسری ماؤں کو جانتی ہیں جنہوں نے نطفہ استعمال کیا ہے، اور ان کا ایک گروہ تشکیل دیا ہے تاکہ اسے بے ضابطہ عطیہ دینے سے باز رکھا جاسکے۔

ان کا مقصد یہ ہے کہ وہ زیادہ سے زیادہ دوسرے والدین کے ساتھ جڑیں، ان کی پیدا شدہ اولاد کی صحیح تعداد کا پتہ لگائیں، تاکہ ان کے بچے بڑے ہونے کے ساتھ ہی ایک دوسرے سے رابطہ کر سکیں۔ بہت سی ماؤں کو پریشانی ہوتی ہے کہ جب ان کے بہت سے دوسرے بچے پیدا ہوں گے تو ان کے بچے اپنے حیاتیاتی والد کے ساتھ تعلقات قائم رکھنے کے قابل کیسے ہوں گے۔ یہ گروہ سپرم ڈونرز کا بین الاقوامی ڈیٹا بیس بنانے کا حامی بھی ہے۔

ایک آسٹریلیائی والدہ نے کہا، "اس طرح نہیں ہونا چاہئے کہ یہ لوگ جب چاہیں نطفہ عطیہ کریں اور والدین کے اس حقیقت پر راضی ہوئے بغیر بھی ان تمام بچوں کو دنیا میں پیدا کر سکتے ہیں۔ میں یہ تصور ہی نہیں کر سکتی کہ جب ہمارے بیٹے بٹی کو جب یہ پتہ چلے گا تو وہ کیا سوچیں گے۔"

The Case of the Serial Sperm Donor

The New York Times

In 2015, Vanessa van Ewijk, a carpenter in the Netherlands, decided that she wanted to have a child. She was 34 and single, and so, like many women, she sought out a sperm donor.

She considered conceiving through a fertility clinic, but the cost was prohibitive for her. Instead, she found an ideal candidate through a website called Desire for a Child, one of a growing number of online sperm markets that match candidate donors directly with potential recipients. Ms. van Ewijk was drawn to one profile in particular, that of Jonathan Jacob Meijer, a Dutch musician in his 30s.

Mr. Meijer was handsome, with blue eyes and a mane of curly blond hair. Ms. van Ewijk liked how genuine he appeared. “I spoke to him on the phone and he seemed gentle and kind and well-behaved,” she said. “He liked music, and he talked about his thoughts on life. He didn’t come on strong in any sense. He seemed like the boy next door.”

About a month later, after some back-and-forth, she and Mr. Meijer arranged to meet at Central Station, a busy railway hub in The Hague. He provided her with his sperm, and in return she paid him 165 euros, about \$200, and covered his travel costs. Months later she gave birth to a daughter — her first child and, Mr. Meijer told her, his eighth. (Mr. Meijer declined to be interviewed for this article but did answer some questions by email, and stated that he did not grant permission for his name to be published.)

In 2017, when she decided to conceive again, she reached out once more

to Mr. Meijer. Once again he met with her and, for a similarly modest fee, provided a container of his semen; once again she became pregnant, and gave birth to a boy.

Even before then, however, Ms. van Ewijk had learned some unsettling news. She had connected on Facebook with another single mother who also had used Mr. Meijer as a donor, and who told her that, according to an investigation in 2017 by the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, he had fathered at least 102 children in the Netherlands through numerous fertility clinics, a tally that did not include his private donations through websites.

Ms. van Ewijk wanted her children to be full siblings, so she still wanted Mr. Meijer to be the donor. Nonetheless, she was alarmed. The Netherlands is a small country, home to 17 million people; the more half siblings there are in the population who are unknown to one another, the greater the odds that two of them might meet unwittingly and produce children of their own — children with a heightened risk of carrying hereditary defects.

Furious, Ms. van Ewijk confronted Mr. Meijer. He admitted that he had produced at least 175 children and conceded that there might be more.

“He said, ‘I’m just helping women make their biggest wish come true,’” Ms. van Ewijk recalled. “I said: ‘You’re not helping anymore! How do I tell my kids that they could possibly have 300 siblings?’”

She may have only known the half of it.

The perils of swiping right

The first child of in vitro fertilization was born in 1978, and in the decades since, sperm donation has become a thriving global business, as fertility

clinics, sperm banks and private donors have sought to meet the demand of parents eager to conceive.

As an industry, however, it is poorly regulated. A patchwork of laws ostensibly addresses who can donate, where and how often, in part to avoid introducing or amplifying genetic disabilities in a population. In Germany, a sperm-clinic donor may not produce more than 15 children; in the United Kingdom the cap is 10 families of unlimited children. In the Netherlands, Dutch law prohibits donating anonymously, and nonbinding guidelines limit clinic donors to 25 children and from donating at more than one clinic in the country. In the United States there are no legal limits, only guidelines from the American Society for Reproductive Medicine: 25 children per donor in a population of 800,000.

Regulation is even more scarce internationally. There is little to stop a sperm donor from donating at clinics in countries other than his own, or at global agencies like Cryos International, the world's biggest sperm clinic, in Denmark, which ships semen to more than 100 countries.

“There’s nothing in the U.S. or anywhere that would keep a donor from donating at more than one sperm bank,” said Wendy Kramer, a co-founder and the executive director of the Donor Sibling Registry, an organization in the United States that supports donor families. “The sperm banks claim that they ask the donor if they’ve donated anywhere else, but nobody knows if they really do.”

And few if any laws govern private donations, of the kind that Ms. van Ewijk and Mr. Meijer arranged through the internet. Through these gaps, several cases have emerged of donors who have fathered scores of children or more,

and of grown children discovering, often through social media, that they have not just a handful of half siblings but dozens of them.

In 2019, the Dutch Donor Child Foundation, an advocacy group that facilitates legal and emotional support for donor-conceived people and their families and helps search for biological relatives, determined through DNA testing that Dr. Jan Karbaat, a fertility specialist who died in 2017, had secretly fathered at least 68 children, born to women who visited his clinic near Rotterdam.

At least one sperm donor in the Netherlands, known as Louis, is thought to have more than 200 offspring, many of whom are unaware of one another. Six years ago Ivo van Halen, a 36-year-old Dutch I.T. consultant, learned that he was among them. Since then, he has managed to connect directly with 42 of his half siblings.

“It’s been a shock to learn how to integrate 42 brothers and sisters into your life,” Mr. van Halen said in an interview. “There are no books on how to do that. Our group is at 70 known children already, and getting new matches every month.”

Some of his half siblings have encountered each other multiple times on Tinder, the dating app. One half brother, Jordy Willekens, who lives in The Hague, matched online with four half sisters. “Once, I swiped on a sister and she swiped right on me at the same time,” Mr. Willekens said.

The group keeps a list of potential siblings to refer to before going on a date. Mr. Willekens, who is now in a relationship, said he had been very careful when dating: “I have a very trained eye by now.”

Some sperm donors, like Dr. Karbaat, donate surreptitiously and illegally,

leaving their identities and the scale of their activity to be discovered many years later by their offspring, often as a shock.

Other donors are openly profligate. Ari Nagel, a math professor in New York, donates exclusively online and directly with recipients; he has been nicknamed the “Target Donor” because he sometimes meets women in public spots, such as Target stores, to hand off his sperm. He told The New York Times that he had 76 biological children. Simon Watson, a donor in the United Kingdom who regularly updates his Facebook site with photos of his offspring, told the BBC in 2016 that he had at least 800 children around the world.

Mr. Meijer appears to have adopted both approaches, registering at more clinics than is recommended while also donating privately.

In 2017, after confronting Mr. Meijer, Ms. van Ewijk notified the Dutch Donor Child Foundation that he had many more children than he had initially revealed, and that he had been donating sperm at several clinics. The group already knew of him, from other mothers with the same complaint.

The foundation soon determined that Mr. Meijer had privately fathered at least 80 children in the Netherlands, in addition to the 102 that the Ministry of Health, Welfare and Sport had identified through 11 clinics in the country. The government ordered all Dutch sperm clinics to stop using Mr. Meijer’s semen.

Because of Dutch privacy laws, the government has not publicly named Mr. Meijer as the donor in question. However, in an email to The Times, a spokesman for the health ministry confirmed his identity. “Donors must sign an agreement with their clinic that they don’t donate sperm at other clinics,” Gerrit-Jan KleinJan wrote. “The sperm donor you are writing about made this agreement as well. Nevertheless, he donated at more sperm banks resulting

in 102 babies.”

Ms. van Ewijk subsequently became friends with two other Dutch mothers who had used Mr. Meijer as a donor. The two worked together in the same preschool and realized they shared the same donor after noticing that their children, both 9, looked alike.

The two women, who requested anonymity to protect their children’s privacy, said that they in turn knew several other women in their city, Almere, who had used Mr. Meijer as a donor. One mother expressed concern that some of these half siblings could accidentally meet and have a relationship.

“It’s disgusting and I want it to stop,” she said. “It’s dangerous for the children. There are more brothers and sisters in Almere, and they can fall in love. It’s not good.”

Tim Bueter, a lawyer in the Netherlands who represented the families in the case of Dr. Karbaat, said he had been contacted by 12 mothers who had used Mr. Meijer’s sperm. They wanted to know if there was any legal action they could take against him. Mr. Bueter said there was very little they could do, as no laws applied.

“It was stunning to hear that something like this is going on,” Mr. Bueter said. “The children are the victims in this case. Something has to be done to stop him. The only thing these women can do is go to the public and hope everyone in the world knows not to use this guy as a sperm donor.”

Joëlle de Boer, a volunteer and the international contact person at the Dutch Donor Child Foundation, has been tracking Mr. Meijer’s activity. According to her research, he has been traveling throughout Europe, Scandinavia and Ukraine for several years, donating sperm since 2007 at

various clinics as well as privately on the internet.

“Two weeks ago I went to donate in Kiev at Biotexcom clinic,” he wrote on Facebook in June 2017, referring to the BioTexCom Center for Human Reproduction in Ukraine, which uses donated sperm for in vitro fertilization and surrogacy. “The lady I helped used an egg-donor from Ukraine which will be fertilized with my sperm. I must say this was one of the best experiences I have with clinics!”

Ms. de Boer has also been tabulating Mr. Meijer’s online presence, including on eight private donation websites in Germany, Italy and the Netherlands. On one site, he advertised himself as a blond “musical Viking donor.” She shared with The Times screen shots of private-donation sites on which a donor with Mr. Meijer’s photo accompanied false names, including “Lukas” and “Martijn.” Asked to comment, Mr. Meijer said in an email, “I never ever donated under false names.”

In addition, Mr. Meijer has registered with at least one international sperm bank, Cryos, which does not set an overall limit on how many children a donor may generate, although it claims to adhere to the limits set by each country to which it donates. Still, with each bank exporting to scores of countries, a single donor could potentially produce hundreds or even thousands of children around the world.

Moreover, unlike sperm banks in the Netherlands, which prohibit anonymous donation, international sperm banks commonly register donors under an alias or a number. Also, they rely on clients to voluntarily report the births of their children when keeping track of sperm donor offspring, and that tally is not always accurate. And there is no international registry of sperm

donors, so a recipient has no easy way of knowing where else her donor might have donated or how many half siblings her children might have.

Ms. de Boer said she has been in touch with mothers who have had children by Mr. Meijer in Australia, Italy, Serbia, Ukraine, Germany, Poland, Hungary, Switzerland, Romania, Denmark, Sweden, Mexico and the United States. Several were in contact with the two Dutch mothers who are friends of Ms. van Ewijk, and they confirmed their accounts with this reporter.

A German woman told The Times that she acquired Mr. Meijer's sperm through Cryos; although he donated under an alias, she was able to figure out his real name. In 2019 she received a letter from Cryos notifying her that her donor "has donated in countries outside of Denmark, therefore breaching the contract he had with Cryos to donate exclusively to our sperm bank."

The letter added, "This means that the donor has allegedly achieved more pregnancies than the pregnancies registered in our system." The company also notified the Danish health authorities, the letter said, and had stopped distributing his semen.

In an email, Mr. Meijer said he did not recall being told that he was barred from donating at other clinics: "Clinics did intensive health and genetics screening and interviewing and I passed them all but I do not remember this procedure clearly to say anything about it." In a second email he said, "There were no strict agreements amongst sperm banks (up until recently) to check if donors hadn't been donating elsewhere."

Reached for comment, Peter Reeslev, the chief executive of Cryos, insisted that a Cryos donor could not have signed up without being aware of the exclusivity clause. "NO," he wrote in an email. "Donors sign and commit in

contractual terms to not donate in any other tissue establishments than Cryos before and undertake not to donate sperm to other sperm banks/tissue centers in the future as well.”

He added, “On a general level, Cryos disassociates itself from any form of serial sperm donation due to the importance of not exceeding national pregnancy quotas” in each country to which they send sperm.

Exactly how many donor children Mr. Meijer has around the world is impossible to say. But Ties van der Meer, the director of the Dutch Donor Child Foundation, and his colleagues have calculated that if Mr. Meijer’s known pattern of clinic and private donation was any indicator, the number could run to several hundred, even 1,000.

In an email, Mr. Meijer dismissed that conclusion. “I have approximately 250 children,” he said. “Assumptions of 1,000 are ridiculous. I am disappointed by the obsession of the numbers. I became a donor not for any numbers but out of love to help parents with realizing their dream. I cannot understand how anyone can only focus on numbers and see my donor children as a number.”

To combat the serial-donor problem, officials in the Netherlands are implementing various measures, including the creation of a central registry for sperm donors, to prevent men from donating at several clinics at the same time, said Dr. Monique H. Mochtar, chair of the Gamete Donation Special Interest Group. Moreover, because of Mr. Meijer, the recommended limit of 25 children per donor at sperm clinics is expected to be amended into law this spring, restricting one donor to 12 mothers nationally.

But challenges and loopholes remain at the international level. “The lack of any regulatory and legislative bodies for the international fertility industry lets

companies claim and do whatever they want,” Mr. van der Meer, of the Dutch Donor Child Foundation, said. “We need international legislation and help for all families that have been hurt by the actions of donors like this man.”

The issue of serial sperm donation has been recognized in other countries as well. Christina Motejl, a lawyer in Berlin, is a member of Donor Offspring Europe, a network of organizations of donor-conceived adults in Europe. She said that the group was concerned about donors who travel around Europe trying to father as many children as possible.

“It’s kind of disgusting in a narcissistic way,” she said. “No sane person would want 100 children or more. The big question is why? These men want confirmation that they’re a great guy and everybody wants them.”

Judith Daar, who leads the ethics committee of the American Society for Reproductive Medicine, said that although there is often a reluctance to regulate assisted reproduction more strictly than natural conception, it might be appropriate in extreme cases, including in Mr. Meijer’s, to impose limits on the number of offspring that any one donor may have.

She noted that men who donate through social media, eschewing the paperwork of a sperm bank or a doctor, could end up surprised by devastating legal consequences.

“Donors should be aware that, depending on state law, they may be deemed legal parents of any resulting offspring,” said Ms. Daar, who is also the dean at Northern Kentucky University’s Chase College of Law and the author of “The New Eugenics: Selective Breeding in an Era of Reproductive Technologies.” She also encouraged women to verify a donor’s health and genetic testing through qualified experts, rather than taking the donor’s word

for it.

What compels a sperm donor to donate so profusely?

In 2013, a journal article by the Donor Sibling Registry identified three main motives, at least for average donors: money, generosity and the desire to pass along their DNA.

“I think you have to look at No. 3, passing on their genes to have children,” said Ms. Kramer, the registry’s executive director. “Is it part of some men’s DNA to do this? What makes a man donate for six years? Ten years? If each donation can create between 4 and 24 kids, they can do the math. Why wouldn’t they think twice about this?”

The financial compensation for donating in some countries is fairly meager, but some donors have forged a lifestyle by agreeing to a nominal fee in exchange for travel costs to meet recipients in person.

Mr. Nagel, who is 45 and unmarried, said that women had flown him all over the world for his sperm, including to Israel, Southeast Asia, Ghana and the Philippines. When reached by this reporter, Mr. Nagel was preparing to fly to Mexico to help with an insemination, then on to Florida, Maryland and Virginia, to meet with some of his offspring for their birthdays.

Mr. Meijer has likewise traveled often and far afield, including to Argentina, China, New Zealand and Australia, according to his donor profile at Cryos.

The profile, under the required alias, notes that after college he worked as a high school social science teacher and now “is working with cryptocurrency in a development and trading company.” His strengths include “my optimism and always joyful character.” His weaknesses: “Since I am a dreamer I always

need to focus on doing things the right way because if I don't, I forget to do them. Sometimes I need a lot of time on my own to reflect because I have a sensitive character.”

Like many donors, Mr. Meijer said that his intentions were charitable, to help people who wanted to start a family. “The demand is still extremely huge and the amount of capable donors is low,” he said in an email.

Mr. Nagel offered a similar sentiment. “I love having kids,” he said. “It’s nice to help grow so many beautiful families, and to see how happy they are and how much love is going around.”

But Mr. van der Meer, who is donor-conceived and has donated sperm, said that some donors seemed to be engaged almost in a competition to see who could father the most children.

In an email, Mr. Meijer said: “I know people are quickly judging me or thinking that I donate for narcissistic reasons. But I am quite down to earth about myself and I don't think too highly about myself. (I prefer to be honest to myself and see my shortcomings and my good sides.) But what motivates me as a donor is just to do something really big with just a little bit of help, the appreciation of the recipients and the warm feelings and memories I share with the children and the recipients.”

The warm feelings are not necessarily mutual. A mother in Australia who purchased Mr. Meijer's sperm through Cryos and had a child said she was disturbed by how many children he turned out to have. (She asked that her name not be used, for privacy reasons.) She and 50 or so other mothers who used his sperm have formed a group, Moms on a Mission, to try to get him to stop donating.

Their goal is to connect with as many other parents as they can, to find out the true number of offspring he has produced, so that their children can contact each other as they get older. Many of the mothers wonder how their children will ever be able to have a relationship with their biological father when he has so many other children. The group also advocates for the creation of an international database of sperm donors.

“That way these men can’t just donate whenever they want and create all these children in the world without parents even consenting to the fact,” the Australian mother said. “I can’t imagine what our son is going to think when he finds out.”

علم، رویے اور علاج کے طریقے کا خواتین کی

جنسی صحت سے تعلق اور ماہر امراض نسوان (gynecologist) اور زچگی کے ماہرین کا (OBSTETRICIAN) کا چین میں کردار

جنسی صحت خواتین کی مکمل صحت کے حوالے سے بہت اہم ہے۔ چین میں جنسی رویے کافی قدامت پسند ہیں۔ اور اسی طرح خواتین کی جنسی صحت کا تعلیم و تربیت، برادری، میڈیکل اسکولز میں کم ذکر ہوتا ہے۔ مزید یہ کہ چین میں خواتین کی جنسی صحت کے کوئی معالجین یا کلینک موجود نہیں ہیں۔ اس صورت میں زچگی کے ماہرین اور ماہر امراض نسوان ہی کو خواتین کے جنسی صحت پر کام کرنا ہوتا ہے۔ ان ماہرین کی تربیت اور علم، خواتین کی تولیدی نظام تک محدود ہوتی ہے۔ البتہ ان ماہرین کا خواتین کے جنسی صحت مہیا کرنے کی معلومات غیر واضح ہیں۔

تاہم ایک ملک گیر سروے کیا گیا جس میں زچگی کے ماہرین اور ماہر امراض نسوان میں جنسی صحت کا علم، رویے اور علاج کرنے کے طریقوں کا مطالعہ کیا گیا۔

طریقہ کار :

یہ مطالعاتی سروے ANHUI ETHICAL COMMITTEE سے منظور کرایا گیا۔ تمام شرکاء نے برقی تحریر کے ذریعے اپنی اجازت دی تھی۔ اس سروے کو STROBE کے ادارے میں تشخیص کے لیے ہدایات نامے کے طور پر شائع کیا گیا۔

CFSHA جو کہ جنسی خواتین کی جنسی صحت مہیا کرنے کی ایک علمی کوشش ہے۔ انہوں نے 20 سوالات پر مشتمل سوالات کا سروے تیار کیا جو کہ چینی معالجین کی اپنی ماہرانہ طبی صوابدید پر مشتمل تھا۔ حتمی سوالنامہ آبادی سے متعلق معلومات، تربیت، رویے، طریقہ کار اور خواتین کی جنسی صحت کے بارے میں آراء پر مبنی تھا۔

CFSHA ادارے نے چین کے مختلف علاقہ جات سے نمونے حاصل کیے۔ آخر کار 3021 زچگی اور امراض نسوان کے ماہرین جو کہ 120 میڈیکل سینٹرز سے وابستہ تھے۔ ان معالجین نے سروے میں حصہ لیا۔ یہ سروے 28 جولائی سے پہلی ستمبر 2020 میں کیا گیا۔

نتائج:

3012 معالجین میں سے 1332 نے سروے میں حصہ لیا۔ ہم نے ان معالجین کو شامل کیا جو مریض کا براہ راست علاج کر رہے تھے۔ یہ سب JOB/GYN لائسنس کے حامل تھے۔ ریٹائرڈ معالجین، لائسنس کے بغیر معالجین اور طالب علم اس سروے سے مشنسی رکھے گئے تھے۔ حتمی نمونے میں کل 439، (36.43) فیصد 22 سے 35 سال کے درمیان تھے اور 1091 (90.54) فیصد خواتین تھیں۔ کل 996 معالجین (زچگی اور امراض نسواں کے ماہرین) میں سے تھے 80.17 فیصد کو خواتین کی جنسی صحت کے حوالے سے کوئی تربیت نہیں ملی تھی۔ صرف 15 ماہر معالجین (1.24) فیصد کو میڈیکل کالج میں خواتین کی صحت کے حوالے سے 10 گھنٹے کی تربیت مہیا کی گئی تھی۔

(TABLE 1)۔ بہت ہی کم زچگی اور امراض نسواں کے ماہرین کو ACOG کے جاری کردہ ہدایت نامے کا کوئی علم تھا۔ یہ ادارہ طبی صحت کے اداروں میں خواتین کی جنسی صحت کے حوالے سے تربیت اور تعلیم کے لیے معلومات فراہم کرتا ہے DSM میں موجود خواتین کے جنسی مسائل کی درجہ بندی کا 34 یعنی 2.82 فیصد معلومات تھیں۔ اس کے علاوہ خواتین کے جنسی صحت کے بارے میں تشویش 38، معالجین یعنی 3.15 فیصد کو تھی۔ معلومات سوالنامے میں 99 یعنی 8.21 فیصد معالجین نے 6 سے 10 سوالات کے جواب درست دیئے تھے۔ (ہمارا اندازہ ہے کہ کامیاب ہونے والے معالجین 60 فیصد تھا)۔

(TABLE 2)۔ خواتین کے جنسی صحت کے بارے میں رویوں میں 1016 یعنی 88.63 فیصد نے 6 سے 10 سوالات کا جواب مثبت انداز میں دیا تھا۔ جب ان سے پوچھا گیا کہ وہ ہر آنے والے مریض کی تفصیل لیتے وقت جنسی سرگرمیوں کے بارے میں معلومات کریں گے تو صرف 78 یعنی 6.47 فیصد نے بتایا کہ وہ طبی تفصیل لیتے وقت یہ سوال ضرور کرتے ہیں۔ ایک تہائی سے کم معالجین نے بتایا کہ وہ خود اعتمادی کے ساتھ تقریباً ہر مریض کی جنسی صحت کا احاطہ کر لیتے ہیں۔ اس کے علاوہ ایک تہائی معالجین نے بتایا کہ جنسی صحت کے بارے میں معلومات کم ہونے کی وجہ سے مریضوں کو صحیح مشورہ نہیں دے سکتے۔

(TABLE 2) متعدد سوالات پر مشتمل سوالنامے سے یہ پتہ چلا کہ مخصوص علم کی کمی، کلینک کا مناسب ماحول (جیسے کہ ہر مریض کو تنہائی اور رازداری کے بجائے کئی مریضوں کو ایک ہی کمرے میں علاج کرنا) جو کہ طریقہ علاج کی کمی جسمیں ادویات کی دستیابی نہ ہونا، خواتین کے جنسی صحت کے حوالے سے بیمار یوں کی تشخیص اور علاج ایک بڑی رکاوٹ تھی۔

Table 1. Demographic Characteristics of Respondents

Characteristic	Respondents, No. (%) (N = 1205)
Age, y	
22-35	439 (36.43)
36-45	418 (34.69)
46-65	348 (28.88)
Sex	
Men	114 (9.46)
Women	1091 (90.54)
Education level	
Bachelor or below	712 (59.09)
Master's degree	395 (32.78)
Doctorate	98 (8.13)
Geographic region	
Eastern	470 (39.00)
Middle and Western	735 (61.00)
Location area	
Big cities	338 (28.05)
Mid-size towns	628 (52.12)
Rural areas	239 (19.83)
Practice setting	
Large tertiary hospital	812 (67.39)
General public hospital or clinic	290 (24.07)
Private hospital or clinic	103 (8.55)
Time in practice, y	
≤5	229 (19.00)
5-15	421 (34.94)
≥15	555 (46.06)
Subspecialty	
Gynecology	635 (52.70)
Obstetrics	327 (27.14)
Others ^a	243 (20.17)

^a Includes reproductive endocrinologists, prenatal diagnosis, and others.

Table 2. Training, Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns on Female Sexual Health Among OB/GYNs in China

Items	Participant, No. (%) (N = 1205)
Training on women's sexual health during school, h	
>10	15 (1.24)
1-10	224 (18.59)
None	966 (80.17)
Training on female sexual health since beginning practice, h	
>10	22 (1.83)
1-10	264 (21.91)
None	919 (76.27)
Knowledge regarding female sexual issues, score ^a	
<6	1106 (91.78)
≥6	99 (8.21)
Attitude regarding female sexual issues, score ^a	
<6	137 (11.37)
≥6	1068 (88.63)
Use of Female Sexual Function Index	
I use it to guide clinical work	43 (3.57)
I know, but I have not used it in practice	276 (22.90)
I know part of it	488 (40.50)
I have no idea	398 (33.03)
DSM-4/DSM-5 classification of female sexual dysfunction	
I use it to guide clinical work	34 (2.82)
I know, but I have not used it in practice	285 (23.65)
I know part of it	439 (36.43)
I have no idea	447 (37.10)
ACOG practice bulletin clinical management guidelines for OB/GYNs, No. 119/213	
I use it to guide clinical work	38 (3.15)
I know, but I have not used it in practice	248 (20.58)
I know part of it	411 (34.11)
I have no idea	508 (42.16)
Do you routinely assess sexual activities when taking medical histories?	
Never	107 (8.88)
Rarely	416 (34.52)
Sometimes	438 (36.35)
Often	166 (13.78)
Almost every time	78 (6.47)
Do you have confidence in managing patients' sexual issues?	
Never	60 (4.98)
Rarely	244 (20.25)
Sometimes	537 (44.56)
Often	314 (26.06)
Almost every time	50 (4.15)
Main difficulties you have experienced in screening and managing female sexual health issues	
Other reasons	158 (13.11)
I don't have enough time	382 (31.70)
I don't have enough specific experience	784 (65.06)
I feel embarrassed	156 (12.95)
Patients feel embarrassed	464 (38.51)
Lack of knowledge in this field	1057 (87.72)
Sexual problems are difficult to diagnose and treat	587 (48.71)
Lack of effective treatment methods and drugs	602 (49.96)
Unfavorable clinical environment	593 (49.21)

Abbreviations: ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists; DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; OB/GYN, obstetrician/gynecologist.

^a Range, 1 to 10, with a score of 6 or higher considered passing.

Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns Relating to Female Sexual Health Among Obstetricians and Gynecologists in China

Introduction

Sexual health is a key aspect of women's overall wellness.¹⁻³ Sexual culture in Chinese society is relatively conservative, and female sexual health concerns are rarely discussed in academic communities and medical schools.^{4,5} Moreover, there are almost no professional female sexual medicine clinics or physicians in China. Under such circumstances, obstetricians and gynecologists (OB/GYNs), with their professional knowledge and training in the female reproductive system and related diseases, must play more roles in managing female sexual health. However, it is unclear whether Chinese OB/GYNs effectively manage patients' sexual health.

This nationally representative survey study was designed to assess the knowledge, attitudes, and practice patterns of Chinese OB/GYNs regarding female sexual health.

Methods

This survey study was approved by the Ethics Committee of Anhui Medical University, and all participants provided an electronic written informed consent prior to the survey. This study followed the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) reporting guideline.

The Chinese Female Sexual Health Atlas (CFSHA) task force developed

and finalized a 20-item survey instrument based on their clinical expertise, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) practice bulletin (No. 119/213),⁶ previous physician surveys, and feedback from a pilot test of 10 OB/GYNs. The final questionnaire mainly collected demographic information, training, knowledge, attitudes, practices, and opinions related to female sexual health.

The CFSHA task force then conducted a quota sampling of hospitals in various regions of China. Finally, 3012 OB/GYNs practicing in 120 medical centers and clinics in different regions were invited to participate in the survey from July 28 to September 1, 2020 (eAppendix in the Supplement).

Results

Of 3012 OB/GYNs initially invited, 1332 responded to the survey. We selected licensed OB/GYNs who provided direct patient care. Retired participants and unlicensed postgraduates or interns were excluded. The final sample included 1205 OB/GYNs (response rate, 40.0%), among whom 439 (36.43%) were aged 22 to 35 years and 1091 (90.54%) were women. A total of 966 OB/GYNs (80.17%) reported not receiving any training in female sexual health, and only 15 OB/GYNs (1.24%) had more than 10 hours of training on female sexual health in medical school (Table 1). Fewer OB/GYNs knew about and used the ACOG Practice Bulletin clinical management guidelines for OB/GYNs (43 OB/GYNs [3.57%]), the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) or Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) classification of female sexual dysfunction (34 OB/GYNs [2.82%]), and the Female Sexual Function Index (38 OB/GYNs

[3.15%]) in clinical practice. On the knowledge test, 99 OB/GYNs (8.21%) answered 6 or more of 10 questions related to female sexual health correctly (we assumed a qualified pass threshold of 60%) (Table 2). On the attitude test, 1068 OB/GYNs (88.63%) responded positively to at least 6 or more of 10 attitude questions on female sexual health care.

When asked whether they would routinely assess a patient's sexual activities when taking medical histories, only 78 OB/GYNs (6.47%) reported they collected this information almost every time. Additionally, less than one-third of OB/GYNs expressed confidence in their ability to manage patients' sexual health often or almost every time, and approximately one-quarter reported that they lacked self-confidence in managing patients' sexual health (Table 2). A multiple-choice question indicated that the lack of specific knowledge, unfavorable clinical environment (such as sharing a consulting room, lack of privacy), and the lack of effective treatment methods, including drugs, were major obstacles to screening and managing female sexual health.

Table 1. Demographic Characteristics of Respondents

Characteristic	Respondents, No. (%) (N = 1205)
Age, y	
22-35	439 (36.43)
36-45	418 (34.69)
46-65	348 (28.88)
Sex	
Men	114 (9.46)
Women	1091 (90.54)
Education level	
Bachelor or below	712 (59.09)
Master's degree	395 (32.78)
Doctorate	98 (8.13)
Geographic region	
Eastern	470 (39.00)
Middle and Western	735 (61.00)
Location area	
Big cities	338 (28.05)
Mid-size towns	628 (52.12)
Rural areas	239 (19.83)
Practice setting	
Large tertiary hospital	812 (67.39)
General public hospital or clinic	290 (24.07)
Private hospital or clinic	103 (8.55)
Time in practice, y	
≤5	229 (19.00)
5-15	421 (34.94)
≥15	555 (46.06)
Subspecialty	
Gynecology	635 (52.70)
Obstetrics	327 (27.14)
Others ^a	243 (20.17)

^a Includes reproductive endocrinologists, prenatal diagnosis, and others.

Table 2. Training, Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns on Female Sexual Health Among OB/GYNs in China.

Items	Participant, No. (%) (N = 1205)
Training on women's sexual health during school, h	
>10	15 (1.24)
1-10	224 (18.59)
None	966 (80.17)
Training on female sexual health since beginning practice, h	
>10	22 (1.83)
1-10	264 (21.91)
None	919 (76.27)
Knowledge regarding female sexual issues, score ^a	
<6	1106 (91.78)
≥6	99 (8.21)
Attitude regarding female sexual issues, score ^a	
<6	137 (11.37)
≥6	1068 (88.63)
Use of Female Sexual Function Index	
I use it to guide clinical work	43 (3.57)
I know, but I have not used it in practice	276 (22.90)
I know part of it	488 (40.50)
I have no idea	398 (33.03)
DSM-4/DSM-5 classification of female sexual dysfunction	
I use it to guide clinical work	34 (2.82)
I know, but I have not used it in practice	285 (23.65)
I know part of it	439 (36.43)
I have no idea	447 (37.10)
ACOG practice bulletin clinical management guidelines for OB/GYNs, No. 119/213	
I use it to guide clinical work	38 (3.15)
I know, but I have not used it in practice	248 (20.58)
I know part of it	411 (34.11)
I have no idea	508 (42.16)
Do you routinely assess sexual activities when taking medical histories?	
Never	107 (8.88)
Rarely	416 (34.52)
Sometimes	438 (36.35)
Often	166 (13.78)
Almost every time	78 (6.47)
Do you have confidence in managing patients' sexual issues?	
Never	60 (4.98)
Rarely	244 (20.25)
Sometimes	537 (44.56)
Often	314 (26.06)
Almost every time	50 (4.15)
Main difficulties you have experienced in screening and managing female sexual health issues	
Other reasons	158 (13.11)
I don't have enough time	382 (31.70)
I don't have enough specific experience	784 (65.06)
I feel embarrassed	156 (12.95)
Patients feel embarrassed	464 (38.51)
Lack of knowledge in this field	1057 (87.72)
Sexual problems are difficult to diagnose and treat	587 (48.71)
Lack of effective treatment methods and drugs	602 (49.96)
Unfavorable clinical environment	593 (49.21)

Abbreviations: ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; OB/GYN, obstetrician/gynecologist.

^a Range, 1 to 10, with a score of 6 or higher considered passing.

اقبال مودودی اور پاکستانی قومیت

تحریر: طاہر کامران (دی نیوز)

منطقی تاریخ نے تعلیمی حلقوں میں اہمیت اختیار کر لی ہے۔ مخصوص خیالات اور تصورات جیسے کہ واقعات اور شخصیت کی اہمیت کی ایک روایتی تاریخ، تجزیہ کے مقابلے میں زیادہ ہے۔ اس کا یہ مطلب ہرگز نہیں ہے کہ واقعات اور شخصیات کی اہمیت علمی لحاظ سے پوری طرح ختم ہو گئی ہے بلکہ مرکزی خیال یہ ہے کہ کسی بھی فرد کا نیا تصور یا خیال اس زمانے کے لوگوں کے بغیر اثر لیے رونما نہیں ہوتا۔ اسی لئے ان تصورات، خیالات یا کوئی بھی نئی بات ایک علیحدہ طور پر الگ جہت کے طور پر نہیں مطالعہ کرنی چاہیے، بلکہ اس زمانے کی ثقافت، زندگیوں اور تاریخی حالات کا مطالعہ ضروری ہے۔ کون کیا کر رہا ہے جس کی وجہ سے یہ نئے خیالات وجود میں آئے ہیں۔

دوسرے پیرائے میں یہ جاننے کے لیے کہ خیالات کس طرح سے بنتے ہیں یا بدلتے ہیں یا بگڑتے ہیں چاہے وہ سیاق و سباق کے بدلنے یا پھر دوسرے نظریات کے ملاپ سے وجود میں آئے ہیں۔ یہ نظریہ ہی منطقی تاریخ کا اصل موضوع ہے۔ سیاق و سباق کا بدلنے یا پھر دوسرے نظریات کے ملاپ سے وجود میں آئے ہیں۔ یہ نظریہ ہی منطقی تاریخ کا اصل موضوع ہے۔ سیاق و سباق کا صحیح ادراک نئے نظریات کو سمجھنے کے لیے نہایت ضروری ہے۔ ایسے نظریات تحریری شکل میں لکھے گئے ہیں اسی وجہ سے مغربی مفکر و منطقی تاریخ میں دو مسلم مفکرین کو اہمیت دیتے ہیں۔ علامہ محمد اقبال اور مولانا ابوالاعلیٰ مودودی۔ جاوید مجید کی کتاب "محمد اقبال: اسلامی جمالیات اور استعماری نظام کے بعد" یہ کتاب دنیا کے تمام مفکرین کے لیے اہم اور مستند علمی ذریعہ بن گئی ہے۔ اسی طرح جین پیٹر ہارٹنگ کی مولانا مودودی پر علمی تحقیق کی بھی بہت مرکزی اہمیت ہے۔ جس کا نام "نظام زندگی مودودی اور اسلام کا نظریاتی وجود ہے یہ کتاب اسلام کے سیاسی تصور کا علم حاصل کرنے کے لیے ایک اہم معلومات ہے۔ دونوں مندرجہ بالا مفکرین کی اہمیت مسلم افہ کی تعبیر اور پاکستانی قومیت میں ربط پیدا کرنے کی وجہ سے بھی ہے۔

ان دونوں کا پیغام برصغیر میں گونجتا رہا ہے۔ خاص کر پاکستان میں اور دروازوں علاقوں میں بھی یہ پیغام پھیلا ہے۔ علامہ اقبال کی شاعری ایران میں ایک لازمی عنصر ہے۔ اسلامی مفکر کی حیثیت سے اہمیت میں اضافہ ہوتا جا رہا ہے۔ ہندوستان میں بھی نسبت رکھتے ہیں۔ اسی طرح 9/11 کے بعد مولانا مودودی کے ساتھ سید قطب اور حسن البنا بھی مغربی

علمی حلقوں میں دوبارہ سے دریافت کئے گئے ہیں، موجودہ زمانے میں مولانا مودودی عالم اسلام کے مفکر مانے جاتے ہیں اور ان کے اثرات برصغیر سے نکل کر جغرافیائی حدود کو پار کر چکے ہیں۔ یہاں ہم دو مفکرین کا ذکر کریں گے جن کا پاکستانی نظریہ قومیت پر بہت اثر ہے اور جس کی وجہ سے پاکستانی قومیت نے مذہبی اثر لیا ہے۔

یہ بحث بھی کی جاسکتی ہے کہ مشرقی پاکستان کی علیحدگی کے بعد ان دونوں شخصیات کی اہمیت میں بہت زیادہ اضافہ ہو گیا ہے جو کہ پاکستان کے نظریے کی وضاحت کے لئے ضروری ہے۔ کچھ دہائیوں کے بعد خاص طور پر 80 کی دہائی میں جب طالبان افغانستان میں برسر اقتدار تھے۔ ان دنوں مدرسوں سے فارغ التحصیل طالبان نے اسلام کو ریاست کا مرکزی نظریہ قرار دیا، اور طالبان کے بڑھتے ہوئے اثر میں TTP، لشکر جھنگوی، جند اللہ اور احرار الہند وغیرہ کی سرگرمیوں کی وجہ سے دوسری رہنما، اقبال اور مودودی کہیں پیچھے رہ گئے۔

ان دونوں افراد کی سوانح حیات کے مطالعے کے بعد معلوم ہوتا ہے کہ انہوں نے کسی مذہبی مدرسے سے تعلیم حاصل نہیں کی یہی وجہ ہے کہ روایتی علماء ان دونوں کے بارے میں شدید شک و شبہ میں مبتلا رہے۔ خاص کر ان کے اسلام کے حوالے سے عالم دین اور اسلام کو پیش کرنے کا اختیار دینے کے معاملے میں، اقبال نے کیمبرج اور میونخ جیسی جدید یونیورسٹیوں سے تعلیم حاصل کی، اپنی نظم اور نثر میں جدید مغربی فکر کو اپنایا، باوجود اس کے وہ مغرب کے شدید ناقد تھے لیکن پھر بھی انہوں نے منطقی علوم جو کہ مغرب سے پھیل رہے تھے ان کو قبول کیا۔

سوالیہ نشان یہ ہے کہ کیا اقبال کو مغرب کے جدید علمی رجحان سے روشناس ہوئے بغیر سمجھا جاسکتا ہے یا نہیں؟

اقبال کا کارنامہ واقعی دانشمندی سے بھرپور ہے۔ اسلامی فکر اور مغربی فکر کا ملاپ جو کہ بنیادی طور پر قرآن مجید سے اخذ اور مولانا رومی کے مثنوی مصنوعی سے متاثر ہو گیا ہے۔ یہ اقبال کا ایک غیر معمولی اور شاندار تخلیقی کارنامہ ہے۔ اس کارنامے کے بعد اقبال کی فلسفے پر گہری نظر کا مطالعہ انتہائی دلچسپ مضمون ہے۔ اقبال کی فکر اور شاعری ان کی موت کے 77 سال بعد بھی تحسین کے لائق ہے۔ مگر اقبال پاکستانی قومیت کے لیے ایک فکری قوت کا باعث ہیں۔ حالانکہ وہ پاکستان کی تخلیق سے تقریباً 9 سال پہلے انتقال فرما گئے تھے، حالانکہ مولانا مودودی، علامہ اقبال سے کافی مختلف تھے لیکن پھر بھی ان کی فکر میں بہت سی مماثلت بھی پائی جاتی ہے۔ مولانا مودودی نے خود دینی علم حاصل کیا اور ان کا تعلق اردو صحافت سے تھا۔ وہ 1920 کی دہائی میں الجمعیت کے ایڈیٹر رہے تھے۔ ان کی تحریر متاثر کن اور وضاحت سے پر ہیں۔ ان کی ایک

تحریر جو کہ قرآن کی تفسیر ہے۔ یہ منفرد تحریری انداز کی وجہ سے شہرت رکھتی ہے۔ مولانا مودودی ایک ایسے مصنف ہیں جو کہ جدیدیت کے اثرات کے سامنے آنکھیں کھولتے ہیں۔ ان کی ریاست، دستور اور جمہوریت کے لیے خدمات ان کی جدید فکر ہونے کی دلیل دیتے ہیں۔

دونوں مولانا مودودی اور علامہ اقبال نے پاکستانی قومیت کو اسلام کا سہارا دیا۔ علامہ اقبال کی شاعری اسلامی زمین رکھنے والے کے لیے اہم ذریعہ تھی۔ جس کے ذریعے وہ یہ بات ثابت کر سکتے تھے کہ پاکستان کی تخلیق کی بنیاد ایک اسلامی ریاست ہے۔ 1970 اور 1980 کی دہائیوں میں ڈاکٹر اسرار احمد جیسے علماء نے اقبال کی شاعری کو شدت پسند اسلام کے دفاع کے لئے اس کی تشہیر کی اور یہ بات رکھی کہ پاکستان ایک نظریاتی ملک ہے۔

یہ بات مد نظر رکھنی چاہئے کہ علامہ اقبال کا پیغام دیوبند کے مدرسوں کے فارغ التحصیل مولویوں نے پاکستان کو اپنی فکر کے مطابق ڈھالنے کے لئے استعمال کیا۔ مولانا مودودی نہ صرف اسلامی ریاست کے حامی تھے بلکہ اس مقصد کے لیے انہوں نے مدرسوں کے مولویوں کے ساتھ اتحاد بھی کیا، آجکل خوفناک حالات اور قتل و غارت کی فضا میں علامہ اقبال کی شاعری ڈاکٹر اسرار احمد کا حوالہ دیتے ہوئے اور مولانا مودودی کی سحر کن تحریر بہت ہی ہلکی پھلکی لگتی ہے۔ یہ بات بڑی دلچسپی ہے کہ مغربی علمی حلقوں میں ان دونوں مفکرین پر کافی شدت سے تنقید کی جاتی ہے۔ جہاں تک معاملہ تاریخ دانوں اور سماجی مفکرین کا ہے وہ اس کا مختلف جہتوں میں اور سیاق و سباق کے ساتھ اس کا تجزیہ کر رہے ہیں۔ جس کی وجہ سے ہمیں دونوں شخصیات کا ایک تازہ اور نیا نقطہ نظر مہیا ہوگا۔

مصنف کیمبرج یونیورسٹی میں اقبالیات کے مرکزی پروفیسر برائے جنوبی ایشیا مطالعہ۔

نیند نہ آنا یا کمی کی تشخیص اور دیکھ بھال میں جدت

Reference Link: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20674>

نیند کی کمی ایسی شکایت ہے جس میں سونے میں دیر لگتی ہے یا پھر بار بار آنکھ کھلتی رہتی ہے۔ اس وجہ سے بہت پریشانی اور تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ نہ صرف دن کے کام کاج پر توجہ مرکوز نہیں ہوتی اور سونے کے مواقع ملنے کے باوجود یہ مسئلہ رہتا ہے۔ یہ عام مسئلہ ہے جو عام آبادی میں تقریباً 10% فیصد افراد میں ہے۔ زیادہ تر یہ نیند کی کمی کی شکایات کے ساتھ دوسری نفسیاتی اور طبی وجوہات ہوتی ہیں۔ کافی عرصے سے اس بات پر یقین تھا کہ نیند کی کمی، نفسیاتی امراض کی ایک علامت ہے لیکن نئی تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ (insomnia) نیند کی کمی اور نفسیاتی علامت کا تعلق پیچیدہ ہے اور بعض دفعہ یہ علامات کسی سمت کی طرف جاسکتی ہیں۔ نیند کی کمی کی وجہ سے یاسیت، گھبراہٹ، نشہ، خودکشی، فشارِ خوں اور ذیابیطیس بھی ہو سکتی ہے۔ اس کی وجہ سے زندگی گزارنے کے معیار میں کمی اور حادثے اور گرنے کے واقعات ہو سکتے ہیں۔

نیند کی کمی کی بیماری پر توجہ مرکوز کر کے علاج کرنا چاہئے چاہے اس کے ساتھ طبی اور نفسیاتی وجوہات نہ بھی ہوں۔ جن افراد میں نیند کی کمی تشخیص ہوتی ہے، ان کے لیے تجرباتی علاج بھی موجود ہے۔ ان میں بغیر دوا کے علاج اور دوائی کے ساتھ دونوں علاج موجود ہیں۔ اس بیماری کی وجہ سے عوامی صحت کے مراکز میں تشخیص کرنا ضروری ہے۔ اس کے ساتھ ہونے والی بیماریوں کے پھیلاؤ، اس کے ساتھ دوسری بیماریوں کی موجودگی، اور اس کے نتیجے میں زندگی میں ہونے والے حالات بھی نظر میں رکھے جانے چاہیے۔ اس علامات کی فوری تشخیص اور علاج ضروری ہے۔ یہ تحقیق جائزہ لے گی کہ نیند کی کمی (insomnia) کے لیے کیا جدید تشخیص اور علاج میسر ہیں۔

نیند کی کمی کے لیے تشخیص کا معیار:

نیند کی کمی (insomnia) کی تشخیص ایسی علامات پر ہوتی ہے جس میں نیند مشکل سے آنا، ساری رات سونے میں مسئلہ، بہت جلدی آنکھ کھل جانا شامل ہے۔ ان علامات کے نتیجے میں دن کے کام کرنے کی صلاحیت میں کمی ہوتی ہے۔ نیند

کی کمی سے دن میں کام پر عدم توجہ، تھکن، گھبراہٹ، توجہ مرکوز کرنے میں مسئلہ اور یادداشت کی کمی کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ معاشرتی، خاندانی، ملازمت اور تدریسی معاملات میں کارکردگی کی کمی بھی ہوتی ہے۔ نیند میں کمی کے باعث مزاج میں پریشانی، بہتر زندگی گزارنے کی اہلیت میں کمی اور حادثات، سے دوچار ہونے کی زیادتی بھی وجہ بن سکتی ہے۔ عام طور پر نیند کی کمی چاہے طبی یا نفسیاتی وجہ ہو اس کی علامت کو فوری طور حل کرنا چاہیے۔

اگر نیند نہ آنے کی تشخیص معیار کے مطابق ہو تو کئی تجرباتی علاج بھی میسر ہیں۔ ان میں دوائی کے ساتھ یا پھر دوائی کے بغیر بھی علاج ہو سکتا ہے۔ اس کی صحیح تشخیص اور فوری علاج کرنے سے عوام کی صحت میں نیند نہ آنے کی علامات کا موثر علاج کیا جاسکتا ہے۔ اس بیماری کے پھیلاؤ، دوسری بیماریوں کے ساتھ نیند نہ آنا اور صحت پر اس کے اثرات، افراد کے صحت پر اور ان کی زندگی کے معیار پر اثر مرتب کر سکتے ہیں۔ اس مضمون میں بہترین تشخیص اور علاج میں تحقیق کے مطابق روشی ڈالی جائے گی۔

نیند کی کمی کے لیے تشخیص معیار:

تشخیص کرنے کے لیے، سونے میں مشکل، رات میں بار بار اٹھنا اور وقت سے پہلے جاگنے کی علامات دن کی سرگرمیوں میں خلل پیدا کرتی ہے۔ دن کی سرگرمیوں میں خلل کئی طریقوں سے ظاہر ہوتی ہیں۔ کس میں تھکن، مختلف بیماریوں کی علامت کے طور پر، توجہ مرکوز کرنے میں مشکلات یادداشت میں خرابی، افراد، خاندان، پیسہ وراثہ نامی پڑھائی میں بے توجہی مزاج میں پریشانی، چڑچڑاپن، غنودگی، ضرورت سے زیادہ سرگرمیاں، بے سوچے سمجھے فیصلے کرنا، جارحیت، دلچسپی میں کمی، غلطیوں کے امکان کی زیادتی، اور نیند کے بارے میں خدشات شامل ہیں۔ سونے کے لیے زیادہ وقت ہونے، محفوظ اور اندھیرے کے باوجود نیند نہ آنا ایک بیماری بن جاتی ہے۔ DSM-5 اور ICD-3 کی تشخیصی معیار کے مطابق دائمی نیند کی کمی کم از کم تین مہینے کے دوران ہفتے میں تین سے چار مرتبہ ہونی چاہیے۔ مختصر مدت کے لیے نیند کی کمی میں تشخیص کا معیار دائمی نیند نہ آنے کے برابر ہے، لیکن اس کی مدت تین مہینے سے کم ہوتی ہے۔ اگر نیند میں خرابی کسی طبی یا نفسیاتی بیماری کی وجہ سے ہو تو مریض (insomnia) نیند کی کمی کے تشخیصی معیار پر نہیں اترتا۔ اگرچہ نیند کی خرابی کسی نفسیاتی بیماری کا واحد علامت نہیں ہے۔ پہلے یہ ہی سوچ تھی کہ یہ علامت نفسیاتی بیماری کی وجہ سے ہوتی ہے اگر نیند میں کمی کی علامت میں شدت زیادہ ہو تو اس کا فوری علاج کرنا ضروری ہے۔ اس کو ایک علیحدہ بیماری یا پھر دوسری بیماریوں کی علامت کے طور پر تشخیص کرنا چاہیے۔ ICD-3 اور DSM-5 نے نیند کی کمی تشخیص کے لیے ذیلی قسمیں مقرر کی ہیں۔ ان میں

- ۱۔ طبی بمعہ نفسیاتی مسئلے کی وجہ سے نیند نہ آنا
- ۲۔ نیند مکمل یا نامکمل ہونے کا ادراک نہ ہونا
- ۳۔ پیدائش یا اس کے فوری بعد نیند میں کمی
- ۴۔ رویے کے بگاڑ کی وجہ سے بچوں میں نیند کی کمی
- ۵۔ نفسیاتی بیماری کی وجہ سے نیند میں کمی
- ۶۔ طبی بیماری کی وجہ سے نیند میں کمی
- ۷۔ نشہ کرنے کی وجہ سے نیند میں کمی

اگرچہ نیند نہ آنے کی وجوہات کو سمجھنے میں ہمارا علم بہت ناقص ہے۔ اور مختلف قسم کی نیند کی بیماریوں کی تشخیص کافی پیچیدہ ہے۔ اسی وجہ سے نیند میں کمی کی مندرجہ بالا اقسام کو دائمی یا مسلسل نیند کی بیماری میں شامل کر دیا ہے۔ یہ تبدیلی DSM-5 کی حالیہ ایڈیشن میں درج ہے۔ نیند میں کمی کی ایک زلی قسم میں بنیادی طور دو بیماریوں کے ملاپ کی وجہ سے اضافہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد کو دائمی نیند کی کمی ہوتی ہے جس میں رات کو 6 گھنٹے سے کم نیند آتی ہے۔

اگر نیند کم ہو تو یہ فشارخون، زیا بیٹس (Type 2) اور سب سے خطرناک ذہنی ادراک کی کمی ہو سکتی ہے۔ لہذا نیند میں کمی کی بیماری آخر کار ایک الگ تشخیص بن سکتی ہے۔

آبادی کے لحاظ سے نیند میں کمی کی بیماری:

یہ بیماری بہت عام ہے۔ ہر تین میں ایک فرد پچھلے ایک سال میں نیند میں کمی شکایت کرتا ہے۔ اس کی تشخیص کی شرح 6 سے 15 فیصد ہے۔ ان اعداد و شمار میں تھوڑی سی کمی پیشی کی گنجائش ہے۔ رات میں سونے میں کمی کی شکایت کرنے والوں کی شرح کہیں زیادہ ہے۔ فرانس کی ایک بڑی آبادی 57 فیصد افراد نے نیند مشکل سے آنے کی شکایت کی۔ 53 فیصد نے سونے کے دورانیے میں کمی کی شکایت کی، 41 فیصد ایک بار آنکھ کھل جانے کے بعد نیند نہ آنے کی شکایت کی، اور صرف 19 فیصد افراد کی DSM-5 مطابق، پچھلے تین مہینے میں ہفتے میں تین دن نیند نہ آنے پر مناسب تشخیص کی گئی تھی۔

بہت سارے لوگوں کے لیے نیند میں کمی ایک مستقل بیماری ہے، 74 فیصد لوگ، ایک سال کے دوران یہ کی شکایت کرتے ہیں۔ مستقل درد کی شکایت خواتین، معمر افراد اور بہت کم نیند آنے والے لوگوں میں زیادہ ہے۔ ایک تا تین سالہ

تحقیق میں آدھے سے زیادہ شرکاء چلے گئے لیکن ان کی بیماری واپس نمودار ہونے کی شرح 27 فیصد تھی۔ موروثی وجوہات کی بنا پر 35 فیصد میں نیند کی کمی کی بیماری ہو سکتی ہے۔

خواتین میں نیند کی کمی کی علامات، مردوں کے مقابلے میں زیادہ رپورٹ ہوتی ہے۔ اور اس بیماری کی وجہ سے دن میں دشواری پیش آتی ہے۔ خواتین میں اس بیماری کی تشخیص بھی زیادہ ہوتی ہے۔ مرد اور خاتون میں نیند کی کمی کی علامات میں تناسب 1:1.4 ہے جبکہ تشخیص کا تناسب 1:2 ہے۔ دونوں صنف میں عمر کے ساتھ یہ علامات بڑھتی جاتی ہے۔

نیند کی کمی بیماری کا تعلق، کم آمدنی، کم تعلیم، طلاق اور زوجین میں علیحدگی سے ہیں۔ 50 فیصد افراد میں نیند کی کمی کے ساتھ کئی طبی بیماریاں بھی ہوتی ہیں۔ اس کا تعلق، نفسیاتی بیماری جیسے یاسیت، گھبراہٹ، صدمے کے بعد ذہنی پریشانی سے بھی ہے۔ عام طبقات سے تعلق رکھنے والوں میں یاسیت کے ساتھ نیند میں کمی بھی ہوتی ہے۔ نیند میں کمی، ذہنی بیماری کی ایک علامت بھی ہو سکتی ہے۔ جس میں یاسیت، گھبراہٹ، مزاج میں تبدیلی اور خودکشی کرنا بھی شامل ہے۔

نیند میں کمی کی تشخیص:

بنیادی علامات:

سب سے زیادہ علامات میں نیند آنے میں دشواری یا پھر نیند کے دورانیے میں کمی، جلدی نیند سے اٹھ جانا اور گہری نیند کی غیر موجودگی ہے۔ جلدی اٹھ جانا یعنی جاگنے کے اوقات سے تقریباً آدھے گھنٹے پہلے آنکھ کھل جانے میں، نیند کے خاص اوقات کی عادت، نیند کا دورانیہ اور بیماری کی علامات کی شروعات کے کچھ عناصر ہیں۔

مختلف افراد میں کئی مخصوص علامات ہو سکتی ہیں۔ نیند کے دورانیے تعداد اور شدت کے بارے میں تفصیلی معلومات لینی چاہیے۔ اور ساتھ میں یہ دیکھنا چاہئے کہ کس عمل سے نیند کی کمی ٹھیک ہو جاتی ہے۔ اس بیماری کا علم اس وقت ہوتا ہے جب معالج کسی دوسری بیماری کے بارے میں تفصیلات معلوم کر رہا ہوتا ہے۔

نیند کی کمی کی موجودہ تفصیل:

درست اور موجودہ تفصیلی علامات لینے سے صحیح تشخیص ہو سکتی ہے بلکہ موثر علاج بھی ہو سکتا ہے اس میں سونے اور جاگنے کے اوقات، عادات، رات کو جاگنا اور دن کی سرگرمیاں تفصیل شامل ہیں۔

سونے اور جاگنے کے اوقات:

بستر پر لیٹنے، سونے، رات میں آنکھ کھل جانے، صبح اٹھنے کا اور بستر سے اٹھنے کی تفصیلات معلوم کرنا بہت اہم ہے۔ نیند نہ آنے کی صورت میں مریض کی سرگرمیاں معلوم کرنا بھی ضروری ہے۔ مثال کے طور پر جب فرد سونے کے بجائے آئسکریم کھا رہا ہے یا ٹی وی دیکھ رہا ہے تو یہ جاگے رہنے کے لیے مثبت سوچ بنا رہا ہے جو کہ نقصان دہ ہے۔ اس رویے کو ہدف بنا کر ختم کرنا چاہیے۔ سونے اور جاگنے کے اوقات کی تفصیل جس میں ملازمت، اسکول، چھٹیوں اور سیر و تفریح کے اوقات شامل ہوں۔ ان میں بڑی بے ترتیبی (Circadian rhythm disorder) جیسی بیماری کا باعث بن سکتا ہے۔ جس کا علاج ضروری ہے۔ کیا مریض دن کے وقت کچھ دیر سوتا ہے؟ اگر دوپہر کو دیر سے سوتا ہے تو رات میں سونے کی خواہش نہیں رہے گی۔ کیا سوتے میں خراٹے لیتا ہے؟ یا پھر ٹانگیں ہلاتے ہیں؟ یہ علامات دوسری بیماریوں کی نشاندہی بھی ہو سکتی ہے۔

ساتھ میں سونے والے فرد سے بھی ضروری معلومات لی جاسکتی ہے۔ اگر مریض شکایت کرے کہ اس کو ساری رات نیند نہیں آتی تو اس کے ساتھ سونے والے ساتھی اکثر یہ بتاتے ہیں کہ وہ لمبے وقت کے لئے سوئے تھے۔ جو کہ نیند کے بارے میں ادراک میں کچھ فرق ہے۔

دن میں خراب کارکردگی:

دن میں کاموں میں خراب کارکردگی بیماری کی علامت ہے اور اس کی فوری تشخیص ضروری ہے۔ اس بیماری کی وجہ سے زندگی گزارنے کے معیار میں کمی، یادداشت کے بارے میں خدشات، تھکن اور مزاج میں تبدیلی ہوتی ہے۔

3P سانچہ:

3P سانچا ایک رویہ کو جانچنے کا پیمانہ ہے۔ اس سے معالجین کو سونے کی تفصیلات جاننے میں مدد ملے گی۔ اس سانچے سے یہ پتہ چلتا ہے کہ بعض افراد میں نیند کی کمی کیوں ہوتی ہے اور ایک عارضی مسئلہ، دائمی بیماری کیسے بن جاتا ہے۔ یہ 3P پر مشتمل ماڈل مندرجہ ذیل نکات کو نمایاں کرتا ہے۔

وہ عوامل جو کہ فرد کو نیند میں کمی کی بیماری کی طرف لے جاتا ہے۔

وہ عوامل جو مختصر مدت کے لیے نیند میں کمی کا باعث بنتی ہے۔

وہ عمل جس کی وجہ سے عارضی بیماری مستقل علالت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔

وہ عوامل جو موروثی/خصلتی طور پر ممکن ہے، وہ جسمانی/طریقے اور ادراک کو مزید ابھاردیتے ہیں۔ پریشانی کی وجہ سے جب یہ عوامل بڑھتے ہیں تو نیند کی کمی کا سلسلہ شروع ہو جاتا ہے۔ جو کہ عموماً پریشانی کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ لیکن بعض دفعہ مثبت عوامل جیسے کہ شادی، کسی قریبی شخص کی موت یا ریٹائرمنٹ جیسے وجوہات بھی ہوتے ہیں۔ یہ عوامل اگر زندگی میں موجود رہے تو نیند کی کمی کا سلسلہ چلتا رہے گا۔ چاہے وہ واقعہ یا مسئلہ ختم ہی کیوں نہ ہو گیا ہوں۔ ان میں روئے اور سوچنے کے انداز میں عارضی آرام لمبے عرصے کے لیے نقصان دہ ہے۔ جیسے کہ بستر پر زیادہ وقت گزارنا یا پھر دن کی سرگرمیوں میں کمی وغیرہ۔

پچھلی طبی تفصیلات:

نیند کی کمی کا تعلق کئی جسمانی اور نفسیاتی عارضے کے ساتھ ہے۔ یہ ایسا رشتہ ہے جو دونوں جانب جاسکتا ہے۔ اس تعلق کی وجہ سے جسمانی اور نفسیاتی مسائل نیند کی کمی کو بڑھا سکتے ہیں۔ ذہنی بیماریوں کے ساتھ جسمانی بیماریاں جیسے کہ پھیپھڑوں، دل، معدے، ہارمونز، دماغی ہڈی اور پٹھوں، تولیدی اعضا اور مثانے وغیرہ کی بیماریوں کی وجہ سے بھی نیند اڑ سکتی ہے۔ یہ ضروری ہے کہ نیند میں کمی کا علاج کرنے کے ساتھ دیگر جسمانی بیماریوں کو بھی توجہ دی جائے۔

ادویات:

کئی ادویات نیند پر اثر انداز ہوتی ہیں۔ نیند کی کمی کے لئے عام دکانوں پر اور نسخے کے ذریعے دستیاب ادویات کی تفصیلی اور واضح فہرست ہونی چاہئے۔ ردیاسیت کی مختلف ادویات، SNRI, SSRI اور MAOI,s نیند میں کمی یا زیادتی کر سکتی ہیں۔ اسی لئے مریض دوائی کو لینے کے لئے اوقات تبدیل کر سکتا ہے۔ بعض الرجی کی ادویات میں متحرک کرنے والے اجزاء ہو سکتے ہیں۔ جو نیند پر اثر ڈالتے ہیں۔ شراب، Benzodiazapines اور افیون کو چھوڑنے سے بھی نیند کم ہو سکتی ہیں۔ دوسری پھیپھڑوں کی بیماری میں دی جانے والی Albuteral اور Theophylline سے بھی نیند اڑ جاتی ہے۔ بعض اوقات فشارخون کی ادویات دماغ میں Melatonin کی مقدار کم کر دیتا ہے۔ ان ادویات سے نیند پر اثر کئی تحقیقات میں ثابت ہے۔

معاشرتی تاریخ:

نیند کے مسئلہ کے ساتھ پیشہ ورانہ ذمہ داریوں کی انجام دہی بھی ایک چیلنج ہے۔ اکثر دن میں آلودگی کی وجہ سے گاڑی چلانے والوں کو جاگے رہنے میں مشکل ہوتی ہے۔ کام اور اسکول کے اوقات بھی اہم ہیں۔ اوقات کار میں تبدیلی، بار بار سفر کرنا اور زیادہ وقت کام کرنا، نیند پر اثر کرتا ہے۔ نکوٹین، کیفین اور الکوحل کا استعمال بھی ایک وجہ ہے۔

امتیازی تشخیص:

نیند کی کمی کی تشخیص کے چار معیار ہوتے ہیں۔

نیند آنے میں سونے کے دورانے میں کمی۔ نیند کے لئے وقت کی دستیابی کے باوجود دن میں کام کرنے میں مشکل۔ اگر کوئی شخص 7 سے 8 گھنٹے معمول کے مطابق نیند نہ لیں پھر بھی دن کے ساری سرگرمیاں برقرار رکھ سکے تو وہ مختصر مدت کے لیے سونے والا کہلائے گا۔ اگر کسی شخص کے پاس سونے کا وقت نہیں ہے اور ساتھ ہی ان کی سرگرمیاں بھی متاثر ہوں لیکن جب وقت ملے تو سو جائیں۔ یہ کم نیند کے مسئلہ کو موقع دینے کے مترادف ہیں۔

دوسرے اقسام کی بیماریوں میں جس کے ساتھ نیند کم آنے کی علامات بھی شامل ہو۔ ان میں ٹانگوں میں بے چینی متواتر ٹانگوں کو حرکت دینے، رات میں آکسیجن کی رکاوٹ کی وجہ سے نیند میں خلل شامل ہیں۔ سونے اور جاگنے کے اوقات، ماحول روزانہ کے معمولات سے میل نہیں کھاتے ہو چھٹیوں یا تفریح کے دوران یہ دیکھا جاسکتا ہے کہ سونے اور جاگنے کے کیا اوقات ہے اور روزانہ کے معمول میں کام یا اسکول کے دنوں کے سونے اور جاگنے کے اوقات میں کیا فرق ہے۔ اگر آدھی رات میں تین بجے سے لے کر صبح دس بجے تک سو کر فرد کی نیند پوری ہو رہی ہیں۔ اور وہی فرد رات کو بارہ بجے سو کر صبح سات بجے اٹھنے کی توقع کرتا ہے۔ لیکن کئی گھنٹے نیند کے انتظار میں لگا دیتا ہے۔ یہ دیر سے سونے اور اٹھنے کی ایک بیماری بھی ہو سکتی ہے جس میں انسان کی اپنی طبی گھڑی میں گڑبڑ ہو اور اس کے علاج میں توجہ دینے کی ضرورت ہے۔ ٹانگوں میں بے چینی، ٹانگوں کو متواتر ہلانے سے سکون ملتا ہے۔ اس کی شروعات غیر معمولی احساس سے ہوتی ہے، یہ بے چینی عموماً دن کے اختتام پر یا پھر آرام کرنے کے وقت ہوتی ہے اس بیماری میں سونے میں دشواری بھی ہو سکتی ہے۔ یہ معلوم کرنا چاہیے کہ آیا یہ علامت بیماری کا حصہ تو نہیں ہے ورنہ اس کا فوری علاج ہونا چاہئے سونے کے دوران آکسیجن کی کمی کی وجہ سے سونے میں خلل مردوں کے مقابلے میں خواتین میں زیادہ ہوتی ہیں۔ خراٹوں، بار بار آنکھ کھلنا، سانس نہ آنے کی وجہ سے اٹھ جانا کے بارے میں بات کرنی چاہیے اگر تشویش کی بات ہے تو فوراً POLYSOMNOGRAPHY کرانا چاہیے۔

نیند کی خرابی کی تشخیص کے طریقہ کار:

نیند کی ڈائری

نیند کی ڈائری مریض تحریری طور پر مرتب کرتا ہے، کم از کم مسلسل دو ہفتے کے لیے جس میں ساری تفصیلات بشمول بستر پر جانے، نیند آنے، بتیاں بند کرنا، نیند کا دورانیہ، درمیان میں اٹھنے، اپنے بستر سے اٹھنا، دن میں سونے کے دورانیہ، سونے کی مدت کا ذہن میں تصور اور بعض اوقات معیاری اور گہری نیند کی تفصیلات کا اندراج ہوتا ہے۔ یہ نیند میں کمی کی تشخیص کے لئے ایک لازمی جزو ہے۔ نیند میں کمی کی خاص خصوصیات علم میں آجانے کے بعد عادات کو بدلا جاسکتا ہے اگر circadian disorder ہے تو نیند کی ڈائری اس بیماری کی تشخیص کے لئے نہایت موثر ہے۔

جاگنے اور سونے کی نگرانی والا آلہ:

ایک آلہ ہے جو کہ کلائی پر گھڑی کی مانند پہنی جاتی ہے اس میں حرکات کو ریکارڈ کیا جاتا ہے جس کی مدد سے سونے اور جاگنے کے اوقات کا اندازہ لگایا جاتا ہے یہ آلہ اطمینان بخش اور معتبر ہے polysomnography ایسا ٹیسٹ ہے جو سونے کے دوران ان دماغ کی لہریں جو خون میں آکسیجن کی فراہمی دل کی دھڑکن سانس کے علاوہ آنکھوں اور ٹانگوں کی حرکات کو نوٹ کرتی ہے یہ ٹیسٹ ان لوگوں کے لئے اچھا ہے جو لمبے وقت کے لئے سوتے ہیں لیکن بار بار یا نیند سے اٹھ کر چلنے پھرنے والوں کے لیے سود مند نہیں ہے اس آلے کے ساتھ حساس روشنی ہوتی ہے جو بتی بند کرنے سے لے کر نیند آنے کے دوران بیدار رہنے کو دیکھتی ہے۔ نیند کی جانچ کے لیے نہیں ہے لیکن اگر مریض کے سونے اور جاگنے کی معلومات مستند نہ ہو تو اس سے اندازہ لگایا جاسکتا ہے۔

ذاتی نگرانی کا آلہ:

یہ ایک آلہ ہے جو مارکیٹ میں دستیاب ہے یہ نیند کی پیمائش کرتا ہے ہلکی اور گہری نیند میں فرق معلوم کرنے کے لیے یہ آلات زیادہ تعداد میں دستیاب ہیں اس کی کارکردگی کے بارے میں ابھی تک کوئی تحقیقات موجود نہیں ہے۔ محدود معلومات کے مطابق یہ آلات ضرورت کے مطابق نیند لینے اور نیند میں تاخیر صحیح سے ریکارڈ نہیں کرتے یہ نیند کے دوران بیدار رہنے اور متعلقہ معلومات کو ریکارڈ کرنے کے لئے مستند نہیں ہے۔

لہذا یہ علاج تشخیص کے لئے مناسب نہیں سمجھے جاتے، ان آلات کو تفصیلی جانچ اور پرکھ کر ہی کوئی فیصلہ کیا جاسکتا ہے

یہ آسان ہے اور عوام میں اس کی مانگ اور دلچسپی زیادہ ہے، اس سے اندازہ لگایا جاسکتا ہے کہ مستقبل میں تشخیص اور علاج میں یہ ٹیکنالوجی کتنی ترقی کرتی ہے۔

Polysomnography نیند کا مطالبہ:

یہ نیند اور جاگ میں فرق کرنے میں کارآمد بن سکتا ہے ہے یہ نیند کی کمی میں تشخیص کے لئے مناسب نہیں ہے جو عموماً مریض خود ہی بتاتا ہے پولی سمنوگرافی کے ذریعے نیند کی کمی کا اندازہ عام طور پر نہیں لگایا جاسکتا ہے۔ تقریباً 40 فیصد افراد میں نیند کی کمی تشخیص نہیں پائی گئی لیکن یہ آلہ رات میں آکسیجن کی کمی یا ٹانگوں میں بے چینی کی علامت کو تشخیص سے علیحدہ کرتی ہے اس کی کمی کی تجویز اسی وقت دی جاتی ہے جب رات میں آکسیجن کی کمی یا پھر دوائیوں کے بعد ٹھیک نہ ہو۔

سوالنامہ:

ایسا ایک سوالنامہ موجود ہے جو نیند کی کمی کا جائزہ لے سکتے ہیں، ہر نیند کی جانچ کرنے والے کلینک میں Epworth نیند کی جانچ والا سوالنامہ ہر مریض سے پرکرایا جاتا ہے خاص طور پر ایسے افراد جو دن میں گاڑی چلاتے وقت غنودگی کا شکار ہو جاتے ہیں یا پھر وہ لوگ جو بھاری مشین گنوں کے ساتھ کام کرتے ہیں۔ The Insomnia Severity Index عام طور پر تحقیقات میں نتیجہ اخذ کرنے کے لئے استعمال ہوتا ہے غیر معقول عقائد اور نیند کے بارے میں رویے کی معلومات کا جانچنے سے بہتر علاج کی امید ہے، Pittsburgh sleep quality index بھی مریض کے دیے گئے معلومات سے اکٹھی کر کے نیند کے معیار کو جانتی ہے۔

نیند کا انتظام:

جب نیند کی کمی کی تشخیص کی جاتی ہے تو علاج شروع کرنے کے کئی راستے ہیں۔ ان کا شمار بغیر ادویات یا پھر گفتگو برائے علاج ہوتا ہے آگے ہم اس طریقہ علاج کا جائزہ لیں گے موجودہ تحقیقات کے ثبوت سے اخذ کیا گیا نتیجہ پر غور کریں گے آگے اور علاج کے مؤثر یا غیر موثر ہونے کا اندازہ لگائیں گے۔

بغیر ادویات کے علاج:

بغیر ادویات کے علاج کے کئی طریقے ہیں کچھ ایسے طریقے ہیں جو کہ پرکھنے کے علاوہ نیند کی کمی کے علاج کے لیے استعمال کیے گئے ہیں کچھ علاج بغیر ادویات کے موجود ہیں۔ ادراک اور رویے کی رہنمائی کے علاج آج ثبوت پر مبنی ہے اس کا استعمال بہت زیادہ ہے اور نیند کی کمی میں علاج کے طور پر یہ تھراپی موثر بھی ہے امریکہ کالج برائے معالجین کے ادارے نے اس علاج کو بالغ افراد کی نیند کی کمی کے لیے بہترین قرار دیا ہے ہے یہ علاج موثر ہے اور علاج کے بعد لمبی مدت کے بعد بھی اس کے مثبت اثرات رہتے ہیں۔ ادویات سے علاج کے مقابلے میں CBT میں مضر اثرات نہیں ہے CBT عموماً 4 سے 7 ملاقاتوں میں مکمل کی جاتی ہے یہ واضح نہیں ہے کہ بہترین نتائج کے لیے کتنی ملاقاتیں ہونی چاہیے ماہرین کا خیال ہے 4 ملاقاتوں سے کم میں CBT مکمل نہیں ہوتی ہے۔

CBT کے تعلیمی جزو:

زیادہ تر مریض سونے کے لئے رویوں اور اقدامات سے بے خبر ہیں جیسے کہ سونے کے لئے کمرے میں اندھیرا، خاموشی اور مناسب درجہ حرارت ضروری ہے۔ مریضوں کو آگاہی دیں کہ سونے سے پہلے caffeine, nicotine اور شراب نہ لی جائے۔ اسی طرح نیند سے 4 سے 5 گھنٹے پہلے ورزش سے بھی اجتناب کریں اس کے علاوہ سونے سے تھوڑی دیر پہلے اپنے معمولات میں کمی لائیں۔ متحرک سرگرمیاں نہ کریں تیز روشنی کمپیوٹر اسکرین اپنے جسم کے اندر نظم و ضبط سب کو خراب کر سکتی ہے۔

CBT کا رویہ والا جزو:

متحرک رویہ پر قابو پانا۔ نیند میں کمی کی تشخیص میں دیکھا گیا ہے کہ کئی عادات ہوتی ہیں بستر کے ساتھ اگر متحرک سرگرمیاں، ڈر خوف، گھبراہٹ اور مایوسی سے مشروط ہو تو نیند آنے میں مشکل ہوتی ہے۔ اس حالت کو بدلنے کے لیے مریض کو ہدایت دی جاتی ہے کہ سونے والے کمرے سے نکل جائیں، اگر نیند نہ آرہی ہو، کہیں اور خاموشی سے بیٹھ جائیں۔ یہاں تک کہ نیند کے جھونکے آنے لگے۔ اسی طرح ہدایت دی جاتی ہے کہ سونے کے کمرے میں نیند آنے تک نہ جائیں سونے کا کمرہ صرف نیند اور مباشرت کے لیے ہونا چاہیے۔ اس کا مطلب ہے کہ کوئی بھی سرگرمی بستر پر نہیں کرنی چاہیے، آپ مریضوں کو مشورہ دیا جاتا ہے کہ صبح ایک ہی وقت پر جاگنا اور سونا چاہیے اور اٹھنے کے پندرہ منٹ بعد بستر

سے اٹھ جائیں۔

نیند میں پابندی:

نیند کی کمی کی ایک وجہ بستر پر زیادہ وقت گزارنا ہے۔ سطحی طور پر یہ احساس ہی لگتا ہے کہ نیند آنے کے لیے بستر پر لیٹا جائے لیکن بد قسمتی سے بستر پر زیادہ رہنے سے دماغ متحرک اور نیند ٹوٹ کر آتی ہے۔ اس کو عملی جامہ پہنانے کے لیے کم از کم ایک ہفتے نیند (دو ہفتے ترجیح ہے) ڈائری لکھی جائے۔ مقصد یہ ہے کہ فرد کا بستر پر رہنے کا وقت کم کیا جائے۔ اس طرح نیند اور جاگنے کا درست ریکارڈ رکھا جاسکتا ہے۔ مثال کے طور پر نیند کا دورانیہ 6 گھنٹے کا ہے لیکن بستر پر 9 گھنٹے رہے ہیں (سونے کا وقت 9 بجے اور جاگنے کا وقت صبح 6 بجے) نئے اوقات کے مطابق بستر پر چھ گھنٹے سونے کی عادت ڈالنی ہوگی۔ یہ اہم ہے کہ مریض تجویز کردہ وقت اور نیند آنے کی ہی صورت میں بستر پر جائے، حفاظت کے طور پر دن میں غنودگی اور نیند سے چھٹکارا پانے کے لیے کم از کم پانچ گھنٹے کی نیند ضروری ہے یہ دورانیہ تحقیق سے بھی ثابت ہے۔ نیند میں پابندی، نیند کی کمی کے ساتھ اور بیماری بڑھنے کا خدشہ ہو سکتا ہے مثال کے طور پر نیند کی پابندی نہ کرنے سے دورے پڑنا، تکلیف کی حساسیت بڑھ جاتی ہے، مزاج میں تغیر اور مزاج میں تیزی آ جاتی ہے۔

مریض کو ہدایات دی جاتی ہے کہ علاج کے دوران اپنی نیند کی ڈائری کو جاری رکھیں ان کے بستر پر وقت گزارنے کے حوالے سے CBT کے دوران مشاورت کرنی چاہیے یہ مشاورت ہر ایک سے دو ہفتے میں ہونی چاہیے نیند کی ڈائری سے معالجین کو نیند آنے اور اس کا دورانیہ تجزیہ کرنے میں مدد ملے گی، نیند کے دورانیہ اور معیار 85% فیصد ہونا چاہیے، یہ معیار ایک اچھی نیند کی نشاندہی کرتی ہے۔ ایک بار جب نیند کا مناسب دورانیہ اور گہری نیند کی عادت ہو جاتی ہے۔ تو معالجین رات کو سونے کے وقت میں 15 منٹ کی تبدیلی کر دیتے ہیں۔ اور اس کے ذریعہ مریض کے نیند پر نظر رکھتے ہیں نیند کے دوران حرکت کا بھی مشاہدہ کرتے ہیں جس سے دن میں غنودگی اور رات کو اچھی نیند کے محرکات دیکھے جاتے ہیں، نیند کی پابندی کی مشق CBT کا ایک جز ہے لیکن اس کی پابندی بہت سے لوگ نہیں کر پاتے اگر مریض نیند اور جاگنے کے اوقات میں پابندی نہ کر سکے تو sleep compression کا طریقہ اختیار کیا جاتا ہے اس طریقے میں بستر پر گزارنے کا وقت آہستہ آہستہ کم کیا جاتا ہے ایک مدت کے بعد مریض تجویز کردہ اوقات اختیار کر لیتا ہے اس طرح سے اوقات پر عمل کرنا آسان ہو جاتا ہے، خاص طور پر ان لوگوں کے لئے بہت اچھا رہتا ہے جن کو نیند نہ آنے کے تصور سے گھبراہٹ ہوتی ہے۔

سکون اور متضاد ارادے:

اس طریقہ کار میں سکھایا جاتا ہے کہ نیند کے اوقات سے فوراً پہلے ایسے رویے اور ترکیبیں سکھائی جاتی ہیں جو بار بار آنکھ کھلنے میں کمی کر سکے۔ ذہنی سکون کے لیے مختلف طریقے ہیں ہے جس میں گہرا سانس لینا، عضلات کا تناؤ اور ڈھیلے کرنے کی مشق اور باغ میں سکون کا تصور کرنا ہے۔ تنازعہ خیال ہے کہ اگر نیند نہ آنے کے تصور سے گھبراہٹ ہوتی ہے تو اس میں کمی کی وجہ سے نیند آنے میں بہتری آئے گی، اس میں مریضوں سے جہاں تک ممکن ہو جائے گی کی کوشش کرنے کی ہدایت دی جاتی ہے جس کی وجہ سے گھبراہٹ میں کمی اور نیند آنے میں آسانی ہو جاتی ہے۔

CBT کا ادراکی جزو:

عقائد کی خرابی اور سوچ کے حوالے سے علاج کے دوران مشاورت کی جاتی ہے، معالج کے لیے ضروری ہے کہ نیند سے متعلق اندیشوں پر توجہ دی جائے کیونکہ ان کی وجہ سے غلط رویے نیند میں کمی پیدا کرتے ہیں۔ نیند کے بارے میں غیر حقیقی امیدیں اور نیند نہ آنے کی صورت میں تباہ کن نتائج بھی پریشانی کا سبب ہوتی ہیں یہی پریشان کن خیالات کو قابو میں لانے کے لیے مریض کی نیند کے معاملات پر توجہ دینی ہوگی ایک مریض کا یہ خیال ہے کہ نیند کی کمی کی وجہ سے وہ اپنی دن کی کی ملازمت میں صحیح توجہ نہیں دے سکے گا تو معالج اس کو مثالیں دے کر سمجھا سکتا ہے کہ دن میں ملازمت توجہ رات میں نہ سونے کے باوجود ڈھیک رہی تھی۔

ایک طریقہ علاج آج "تعمیری پریشانی کی مشق" ہے اس میں مریض سے کہا جاتا ہے کہ کون سے ایسے مسئلے ہیں جو نیند میں رکاوٹ کا باعث ہے ہر مسئلے کے ساتھ مریض کو اس کا حل بھی تجویز کرنا ہے۔ یہ تحریری مشق ایک طرف رکھ دیا جاتا ہے۔ اگر مریض رات میں اٹھے تو وہ اپنے آپ کو یاد دلا سکتے ہیں کہ انہوں نے اس مسئلے کا حل سوچ لیا تھا لہذا آدھی رات میں اس کے بارے میں پریشان ہونے کی ضرورت نہیں ہے۔

CBT کے موثر ہونے کا ثبوت:

کئی تجربوں کے جائزے سے یہ پتہ چلا کہ مشاورت کی یہ قسم موثر ہے۔ اکھٹی کی گئی معلومات کے مطابق CBT-1 ان مریضوں کے لیے موثر ہے جن کو نیند کی کمی کے ساتھ دوسری ذہنی بیماریاں بھی ہو CBT مریض کی سوچ میں مثبت تبدیلی

لا سکتی ہے۔ CBT جسمانی بیماریوں کے مقابلے میں ذہنی بیماریوں کیلئے زیادہ کارآمد ہے۔

CBT سے مشاورت کے کئی اشکال ہیں، اس میں انفرادی طور پر آمنے سامنے گروپ کی شکل میں اور برقی بات چیت کے ذریعے مشاورت کی جاتی ہے ہے اس کے علاوہ اپنی مدد آپ کی معتبر کتابیں اور ویڈیوز بھی بنائی گئی ہیں جو کہ مریض کو اپنا علاج خود کرنے کی سہولت دیتی ہے، عام طور پر CBT کے تمام طریقے موثر ہیں۔ کچھ تصدیق شدہ معلومات سے واضح ہوتا ہے کہ ایک مریض اور ایک معالج کے ساتھ مشاورت سب سے زیادہ مؤثر ہے برقی بات چیت کے ذریعے اپنے رویوں کے ادراک کی (digitally delivered CBT) مشاورت بھی آمنے سامنے CBT کی طرح کے نتیجے دیتی ہے مگر بعض پیچیدہ حالات میں آمنے سامنے کی مشاورت زیادہ بہتر ہے۔

ادویات سے علاج:

نیند کی کمی والے مریضوں کے لیے نیند کی کئی ادویات کی تحقیقات ہوئی ہے، یہی دوا اور نقلی دوا کا آپس میں موازنہ بھی ہوا (جو تصویر 2 میں واضح ہیں) نیند کی کمی کے علاج کے لیے زیادہ استعمال ہونے والی ادویات زیادہ موثر ثابت نہیں ہوتی ہے۔ (جو کہ تصویر تین میں واضح ہیں) اس جگہ ہم تمام نیند کی ادویات کی خصوصیات جانیں گے جس میں (Benzodiazepines, Z-Drugs, Melatonin receptors agonist, antipsychotics, Selective Histamine H-1 Antagonist, Orexin Antagonist, Antidepressants, Anticonvulsants, Non-Selective Antihistamine) دور کی ادویات شامل ہیں اور موجودہ ثبوت پیش کریں گے جس کے پر اثر اور محفوظ ہونے کی وجہ دی جاتی ہے۔

:Benzodiazepines

یہ ادویات کا ایسا مرکب ہے جس میں مالیکولی ساخت یکساں ہیں، ان میں نیند کا اثر ہوتا ہے، اس کے اثرات میں نیند میں گھبراہٹ میں کمی، دورے میں ٹھہراؤ اور عضلات میں نرمی شامل ہیں ہے۔ تحقیقات میں اصلی اور نقلی ادویات میں موازنے کے دوران دیکھا گیا کہ Temazepam, Flurazepam, Triazolam, Quazepam, Estazolam میں نیند آنے اور برقرار رہنے کا اثر ہے جبکہ Temazepam میں نیند کے دورانے پر اچھا اثر پڑتا ہے۔ (Table 2) پہلے پر خیال کیا جاتا تھا کہ لمبے عرصے کے استعمال یا تو ان کا اثر کم ہوتا جاتا ہے یا پھر ان کو بند کرنے

سے طبیعت خراب ہونے لگتی ہے ابھی تک اس خیال کو کسی تحقیق کے بل کے طور پر قبول نہیں کیا گیا تھا، جیسے اعداد و شمار دستیاب ہوتی گئی یہ بات عیاں ہوگئی کہ ان ادویات کی لمبے عرصے تک استعمال سے عادت نہیں پڑتی۔

تاہم بہت کم ادویات کا طویل عرصے تک تحقیق کی گئی ہے جس میں یہ پتہ چلا ہے کہ بہت کم افراد ان ادویات کے عادی ہوتے ہیں، یہ خاص طور پر benzodiazepines کے لیے درست ہے۔ سب سے لمبی تحقیق روزانہ نیند کی دوائی Temazepam پر کی گئی جہاں پر عادت ہونے کے حوالے سے مشاہدہ نہیں کیا گیا۔ 2-4 ہفتے کی تحقیق میں Triazolam (تین آزمائش) اور Flurazepam کے ساتھ انجام دیئے گئیں ابھی آزمائش میں ان ادویات کی عادت پڑنے کے کوئی ثبوت نہیں ملے، دوائی کی خاص مقدار کے منفی اثرات ہو سکتے ہیں اور یہ دماغ کے مرکزی اعصابی نظام کی کارکردگی کو کم کر سکتے ہیں جس میں نیند آنا، دماغی نظام سے جسمانی حرکات کی طرف پیغامات میں تعطل ہے آبادی کا ایک چھوٹا گروہ اس کا غلط استعمال کر سکتا ہے گھبراہٹ کے ساتھ درد کی شکایت کے لیے یہ سکون والی ادویات مثبت اثر دکھاتی ہے، یہ ادویات نیند کے لیے موثر ہے اس کا ایک منفی پہلو یہ ہے کہ کئی نیند کی ادویات ایک ساتھ لینا شروع کر دی جائیں یا پھر ان کے غلط استعمال ہو رہی ہو، جن کی وجہ موروثی بھی ہو سکتی ہے۔

Z ادویات:

ایسی ادویات کا مرکب ہے جو benzodiazepines کی طرح کام کرتا ہے لیکن ان کا کیمیائی ڈھانچہ مختلف ہے کچھ ثبوت کے مطابق یہ کیمیائی اجزاء benzodiazepines سے مختلف ہے اور ان کا اثر GABA-A کے رد عمل کی وجہ سے محدود ہوتا ہے جس کے نتیجے میں یہ دوائی کم اثر کرتی ہے، ایسا تجزیہ (Double Blind) جس میں حصہ لینے والے افراد کو اور معالجین کو تحقیق کے ختم ہونے کے بعد پتہ چلتا ہے کہ کیا علاج ہوا تھا اس کے علاوہ placebo controlled کا مطلب ہے کہ اصلی اور بے اثر گولیوں کا موازنہ کیا جاتا ہے، اس تحقیق کے مطابق Zaleplon اور Zolpidem جو کہ آہستہ آہستہ خون میں شامل ہوتی ہے، نیند کے آغاز کرنے کے لیے موثر ہے۔ Zolpidem کے لئے موثر ہونے کے ساتھ ساتھ نوجوانوں میں نیند کو برقرار رکھنے میں مشکلات کرتی ہیں، لیکن معمر افراد کو نیند کے آغاز کرنے میں آسانی ہوتی ہے۔ (Table 1+2) benzodiazepines کے مقابلے میں Z ادویات کے بارے میں طویل مدتی علاج کا زیادہ مواد موجود ہے، دو تحقیقات میں ESZOPICLONE اور ZOLPIDEM میں تسلسل کے استعمال کے باوجود ان کی عادت نہیں پڑتی۔ ممکنہ منفی اثرات دونوں ادویات کی ایک جیسی ہے۔

Zdrugs میں موجود اجزاء چونکہ محدود اثر رکھتے ہیں لہذا یہ Benzodiazepines کے مقابلے میں تسلسل کے ساتھ گھبراہٹ یا درد کے لئے موضوع نہ ہوں۔ یہ ہی حقیقت ZOLPIDEM جو کہ لمبے وقت کیلئے خون میں آہستہ آہستہ جذب ہوتی ہے۔ ان کے علاج سے درد، گھبراہٹ، یاسیت اور اس کے ساتھ نیند کی کمی کے لئے موثر ہے۔

BENZODIAZEPINES کی طرح یہ اجزاء دوسری ادویات کے مقابلے میں نیند میں مدد کرتے ہیں لیکن جن لوگوں میں موروثی طور پر دوائیں کا نشہ کرنے کا امکانات ہیں۔ ان کے لئے ان ادویات کا استعمال پیچیدگی کا باعث بن سکتا ہے۔

(MELATONIN RECEPTORS AGONIST):

یہ ایک ایسا مادہ ہے جو کسی بھی جسمانی عمل کے آغاز کرنے کے نتیجے میں رد عمل کو نیند کے علاج کے طور پر استعمال ہوتا ہے۔ اس میں Melatonin اور RAMELTEON شامل ہیں۔ Melatonin ایک ہارمون ہے جو کہ اکثر لوگ نیند کے لئے لیتے ہیں۔ قدرتی طور پر یہ ہارمون دماغ میں غدود سے اندھیرا ہونے کے ساتھ خارج ہوتا ہے۔ یہ MT1 اور MT2 کے ساتھ جڑ جاتا ہے یہ ابھی معلوم نہیں ہے کہ یہ کیسے نیند پر اثر انداز کرتا ہے۔ نیند کے علاج کے لئے یہ معلوم نہیں ہے کہ کتنی مقدار نیند میں مدد کرتی ہے۔

ایسے کچھ معلومات نہیں جس سے نیند آنے کے لیے کوئی خاص مقدار مقرر کی جاسکتی ہو۔ نیند آنے کا انحصار دن یا رات کسی بھی وقت بھی ہو سکتی ہے کبھی اس کا اثر تین سے چار گھنٹے بعد بھی ہوتا ہے، کئی ایسی تحقیقات ہو چکی ہیں جس میں نیند کے لیے Melatonin کی مقدار دوا لینے کے اوقات اور مختلف افراد میں اس کے اثر ہونے کا وقت نوٹ کیا گیا ہے، کچھ تحقیقات میں اس کی افادیت بچوں میں اعصابی بیماریوں میں دیکھا گیا ہے اس کے ساتھ یہ دوا بہت محفوظ سمجھی جاتی ہے۔ Melatonin کا سب سے منفی اثر سردی ہے اس کے رد عمل میں دیر سے نیند اور دن میں غنودگی ہو سکتی ہے اس کی عادت نہیں پڑتی اس لیے یہ ان افراد کو دی جاتی ہے جن میں نیند کے ادویات کے عادی ہونے کا خطرہ ہو۔ یہ تولیدی عمل والے ہارمونز میں توازن رکھتا ہے اور اس کے زیادہ استعمال سے ایک رائے کے مطابق بچے پیدا کرنے کی صلاحیت میں کمی آ سکتی ہے لہذا بعض افراد کو Melatonin سے اجتناب کرنے کی ہدایت کی جاتی ہے تاکہ حمل میں رکاوٹ نہ ہو۔

Melatonin کی طرح Ramelteon بھی MT1 اور MT2 پر جسم میں کسی بھی عمل کے ابتدا کرنے کے لئے استعمال ہوتا ہے، اس عمل کو AGONIST کہتے ہیں ایسا مادہ کہیں زیادہ موثر ہوتا ہے جس میں Melatonin بھی موجود

(Double Blind) یعنی خفیہ تحقیق جس میں اصل دوا بمقابلہ بے اثر دوا کا موازنہ کیا جاتا ہے، اس میں یہ پتہ چلتا ہے کہ Doxepin بھی اسی طرح نیند کی بحالی کے لیے اچھا کام کرتی ہے مگر نیند کے دورانیے کو برقرار رکھنے میں کوئی خاص اثر نہیں کرتی ہے۔ نیند کے علاج کے لیے ردیاسیت کی ادویات ہر فرد پر مختلف اثرات رکھتی ہے زیادہ تر دن میں غنودگی اور (Orthostatic Hypotension) حرکت کرنے پر فشارخون کم ہونے کی علامات ہو سکتی ہے۔ ردیاسیت کی دوا Doxepin (25-50mg) اور Amitriptyline کے منفی اثرات میں منہ کا سوکھنا، قبض، آنکھوں میں دھندلا پن، پیشاب پر کنٹرول، ادراکی صلاحیتوں میں کمی، دل کی دھڑکن میں بے قاعدگی، بھوک میں اضافے اور وزن بڑھنا شامل ہے۔ Mirtazapine کا سب سے اہم منفی اثر زیادہ نیند، بھوک میں اضافہ اور وزن کا بڑھنا ہے۔ TRAZODONE کا اہم منفی اثر زیادہ نیند، (ORTHOSTATIC HYPOTENSION) جسمانی حرکت سے فشارخون میں کمی اور (priapism) ہے۔

ان میں سے کوئی دوا مریض کو اس کا عادی نہیں بناتی۔ اسی لیے یہ ان مریضوں کے لیے موزوں ہے جن میں دوائی کی عادی ہونے کا خطرہ زیادہ ہے۔ یہ ان لوگوں کے لیے بھی مناسب ہیں جن کو عمومی علاج سے فائدہ نہیں ہوتا ہے یا پھر مزاج، گھبراہٹ اور درد وغیرہ کی علامات رکھتے ہوں، Doxepin اور Amitriptyline کے ساتھ علاج کرنے کے لئے ایسے مریض جن میں اعصابی، ادراک کی کمی کے امکانات ہوں، پیشاب روکنے میں مسئلہ ہو یا پھر GLAUCOMA کے امکانات ہوں۔ ادویات سے Bipolar Disorder ہونے والے مزاج یا سیت کے دوران استعمال سے مزاج میں تیزی (MANIC) آنے کا خدشہ ہوتا ہے۔

:ANTIPSYCHOTICS

یہ ایسی ادویات پر مشتمل ہیں جو نیند میں کمی کے علاج میں بھی استعمال ہوتی ہے۔ یہ عام طور پر بہت کم مقدار میں دی جاتی ہے یہ نیند میں کمی کے علاج کے لیے موثر ہے۔ یہ جگانے والے دماغ کے اعصابی نظام کو سست کر دیتی ہے۔ جس میں Dopamine, histamine, Serotonin, cholinergic اور Adrenergic وغیرہ ہیں۔ نیند کے لیے سب سے زیادہ دی جانے والی Antipsychotic کی دوا (25 - 250 mg) Quetiapine اور Olanzapine (2.5 - 20 mg) ہے۔ مایخو لیا ادویات کے اثرات کا جائزہ لینے کے لیے ابھی تک کوئی جامع خفیہ (double blind), اصلی دوا بمقابلہ بے اثر گولیاں (CONTROLLED PLACEBO) والی تحقیقات نہیں

ہوئی ہے۔ جس سے مالجولیا کی ادویات کانیند پراثر کا مستند ڈیٹا ہو۔

Quetiapine کے حوالے سے کچھ مشاہدے کیے گئے ہیں، ان ادویات کا PLACEBO کے ساتھ موازنہ کیا گیا اس مشاہدے میں 20 شرکاء تھے۔ جن کو شراب کے نشے کی بیماری اور نیند میں کمی یا رکاوٹ تھی۔ اس بے ترتیب (Random) خفیہ (double blind) اور اصلی دوا مقابلہ میں بے اثر گولیوں کی (PLACEBO CONTROLLED) تحقیق کی گئی۔ اس میں 25 ملی گرام والی Quetiapine کو 13 ایسے مریضوں کو دی گئی جن کو نیند نہیں آتی تھی، آخر کو یہ نتیجہ نکلا کہ یہ دوا نیند میں تاخیر اور مجموعی نیند کے اوقات کو بہتر کرتی ہے۔ حالانکہ دونوں تحقیقات میں جامع اعداد و شمار نہیں ملے۔ کچھ منفی اثرات میں غنودگی، جسمانی حرکات سے فشار خون میں کمی (hypotension) اور (Orthostatic) منہ کا سوکھنا دل کی دھڑکن میں بے ترتیبی (Tachycardia)، بھوک میں اضافہ اور وزن بڑھنا، متحرک ہونا، چکر، قبض اور جسم میں مستقل بے چینی (AKATHASIA) شامل ہے۔ سب سے زیادہ پریشان کن منفی اثر (DYSKINESIA-TARDIVE) کی وجہ سے ہونے والی اعصابی نظام کو خطرات ہوتے ہیں۔ ان ادویات کی عادت نہیں پڑتی۔ یہ ان لوگوں کے لئے بہترین جن کو BIPOLAR DISORDER یا PSYCHOSIS کی وجہ سے نیند میں گڑبڑ ہو۔ یہ ادویات ایسے افراد کو احتیاط سے تجویز کرنی چاہیے جن کو بھول کی بیماری (Dementia)، فشار خون میں زیادتی (HYPERTENSION)، دل کیا عصاب میں آکسیجن کی کمی (MYOCARDIAL INFARCTION)، آنکھوں کے اعصاب میں خرابی (CLOSE ANGLE GLAUCOMA)، قبض اور پیشاب پر کنٹرول میں مسئلہ ہو۔

NON-SELECTIVE ANTIHISTAMINE

یہ ادویات نیند کے لیے عام طور پر استعمال کی جاتی ہے جس میں DIPHENHYRAMINE اور DOXYLAMINE شامل ہیں۔ یہ ادویات دکانوں پر بغیر نسخے کے مل جاتی ہیں۔ یہ دونوں دوائیاں H1 Agonist ہوتی ہیں جو کہ MUSCARINIC CHOLINERGIC ANTAGONISM سے مشابہ ہوتی ہے۔ ان ادویات کے اثرات کی بہت محدود معلومات ہیں۔

اسی طرح اصلی دوا بمقابلہ بے اثر گولیوں کے موازنہ کے نتائج معلوم کئے گئے۔ ان میں 20 افراد نے حصہ لیا کو نیند کی بیماری بہت عرصے سے تھی شرکاء کی اپنی رائے کے مطابق 50mg, DIPHENHYDRAMINE جس میں VALERIAN اور HOPS سے بھی موازنہ کیا گیا۔ یہ موازنہ 184 مریضوں پر کیا گیا تھا۔ اس تجزیہ میں مندرجہ بالا

ساری ادویات کے نیند پر اثر نظر آئے۔ رات میں بار بار اٹھنے کی شکایت کی۔ لیکن نیند کے دوران نئے، تاخیر سے نیند آنے اور نیند کے معیار میں کوئی تبدیلی نہیں دیکھی گئی۔

ان کا سب سے خراب اثر عنودگی، چکر، جسم کی حرکت میں مشکل، ادرا کی خرابی، منہ سوکھنا، دھندلا پن، قبض، پیشاب کو کنٹرول کرنے میں مسئلہ اور وزن کا بڑھنا شامل ہے۔ نایاب منفی اثرات میں چڑچڑاپن (agitation) اور نیند کی کمی دیکھی گئی ہے جبکہ DOXYLAMINE سے Coma اور RHABDOMYOLYSIS بھی ہو سکتا ہے۔

ان سے عام طور پر کہا جاتا ہے کہ عادت نہیں پڑتی اس لئے ایسے مریضوں کو دی جاتی ہے جس میں نشے کی عادت کا خطرہ ہو۔ یہ الرجی کی علامات ہونے پر دی جاتی ہے اور ساتھ ہی نیند کا مسئلہ حل ہو جاتا ہے۔

ان ادویات کو DECREASED GASTROINTESTINAL MOTILITY,

URINARY RETENTION, CLOSE ANGLE GLAUCOMA سانس کی تکلیف (ASTHMA)، اور پرانی CHRONIC PULMONARY DISEASE والے مریضوں کو نہیں دینی چاہیے۔

دورے کی ادویات:

دورے کی بیماری کی ادویات نیند کے لئے بھی دی جاتی ہیں۔ اس میں GABAPENTIN اور PREGABALIN شامل ہیں۔ اس میں GLUTAMATE کی مقدار زیادہ ہونے لگتی ہے۔ جس سے نیند آ جاتی ہے۔ ان کے حوالے سے کوئی تحقیقی مطالعہ موجود نہیں ہے۔ ایک تجربے کا ذکر ملتا ہے جس میں GABAPENTINE (250mg-500) دے کر ان کا مشاہدہ کیا گیا، اس میں شرکاء کو نیند کے اوقات سے پانچ گھنٹے پہلے اٹھا دیا گیا۔ اس سے یہ بات سامنے آئی کہ مریضوں نے خود بھی نیند میں بہتری دیکھی اور POLYSOMNOGRAPHY مشین کے تجربے کے بعد بھی یکساں بہتری آئی ان ادویات کا ان لوگوں پر اچھا اثر پڑا ہے یہ ٹانگوں میں بے چینی (RESTLESS LEG SYNDROME)، گھبراہٹ اور دوروں کی بیماری میں بھی مدد کرتی ہے۔ اسی طرح دورے کی ادویات درد کے لیے بھی دی جاسکتی ہے PARTIAL SEIZURE اور ٹانگوں میں بے چینی کے لیے بھی کارآمد ہیں۔ شراب پینے والوں میں نیند کی کمی کے لئے بھی PREGABALIN موثر ہے یہ ادویات ایسے افراد کو نہیں دینی چاہیے جن کو گردوں کا مسئلہ ہو۔

ضرورت کا پورا نہ ہونا:

نیند ایک عام بیماری ہے جو انسان کی صحت اور کارکردگی کو متاثر کرتی ہے۔ خوش قسمتی سے اس کا علاج رویوں کی تبدیلی اور ادویات کے ذریعہ ہو سکتا ہے۔ اس تحقیق میں ہم نے یہ جائزہ لیا کہ کیا اس بیماری کو ٹھیک کرنے کے کیا ثبوت ملے ہیں۔ اس کا مقصد معالجین کو بہتر تشخیص کر کے صحیح علاج کی طرف متوجہ کیا جائے۔ اگرچہ یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ ان تحقیقات میں کئی کمیاں ہیں۔

ہمارے پاس CBT1 سے متعلق اتنی معلومات نہیں ہیں کہ یہ مزید موثر علاج بن سکے۔ یہ بات ضرور ہے کہ CBT کی افادیت ہے اور ساتھ ہی مختلف افراد میں نتیجہ اچھا رہا ہے۔ ادویات کے ساتھ علاج میں ابھی مزید شواہد کی ضرورت ہے۔ ہمیں ایک ایسی تحقیق کی ضرورت ہے جو خفیہ، اصلی دوا اور بے اثر گولی کا موازنہ اور بے ترتیب آزمائش (Trials) کی صورت میں ہو۔ تاکہ بالغ افراد کے علاوہ نوجوانوں اور بچوں کا بھی موثر علاج کیا جاسکے۔ فوری طور پر تحقیق نہایت اہم ہیں جس میں بچوں میں نیند کی خرابی کے علاج کے لئے رہنمائی ہو۔ Quetapine, Trazadone اور GABAPENTIN کے حوالے سے مربوط تحقیق کرنی چاہیے تاکہ معالجین بہتر طریقے اور صحیح مقدار میں دوا دے سکیں۔ دوائیوں کے ذریعے علاج ایسے افراد جن کو Dementia, ہلکی ادراک کی نااہلیت (Mild cognitive impairment) اور نشے کے عادی ہوں، ان کے لئے نیند کا علاج کیسے کیا جائے؟ ہمارے مطالعے میں یہ بھی کمی ہے کہ ہر شخص کا اس کی انفرادی شخصیت کے مطابق علاج کیسے کرنا ہے زیادہ تر تحقیقات ایک علاج بمقابلہ نہ اثر ہونے والی گولیوں یا کوئی اور ایک اکائی ہوتی ہے۔ ہر فرد کی شخصیت کے مطابق موثر علاج ہونا چاہئے، تحقیقات کی وجہ سے ہم ہر فرد کا اس کی ضرورت مطابق علاج کر سکیں گے۔

The assessment and management of insomnia: an update

Andrew D. Krystal, Aric A. Prather, Liza H. Ashbrook

(World Psychiatry)

Reference Link: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20674>

Insomnia poses significant challenges to public health. It is a common condition associated with marked impairment in function and quality of life, psychiatric and physical morbidity, and accidents. As such, it is important that effective treatment is provided in clinical practice. To this end, this paper reviews critical aspects of the assessment of insomnia and the available treatment options. These options include both non-medication treatments, most notably cognitive behavioral therapy for insomnia, and a variety of pharmacologic therapies such as benzodiazepines, “z-drugs”, melatonin receptor agonists, selective histamine H1 antagonists, orexin antagonists, antidepressants, antipsychotics, anticonvulsants, and non-selective antihistamines. A review of the available research indicates that rigorous double-blind, randomized, controlled trials are lacking for some of the most commonly administered insomnia therapies. However, there are an array of interventions which have been demonstrated to have therapeutic effects in insomnia in trials with the above features, and whose risk/benefit profiles have been well characterized. These interventions can form the basis for systematic, evidence-based treatment of insomnia in clinical practice. We review this evidence base and highlight areas where more studies are needed, with the aim of providing a resource for improving the clinical management of the many patients with insomnia.

Insomnia is defined as a complaint of difficulty falling or staying asleep

which is associated with significant distress or impairment in daytime function and occurs despite an adequate opportunity for sleep. It is a common condition, with an approximate general population point prevalence of 10%.

In the vast majority of cases, insomnia co-occurs with psychiatric or physical conditions. Although it had long been believed that, when this was the case, insomnia was a symptom of those conditions, the available evidence suggests that the relationship between such conditions and insomnia is complex and sometimes bidirectional. In fact, insomnia is a risk factor for major depression, anxiety disorders, substance use disorders, suicidality, hypertension and diabetes. On this basis, as well as due to the fact that insomnia is associated with impairments in quality of life and an increased risk for accidents and falls, it is recommended that treatment be targeted specifically to addressing insomnia whenever it is present, including when it occurs along with physical or psychiatric conditions.

For those who meet the diagnostic criteria for insomnia, a number of empirically supported treatments are available. These include non-medication therapies as well as medication options. The public health impact of this condition in terms of prevalence, morbidity and consequences on health and quality of life highlights the need to effectively diagnose and treat it in clinical practice. This paper reviews the state of the art for optimally diagnosing and treating insomnia based on the available research evidence.

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR INSOMNIA

The clinical diagnosis of insomnia is based on the complaint of trouble falling asleep, trouble staying asleep, or early morning awakening, and

resultant daytime dysfunction.

This daytime dysfunction can manifest in a wide range of ways, including fatigue, malaise; impairment in attention, concentration or memory; impaired social, family, occupational or academic performance; mood disturbance, irritability, sleepiness, hyperactivity, impulsivity, aggression, reduced motivation, proneness for errors, and concerns about or dissatisfaction with sleep.

The sleep disturbance must occur despite adequate opportunity for sleep in a safe, dark environment. Duration is also key to the diagnosis: to meet criteria for chronic insomnia according to the third edition of the International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) or for persistent insomnia according to the DSM-5, symptoms must be present at least three days per week for at least three months. Short term insomnia (ICSD-3) or episodic insomnia (DSM-5) has the same criteria as chronic insomnia, but lasts for fewer than three months.

If the sleep complaints are completely explained by another physical, psychiatric or sleep disorder, the patient does not meet diagnostic criteria for insomnia. However, insomnia is not solely a symptom of other mental disorders as was once thought. Even if another disorder was the trigger or is present some of the time, if insomnia is sufficiently severe to warrant independent clinical attention, it should be recognized as a separate, comorbid disorder.

Previously, both the ICSD and the DSM described various subtypes of insomnia. These included psychophysiologic insomnia, paradoxical insomnia, idiopathic insomnia, behavioral insomnia of childhood, insomnia due to a

mental disorder, insomnia due to a medical disorder, and insomnia due to a drug or substance. However, the mechanism of insomnia is poorly understood, and the various subtypes are difficult to differentiate in clinical practice. Therefore, the subtypes were consolidated into chronic insomnia (ICSD-3) and persistent insomnia disorder (DSM-5) in the most recent editions of the manuals.

A subtype of insomnia with objectively short sleep has been described and stands out for its probable association with increased morbidity. These individuals meet criteria for chronic insomnia and, by objective measure, sleep on average less than six hours per night. This combination of insomnia with short sleep duration has been linked to hypertension, type 2 diabetes, and worse neurocognitive function. Therefore, this may ultimately become a separate category in future versions of insomnia classifications.

DEMOGRAPHICS OF INSOMNIA

Symptoms of insomnia are common, with about one in three people reporting some symptoms in the previous year. The point prevalence of a formal diagnosis of insomnia is 6-15%, though occurrence rates vary by definition used.

When looking at only nighttime complaints, rates are far higher. In a large population sample in France, 57% complained of trouble falling asleep, 53% of trouble staying asleep, and 41% of non-restorative sleep, though only 19% met DSM-IV criteria of at least one complaint three times per week for one month.

For many, insomnia is a persistent condition, with 74% reporting symptoms

for at least one year. Persistence is more common in women, the elderly, and those with more severe insomnia. In a 3-year study, over half of participants did remit, but there was a 27% relapse rate. Family history of insomnia is also common, occurring in 35% of individuals.

Women more commonly report symptoms of insomnia and daytime consequences, and are more likely to be diagnosed with insomnia than men. The male-to-female ratio is 1:1.4 for insomnia symptoms and 1:2 for insomnia diagnosis. In both men and women, the prevalence of insomnia increases with age.

Insomnia is associated with lower income, lower education, and being divorced or widowed. It is also strongly associated with physical disorders, with half of those with insomnia also reporting multiple physical problems. People with insomnia are more likely to rate their health poorly.

Insomnia is very strongly associated with mental disorders, most commonly depression, anxiety and post-traumatic stress disorder. Across cultures, most people with major depression report insomnia, and those with insomnia are more likely to have depressed mood. Insomnia is also a predictor for developing mental health problems, including depression, anxiety, bipolar disorder and suicide.

CLINICAL ASSESSMENT OF INSOMNIA

Chief complaint

The chief complaint for those with insomnia is typically difficulty initiating or maintaining sleep, early morning awakening or simply unrefreshing sleep. Early morning awakening is waking at least 30 minutes prior to the desired

time, accounting for habitual bedtime, total sleep time, and premorbid pattern.

The specific complaint may vary over time and often includes more than one sleep concern. The duration, frequency and severity of this concern should be elucidated as well as exacerbating and relieving factors. Complaints of insomnia often arise only when probed during evaluation of another disorder, despite the impact of insomnia on multiple health issues.

Current sleep history

A good current sleep history is essential to confirm the diagnosis and determine the best treatment for a patient with insomnia. This includes sleep/wake schedule, bedtime routine, nocturnal behavior, and daytime dysfunction.

Sleep/wake schedule

A detailed account of time to bed, time to sleep, frequency of night awakenings, time to return to sleep, time waking in the morning, and time out of bed should be obtained.

What the patient does when not falling asleep is also important. For example, a patient who gets out of bed and eats ice cream or watches a favorite show when not sleeping is providing positive reinforcement for being awake, which is counterproductive. This can be a behavior to target and eliminate during treatment.

The sleep/wake schedule should be obtained for both work/school days and weekends or vacations. A large variation may signal a circadian rhythm disorder and serve as a target for intervention.

Does the patient nap during the day? If taking a nap later in the day, this may be decreasing sleep drive in the evening and can also be a target for intervention. If the patient reports a strong propensity to fall asleep during the daytime, this raises concern for another sleep disorder.

Bedtime routine

It is important to have the right conditions to ensure proper sleep. While someone with true insomnia will not be effectively treated by simply providing a dark, quiet environment, the clinician – in order to confirm the diagnosis – must ensure that poor sleep is not due to poor sleep conditions.

Detailing the bedtime routine may also highlight areas for intervention during the treatment phase. For example, mobile phone use is associated with shorter sleep duration.

Nocturnal behavior

What does the patient do when not sleeping at night? Are there other behaviors overnight, such as snoring or leg kicking, that may signal alternative or concomitant diagnoses?

Input from a bed partner can also be helpful. In a patient who reports being awake the entire night, a bed partner often observes long periods of sleep, suggesting there may be some sleep state misperception.

Daytime dysfunction

Daytime dysfunction is part of the formal criteria for insomnia and must be assessed. This includes worsened quality of life, concerns about memory,

fatigue, mood, and success at work or school.

The 3P model

The 3P model, a behavioral model of insomnia developed by Spielman, can help the clinician focus a sleep history. The model highlights why insomnia occurs in certain individuals and what allows acute insomnia to become chronic insomnia.

The three Ps occur in temporal order: factors predisposing an individual to insomnia, factors precipitating an acute episode of insomnia, and factors perpetuating the insomnia from acute to chronic. Predisposing factors include genetic and personality traits leading to physiologic and cognitive hyperarousal. Precipitating factors are the triggers after which the insomnia cycle begins and are typically stressful events, though they can be positive, ranging from the loss of a loved one to retirement or marriage. Perpetuating factors allow the insomnia to continue, even when the trigger is removed. These factors include behaviors and thought structures that may appear to offer short-term relief yet cause long-term harm, such as increasing time in bed and reducing daytime activity.

Past medical history

There is a large interplay between many physical or psychiatric conditions and insomnia, and typically it is thought that a bidirectional relationship exists in which the physical or psychiatric condition exacerbates insomnia and vice versa. A huge range of physical comorbidities – including pulmonary, cardiac, gastrointestinal, endocrine, neurological, musculoskeletal and genitourinary –

can contribute.

It is important to ensure that the management of these comorbid conditions is optimized when treating insomnia.

Medications

Numerous medications can impact sleep, and a thorough medication list, including over-the-counter medications and substances of abuse, should be elicited.

Antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) can cause sedation or stimulation, with individual variability. Therefore, a patient may consider moving a daily dose from morning to evening or vice versa to determine how this impacts sleep.

Over-the-counter allergy medications often contain stimulants such as pseudoephedrine or phenylephrine, and patients may not realize that this can contribute to insomnia. Withdrawal can also contribute, such as from alcohol, benzodiazepines or opioids. Pulmonary medications, including albuterol and theophylline, can cause insomnia as well.

While insomnia is reported as a side effect of antihypertensive medications, and beta-blockers are known to reduce melatonin levels, there is mixed evidence about the direct impact of these medications on sleep.

Social history

Occupation is key to the sleep history, to ensure driving safety in patients reporting daytime sleepiness. Work or school hours are also important, as

variation in these hours, shift work, and frequent travel across time zones can all disturb sleep.

Use of nicotine, caffeine, alcohol and other substances should also be noted.

Physical examination

Insomnia is not associated with any specific features on physical or mental status examination. The examination can, however, provide information about alternative diagnoses and comorbid conditions. Assessments to consider include body mass index, neck circumference and airway exam for obstructive sleep apnea.

Differential diagnosis

Three criteria must be met for a diagnosis of insomnia: complaint of trouble falling or staying asleep, adequate opportunity for sleep, and daytime dysfunction. If a patient reports trouble sleeping for the expected 7-8 hours but does not have daytime consequences, he/she may be a short sleeper. On the other hand, if there are insufficient hours of sleep and daytime dysfunction, but the patient is able to sleep when provided opportunity, this is likely to be behaviorally induced insufficient sleep. Function during vacations and weekends can be helpful to differentiate these.

Other sleep disorders that can present with the complaint of insomnia include circadian rhythm sleep-wake disorders, restless leg syndrome, periodic leg movement disorder, and obstructive sleep apnea.

Helpful questions to distinguish circadian disorders include the time to bed

and awake on weekends, holidays and vacations in contrast to work or school days and whether there is a normal duration of refreshing sleep once the patient does fall asleep. If sleeping from 3 am to 10 am provides refreshing sleep and yet the patient gets in bed at midnight and hopes to rise at 7 am, but cannot fall asleep for several hours, a delayed sleep-wake phase disorder may be involved and the misaligned internal rhythm should be the target for treatment.

Symptoms of restless leg syndrome include an urge to move the legs at least partially relieved by moving them, typically preceded by an abnormal leg sensation, and typically occurring during times of rest at the end of the day. As the syndrome can cause trouble falling asleep, it should be ruled out or treated directly.

Obstructive sleep apnea can present with symptoms of insomnia, more commonly in women than men. Presence of snoring, frequent awakenings, witnessed apneas should be discussed and, if concern is present, polysomnography should be performed.

Insomnia assessment tools

Sleep diary

Sleep diary is a form compiled by the patient, usually for at least two consecutive weeks, in which he/she notes down the time that he/she went to bed, the time of lights out, time to sleep, time and duration of awakenings overnight, time awake in the morning, time out of bed, naps, perceived duration of sleep, and sometimes quality and depth of sleep. The use of sleep aids and alcohol is sometimes included.

This can be very useful for the diagnosis of insomnia and is core to the treatment, because it helps to characterize the specific nature of the sleep problem, delineate maladaptive behaviors and provide an indicator of treatment outcome. If a circadian rhythm disorder is being considered, a sleep diary can be very useful for making the correct diagnosis.

Actigraphy

Actigraphy is a device, typically worn on the wrist, that records movement and employs an algorithm to estimate sleep and wake periods.

It has satisfactory reliability with the “gold standard” polysomnography in good sleepers who spend little time awake and still, but not in those with sleep difficulties where significant periods of waking stillness occur. It is often combined with a light sensor to provide an estimate of the latency from lights out to sleep onset.

Actigraphy is not required in the evaluation of insomnia, but it can be useful for a patient whose sleep log or history is not reliable or when circadian disorders are suspected.

Personal monitoring devices

Commercially available devices that purport to measure sleep, often differentiating between light and deep sleep, are increasingly available. There are little published data indicating the performance of nearly all of these consumer devices and thus the accuracy of the information regarding sleep and wake periods is unknown.

Limited data suggest that some of these monitors do not accurately reflect

sleep architecture, sleep efficiency or sleep latency, and tend to overestimate sleep duration in normal sleepers with far worse accuracy in insomnia patients. Therefore, these devices are not recommended to make clinical decisions until there are rigorous studies establishing validity and reliability. The ease of use and consumer enthusiasm, however, does suggest that these devices may play an increasing role in evaluation and treatment moving forward.

Polysomnography

Polysomnography is the gold standard to distinguish sleep from wake. It is not needed for the diagnosis of insomnia, which is based on patient self-report. This is because indices traditionally derived from polysomnographic data do not reflect the sleep problems reported by approximately 40% of insomnia patients.

Polysomnography can be helpful to rule out other possible explanations for poor sleep, such as sleep apnea or periodic leg movement disorder. Therefore, it may be indicated when there is concern for sleep apnea or when a patient is not responding to treatment as expected.

Questionnaires

There are multiple questionnaires that can aid in the evaluation of insomnia.

In many sleep clinics, every patient completes the Epworth Sleepiness Scale, given the safety concern of daytime sleepiness when driving or operating heavy machinery. The Insomnia Severity Index is commonly used in research as an outcome measure. The Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep can help provide additional information to guide treatment. The

Pittsburgh Sleep Quality Index is also commonly used to collect information about self-perceived sleep quality.

MANAGEMENT OF INSOMNIA

When a patient is diagnosed with insomnia, treatment may be initiated with one of a number of available interventions. These can be broadly categorized as non-medication treatments and pharmacological therapies. In the sections below we review these interventions, focusing on the available evidence from blinded controlled trials indicating their efficacy and adverse effects.

Non-medication treatments

There are several different non-pharmacological treatment regimens that have been tested and implemented to treat insomnia. Here, we review the components and evidence supporting the non-medication treatment with the best empirical background and most widespread use, i.e. cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I).

Employed in a variety of formats, CBT-I has been found to be effective in reducing insomnia and improving sleep across a wide array of clinical populations. Consequently, the American College of Physicians has recommended this intervention as the first line treatment for adults with insomnia.

CBT-I has been found to be as effective in the short term as pharmacological treatments, with better long-term persistence of benefit after the end of treatment. Further, unlike nearly all medications, this therapy has relatively minimal side effects. Here, we provide a clinical review of the

components of CBT-I followed by evidence of its efficacy, including its effectiveness among patients with comorbidities, and its use across different treatment modalities.

CBT-I is typically delivered over roughly four to seven sessions. It is unclear how many sessions confer optimal benefit, though evidence suggests that fewer than four sessions are not generally sufficient.

Educational components of CBT-I

While most patients with insomnia are likely aware of some of the behaviors that fall into the sleep hygiene category, it is important to provide them with the relevant education. This includes the importance of establishing a conducive sleep environment by keeping the bedroom dark, quiet and cool.

Patients should also be reminded not to consume sleep disturbing substances, such as caffeine, nicotine and alcohol, particularly close to bedtime. Similarly, vigorous exercise three to four hours prior to bedtime should be avoided.

Additionally, a wind down routine can be helpful in readying a patient for bed. This should include discontinuation of arousing activities, including exposure to bright light (e.g., computer screen), which can negatively affect one's circadian rhythms.

Behavioral components of CBT-I

Stimulus control

Conditioned arousal is one of the key factors implicated in the pathogenesis of insomnia. Repeated pairing of the bed/bedroom and experiences of

physiologic arousal, fear, anxiety and frustration leads to the bed serving as a learned cue or conditioned stimulus for arousal, which is incompatible with sleep onset and maintenance.

In order to eliminate this conditioned response, patients are recommended to remove themselves from the bed and bedroom if not sleepy and sit somewhere quiet until the feeling of sleepiness returns. Similarly, at bedtime, the patients are recommended not to go to bed unless they feel sleepy. Use of the bed and bedroom is restricted to sleep and sex, which means that patients are recommended not to do other activities in bed, including read or watch television. Additionally, patients are recommended to wake up the same time each morning, seven days per week, and get out of bed within 10 to 15 minutes upon awakening.

Sleep restriction

Another common contributor to the development and preservation of insomnia is the tendency for patients to spend excess time in bed. On the surface, this makes reasonable sense given that the patients yearn to “catch” sleep whenever they can. Unfortunately, excess time in bed results in conditioned arousal and fragmented sleep.

In order to effectively carry out this technique, patients should provide at least one week of sleep diaries (though two weeks are preferred). The goal is to reduce a patient's time in bed to the reported total sleep time. For instance, if a patient's diary report indicated an average total sleep time of six hours but a time in bed of nine hours (bedtime 9 pm and wake time 6 am), the new sleep schedule would provide a time in bed of six hours (bedtime midnight and wake

time 6 am).

Importantly, patients are recommended to not go to sleep until the new prescribed bedtime and only when sleepy. In choosing the sleep opportunity window, it is important to take into account the patient's chronotype.

Due to safety concerns related to sleep restriction (e.g., cognitive deficits, drowsy driving), a minimum time in bed of five hours has been used in the literature. In addition, sleep restriction may exacerbate comorbidities. For instance, sleep restriction has been shown to lower seizure thresholds, increase pain sensitivity, and precipitate mania in patients with bipolar disorder.

Patients are recommended to complete sleep diaries throughout treatment. Their time in bed schedule should be reviewed in each subsequent CBT-I session, with sessions occurring every one to two weeks. The sleep diaries allow the clinician to calculate their average sleep efficiency, which is the percentage of time a patient is asleep given his/her time in bed. We recommend 85% or higher in average sleep efficiency as a metric for "good" sleep quality and a threshold to be met prior to adjusting the time in bed recommendation.

Once it is established that a patient's sleep efficiency is sufficiently high, the clinician can begin to increase the time in bed, typically by altering the prescribed bedtime by 15 min each time and tracking the patient's improvement in subjective sleep quality and daytime sleepiness.

Sleep restriction is typically the aspect of CBT-I that suffers the most from non-adherence. In the event that a patient is unable or unwilling to carry out the prescribed time in bed, sleep compression can also be used. This

technique consists of slowly decreasing time in bed over time in order to meet the original prescribed time, and may be more palatable to patients, particularly those with significant anxiety about losing further sleep opportunity.

Relaxation and paradoxical intention

These behavioral techniques complement stimulus control and sleep restriction by providing the patient with tools for decreasing arousal prior to bedtime and in the event of nighttime awakenings.

Relaxation techniques vary, but typically include diaphragmatic breathing, the tensing and relaxing of muscle groups, and possibly visual imagery. Paradoxical intention is premised on the idea that anxiety about falling asleep is inhibiting sleep onset. Using this technique, patients are asked to stay awake as long as possible, which leads to reduced anxiety and easier sleep onset.

Cognitive components of CBT-I

Maladaptive beliefs and thoughts about sleep are typically addressed throughout treatment. It is important for a clinician to attend to sleep-related worries, as they tend to drive the inappropriate behaviors that perpetuate insomnia. Unrealistic expectations about sleep and catastrophic thinking about the consequences of sleep loss are among these worries.

One technique for countering catastrophic thoughts is by examining evidence from the patient's experience. For instance, if a patient has the belief that a poor night of sleep will leave him/her unable to be effective in his/her job, a clinician could help the patient identify instances when he/she was able

to perform sufficiently despite a poor night of sleep. Additionally, providing patients with tools to reduce worry at bedtime can be helpful.

Another technique, known as a constructive worry exercise, requires patients to list in the early evening three or more problems that they believe will likely keep them up at night. For each problem, patients list the next step towards a solution. The exercise is folded and put away and, if patients awake during the night, they are to remind themselves that they have already taken the necessary step towards resolving that problem at their “problem-solving best” (i.e., not in the middle of the night).

Evidence of efficacy of CBT-I

Several meta-analytic reviews support the efficacy of CBT-I compared to active control conditions and usual care. In a recent meta-analysis, van Straten et al pooled data from 87 randomized controlled studies that used at least one component of CBT-I, which included 3,724 patients and 2,579 non-treated controls. The strongest effects were improvements in insomnia symptoms, as measured using the Insomnia Severity Index (Hedges' $g=0.98$), sleep efficiency ($g=0.71$), wake after sleep onset ($g=0.63$), sleep onset latency ($g=0.57$), and subjective sleep quality ($g=0.40$). A small effect was observed for changes in total sleep time ($g=0.16$).

Further, data suggest that CBT-I is effective among individuals with psychiatric and physical comorbidities, with some accruing evidence that it may have positive effects on comorbid outcomes. CBT-I benefits are stronger for psychiatric than physical comorbidities.

CBT-I has been delivered using a number of different formats, including

face-to-face individual, group and digitally delivered therapy. In addition, self-help manuals, books and videos have been developed, which allow patients to carry out treatment on their own. In general, all modalities are effective, though there is some evidence to suggest that face-to-face therapy outperforms self-help. Digitally delivered CBT-I appears to produce effects comparable to in-person therapy; however, it is likely that in-person supervision may be required for more complicated cases.

Pharmacological therapies

A number of medications from several different classes have undergone randomized, double-blind, placebo-controlled trials in patients with insomnia. Those for which a statistically significant therapeutic effect compared with placebo was reported appear in Tables 1 and 2. In addition, there are a number of medications commonly used to treat insomnia that have not been demonstrated to have efficacy in at least one double-blind, randomized, placebo-controlled trial. These appear in Table 3.

Table 1 Double-blind placebo-controlled trials demonstrating efficacy in the treatment of younger adults with insomnia

Medication	Class	Efficacy for sleep onset		Efficacy for sleep maintenance		Primary adverse effects
		Dose (mg)	N	Dose (mg)	N	
Triazolam	BDZ	0.25 ⁸⁷	1,507	0.5 ⁸⁹	277	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		0.25 ⁸⁸	83			
		0.5 ⁸⁹	277			
Flurazepam	BDZ	30 ⁹⁰	60	30 ⁹¹	157	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		30 ⁹¹	157			
Estazolam	BDZ	2 ⁹¹	148	2 ⁹¹	148	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		1-2 ⁹²	379	1-2 ⁹²	379	
				0.25-2 ⁹³	15	
Quazepam	BDZ	30 ⁹⁴	57	30 ⁹⁴	57	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
Temazepam	BDZ	30 ⁹⁵	75	30 ⁹⁵	75	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
Zolpidem	z-drug	10 ⁹⁶	75	10 ¹⁰⁰	199	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		10 ⁹⁷	203			
		10 ⁹⁸	615			
		10 ⁹⁹	163			
		10 ¹⁰⁰	199			
Zolpidem (extended release)	z-drug	12.5 ¹⁰¹	212	12.5 ¹⁰¹	212	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		12.5 ¹⁰²	1,025	12.5 ¹⁰²	1,025	
Zolpidem (sublingual)	z-drug			3.5 ¹⁰³	295	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
Zaleplon	z-drug	10 ¹⁰⁴	113			Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		10-20 ⁹⁸	83			
		10-20 ⁹⁸	615			
Zopiclone	z-drug	7.5 ¹⁰⁵	25	7.5 ¹⁰⁵	25	Bitter taste, dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		7.5 ⁸⁸	1,507	7.5 ⁸⁸	1,507	
Eszopiclone	z-drug	3 ¹⁰⁶	788	3 ¹⁰⁶	788	Bitter taste, dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		3 ¹⁰⁷	830	3 ¹⁰⁷	830	
		2-3 ¹⁰⁸	308	2-3 ¹⁰⁸	308	
Ramelteon	MT1/MT2 agonist	4-32 ¹⁰⁹	107			
		8-32 ¹¹⁰	65			
		8 ¹¹¹	451			
		4-16 ¹¹²	190			
		8-16 ¹¹³	405			
Doxepin	H1 antagonist	6 ¹¹⁴	67	1,3,6 ¹¹⁴	67	Sedation
				25-50 ¹¹⁵	47	
				6 ¹¹⁶	254	
				3-6 ¹¹⁷	221	
Suvorexant	Orexin antagonist	20-40 ¹¹⁸	1,211	20-40 ¹¹⁸	1,211	Sedation, probable abuse potential
		10-80 ¹¹⁹	591	10-80 ¹¹⁹	591	
		40 ¹²⁰	380	40 ¹²⁰	380	

BDZ – benzodiazepine

Table 2 Double-blind placebo-controlled trials demonstrating efficacy in the treatment of older adults with insomnia

Medication	Class	Efficacy for sleep onset		Efficacy for sleep maintenance		Adverse effects
		Dose (mg)	N	Dose (mg)	N	
Triazolam	BDZ	0.25 ¹²¹	32	0.125 ¹²⁵	22	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		0.25 ¹²²	41	0.25 ¹²²	41	
		0.25-0.5 ¹²³	27	0.4-0.8 ¹²⁴	25	
		0.4-0.8 ¹²⁴	25			
		0.125 ¹²⁵	22			
Flurazepam	BDZ	15 ¹²²	41	30 ¹²⁴	25	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		30 ¹²⁴	25			
Temazepam	BDZ			7.5-30 ¹²⁶	40	Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
Zolpidem	z-drug	5 ¹²⁷	549			Sedation, psychomotor impairment, abuse potential
Zolpidem (extended release)	z-drug	6.5 ¹²⁸	205	6.5 ¹²⁸	205	Sedation, psychomotor impairment, abuse potential
Zaleplon	z-drug	5-10 ¹²⁹	422			Dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		10 ¹²⁷	549			
Zopiclone	z-drug	5-7.5 ¹²¹	48	5-7.5 ¹²¹	48	Bitter taste, dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
Eszopiclone	z-drug	2 ¹³⁰	231	2 ¹³⁰	231	Bitter taste, dose-dependent sedation, psychomotor impairment, abuse potential
		2 ¹³¹	264	2 ¹³¹	264	
		2 ¹³²	388	2 ¹³²	388	
Ramelteon	MT1/MT2 agonist	8 ¹³³	829			
		8 ¹³⁴	100			
Doxepin	Selective H1 antagonist			3-6 ¹³⁵	76	
Suvorexant	Orexin antagonist			1-3 ¹³⁶	240	Sedation, probable abuse potential
		15 ¹³⁷	520	15 ¹³⁷	520	
		30 ¹²⁰	319	30 ¹²⁰	319	
		15-30 ¹³⁷	819	15-30 ¹³⁷	819	

BDZ – benzodiazepine

Table 3 Medications used to treat insomnia not demonstrated to have efficacy in at least one double-blind placebo-controlled trial in insomnia patients

Medication	FDA approved indication	Primary known side effects
Trazodone	Major depressive disorder	Sedation, dizziness, headache, dry mouth, blurred vision, orthostatic hypotension, priapism
Mirtazapine	Major depressive disorder	Sedation, dry mouth, increased appetite/weight gain, constipation
Amitriptyline	Major depressive disorder	Sedation, dizziness, weight gain, dry mouth, blurred vision, constipation, urinary retention
Gabapentin	Partial seizures, pain	Sedation, dizziness, ataxia, diplopia
Pregabalin	Fibromyalgia, pain, partial seizures	Sedation, dizziness, dry mouth, cognitive impairment, increased appetite, discontinuation effects
Quetiapine	Schizophrenia, mania, major depressive disorder	Sedation, orthostatic hypotension, dry mouth, tachycardia, increased appetite/weight gain
Olanzapine	Schizophrenia, mania	Sedation, agitation, dizziness, constipation, orthostatic hypotension, akathisia, weight gain, increased incidence of cerebrovascular events in dementia patients
Diphenhydramine	Over-the-counter antihistamine	Sedation, dizziness, dry mouth, blurred vision, constipation, urinary retention
Doxylamine	Over-the-counter antihistamine	Sedation, dizziness, dry mouth, blurred vision, constipation, urinary retention
Melatonin	Over-the-counter hormone	Headache, sedation

FDA – US Food and Drug Administration

In this section we review the characteristics of all of these medications (benzodiazepines, “z-drugs”, melatonin receptor agonists, selective histamine H1 antagonists, orexin antagonists, antidepressants, antipsychotics, anticonvulsants, and non-selective antihistamines) and present the available evidence regarding their efficacy and safety as a basis for clinical decision making.

Benzodiazepines

Benzodiazepines are a group of compounds with a similar chemical structure. Their sleep enhancing effect is a result of positive allosteric modulation of the gamma-aminobutyric acid (GABA) type A receptor. These agents exert this modulation by binding to a specific site on the GABA-A receptor complex (referred to as the benzodiazepine binding site), thereby changing the conformation of the receptor constituent proteins, which leads to an enhancement of the inhibition occurring when GABA binds to these receptors. This enhancement of inhibition is associated with a broad set of dose-dependent clinical effects, including sedation, anxiety reduction, seizure inhibition and myorelaxation.

Of the benzodiazepine medications, triazolam, flurazepam, temazepam, quazepam and estazolam have been demonstrated to have therapeutic effects on both sleep onset and maintenance in double-blind, placebo-controlled trials in younger adults (Table 1). In older adults, triazolam and flurazepam have been found to have therapeutic effects on sleep onset and maintenance in double-blind, placebo-controlled trials, whereas temazepam has been demonstrated to have therapeutic effects on sleep maintenance only (Table

2).

For many years the prevailing view of these medications, and medications used for the treatment of insomnia in general, was that they were inevitably associated with tolerance (i.e., loss of therapeutic benefit over time) and dependence (i.e., withdrawal symptoms upon discontinuation) when used nightly on a long-term basis. Until relatively recently, little data were available to actually assess whether this was the case. As data have become available, it has been clear that tolerance and dependence do not inevitably occur and are not characteristic of long-term nightly insomnia pharmacotherapy.

However, data on long-term treatment are only available for some medications, and the available information leaves open the possibility that dependence does occur in some individuals. This limitation is particularly notable for benzodiazepines: the longest nightly treatment study of a benzodiazepine was an 8-week trial of temazepam, where dependence was not observed. Studies of 2-4 weeks duration were carried out with triazolam (three trials) and flurazepam (one trial), without evidence of dependence occurring.

The adverse effects of benzodiazepines are dose-dependent and reflect their broad central nervous system inhibitory activity. They include sedation, psychomotor impairment, and potential for abuse by a small subset of the population. The anxiolytic and myorelaxant effects can be useful in those with comorbid anxiety or pain.

Among the available options, these agents are relatively effective at treating sleep onset problems and, as a result, may be needed in some individuals with this type of sleep problem. The only relative contraindication to

their use is a history of polysubstance abuse or a specific predisposition to benzodiazepine abuse.

“Z-drugs”

These agents are an unrelated group of compounds which act by the same mechanism as benzodiazepines, but do not share the benzodiazepine chemical structure. There is some evidence that they may differ somewhat from benzodiazepines in that their action is relatively restricted to subsets of GABA-A receptors. As a result, they may have less broad clinical effects.

Double-blind, placebo-controlled trials demonstrate the efficacy of zaleplon for sleep onset, and of zolpidem extended-release, zopiclone and eszopiclone (the S isomer of zopiclone) for sleep onset and maintenance in both younger and older adults. Zolpidem has a documented efficacy for sleep onset and maintenance problems in younger adults, but for sleep onset problems only in older adults (Tables 1 and 2).

More data on long-term treatment are available for “z-drugs” than for benzodiazepines. The sustained efficacy of eszopiclone and zolpidem has been demonstrated in studies of nightly dosing up to one year in duration without any evidence of dependence occurring, nor was dependence found in a 6-month study of non-nightly treatment with extended-release zolpidem.

The potential adverse effects of the “z-drugs” are the same as the benzodiazepines. Because of the relatively narrower effects of some of these agents, they may not be as helpful as benzodiazepines in addressing concomitant anxiety or pain. This appears to be the case for zolpidem. However, eszopiclone and zolpidem extended-release have been found to

have therapeutic effects on pain, anxiety and depression concomitant with insomnia.

Like benzodiazepines, these agents are relatively more effective than other options in treating problems with sleep maintenance, and may be problematic in those predisposed towards substance abuse.

Melatonin receptor agonists

There are two melatonin receptor agonists used in the treatment of insomnia: melatonin and ramelteon.

Melatonin is a hormone that is taken by many individuals with insomnia. Normally, it is released by the pineal gland during the dark period of the day. It binds predominantly to the MT1 and MT2 receptors, though the mechanism by which this might enhance sleep is not well understood.

No clear dose-response relationship has been established for the use of melatonin for treating insomnia, and there is some evidence that sleep enhancement may depend on the time of day and may not occur until 3-4 hours after administration.

A substantial number of studies have evaluated the effects of a variety of dosages, administration times, and both immediate and prolonged release formulations of melatonin in individuals with sleep problems. The available evidence suggests that this agent has a clear therapeutic effect in individuals with delayed sleep-phase syndrome, that it has an excellent safety profile, and that there may be a modest therapeutic effect on sleep onset latency in individuals with insomnia (although it remains unclear whether this effect is of clinical significance). Some preliminary evidence supports the use

of melatonin to treat sleep problems in children with neurodevelopmental disorders, in whom this agent has been established to have an excellent safety profile.

The most common adverse effect of melatonin is headache, and slowing of reaction time and sedation can occur during the day. Melatonin is without abuse potential, so it could be administered to abuse-prone individuals with insomnia. Because it is a hormone that regulates reproductive function, when taken in higher dosages it can in theory impair fertility. Therefore, it has been recommended that it not be taken in those attempting to conceive.

Like melatonin, ramelteon is an agonist at MT1 and MT2 receptors. However, it is a substantially more potent agonist at these receptors than melatonin. Double-blind, placebo-controlled trials demonstrate the efficacy of ramelteon for sleep onset insomnia in both younger and older adults (Tables 1 and 2). Efficacy has been more consistently found with polysomnographic measures than self-report measures of sleep onset. Nightly treatment for six months was evaluated and no evidence of dependence phenomena was reported.

Ramelteon has a relatively benign profile of adverse effects, among which the most commonly reported are headache, sedation, fatigue and nausea. It does not have significant abuse potential and could be used for abuse-prone individuals with sleep onset problems, though no studies have evaluated its therapeutic effects in this population. Due to its good safety profile, it may be considered for use in individuals with difficulty in sleep onset only.

Selective H1 antagonists

The only highly selective histamine H1 receptor antagonist that has been

systematically studied is doxepin in the 3-6 mg dosage range.

Doxepin, originally developed as an antidepressant in dosages of 75-150 mg/day, has H1 antagonism as its most potent pharmacological effect. As a result, as the dosage is decreased, this agent becomes an increasingly specific H1 antagonist.

Double-blind, placebo-controlled trials carried out in both younger and older adults, using both self-report and polysomnographic endpoints, demonstrate the sleep maintenance efficacy of this medication in the 3-6 mg range (Tables 1 and 2). It is notable that the therapeutic effects appear to be largest towards the end of the night, without increasing morning impairment. As such, this agent appears to be uniquely well suited for use in individuals waking up towards the end of the night and having difficulty returning to sleep. Studies of up to 3-month duration of nightly treatment have been carried out without dependence occurring.

The most common adverse effect reported in younger adults is daytime sedation. However, in older adults there were no adverse effects reported more frequently with doxepin 3 mg compared to placebo. As such, older adults with early morning awakening would be a particularly appropriate group to treat with this medication. Also, given its potent H1 antagonism, doxepin could also be considered for use in people with insomnia occurring with allergy symptoms. As this agent is without abuse potential, it could also be used in patients with sleep maintenance problems who are prone to abuse, although no data exist on its use in this population.

Orexin receptor antagonists

The name “orexins” was given to two peptides that were relatively recently

discovered to arise from the neurons of the lateral hypothalamus and to promote wakefulness/arousal. Agents which are orexin receptor antagonists are sleep promoting, owing to their ability to block the arousal mediated by the orexins.

Suvorexant is an agent which blocks both types of orexin receptors (orexin A and B) and has been demonstrated in double-blind placebo-controlled trials to have therapeutic effects on sleep onset and maintenance (including in the last third of the night) in both younger and older insomnia patients, at dosages from 10 to 40 mg (Tables 1 and 2). This includes a placebo-controlled trial of nightly treatment for a year, which demonstrated sustained therapeutic effects and no significant rebound insomnia on discontinuation.

The adverse effect of suvorexant that is of most importance is daytime sedation. Available studies suggest that this agent is associated with some abuse potential that is roughly comparable to that of zolpidem, so that it is probably best avoided in people predisposed to abuse.

Suvorexant is the only agent with therapeutic effects in the last third of the night without substantially increasing morning sedation that also has a robust therapeutic effect on sleep onset. As such, it could be considered for use in those patients with both sleep onset difficulties and early morning awakening.

Antidepressants

There are several medications originally developed for the treatment of major depressive disorder that are commonly used for treating insomnia. These agents may produce sleep enhancing effects by blocking the receptors for neurotransmitters that are wake enhancing, such as norepinephrine,

histamine, acetylcholine and serotonin.

The antidepressants most commonly used to treat insomnia are trazodone 50-150 mg, doxepin 10-75 mg, mirtazapine 15 mg, and amitriptyline 10-100 mg²⁵. Of these agents, only doxepin 25-50 mg has been demonstrated to have therapeutic effects in insomnia patients in at least one placebo-controlled, double-blind, randomized trial, and this study was small (N=47) (Table 1).

Although trazodone is widely prescribed in the treatment of insomnia, it has not been found to have therapeutic effects in insomnia patients in any randomized, double-blind, placebo-controlled trial. It was evaluated in one such trial in younger adults, but significant effects compared with placebo were not found⁹⁷. This should not be interpreted as definitive evidence that it lacks therapeutic effects in insomnia. In fact, that study evaluated only one dose of trazodone (50 mg), whereas clinically a range of doses from 50 to 150 mg is prescribed.

There are data available on the efficacy and side effects of the S isomer of mirtazapine, which is not currently available for prescription. S-mirtazapine, like doxepin, is a selective H₁ antagonist and has been evaluated in a dosing range far below the antidepressant dosage, at which it is expected to have only H₁ antagonist effects of clinical significance. Placebo-controlled, randomized, double-blind trials carried out with this agent suggest that, like doxepin, it has robust effects on sleep maintenance, with less pronounced therapeutic effects on sleep onset.

The adverse effects of the antidepressants used to treat insomnia vary. All of them can cause daytime sedation, and most may cause orthostatic

hypotension. The tricyclic antidepressants doxepin (25-50 mg) and amitriptyline can cause dry mouth, constipation, blurred vision, urinary retention, cognitive impairment, arrhythmias, and increased appetite/weight gain. Mirtazapine's most important adverse effects tend to be sedation and increased appetite/weight gain. Trazodone's most important adverse effects include sedation and orthostatic hypotension; it may also induce priapism.

As none of these agents has significant abuse potential, they can be considered in people with a predisposition to substance abuse. They can also be considered for use in patients who fail usual therapy or have concomitant conditions such as mood, anxiety or pain difficulties, owing to their broad pharmacological effects. Doxepin and amitriptyline should be used with caution in individuals prone to cognitive impairment, urinary obstruction or glaucoma. The use of all these agents is problematic in patients with bipolar depression, because of the risk of precipitating mania.

Antipsychotics

Antipsychotics are a group of medications developed for treatment of psychotic conditions that are sometimes used in clinical practice to treat insomnia, generally at a dosage lower than that typically used to treat individuals with psychosis. These agents may have therapeutic effects in insomnia due to their broad antagonism of wake promoting neurotransmitter receptors, such as dopamine, histamine, serotonin, cholinergic and adrenergic receptors.

The antipsychotic medications that are most commonly used to treat insomnia in clinical practice are quetiapine 25-250 mg and olanzapine 2.5-20

mg. There are no rigorous double-blind, randomized, placebo-controlled trials demonstrating the efficacy of any antipsychotic medication for the treatment of insomnia.

A few small studies of quetiapine have been carried out. This agent was reported to improve wake time after sleep onset as compared to placebo in a trial of 20 patients with alcohol use disorder in recovery and sleep disturbance. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of quetiapine 25 mg was also carried out in 13 patients with primary insomnia and demonstrated an advantage for quetiapine on sleep latency and total sleep time, although neither reached statistical significance.

The primary side effects of these agents include sedation, orthostatic hypotension, dry mouth, tachycardia, increased appetite/weight gain, agitation, dizziness, constipation and akathisia. More concerning, though far less common, is the risk of tardive dyskinesia. The increased risk of cerebrovascular events in patients with dementia should also be taken into account.

As these agents are without abuse potential, they can be considered for use in people who are abuse-prone. They are best suited, however, for insomnia occurring in patients with psychosis or bipolar disorder.

These agents should be used with caution in those with dementia, hypotension or at risk for myocardial infarction, closed-angle glaucoma, constipation or urinary retention.

Non-selective antihistamines

Non-selective antihistamines that are often used to treat insomnia include

diphenhydramine and doxylamine, which are ingredients in many over-the-counter insomnia therapies. Both of these agents have, in addition to H1 antagonism, clinically relevant M1 muscarinic cholinergic antagonism.

There are highly limited data establishing the insomnia efficacy of these drugs. A therapeutic effect of diphenhydramine 50 mg on self-reported number of awakenings, but not sleep quality, total sleep time or sleep onset latency, was reported in a placebo-controlled cross-over study in 20 older primary insomnia patients. Diphenhydramine 25 mg was also evaluated in a parallel-group study along with a combination of valerian and hops in insomnia patients, and found to have a significant effect vs. placebo on self-reported sleep efficiency, but not self-reported or polysomnographic sleep onset latency, total sleep time, or polysomnographic sleep efficiency.

The most important adverse effects of these medications are sedation, dizziness, psychomotor impairment, cognitive impairment, dry mouth, blurred vision, constipation, urinary retention and weight gain. Less common side effects of diphenhydramine include agitation and insomnia, whereas doxylamine has been linked in case reports to coma and rhabdomyolysis.

As these agents do not have significant abuse potential, they can, in theory, be considered for use in substance abuse-prone insomnia patients. They are best suited for use in those with insomnia occurring in the setting of allergy symptoms or upper respiratory infections. They are best avoided in those with closed-angle glaucoma, decreased gastrointestinal motility, urinary retention, asthma and chronic obstructive pulmonary disease.

Anticonvulsants

Some agents originally developed for treatment of seizures are at times

used in the management of insomnia. They include gabapentin and pregabalin, whose potential therapeutic effects in insomnia are ascribed to a decreased release of glutamate and norepinephrine through binding to the alpha-2-delta subunit of N-type voltage-gated calcium channels.

There are no double-blind, randomized, placebo-controlled trials evaluating the efficacy of these agents in insomnia patients. Two double-blind, randomized, placebo-controlled trials were carried out evaluating the effects of gabapentin 250-500 mg on sleep disturbance created by putting people to bed five hours earlier than usual (five-hour phase advance model). They reported that this agent significantly improved both self-reported and polysomnographic wake time after sleep onset and total sleep time compared with placebo, but not sleep onset latency.

Therapeutic effects of gabapentin and pregabalin on sleep disturbance have also been reported in studies of patients with pain, restless legs syndrome, generalized anxiety disorder, and epilepsy.

The most important side effects of gabapentin are sedation, dizziness, ataxia and diplopia, whereas the most important adverse effects of pregabalin include sedation, dizziness, dry mouth, cognitive impairment and appetite increase. Pregabalin appears to have some abuse potential, whereas this is not the case for gabapentin.

These agents could be considered for use in insomnia occurring in patients with pain, partial seizures or restless legs syndrome. There is some evidence supporting the use of pregabalin to treat insomnia occurring in those with alcohol use disorder. Both of these medications should be avoided in patients with impaired renal function.

UNMET NEEDS

Insomnia is a common and often debilitating disorder that is associated with significant adverse consequences for physical health and well-being. Fortunately, there are behavioral and pharmacological treatments available for treating this condition. In this paper we reviewed the evidence base for those treatments in order to provide a resource for practitioners, with the hope that this would improve the clinical management of insomnia. However, our review also illustrates that there are a number of important gaps in the research carried out to date.

We lack information on the specific effects of the various components of CBT-I which might allow greater treatment efficiency and tailoring. While meta-analyses demonstrate the value of CBT-I, they also note significant heterogeneity. Variability in CBT-I components across trials makes it difficult to determine which aspects are most responsible for the observed benefits. As such, there is a need for studies aimed at providing this information.

There are also a number of key gaps related to pharmacotherapy. The most glaring one is that we lack any double-blind, placebo-controlled, randomized trial demonstrating the efficacy of any pharmacological treatment for insomnia in children or adolescents. There is clearly an urgent need to carry out these studies in order to guide effective clinical practice in younger individuals with insomnia.

Another gap in insomnia pharmacotherapy research is that we lack rigorous double-blind, placebo-controlled trials of a number of agents commonly used to treat this condition in clinical practice. This includes agents such as trazodone, quetiapine and gabapentin. It would be of great value to those

clinicians who tend to prescribe these medications if they had data delineating their risks and benefits to help guide their clinical decision making.

We also lack studies of the pharmacological treatment of insomnia in the setting of several key conditions where this treatment is very often needed, such as dementia, mild cognitive impairment and substance use disorders.

A final critical gap in our knowledge base reflected in our review is that we lack research to help guide personalization of therapy. The vast majority of studies carried out evaluate a single therapy vs. a placebo or another control intervention. More trials are needed comparing effective treatments and aimed at optimally matching treatments to specific patient types, so that we can move to greater personalization in clinical practice.

بچوں کی پٹائی سے ان کا دماغ متاثر ہو سکتا ہے، تحقیق اداریہ - فرائیڈے اسپیشل

ہارورڈ: کئی تحقیقات کے بعد اب ہارورڈ یونیورسٹی کے سائنس دانوں کا کئی تحقیقات کے بعد کہنا ہے کہ بچوں کو بات بات پر مارنے سے گریز کریں کیونکہ یہ رویہ ان میں ڈپریشن، بے چینی، رویے میں تبدیلی اور یہاں تک کہ کسی لٹ کی وجہ بھی بن سکتا ہے۔ اس طرح کہا جاسکتا ہے کہ بچوں کو مارنا ان کے دماغ پر عین اسی طرح اثر ڈالتا ہے جس طرح شدید نوعیت کا تشدد یا زیادتی اثر انداز ہوتی ہے۔ ہارورڈ یونیورسٹی میں سماجی علوم کی ماہر ڈاکٹر کیٹی مک لافلن اور جان لوئب نے اپنی رپورٹ میں کہا ہے کہ تھپڑ مارنا اور جسمانی تشدد سے بچوں کی دماغی نشوونما کو عین اسی طرح نقصان ہوتا ہے جس طرح شدید تشدد میں ہوتا ہے۔ اس سے بچوں کی دماغی صحت متاثر ہو سکتی ہے، علاوہ ازیں دماغ کے وہ حصے بھی متاثر ہوتے ہیں جو فیصلہ سازی میں اہم کردار ادا کرتے ہیں۔ بچوں پر تشدد سے ان کی نشوونما متاثر ہوتی ہے اور جوانی تک اس کے اثرات برقرار رہتے ہیں۔ ماہرین نے کہا ہے کہ بچوں کی پٹائی ڈپریشن، اداسی اور بے چینی کی وجہ بنتی ہے۔

نکاح فرض یا سنت

مفتی منیب الرحمن - جسارت

سندھ اسمبلی کے ایک رکن جناب عبدالرشید نے صوبائی اسمبلی میں ایک پرائیویٹ بل پیش کیا ہے، اس کی رو سے یہ تجویز دی گئی ہے کہ اٹھارہ سال عمر کے لڑکے لڑکیوں کے لیے شادی لازمی قرار دی جائے اور نوجوانوں کے شادی نہ کرنے پر تعزیری سزایا جرمانہ مقرر کیا جائے تاکہ طویل عرصے تک تجرد کی زندگی گزارنے والے جواں عمر لوگوں کے سبب معاشرے میں دینی اور اخلاقی اعتبار سے خرابیاں پیدا نہ ہوں۔ جماعت اسلامی کے جناب محمد مظفر خان نے ہمیں سوال بھیجا ہے کہ آیا اس طرح کی کسی قانون سازی کی شریعت میں گنجائش ہے۔

اس کا سادہ سا جواب یہ ہے کہ رسول اللہ ﷺ نے متعدد احادیث میں نکاح کی استطاعت رکھنے والے بالغوں کو نکاح کی ترغیب دی ہے، لیکن کسی خاص عمر کی حد تک پہنچنے والوں کے لیے اسے لازمی قرار نہیں دیا اور نہ اس پر کوئی تعزیر مقرر فرمائی ہے۔ ذیل میں ہم پہلے چند احادیث مبارکہ اور پھر فقہائے کرام کے اقوال پیش کریں گے:

(1) "حضرت علیؓ بیان کرتے ہیں: نبی ﷺ نے ان سے فرمایا: علی! تین چیزوں میں دیر نہ کرنا: جب نماز کا وقت آجائے، جب جنازہ آجائے اور بے شوہر عورت کو جب برابر کا رشتہ مل جائے" (ترمذی: 171)۔

(2) "جب تمہیں کوئی ایسا شخص نکاح کا پیغام دے جس کی دینداری اور اخلاق پر تمہیں اطمینان ہو تو اس سے شادی کر لو، اگر ایسا نہیں کرو گے تو زمین میں فتنہ اور فسادِ عظیم برپا ہوگا" (ترمذی: 1084)۔

(3) "حضرت عبدالرحمنؓ بیان کرتے ہیں: میں علمقہ اور اسود کے ساتھ عبداللہ بن مسعود کی خدمت میں حاضر ہوا، انہوں نے ہم سے کہا: ہم نبی ﷺ کے زمانے میں نوجوان تھے اور ہمیں کوئی چیز میسر نہیں تھی، نبی ﷺ نے ہم سے فرمایا: نوجوانو! تم میں سے جو بھی نکاح کی استطاعت رکھتا ہو، اسے نکاح کر لینا چاہیے، کیونکہ یہ نظر کو نیچے رکھنے والا اور شرمگاہ کی حفاظت کرنے

والاعمل ہے اور جو کوئی نکاح کی استطاعت نہ رکھتا ہو، اسے چاہیے کہ روزہ رکھے، روزہ اس کی خواہشاتِ نفسانی کو توڑ دے گا۔ (بخاری 5066)۔

(4) "حضرت ابو ہریرہؓ بیان کرتے ہیں: رسول اللہ ﷺ نے فرمایا: تین آدمیوں کی مدد اللہ کے ذمہ کرم پر ہے:

(1) اللہ کی راہ میں جہاد کرنے والا

(2) وہ مکاتبِ غلام جو بدل کتابت ادا کرنا چاہتا ہو

(3) جو شادی کر کے پاک دامنی حاصل کرنا چاہتا ہو۔ (ترمذی: 1655)

(5) "حضرت ابو امامہؓ بیان کرتے ہیں: ایک طویل حدیث میں رسول اللہ ﷺ نے فرمایا: جس نے اللہ کی رضا کے لیے نکاح کیا، تو اس نے اپنے ایمان کو مکمل کیا۔ (الاعتقاد للبیہقی، ص: 178)۔

(6) "حضرت انسؓ بیان کرتے ہیں:

(1) رسول اللہ ﷺ نے فرمایا: جس کو اللہ تعالیٰ نے نیک بیوی عطا کی تو اس نے نصف دین پر اس کی مدد فرمائی، پس بقیہ نصف دین کے بارے میں اللہ تعالیٰ سے ڈرتا رہے۔ (مسند رک حاکم: 2681)

(2) میں نے رسول اللہ ﷺ کو فرماتے ہوئے سنا: جو اللہ تعالیٰ سے پاک و صاف ہو کر ملنا چاہتا ہے، وہ آزاد عورت سے شادی کرے۔ (ابن ماجہ: 1862)

ہر انسان کی طبیعت، اس کا مزاج اور معاشی حالات دوسروں سے مختلف ہوتے ہیں، اس لیے لوگوں کی طبائع اور ان کے احوال کے اعتبار سے فقہائے کرام نے نکاح کی چھ قسمیں بیان کی ہیں: فرض، واجب، سنت موکدہ، حرام، مکروہ اور مباح۔ اس کی تفصیل حسب ذیل ہے:

(1) اگر نکاح نہ کرنے کی صورت میں برائی میں مبتلا ہونے کا یقین ہو اور بیوی کو نفقہ اور اس کے حقوق ادا کرنے پر قدرت ہو تو اس صورت میں نکاح کرنا فرض ہے۔

(2) اگر نکاح نہ کرنے کی صورت میں برائی میں مبتلا ہونے کا ظن غالب ہو اور بیوی کو مہر و نفقہ دینے پر قدرت ہو تو نکاح کرنا واجب ہے۔

(3) شہوت حد اعتدال میں ہو اور نفقہ پر قدرت ہو تو اتباع سنت کی نیت سے نکاح کرنا سنت موکدہ اور باعث اجر ہے۔ اس کا تارک گناہگار ہوگا۔

(4) اتباع سنت کی نیت نہ ہو بلکہ محض نفسانی خواہش کی تکمیل مقصود ہو تو نکاح مباح ہے۔

(5) اس بات کا یقین ہو کہ بیوی کا حق زوجیت ادا نہیں کر سکے گا یا اس پر ظلم و زیادتی کرے گا تو ایسی صورت میں نکاح کرنا حرام ہے۔

(6) جسے ان باتوں کا ظن غالب کی حد تک اندیشہ ہو تو اس کے لیے نکاح کرنا مکروہ تحریمی ہے۔ آخری دونوں صورتوں میں روزوں کے ذریعے نفسانی خواہش کو قابو میں رکھے۔

لیکن یہ بندے کے اپنے احوال پر منحصر ہے اور ہر شخص دوسرے کی نسبت اپنے بارے میں بہتر فیصلہ کر سکتا ہے۔ حکومت نکاح کی ترغیب تو دے سکتی ہے، لیکن اس کا نکاح کو لازمی قرار دینے کے لیے عمر کی کوئی حد مقرر کرنا اور اس حد کو پہنچنے والے پر نکاح نہ کرنے کی صورت میں کوئی مالی یا جسمانی تعزیر مقرر کرنا شریعت سے ثابت نہیں ہے۔ لہذا شریعت کی رو سے حکومت ایسی قانون سازی کا اختیار نہیں رکھتی۔ علامہ حکفی نے حوالہ جات کے ساتھ نکاح کی قسمیں بیان کی ہیں: "جب شہوت کا غلبہ ہو تو نکاح کرنا واجب ہے، اگر اسے زنا میں مبتلا ہونے کا یقین ہو مگر نکاح کی صورت میں (اُس سے بچنے کا امکان ہو) تو نکاح کرنا فرض ہو جائے گا، لیکن نکاح کرنا اس صورت میں فرض ہوگا کہ بیوی کا مہر اور نفقہ ادا کر سکتا ہو، ورنہ نکاح کی فرضیت ساقط ہو جائے گی اور نکاح نہ کرنے پر کوئی گناہ نہیں ہوگا۔ صحیح ترین قول کے مطابق حالت اعتدال میں نکاح سنت موکدہ ہے اور اس کے ترک کرنے پر گناہ گار ہوگا۔ اگر اس نے زنا کے ارتکاب سے بچنے اور اولاد کے حصول کی نیت سے نکاح کیا، جبکہ وہ مجامعت، مہر اور نفقہ دینے پر قادر ہے تو نکاح کرنے پر ثواب پائے گا۔" "النہر الفائق" میں اس کے واجب ہونے کو راجح قرار دیا ہے، کیونکہ رسول اللہ ﷺ نے اس پر خود عمل فرمایا اور اس سے اعراض کرنے والے پر ناراضی کا اظہار فرمایا ہے۔ اگر بیوی پر ظلم کرنے کا اندیشہ ہو تو پھر نکاح کرنا مکروہ ہوگا اور اگر ظلم کا یقین ہو تو پھر نکاح حرام ہے۔ بعض فقہائے کرام نے لکھا ہے: "اگر نکاح نہ کرنے کی صورت میں گناہ میں مبتلا ہونے کا اندیشہ ہو اور نکاح کرنے کی صورت میں بیوی پر ظلم کا اندیشہ ہو کہ حق زوجیت ادا کرنے پر قدرت نہیں ہے یا بیوی کا نفقہ ادا نہیں کر سکتا تو نکاح نہ کرے، کیونکہ حقوق

اللہ اور حقوق العباد میں تعارض کی صورت میں حق العبد کو مقدم رکھا جائے گا۔“۔

ان فقہی تصریحات کی روشنی میں یہ بات عیاں ہوتی ہے کہ کسی کی جبری شادی کرانا یا کسی کو شادی پر مجبور کرنا اور نکاح نہ کرنے کی صورت میں جرمانے کی سزا دینا کا شرعاً کوئی جواز نہیں ہے۔ اگر کوئی نکاح کرنے کی استطاعت رکھتا ہے تو اس کے لیے بہت اچھی بات ہے اور اگر اس کی استطاعت نہیں ہے، تو وہ روزہ رکھے اور خود کو حرام سے بچائے؛ البتہ حکومت، رفاہی ادارے اور متمول افراد شادی کے سلسلے میں استطاعت نہ رکھنے والوں کی مدد کر سکتے ہیں۔

خاندان کا غیر اسلامی قانون

مفتی منیب الرحمن - جسارت

خاندانی تشدد روکنے اور تحفظ کا بل 2021ء

حال ہی میں پارلیمنٹ سے مندرجہ بالا عنوان کے تحت ایک بل منظور ہوا ہے، اگر اس پر نظر ثانی نہ کی گئی اور اسے من و عن منظور کر کے ایکٹ کی شکل دیدی گئی تو یہ ہمارے خاندانی نظام کے لیے تباہ کن ہوگا۔ اس قانون کے مندرجات سے واضح ہے کہ یہ غیر ملکی وسائل سے مالا مال این جی اوز کی تحریک کا نتیجہ ہے۔ امتناع تشدد اور تحفظ ازواج و اولاد بہت اچھی بات ہے، یہ دلکش نعرہ ہے، لیکن اس کے لیے جو قانون سازی کی گئی ہے، وہ "کَلِمَةُ الْحَقِّ أُرِيدَ بِهَا الْبَاطِلُ" کا مصداق ہے، یعنی کسی درست بات کو باطل مقاصد کے لیے استعمال کرنا۔ اس قانون کی رو سے بیوی، اولاد یا زیر کفالت افراد پر بے راہ روی سے روک ٹوک اور ان کی اخلاقی اصلاح کا جو اختیار والدین کے پاس تھا، اُسے نہ صرف سلب کر دیا گیا ہے بلکہ اُسے ایک قابلِ تعزیر جرم قرار دیا گیا ہے۔ قانون کہتا ہے: "اگر بیوی، اولاد یا خاندان کا کوئی فرد محسوس کرتا ہے کہ اس کے نجی معاملات میں بے جا دخل اندازی کی جا رہی ہے، اس کی نگرانی یا تعاقب کیا جا رہا ہے، اس کی نجی زندگی، آزادی اور سکیورٹی کو والدین سے خطرہ ہے، اگر والدین نے یہ بھی کہہ دیا کہ میں تمہاری پٹائی کروں گا یا اگر بیوی کو کہا: میں تمہیں طلاق دیدوں گا یا دوسری شادی کر لوں گا، کیونکہ تمہارا دماغ خراب ہے اور تم بانجھ ہو (جو درحقیقت جھوٹ ہو) یا اگر کسی نے اپنی اولاد یا بیوی کی توہین یا تضحیک کی ہو تو اُسے چھ ماہ تا تین سال قید اور بیس ہزار سے ایک لاکھ روپے تک جرمانے کی سزا ہو سکتی ہے۔ جرمانہ ادا نہ کرنے کی صورت میں مزید تین ماہ کی قید ہو سکتی ہے۔ اُسے بازو یا پاؤں میں جی پی ایس کڑا پہنایا جاسکتا ہے، اس کا پہننے والا ہر جگہ قانون کی پہنچ میں رہے گا۔ اس قانون میں وزارتِ حقوقِ انسانی کو وسیع اختیارات دیے گئے ہیں: وزارت اس ایکٹ کے مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے مزید قوانین بنا کر سرکاری گزٹ میں شائع کر سکتی ہے۔

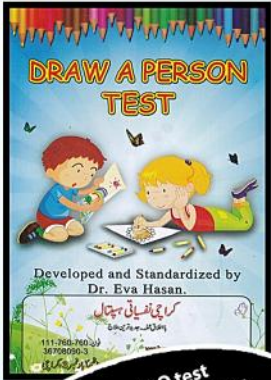
ان قوانین بنانے والوں کو ملک کے معروضی حالات، زمینی حقائق، دینی تعلیمات، ثقافتی اقدار اور معاشرتی روایات کا کوئی پاس نہیں ہے۔ ہماری پارلیمنٹ کے ارکان ان قانونی مسودوں کا نہ مطالعہ کرتے ہیں، نہ ان کی معنویت کا انہیں ادراک ہوتا ہے اور نہ ان کے مابعد اطلاقات اور ان پر مرتب ہونے والے اثرات کا انہیں اندازہ ہوتا ہے، یہ قوانین باہر

سے مسلط کیے جاتے ہیں اور ان کی منظوری ایک فیشن بن چکا ہے۔ سب جانتے ہیں کہ برسر زمین ان کا من و عن نافرذ ہونا مشکل ترین امر ہے، ان این جی اوز کا مقصد ملک کو سیکولر لبرل بنانا ہے۔

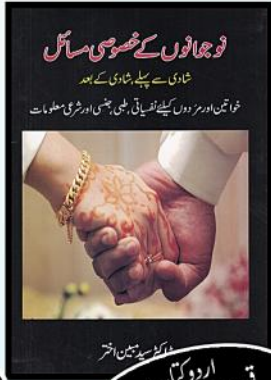
ہم ہرگز اس کے خواہاں نہیں ہیں کہ گھروں میں والدین اولاد کو اور شوہر بیوی کو مار پیٹ کریں، ان سے بدسلوکی کریں، ان کی اہانت کریں لیکن اسلام نے قرآن و سنت میں والدین کو اولاد کی تربیت اور تادیب کا حق دیا ہے، اسی طرح بیوی کے حوالے سے قرآن و سنت میں احکام موجود ہیں۔ ضرورت اس امر کی ہے کہ ان احکام اور نبوی تعلیمات کا مثبت انداز میں ابلاغ کیا جائے اور ان کی خلاف ورزی کی صورت میں خاندان اور معاشرے کے بااثر اور ذمہ دار افراد پر مشتمل مصالحتی کمیٹیاں تشکیل دی جائیں۔ قرآن مجید نے میاں بیوی کے درمیان تنازعات کو طے کرنے کے لیے تحکیم اور ثالثی کی تعلیم دی ہے، ہمیں ان احکام پر نیک نیتی کے ساتھ عمل کرنا چاہیے۔ اسی طرح والدین و اولاد اور شوہر و بیوی کے حقوق و فرائض کے تحفظ اور خاندانی زندگی کو استوار رکھنے کے لیے اخلاقی تعلیمات پر زور دینا چاہیے اور ذرائع ابلاغ کو اس کے لیے مثبت کردار ادا کرنا چاہیے۔



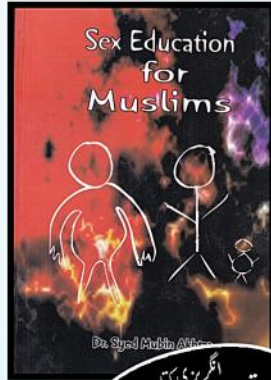
Books for Sale



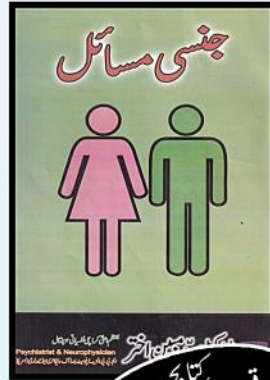
Pakistani I.Q test
Standardized in Pakistan
قیمت 5000 روپے



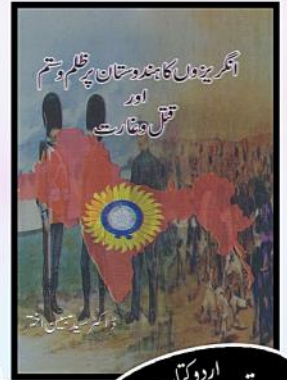
اردو کتاب
قیمت 500 روپے



انگریزی کتاب
قیمت 500 روپے



کتابچہ
قیمت 50 روپے



اردو کتاب
قیمت 70 روپے

کتابوں کا مختصر تعارف

Sex Education for Muslims

The Quran and Hadees provide guidance in all affairs of life. It is imperative for a Muslim to study the Quran and Hadees, Understand them, and make these principles a part of the daily life. The most important human relationship is that of marriage. It is through this institution that the procreation and training of the human race comes about. So, it's no wonder that the Quran and Hadees give us important guidance on this matter. But it is unfortunate that our authors, teachers and imams avoid this topic in their discourses due to a false sense of embarrassment. Moreover, most of them are not well versed in the field of medicine and psychology. Therefore, it's only people who have knowledge of both religion as well as medicine who should come forward to speak and write on the subject. We have included in this book all passages referring to sexual matters from the Quran, Hadees and Fiqah. These passages provide guidance to married as well as unmarried youngsters. If one reads this matter it would be easier to maintain proper physical and sexual health, along with an enjoyable marital life. The reading of this matter as well as using it in one's life will be considered equal to worship.

جنسی مسائل

لڑکیوں سے جوانی تک کی عمر ایسی ہے جس کے دوران جنسی اعضاء میں کافی تبدیلی آتی ہے۔ اس لئے نوجوانوں کو یہ پریشانی لاحق ہوتی ہے کہ تبدیلیاں فطری ہیں یا کسی بیماری کا مظہر ہیں۔ اتنی بات بتانے کی لئے ہمارے معاشرے میں کوئی تیار نہیں ہوتا۔ نہ والدین اور اساتذہ اور نہ دوسرے ذرائع ابلاغ یہ سچی کرتے ہیں۔ اس کے بارے میں مستند کتابیں بھی موجود نہیں ہیں بلکہ اگر غلطی سے کوئی لڑکا یا لڑکی اس موضوع پر کوئی بات کر بیٹھے تو وہ سخت بدن تقید بنتا ہے۔ اس لئے ان سب چیزوں کو دیکھتے ہوئے ڈاکٹر سید مبین اختر نے یہ کتابچہ تیار کیا ہے جس میں جنسی مسائل کے حوالے سے قرآن و حدیث کی روشنی میں بنیادی مسائل کا حل تجویز کیا ہے۔

انگریزوں کا ہندوستان پر ظلم و ستم اور قتل و غارت

انگریزوں نے تاجر کے روپ میں ہندوستان آکر مسلم فرماؤں سے پورا ملک جھین لیا اور پھر شدید ظلم و ستم کیا، مگر ہم لوگ اکثر اس سے نابلد ہیں، بلکہ اکثر لوگ تو ان کی تعریف و توصیف کرتے ہیں۔ امریکہ اور اسٹریلیا میں ان لوگوں نے جا کر قدیم آبادی کو تقریباً نسیب و نابود کر دیا مگر ہندوستان میں بھی تباہی، بربادی اور ظلم و ستم کی ایک داستان رقم کر دی۔ یہ کتاب زیادہ تر مولانا حسین احمد مدنی (برطانوی سمران نے ہمیں کیسے لوٹا) اور (Hunter-The Indian Muslim) کی کتابوں سے ماخوذ ہے۔ جن لوگوں کی مزید تفصیلات درکار ہوں ان کو کتابوں کا مطالعہ ضرور کرنا چاہئے۔

مختصر کتابچہ برائے جنسی مسائل | قیمت 50 روپے

Author: **Dr. Syed Mubin Akhter**

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
Nazimabad no 3,
karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

Landhi
Al syed Center, Quaidabad
(Opp. Swidish Institute)
Phone: 35016532

We can also send these books by VPP.

﴿ مختصر تعارف ﴾

مسلمانوں کے لئے جنسی تعلیم

قرآن مجید اور حدیث زندگی کے تمام امور میں رہنمائی فراہم کرتے ہیں۔ ایک مسلمان کے لئے لازم ہے کہ وہ قرآن و حدیث کا مطالعہ کرے، انکو سمجھے، اور ان اصولوں کے تحت اپنی روزمرہ کی زندگی گزارے۔ سب سے اہم انسانی رشتہ شادی کا ہے۔ اس کے ذریعہ ہی نسل انسان کی پیدائش اور تربیت سامنے آتی ہے، لہذا اس میں کوئی شک و شبہ کی بات نہیں کہ قرآن حدیث سے ہمیں اس معاملے میں اہم رہنمائی ملتی ہے۔ لیکن بد قسمتی کی بات ہے کہ ہمارے مصنفین، اساتذہ اور عالم، شرمندگی کے غلط احساس کی وجہ سے، مباحثوں میں اس موضوع سے اجتناب کرتے ہیں۔ مزید یہ کہ ان میں سے بیشتر طب اور نفسیات پر عبور نہیں رکھتے ہیں۔ لہذا ان ہی لوگوں کو جو مذہب کے ساتھ ساتھ علاج معالجے کے بارے میں بھی جانتے ہیں اس موضوع پر بولنے اور لکھنے کے لئے آگے آنا چاہئے۔ ہم نے اس کتاب میں قرآن، حدیث اور فقہ سے جنسی امور کے حوالے سے تمام حوالوں کو شامل کیا ہے۔ یہ حصے شادی شدہ اور غیر شادی شدہ نوجوانوں کے لئے رہنمائی فراہم کرتے ہیں، جن کو پڑھ کر وہ خوشگوار ازدواجی زندگی کے ساتھ ساتھ مناسب جسمانی اور جنسی صحت کو برقرار رکھ سکتے ہیں۔ ان کو پڑھنا اور اپنی زندگی میں اپنانا عبادت ہے۔



Author: Dr. Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
Nazimabad no 3,
karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

Landhi
Al syed Center, Quaidabad
(Opp. Swidish Institue)
Phone: 35016532

We can also send these books by VPP.

For I.Q

DRAW A PERSON TEST



**The only IQ test
standardized in Pakistan.**

پاکستان میں پہلی دفعہ بچوں کی ذہانت (I.Q) کو جانچنے کے حوالے سے نفسیاتی ٹیسٹ متعارف کیا جا رہا ہے۔ پاکستان میں بچوں کی ذہانت جانچنے کے لئے ابھی تک کوئی ٹیسٹ موجود نہیں تھا جو کہ ہمارے اپنے بچوں کے اعداد و شمار جمع کر کے بنایا گیا ہو۔ ابھی تک ہم دوسرے ملکوں میں استعمال کئے جانے والے ذہانت کے ٹیسٹ استعمال کرتے رہے ہیں جو کہ انکے حالات اور معاشرے کے حوالے سے ترتیب دیئے گئے ہیں۔ ان ملکوں کے حالات اور سماجی اقدار ہمارے سماجی حالات سے یکسر مختلف ہیں جس کی وجہ سے موجودہ ذہانت کے آزمائشی ٹیسٹ (I.Q Test) ہمارے بچوں کی ذہانت کو صحیح طرح نہیں جانچ سکتے ہیں۔

اس ضرورت کو سامنے رکھتے ہوئے ملک کی مشہور ماہر نفسیات ایوا حسن (مرحومہ) نے اپنے صلاحیتوں کو بروکار لاتے ہوئے اس ذہانت کے آزمائشی کو مقامی سطح پر اپنے ملک کے بچوں پر کام کر کے اس آزمائشی ٹیسٹ کو پاکستان میں رہنے والے (7 سے 12) سال کے بچوں پر استعمال کرنے کے قابل بنایا۔

کراچی نفسیاتی ہسپتال جو کہ گزشتہ 52 سالوں سے علم و ادب، تحقیق و تربیت کے حوالے سے کام کر رہا ہے، ڈاکٹر سید مبین اختر کی سربراہی میں جو کہ اس ملک کے ایک مشہور ماہر ذہنی امراض ہیں نے ڈاکٹر ایوا حسن (مرحومہ) کی اس کاوش کو کتابی شکل میں لا کر عوام الناس کی خدمت کے لئے لوگوں کے استعمال اور بچوں کی ذہانت معلوم کرنے کے لئے پیش کر رہا ہے۔

یہ ٹیسٹ پروفیسر محمد اقبال آفریدی کی زیر نگرانی میں تیار کیا گیا ہے۔

Author: Dr. Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
Nazimabad no 3,
Karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

Quaidabad
Al syed Center,
(Opp. Swidish Institute)
Phone: 35016532

We can also send these books by VPP.

PSYCHIATRIST REQUIRED

"Psychiatrist required for Karachi Psychiatric Hospital"
(Pakistan)

Qualification:

- * Diplomate of the American Board of Psychiatry
- * DPM, MCPS or FCPS

Send C.V to:

Dr. Syed Mubin Akhtar (Psychiatrist & Neurophysician)
M.D. KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

Address:

Nazimabad No.3 Karachi, Pakistan

E-mail:

mubin@kph.org.pk

Phone No:

111-760-760
0336-7760760

K.P.H. ECT MACHINE MODEL NO. 3000

New Improved Model



Rs. 70,000/=

With 5 year full warranty and after sale services.

Designed & Manufactured By

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

NAZIMABAD NO. 3, KARACHI-PAKISTAN PHONE: 021-111-760-760
0336-7760760

Website: www.kph.org.pk Email: support@kph.org.pk

This is being assembled and used in our hospital since 1970 as well as JPMC and psychiatrists in other cities i.e

Sindh	: Karachi, Sukkar, Nawabshah
Balochistan	: Quetta
Pukhtoon Khuwah	: Peshawar, D.I Khan, Mardan, Mansehra, Kohat
Punjab	: Lahore, Gujranwala, Sarghodha, Faisalabad, Rahimyar Khan, Sialkot
Foreign	: Sudan (Khurtum)

It has been found to be very efficient and useful. We offer this machine to other doctors on a very low price and give hundred percent guarantee for parts and labour for a period of five years.

FIVE YEARS Guarantee, and in addition the price paid will be completely refunded if the buyer is not satisfied for any reason whatsoever and sends it back within one month of purchase.

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL
KARACHI ADDICTION HOSPITAL



Established in 1970

Modern Treatment With Loving Care

با اخلاق عملہ - جدید ترین علاج

Main Branch

Nazimabad # 3, Karachi

Phone # 111-760-760
0336-7760760

Other Branches

- **Male Ward:** G/18, Block-B, North Nazimabad, Karachi
- **Quaidabad (Landhi):** Alysed Center (Opp. Swedish Institute)
- **Karachi Addiction Hospital:**
Mubin House, Block B, North Nazimabad, Karachi

E-mail: support@kph.org.pk

Skype I.D: [online@kph.org.pk](https://www.skype.com/online/kph.org.pk)

Visit our website: <www.kph.org.pk>

MESSAGE FOR PSYCHIATRISTS

Karachi Psychiatric Hospital was established in 1970 in Karachi. It is not only a hospital but an institute which promotes awareness about mental disorders in patients as well as in the general public. Nowadays it has several branches in Nazimabad, North Nazimabad, and in Quaidabad. In addition to this there is a separate hospital for addiction by the name of *Karachi Addiction Hospital*.

We offer our facilities to all Psychiatrists for the indoor treatment of their patients under their own care.

Indoor services include:

- *24 hours well trained staff, available round the clock, including Sundays & Holidays.*
- *Well trained Psychiatrists, Psychologists, Social Workers, Recreation & Islamic Therapists who will carry out your instructions for the treatment of your patient.*
- *An Anesthetist and a Consultant Physician are also available.*
- *The patient admitted by you will be considered yours forever. If your patient by chance comes directly to the hospital, you will be informed to get your treatment instructions, and consultation fee will be paid to you.*
- *The hospital will pay consultation fee DAILY to the psychiatrist as follows:*

<i>Rs 700/=</i>	<i>Semi Private Room Private Room</i>
<i>Rs 600/=</i>	<i>General Ward</i>
<i>Rs 500/=</i>	<i>Charitable Ward (Ibn-e-Sina)</i>

The hospital publishes a monthly journal in its website by the name "The Karachi Psychiatric Hospital Bulletin" with latest Psychiatric researches. We also conduct monthly meetings of our hospital psychiatrists in which all the psychiatrists in the city are welcome to participate.

Assuring you of our best services.

C.E.O
Contact # 0336-7760760
111-760-760
Email: support@kph.org.pk



Our Professional Staff for Patient Care

❖ Doctors:

1. **Dr. Syed Mubin Akhtar**
MBBS. (Diplomate American Board of
Psychiatry & Neurology)
2. **Dr. Akhtar Fareed Siddiqui**
MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
3. **Dr. Major (Rtd) Masood Ashfaq**
MBBS, MCPS (Psychiatry)
4. **Dr. Javed Sheikh**
MBBS, DPM (Psychiatry)
5. **Dr. Syed Abdurrehman**
MBBS
6. **Dr. Salahuddin Siddiqui**
MBBS (Psychiatrist)
7. **Dr. Sadiq Mohiuddin**
MBBS
8. **Dr. Zeenatullah**
MBBS, IMM (Psychiatry)
9. **Dr. A.K. Panjawani**
MBBS
10. **Dr. Habib Baig**
MBBS
11. **Dr. Ashfaque**
MBBS
12. **Dr. Salim Ahmed**
MBBS
13. **Dr. Javeria**
MBBS
14. **Dr. Sumiya Jibran**
MBBS

❖ Psychologists:

1. **Syed Haider Ali (Director)**
MA (Psychology)
2. **Shoaib Ahmed**
MA (Psychology), DCP (KU)
3. **Syed Khurshied Javaid**
M.A (Psychology), CASAC (USA)
4. **Farzana Shafi**
M.S.C(Psychology), PMD (KU)

5. **Rano Irfan**
M.S (Psychology)
6. **Madiha Obaid**
M.S.C (Psychology)
7. **Danish Rasheed**
M.S. (Psychology)
8. **Naveeda Naz**
M.S.C (Psychology)
9. **Anis ur Rehman**
M.A (Psychology)
10. **Rabia Tabassum**
M.Phil.

❖ Social Therapists

1. **Kausar Mubin Akhtar**
M.A (Social Work) Director Administration
2. **Roohi Afroz**
M.A (Social Work)
3. **Talat Hyder**
M.A (Social Work)
4. **Mohammad Ibrahim**
M.A (Social Work)
5. **Syeda Mehjabeen Akhtar**
B.S (USA)
6. **Muhammad Ibrahim Essa**
M.A (Social Work)/ Manger

❖ Research Advisor

Prof. Dr. Mohammad Iqbal Afridi
MRC Psych, FRC Psych

❖ Medical Specialist:

Dr. Afzal Qasim. F.C.P.S
Associate Prof. D.U.H.S

❖ Anesthetists:

Dr. Shafiq-ur-Rehman

❖ Dr. Vikram

Anesthetist,
Benazir Shaheed Hospital
Trauma Centre, Karachi

آ

آسٹرلین پالیسی 21
آزادی 178

ا

اردو 185، 141، 90
296، 358
اقوام متحدہ 90
امریکا 293، 126
اسرائیلی جاسوس 114
اضطرابی وسوسوں 215
انڈے 234
اردو زبان 236
اصطلاحات 296
امریکہ 369، 449
امریکیوں 374
انسان 450
اقبال 506

ب

بڑھتی عمر 18
بچوں کو دماغی چوٹ 35
بلند فشار خون 39
برقی دماغی علاج 49
بعد حادثہ نفسیاتی مرض 57
بچوں میں یاسیت 82
بچوں 123
برطانوی تاریخ 157

برطانیہ 178، 387

بچے کی پیدائش کے بعد مباشرت
319

برطانوی لڑکیوں کا جنسی استحصال
354

بچوں کی پٹائی 564

پ

پریشانیاں 18
پیرس ہلٹن 207
پاکستانی 506

ت

تخلیقی ازہان 451

ٹ

ٹیسٹوسٹیرون 162

ج

جنسی خواہش 01
جنت 45
جنسی خواہش 77
جنگ آزادی 1857ء 91
جعلی عامل 137
جھوٹی تاریخ 223
جن 246
جنسی لطف 292
جنسی طور پر تنگ کرنا 303

جنسی تشدد 307

جنسی عمل 374، 404

جنسی زیادتی 449

جنسی 497

چ

چین 497

ح

حیض کے وقت خواتین 110

خ

خواتین کے بچپن کے تکلیف 123
خوشی اور یاسیت 331، 398
خواتین کے ساتھ غیر مناسب سلوک
341
خواتین 369، 404، 449
474، 497

خودکشی

455

خاندان

569

دل

دل 18
دماغی ساخت 172
دوقومی نظریہ 365

ڈ

ڈی کالونائزیشن 365

ذ

ذہانت 31

ر

رمضان 176

رومن 358

ز

زیادہ متحرک 212

زندگی 298

س

سانس میں رکاوٹ 75

سوزاک 189

275 Sexual Misconduct

ش

شریانوں 18

شراب 31

شکوہ 284

ص

صدمہ بعد از حادثہ 144

صنف 144

صحت مند افراد 334

I

Insomnia 509

P

Psychotherapy 464

S

Sperm Donor 474

W

WHO 455

ہ

ہوٹل 369

ی

یاسیت 18، 133، 394

نومیت (Hypnosis) 85

یادداشت 261

یاسیت کی ادویات 331

م

مرگی 05

میتھائل فینڈیٹ 35

مشینی علاج 42

موٹاپا 79

مقامی زبانوں 126

مشینی دماغی علاج (ECT) 104

مالیخو لیا (Schizophrenia) 94

172

مسلم تاریخ 176

مردوں کا جنسی عمل 196

مریضوں 200

ملازمت 200

منہ کے زریعہ 292

مسرت 298

مغرب منتقلی 451

مسلمانوں 451

مودودی 506

مشاورت 464

مردانہ نطفہ 474

ن

نفسیاتی دورے 05

نپولین 267

نکاح 565

نیند نہ آنا 509

ط

طویل مدت کیلئے عمل کرنے والے 94

طلاق 147

ع

عضو میں سختی کی کمی 168

غ

غیر اسلامی 569

ف

فوج 133

فوجی بغاوتیں 293

فحاشی کی ویب گاہ 427

فوجیوں 449

ق

قتل 387

قانون 569

ک

کمپیوٹر پروگرام 44

کرونا (Covid-19) 60

کپکپاہٹ 151

کووڈ 19 196

کینیڈا 341

کتے 450

مریض کے سالگرہ کے موقع پر لی گئی ہوئی تصویری جھلکیاں



بمقام: کراچی منشیات ہسپتال

ہفتہ وار فیس بک پر معلوماتی سوال و جواب

ہر سنچر - وقت: دوپہر 1 سے 2 بجے

LIVE
SESSION



https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=314893713750790&id=505788372855430&_tn_=%2As%2As-R

 kph.org.pk

بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال

