

ذیابیطس کی دیکھ بھال اور آفات



اردو ترجمہ:

ذیابیطس کی دیکھ بھال اور آفات

آئی ڈی ایف مغربی بحر الکابل خطہ، دوسرا ایڈیشن

جولائی 2026

مترجمین

پروفیسر عبدالباسط

ڈائریکٹر انڈس ڈائمیٹیز اینڈ اینڈوکرائیولوجی سینٹر

انڈس ہسپتال اینڈ ہیلتھ نیٹ ورک

سیکیورٹی جنرل ڈائمیٹک ایسوسی ایشن آف پاکستان

ڈاکٹر سمیرا جمین

اینڈوکرائیولوجسٹ انڈس ڈائمیٹیز اینڈ اینڈوکرائیولوجی سینٹر

انڈس ہسپتال اینڈ ہیلتھ نیٹ ورک

بلال طاہر

سینئر ریسرچ ایسوسی ایٹ انڈس ڈائمیٹیز اینڈ اینڈوکرائیولوجی سینٹر

انڈس ہسپتال اینڈ ہیلتھ نیٹ ورک

فرخ احمد

سینئر ڈائمیٹیز انجیکٹر

ڈائمیٹک ایسوسی ایشن آف پاکستان



بتعاون: نئی تصاویر کمیونٹی ہیلتھ ڈائریکٹوریٹ، انڈس ہسپتال اینڈ ہیلتھ نیٹ ورک

,Community Health Directorate (CHD) of Indus Hospital & Health Network (IHHN)



فہرست مضامین

نمبر شمار	عنوان	صفحہ نمبر
۱	پیش لفظ	۳
۲	تعارف	۴
۳	اظہارِ تشکر	۹
۴	معاونین	۱۰
۵	حقوقِ اشاعت	۱۸
۶	اہم خلاصہ	۱۹
۷	آفات کے منفی اثرات کو کم کرنے کے لیے	۲۲
۸	جائزہ	۲۲
۹	عمومی رہنما اصول	۴۰
۱۰	آفت سے پہلے کی تیاری	۴۳
۱۱	ذیابیطس کی تنظیمیں	۴۳
۱۲	صحت کے پیشہ ور افراد	۴۴
۱۳	ذیابیطس کے مریض اور ان کے اہل خانہ	۴۶
۱۴	آفت کے دوران	۴۷
۱۵	بحالی کا مرحلہ	۴۹
۱۶	آفات کے دوران ذیابیطس کے انتظام سے متعلق رہنما اصول	۵۰

فہرست مضامین

نمبر شمار	عنوان	صفحہ نمبر
۱۷	ممالک اور رہنما اصولوں کی صورتحال	۵۱
۱۸	رہنما اصولوں کی تیاری کے لیے ممکنہ مالی وسائل	۵۳
۱۹	حوالہ جات	۵۵
۲۰	ذیابیطس کے مریضوں کے لیے آفت سے پہلے تیاری کی رہنما ہدایات اور چیک لسٹس	۵۷
۲۱	دیگر اداروں کی رہنما ہدایات (امریکہ سے)	۵۷
۲۲	CDC کے مطابق ذیابیطس اور آفات سے نمٹنے کی تیاری	۵۸
۲۳	چین میں قدرتی آفات کے دوران ذیابیطس سے متعلق نگہداشت	۶۲
۲۴	(نیوزی لینڈ) ذیابیطس اور ہنگامی حالات	۶۳
۲۵	حوالہ جات	۶۷
۲۶	ایپیڈیمک یا پینڈیمک کے لیے عمومی منصوبہ بندی کی ہدایات	۶۸
۲۷	وبائی امراض (ایپیڈیمک یا پینڈیمک) کے لیے عمومی منصوبہ بندی کی ہدایات	۶۸
۲۸	روک تھام، تیاری، رد عمل اور بحالی کا فریم ورک	۶۹
۲۹	انفیکشن کے پھیلاؤ کو محدود کرنے کے لیے اقدامات	۷۰
۳۰	بیمار افراد کی دیکھ بھال کرنے والوں اور صفائی کرنے والوں کے لیے عمومی ہدایات	۷۱
۳۱	طبی ضروریات	۷۲
۳۲	حوالہ جات	۷۴

فہرست مضامین

نمبر شمار	عنوان	صفحہ نمبر
۳۳	کھانے، پانی اور پکانے کے انتظامات	۷۵
۳۴	پانی صاف کرنے اور دوبارہ ہائیڈریٹ کرنے کے حل	۷۶
۳۵	گھریلو بینیڈ سینینائز اور سطحوں کو ڈس انفیکٹ کرنے والے محلول	۷۸
۳۶	توالہ جات	۸۰
۳۷	گھریلو سطحوں کے لیے گھر پر بنائے گئے ڈس انفیکٹینٹس	۸۱
۳۸	توالہ جات	۸۳
۳۹	ماسک	۸۴
۴۰	عالمی ادارہ صحت (WHO) کی ماسک پہننے کی ہدایات	۸۵
۴۱	ماسک پہننے کے مراحل (تصویر)	۸۶
۴۲	N95 ریسپیریٹرز (قسم کے ماسک)	۸۷
۴۳	توالہ جات	۸۹
۴۴	حاملہ خواتین	۹۱
۴۵	ماہرین سے رابطہ	۹۲
۴۶	آفت کے دوران ذیابیطس کے مریضوں میں گلوکوز مینجمنٹ کے لیے وسائل	۹۳
۴۷	آفات کے دوران انسولین کا استعمال	۹۴
۴۸	آفات کے دوران انسولین کی اسٹوریج	۹۶

فہرست مضامین

نمبر شمار	عنوان	صفحہ نمبر
۴۹	ایرجنسی میں انسولین کا استعمال	۹۷
۵۰	گرمی میں انسولین کی استحکام	۹۸
۵۱	نتیجہ	۹۹
۵۲	آفات کے دوران انسولین سرنج، پین نیڈلز اور لینسٹس کا دوبارہ استعمال اور محفوظ شارپس تلف کرنا	۱۰۱
۵۳	گھر میں شارپس کنڈیزر کا استعمال	۱۰۳
۵۴	گھر میں شارپس کو کیسے تلف کریں؟	۱۰۴
۵۵	اہم باتیں	۱۰۵
۵۶	آفات اور انسانی بحرانون میں تسکینی نگہداشت کا کردار	۱۰۷
۵۷	تعارف	۱۰۸
۵۸	انسانیت اور تسکینی نگہداشت	۱۰۹
۵۹	رہنما اصول اور پالیسیوں کا قیام	۱۱۰
۶۰	مریض کی نگہداشت	۱۱۱
۶۱	ذیابیطس کے تناظر میں عالمی ادارہ صحت کے مطابق	۱۱۱
۶۲	جدول 1: مرنے والے مریض اور اس کے اہل خانہ کی نگہداشت	۱۱۲
۶۳	جدول 2: بگڑتی ہوئی حالت میں ذیابیطس کے مریض کی نگہداشت	۱۱۳

فہرست مضامین

نمبر شمار	عنوان	صفحہ نمبر
۶۴	صورتحال 1	۱۱۳
۶۵	صورتحال 2	۱۱۵
۶۶	جدول 3: انسٹریکشنل ایمرجنسی ہیلتھ کٹ	۱۱۸
۶۷	جدول 4: نان کمیونیکبل ڈیزیز (NCD) کٹ	۱۱۹
۶۸	جدول 5: عالمی ادارہ صحت کا ضروری تسکینی نگہداشت پیکیج	۱۲۱
۶۹	حوالہ جات	۱۲۲
۷۰	آفات کے دوران صحت کی دیکھ بھال کے انسانی حقوق کے پہلو	۱۲۴
۷۱	تعارف	۱۲۶
۷۲	حصہ 1: آفات اور انسانی ہمدردی کے بحرانوں میں ذیابیطس کی دیکھ بھال	۱۲۷
۷۳	انسانی ہمدردی کے بحران کے دوران ذمہ داریاں	۱۳۱
۷۴	اقوام متحدہ اور WHO کی ذمہ داری	۱۳۲
۷۵	جدول 1: حکومتیں، اقوام متحدہ اور سول سوسائٹی کی ذمہ داریاں ذیابیطس کی دیکھ بھال میں	۱۳۳
۷۶	جدول 2- بین الاقوامی انسانی قانون کے تحت مسلح تنازع اور/یا فوجی قبضے کے دوران صحت کی خدمات	۱۳۴
۷۷	حصہ 2: آفات اور انسانی بحرانوں میں ذیابیطس کی دیکھ بھال، اور مدد کے لیے کس سے رجوع کیا جائے	۱۳۸
۷۸	قومی ذیابیطس ایسوسی ایشن کا کردار	۱۴۱
۷۹	جدول 3 میں تسکینی نگہداشت اور ذیابیطس کی دیکھ بھال سے متعلق ادویات اور آلات کی تفصیل	۱۴۷

فہرست مضامین

نمبر شمار	عنوان	صفحہ نمبر
۸۰	WHO کی گائیڈ کے مطابق	۱۴۸
۸۱	جدول 3- انٹرنیشنل ایمرجنسی ہیلتھ کٹ (IEHK)	۱۴۹
۸۲	جدول 5: انسانی ہنگامی حالات اور بحرانوں کے لیے عالمی ادارہ صحت کا بنیادی پیکیج برائے تسکینی نگہداشت	۱۵۳
۸۳	حوالہ جات	۱۵۶
۸۴	قدرتی آفات اور ذیابیطس کا انتظام	۱۶۳
۸۵	11 مارچ 2011 کا توبہ کو زلزلہ	۱۶۴
۸۶	خوراک (Diet)	۱۶۵
۸۷	تازہ ترین صورتحال (Update)	۱۶۸
۸۹	فلپائن میں طوفان ہائیآن 2013، (Typhoon Haiyan)	۱۶۸
۹۰	نیوزی لینڈ میں کرائسٹ چرچ (Christchurch) کے زلزلے، 2010 اور 2011	۱۷۱
۹۱	انٹرنیٹ کا کردار (Role of the Internet)	۱۷۲
۹۲	اندونیشیا میں آچے (Aceh) کا زلزلہ اور سونامی، 2004	۱۷۳
۹۳	آسٹریلیا (Australia)	۱۷۸
۹۴	غیر متوقع صورتحال (What was unexpected)	۱۷۹
۹۵	کون سے اقدامات مؤثر ثابت ہوئے؟ (What worked well)	۱۸۰
۹۶	کون سے اقدامات مؤثر ثابت نہ ہوئے؟ (What did not work well)	۱۸۰

فہرست مضامین

صفحہ نمبر	عنوان	نمبر شمار
۱۸۲	چین (China)	۹۷
۱۸۵	اسی نوعیت کی آفات کے لیے دوسروں کو کیا مشورہ دیا جائے گا؟	۹۸

پیش لفظ

ذیابیطس اب بھی دنیا بھر میں سب سے زیادہ پائی جانے والی غیر متعدی بیماریوں میں سے ایک ہے، جس پر طویل عرصے سے مؤثر طریقے سے قابو نہیں پایا جاسکا۔ انٹرنیشنل ذیابیطس فیڈریشن (IDF) کے سات خطوں میں سے مغربی بحر الکاہل کا خطہ (WPR) ذیابیطس کے مریضوں کی سب سے بڑی تعداد کا حامل ہے۔ 2021ء میں دنیا بھر میں ذیابیطس کے اندازاً 537 ملین مریضوں میں سے تقریباً 38 فیصد، یعنی 206 ملین افراد، اسی خطے میں رہتے تھے، اور پیش گوئی کی گئی ہے کہ 2030ء تک اس خطے میں ذیابیطس کے مریضوں کی تعداد بڑھ کر 238 ملین سے تجاوز کر جائے گی¹۔ اسی خطے میں قدرتی آفات بھی سب سے زیادہ وقوع پذیر ہوتی ہیں۔ اکیسویں صدی کے ابتدائی برسوں میں ہمارے خطے میں قدرتی آفات کے متعدد واقعات پیش آچکے ہیں اور ان کی تعداد و شرح میں مسلسل اضافہ ہو رہا ہے۔

قدرتی آفات کے بعد یہ بات بخوبی معلوم ہے کہ ذیابیطس جیسی دائمی بیماریاں اور ان کی پیچیدگیاں، پیدا ہونے والے شدید ذہنی و جسمانی دباؤ اور ادویات کی عدم دستیابی کے باعث مزید بگڑ سکتی ہیں۔ آفات کے بعد پیدا ہونے والے منفی اثرات کو کم کرنے کے لیے ایک حقیقت پسندانہ اور جامع آفات سے نمٹنے کا منصوبہ (Disaster Management Plan) ضروری ہے، جسے مقامی اور علاقائی ضروریات کے مطابق ترتیب دیا جائے۔

IDF-WPR "قدرتی آفات کا پروگرام" بنیادی طور پر IDF-WPR کی جنرل کونسل نے ہمارے خطے میں ذیابیطس کے مریضوں کی مدد اور ان کی جانیں بچانے کے لیے تیار کیا تھا۔ 2015ء میں قدرتی آفات کے پروگرام کے پہلے ایڈیشن کی اشاعت کے بعد اس پروگرام کو متعدد مواقع پر اپ ڈیٹ کیا گیا۔ ان میں 2018ء میں کوالالمپور میں منعقدہ IDF-WPR کانگریس کے دوران ہونے والی پیش رفت، 2019ء میں جاپان ذیابیطس سوسائٹی کانگریس کے دوران منعقدہ سیمپوزیم، اور علاقائی ایگزیکٹو بورڈ کے اراکین کی جانب سے تیار کردہ تازہ ترین متفقہ سفارشات شامل ہیں۔

میں ایلڈیشیا جینکٹرز اور تاکاشی کا دوہکی کی انتھک محنت، مسلسل کوششوں اور قابل قدر خدمات کو سراہتا ہوں، جو IDF-WPR ایگزیکٹو بورڈ کے اراکین بھی ہیں اور جنہوں نے اس دوسرے ایڈیشن کی تیاری میں اہم کردار ادا کیا۔

آخر میں، میری امید ہے کہ قدرتی آفات کے پروگرام کا یہ نیا ایڈیشن مغربی بحر الکاہل کے خطے اور دنیا کے دیگر خطوں میں مقامی پروگراموں کی تیاری کے لیے ایک مفید، عملی اور آسان رہنما ثابت ہوگا۔

پروفیسر مون کیولی

صدر، ایگزیکٹو کونسل IDF-WPR انٹرنیشنل ذیابیطس فیڈریشن – مغربی بحر الکاہل کا خطہ



تعارف

عالمی سطح پر، گزشتہ دہائی میں ہر سال اوسطاً 60,000 افراد قدرتی آفات کی وجہ سے ہلاک ہوتے ہیں، جو تمام اموات کا تقریباً 0.1% ہے، اور سالانہ 276-393 آفات کی اطلاع دی جاتی ہے۔ قدرتی آفات کی تعداد میں اضافہ ہو رہا ہے، جس کی وجہ ایسے عوامل ہیں جیسے موسمیاتی تبدیلی اور نئے جرائم کی وجہ سے بڑھتی ہوئی متعدی بیماریاں، جیسا کہ 2019-2022 کے دوران COVID-19 کے ساتھ دیکھا گیا۔ قدرتی آفات کی ایک عام قسم زلزلہ ہے، لیکن سب سے زیادہ بیماری اور اموات کی وجہ موجودہ COVID-19 وباء ہو سکتی ہے۔ اگرچہ گزشتہ صدی میں دنیا کی آبادی میں خاطر خواہ اضافہ ہوا ہے، قدرتی آفات (COVID) کو چھوڑ کر) کی وجہ سے ہونے والی اموات میں نمایاں کمی ہوئی ہے، جس کی وجہ بڑھتی ہوئی خوشحالی، بہتر معیار زندگی، مضبوط انفراسٹرکچر اور موثر آفت کے جواب دینے والے نظام ہیں۔ تاہم، جو چیز تبدیل نہیں ہوئی وہ یہ ہے کہ کم آمدنی والے علاقوں کے لوگ آفات کے دوران کہیں زیادہ متاثر ہوتے ہیں، اور کم معیار زندگی والے ممالک میں اموات کی اوسط زیادہ خوشحال علاقوں کے مقابلے میں دس گنا زیادہ ہے۔ پچھلے 10 سالوں میں کم آمدنی والے اور زیادہ آمدنی والے علاقوں میں اموات کا تناسب 2 سے 288 کے درمیان رہا ہے۔

ذیابیطس ہر عمر، نسل، تعلیم اور سماجی و اقتصادی حیثیت کے لوگوں کو متاثر کرتی ہے، چاہے وہ شہر میں ہوں، دیہی علاقوں میں یا دور دراز علاقوں میں۔ دنیا کے اندازاً 483 ملین ذیابیطس کے مریضوں میں سے تقریباً ایک تہائی، IDF کے سب سے زیادہ آبادی والے سات علاقوں میں سے ایک، یعنی مغربی بحر الکاہل خطے (WPR) میں رہتے ہیں۔ اندازاً 10 فیصد افراد، یعنی 20 سے 79 سال کی عمر کے 163 ملین بالغ اور 102,000 سے زائد بچے اور نوجوان ذیابیطس میں مبتلا ہیں، جس کے سنگین ذاتی اور معاشرتی و اقتصادی اثرات ہیں۔

بدقسمتی سے، WPR وہ IDF خطہ بھی ہے جو سب سے زیادہ قدرتی آفات جیسے زلزلوں، لینڈ سلائیڈنگ، سونامی، طوفانوں، سیلاب، آگ اور متعدی بیماریوں (جیسے COVID-19) کا سامنا کرتا ہے۔ ایسی آفات ذیابیطس کے مریضوں اور عام افراد دونوں کی زندگیوں پر شدید اثر انداز ہوتی ہیں، لیکن دائمی امراض میں مبتلا افراد، جیسے ذیابیطس کے مریض، خاص طور پر زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔

چونکہ WPR میں ذیابیطس اور قدرتی آفات دونوں ہی بہت عام ہیں، اس لیے یہ ناگزیر ہے کہ ذیابیطس کے مریض ان آفات سے متاثر ہوں۔ COVID-19 وبائی مرض کی وجہ سے ہونے والے معاشرتی و اقتصادی نقصان کے پیش نظر، بہت سے علاقوں اور لوگوں کی فوری طور پر کسی بھی آفت کا مقابلہ کرنے یا اسے برداشت کرنے کی صلاحیت محدود ہو سکتی ہے۔



قدرتی آفات کے منفی اثرات کو کم کرنے کے طریقے تلاش کرنا اور یہ جاننا کہ افراد، برادریاں (کمیونٹیز) اور ممالک کس طرح اپنی لچک (resilience) اور مقابلے کی صلاحیت بڑھا سکتے ہیں، نہایت اہم ہے؛ اور یہی ان رہنما اصولوں (گائیڈ لائنز) کا بنیادی مقصد ہے۔

آفات کے دوران اور بعد میں، پوٹیں، خوراک، صاف پانی، پناہ گاہ، ادویات اور صحت کی سہولیات کی کمی میٹابولک کنٹرول کو بگاڑ سکتی ہے، جس سے پیچیدگیاں بڑھ سکتی ہیں اور بیماریوں و اموات میں اضافہ ہو سکتا ہے۔ یہ منفی اثرات آفت کے گزرنے کے کئی سال بعد بھی جاری رہ سکتے ہیں۔

ایک مضبوط آفت انتظامی منصوبہ (Disaster Management Plan) ان منفی نتائج کو کم کر سکتا ہے۔ آفت کے روایتی (کلاسیکی) نظام انتظام میں روک تھام، تیاری، جواب عمل اور بحالی (PPRR: Prevention, Preparation, Response, Recovery) شامل ہیں۔

جیسا کہ یہاں بیان کیا گیا ہے، اس میں فرد سے لے کر مقامی برادری (کمیونٹی)، قومی اور بین الاقوامی سطح تک متعدد اسٹیک ہولڈرز (متعلقہ فریق) شامل ہیں۔ ان تمام اسٹیک ہولڈرز کی قبل از وقت شناخت کرنا اور انہیں باہم مربوط کرنا انتہائی ضروری ہے۔ وقت سے پہلے تیاری کو بہتر بنانا، باقاعدہ مشقیں کرنا اور منصوبے کو وقت کے ساتھ اپ ڈیٹ کرتے رہنا اہم ہے۔

IDF-WPR-IDF آفت انتظامی پروگرام ہر رکن ملک اور تنظیم کی مدد کے لیے ہے تاکہ وہ تیاری کی ایسی حکمت عملی مرتب کر سکیں جو ذیابیطس کے مریضوں پر آفات کے مضر اثرات کو کم سے کم کر سکے۔

پہلی IDF-WPR آفت گائیڈ لائنز 2013 میں میلبورن، آسٹریلیا میں انعقاد پذیر IDF عالمی کانگریس کے بعد تیار کی گئی تھیں، اور اس بات کو تسلیم کیا گیا تھا کہ ان رہنما اصولوں کو وقتاً فوقتاً اپ ڈیٹ کرنا ضروری ہے۔ تب سے کئی IDF-WPR ممالک نے قومی سطح پر اپنے رہنما اصول تیار کیے ہیں (جن کے لنکس یہاں فراہم کیے گئے ہیں)، جن میں آسٹریلیا، چین اور جاپان شامل ہیں۔

بدقسمتی سے، ایسے رہنما اصول اب بھی آفات کے زیادہ خطرے سے دوچار کچھ WPR علاقوں میں عام نہیں ہیں۔ امید ہے کہ اس دوسرے ایڈیشن میں موجود وسائل مقامی ضرورت کے مطابق رہنما اصول مرتب کرنے کے لیے ایک بہترین سانچہ (Template) ثابت ہوں گے، جن میں مقامی زبانوں میں ترجمہ اور پرنٹ شدہ شکل میں دستیابی بھی شامل ہے۔

مفت الیکٹرانک گائیڈ لائنز کو ڈاؤن لوڈ اور پرنٹ کیا جاسکتا ہے۔ چونکہ آفت کے دوران انٹرنیٹ اور بجلی کی فراہمی منقطع ہو سکتی ہے، اور مقامی سطح پر استعمال کے لیے ان رہنما اصولوں اور سانچوں پر نظر ثانی اور اپ ڈیٹ کرنے میں وقت درکار ہوتا ہے، اس لیے ہم مشورہ دیتے ہیں کہ اس گائیڈ کی پرنٹ شدہ کاپیاں ہمیشہ دستیاب رکھی جائیں۔

اس دوسرے ایڈیشن میں نئے عناصر میں ذیابیطس کے مریضوں اور طبی ماہرین کے لیے چیک لسٹس، ڈاؤن لوڈ کرنے کے قابل سلائیڈ پریزنٹیشن، مینیڈ اور سرفیس سینسائز کی ترکیبیں، پانی کو صاف کرنے اور ری ہائیڈریشن (پانی کی کمی دور کرنے) کے حل، انسولین سوچنگ چارٹس، انسولین ذخیرہ کرنے کے رہنما اصول، شارپس (سوئیوں اور نوکیلی اشیاء) کے دوبارہ استعمال اور ضائع کرنے کے قواعد شامل ہیں۔

اس کے علاوہ، خون اور انٹرسٹیشیل فلوئڈ (interstitial fluid) میں گلوکوز اور HbA1c کے یونٹس کو تبدیل (Convert) کرنے کے چارٹس، ذیابیطس کی کیٹوایسڈوسس (Diabetic Ketoacidosis) کے ہنگامی علاج کے رہنما اصول، بچوں کی بنیادی ولادت کی کٹ (Childbirth Kit)، فرسٹ ریسپانڈرز کے لیے ہدایات، پالیئیٹو کیئر (Palliative Care) کے رہنما اصول اور آفات سے متعلق انسانی حقوق کے پہلو بھی شامل کیے گئے ہیں۔

ہم امید کرتے ہیں کہ یہ وسائل باہمی مکالمے اور سب سے بڑھ کر عملی اقدامات کو فروغ دیں گے، بشمول معلومات کا تبادلہ اور باہمی تعاون، جو ذیابیطس کے مریضوں، ان کے خاندانوں، برادری (کمیونٹی)، نظامِ صحت، ملک، ہمارے IDF خطے اور بین الاقوامی اسٹیک ہولڈرز کی لچک اور مقابلے کی صلاحیت کو بڑھانے میں مددگار ہوں گے تاکہ ناگزیر آفات کے منفی اثرات کا مقابلہ کیا جاسکے۔

ہم ان علاقائی رہنما اصولوں (گائیڈ لائنز) کے اشتراک اور استعمال کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں تاکہ مقامی ضرورت کے مطابق بہتر رہنما اصول تیار کیے جاسکیں۔ اگر ان کی مدد سے تیار کردہ کسی بھی رہنما اصول کی کاپی ہمیں فراہم کی جائے (صفحہ 15 پر رابطے کی تفصیلات دیکھیں) تو یہ انتہائی قابل قدر ہوگا تاکہ اسے دوسروں کے ساتھ بھی شیئر کیا جاسکے۔

شکریہ! اور ہماری نیک خواہشات آپ کی صحت کے لیے اور آفات سے متعلق ہونے والے نقصان کی روک تھام یا اس میں کمی کے لیے۔

References

1. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/natural-disasters>
2. International Diabetes Federation Atlas. <https://diabetesatlas.org/>



ایلیشیا جینکنز



تاکاشی کاڈوکی

آئی ڈی ایف۔ ڈبلیو پی آر کی ایگزیکٹو کونسل کے اراکین

آئی ڈی ایف۔ ڈبلیو پی آر ڈیزاسٹر گائیڈ لائنز کے دوسرے ایڈیشن کے چیئرمین

ذیابیطس اور آفات — سوال ”اگر“ کا نہیں، بلکہ ”کب“ کا ہے

اظہارِ تشکر

ہم ان تمام افراد کے تہہ دل سے شکر گزار ہیں جنہوں نے IDF-WPR ڈیزاسٹر گائیڈ لائنز کے پہلے ایڈیشن (2014ء) کی تیاری میں اپنا حصہ ڈالا۔ اس پہلے ایڈیشن نے متعدد اداروں اور ذیابیطس کے مریضوں کے لیے قیمتی معلومات اور وسائل فراہم کیے، اور اسی کے ساتھ اس توسیع شدہ رہنما کتاب اور مستقبل میں ہونے والی نظرثانی کے لیے ایک مضبوط بنیاد بھی فراہم کی۔

اس دوسرے ایڈیشن کی تیاری کے دوران IDF-WPR کی تمام رکن تنظیموں (2022ء) کو رہنما کتاب کا ایک مکمل مسودہ فراہم کیا گیا اور انہیں اپنی آراء، تجاویز اور قیمتی معلومات پیش کرنے کا موقع دیا گیا۔

اس رہنما کتاب کی تیاری کے لیے کوئی مالی معاونت دستیاب نہیں تھی۔ لہذا، ہر فرد کی جانب سے اپنے علم کو فراخ دلی سے بانٹنے اور اپنا قیمتی وقت رضاکارانہ طور پر فراہم کرنے کی کاوشوں کو قدر کی نگاہ سے دیکھا جاتا ہے اور ہم ان سب کے بے حد شکر گزار ہیں۔

معاونین

پروفیسر ایلشیا جینکنز (آسٹریلیا):

بالغوں کی اینڈوکرائٹولوجسٹ (Adult Endocrinologist)، IDF-WPR ایگزیکٹو کونسل کی رکن، 'انسولین فار لائف گلوبل' اور آسٹریلیا کی اعزازی صدر، اور IFL USA بورڈ ممبر۔ وہ 2016ء میں آسٹریلیا کی ذیابیطس اور آفات سے متعلق رہنما اصول تیار کرنے والے پینل کی رکن بھی تھیں۔ انہوں نے پروفیسر تاکاشی کاووکی کے ساتھ مل کر ان رہنما اصولوں کی منصوبہ بندی اور تیاری کی قیادت کی۔

پروفیسر تاکاشی کاووکی (جاپان)

ایگزیکٹو کونسل کے رکن اور 2021ء تا 2022ء صدر منتخب۔ انہوں نے رہنما اصولوں کی منصوبہ بندی، تحریر، نظرثانی IDF-WPR، بالغوں کے اینڈوکرائٹولوجسٹ اور اشاعت و ترسیل میں معاونت کی۔

پروفیسر مون کیولی (جنوبی کوریا)

ایگزیکٹو کونسل کے رکن اور 2020ء تا 2022ء صدر۔ انہوں نے رہنما اصولوں کی منصوبہ بندی، نظرثانی اور اشاعت IDF-WPR، بالغوں کے اینڈوکرائٹولوجسٹ و ترسیل میں معاونت کی۔

ڈاکٹر فرینک برینن (آسٹریلیا)

پہلی لمیٹو کیئر کے معالج اور قانون دان، جن کی خصوصی دلچسپی انسانی حقوق میں ہے۔ ڈاکٹر برینن نے پہلی لمیٹو کیئر سے متعلق مواد (صفحات 165-177)، آفات کے دوران ذیابیطس کی نگہداشت کے انسانی حقوق سے متعلق پہلوؤں (صفحات 179-188)، اور مدد کے لیے کن افراد یا اداروں سے رابطہ کیا جائے، اس بارے میں رہنمائی (صفحات 189-198) فراہم کی۔

ایسوسی ایٹ پروفیسر گیری کلوو (آسٹریلیا)

لائسنس، تسمانیہ میں جنرل پریکٹیشنر، یونیورسٹی آف میلبورن اور یونیورسٹی آف سڈنی سے وابستہ ماہر تعلیم، اور ذیابیطس کے ذاتی تجربے کے حامل ہیں۔ انہوں نے نوموود بچے کی پیدائش کے لیے درکار بنیادی کٹ سے متعلق معلومات پر تحقیق کی، جس میں ڈاکٹر زود آؤٹ بارڈرز (آسٹریلیا) سے حاصل کردہ معلومات بھی شامل تھیں (صفحہ 83)۔

ڈاکٹر ہیرونوری واکا (جاپان)

اینڈوکرائٹولوجسٹ، جو جاپان کے ذیابیطس اور آفات سے متعلق رہنما اصولوں کی تیاری اور اشاعت و ترسیل میں شامل رہے۔

مندرجہ ذیل افراد کے ساتھ بھی مفید تبادلہ خیال ہوا

، اور پروفیسر لینڈرو بولٹن (برطانیہ) (وچوئل کانگریس، لزبن 2021ء IDF، پرتگال) اور ڈائٹینٹز فلپائنز؛ پروفیسر جواؤ ریپوسا (کی رکن IDF-WPR) نرس لیڈن فلوریڈو کے صدر؛ پروفیسر الرنہتھ ٹرمبل (شمالی آئرلینڈ، ریٹائرڈ اینڈوکرائیولوجسٹ، کیمیکل پیٹھالوجسٹ، ماہر تعلیم اور این جی او رضاکار)؛ اور ڈاکٹر پال ولیمز (آسٹریلیا IDF کونسل کے سابق رکن)۔ IDF-WPR بورڈ ممبر اور IFL، سائنس دان

(لزن، 2021ء) IDF، الیٹین ایسوسی ایشن فار دی اسٹڈی آف ڈائٹینٹز (جاپان، 2019ء)، منگولین ڈائٹینٹز سوسائٹی (2021ء)، ڈائٹینٹز فلپائنز (2021ء) ویسینار میں لیکچرز اور مباحثوں کے ذریعے بھی رہنمائی حاصل کی گئی۔ IDF کی سالانہ کانفرنسوں اور جنوری 2022ء میں منعقدہ

نے منصوبے کے انتظام، تحریر اور فارمینگ میں معاونت کی۔ (کلینیکل ٹرانلز سینٹر، آسٹریلیا NHMRC، یونیورسٹی آف سڈنی) مارینا زادونسکایا، انتظامی معاون نے فارمینگ، پروف ریڈنگ اور اشاعت کے حقوق حاصل کرنے میں معاونت (کلینیکل ٹرانلز سینٹر NHMRC، یونیورسٹی آف سڈنی) ڈاکٹر شیرلین گولڈ اسٹون کی۔

پر ذیابیطس اور ذیابیطس www.ajenkinsdiabetes.org نے www.codeology.com.au مسٹر کرس رائن اور محترمہ بلیری ریچرڈسن سے متعلق وسائل کی میزبانی، ویب سائٹ کے قیام اور دیکھ بھال کے لیے خدمات عطیہ کیں۔

پروجیکٹ آفیسر، نے تنظیمی امور میں معاونت کی۔ IDF-WPR، پرن ہوانگ

آفات سے متعلق تصاویر فراہم کرنے والے افراد

- پروفیسر ایچی اراکی (جاپان)
- ڈاکٹر ڈیوڈ چن، سڈنی (آسٹریلیا)
- انسولین فار لائف (گلوبل اور آسٹریلیا)
- ریٹا جینکنز، شیلیارٹن (آسٹریلیا)
- پروفیسر ایلینا جینکنز، سڈنی (آسٹریلیا)
- ایسوسی ایٹ پروفیسر گیری کلوو، لاونسٹن (آسٹریلیا)
- ڈاکٹر تاتسویا کونڈو (جاپان)
- ڈاکٹر تاکا فومی سینوکوجی (جاپان)

- پروفیسر گیری وٹ (آسٹریلیا)

تنظیمیں

- ANZ COR
- امریکن ڈائیٹیز ایسوسی ایشن (ADA)
- آسٹریلین ڈائیٹیز ایجوکیٹرز ایسوسی ایشن (ADEA)
- سینٹر فار ڈیزیز کنٹرول (CDC)، امریکہ
- چائیز ڈائیٹیز سوسائٹی
- ڈائیٹیز آسٹریلیا (DA)
- ڈائیٹیز ڈیزاسٹر ریسپانس کنسورشیم (DDRC)، امریکہ
- ڈائیٹیز نیوزی لینڈ
- ڈائیٹیز ان کنٹرول
- ڈاکٹرز و آؤٹ بارڈرز / میڈیسن سائنز فرنٹیئرز
- ایل لی (Eli Lilly)
- انٹرنیشنل سوسائٹی فار پیڈیاٹرک اینڈ ایڈولیسنٹ ڈائیٹیز (ISPAD)
- انسولین فار لائف گلوبل انکارپوریٹڈ (IFL)
- جاپان ڈائیٹیز ایسوسی ایشن
- *PLOS, Pharmacists Letter, Diabetes Technology and Therapeutics, Diabetes Care*
- *One*
- لائف فار اے چائلڈ (LEAC)
- نیشنل وائیڈ چلڈرنز ہسپتال، امریکہ
- حکومت نیوزی لینڈ

- نیشنل انسٹی ٹیوٹس آف ہیلتھ (NIH)، امریکہ
- نیشنل ڈائٹینیز سروسز اسکیم (NDSS)، آسٹریلیا
- نوو نورڈسک (Novo Nordisk)
- پاکٹ نرس (Pocket Nurse)
- رائل آسٹریلین کالج آف جنرل پریکٹیشنرز (RACGP)
- یونیسف (UNICEF)
- عالمی ادارہ صحت (WHO)

تصاویر کے حوالے

- سرورق: فائر فائٹر اور آگ (R Jenkins)
- خشک جھیل (R Jenkins)
- ماسک پہنے ہوئے ڈاکٹرز (D Chen)
- فائر ٹرک (R Jenkins)
- COVID کے دوران ماسک پہنے ہوئے فائر مین اور کارکن (R Jenkins)
- فوگرافر (A Jenkins) R Jenkins
- جاپان میں زلزلے سے ہونے والا نقصان (E Araki)

- سڑک پر سیلاب کا انتہائی نشان (R Jenkins)
- فائر مین کے کوٹ (R Jenkins)
- بجلی کی تاروں کی مرمت، پولیس کی کشتی (R Jenkins)
- ویکسین کلینک کی نرس (R Jenkins)
- COVID سے متعلق عوامی آگاہی کا نشان اور ویکسین کلینک (R Jenkins)
- ماسک پہنے ہوئے طبی ماہرین (D Chen)
- 'گلوبیگ' میں موجود کچھ سامان اور بیک پیک (A Jenkins)
- جلا ہوا درخت (R Jenkins)
- کوما موٹو یونیورسٹی کی زلزلے سے متاثرہ لیبارٹری (T Senokuchi)
- ویکسین کلینک کا نشان (R Jenkins)
- 2016ء کے کوما موٹو زلزلے سے متاثرہ سڑک (T Kondo)
- بجلی کی لائنوں پر کام کرنے والے کارکن (R Jenkins)
- آگ (R Jenkins)
- بوتل، ہیماٹش کا کپ اور جج (A Jenkins)
- کاغذی پلیٹیں، پیالے اور کپ، اور پلاسٹک کی کٹری (A Jenkins)
- کمیونٹی COVID ٹیسٹنگ ٹینٹ (R Jenkins)
- سماجی فاصلہ برقرار رکھنے کا نشان (A Jenkins)
- پانی، ڈراپر اور گیلا کپڑا (A Jenkins)
- ایپولینسنز (A Jenkins)
- ماسک پہنے ہوئے طبی ماہر (D Chen)
- ٹیسٹنگ کا سامان، انسولین پینز اور گلوکواگون انجکشن (G Wittert)
- استعمال شدہ سوئیاں اور تیز دھار طبی اشیاء رکھنے کے ڈبے (G Wittert)

- COVID-19 کے دوران فلپائن میں ذیابیطس کے مریض اور انہیں فراہم کیے گئے ذیابیطس کے طبی سامان (A Jenkins) اور Insulin For Life)
- لائبریری - پرانی کتابیں (A Jenkins)
- ہنگامی سامان کے ڈبے (A Jenkins) اور Insulin For Life)
- COVID کے دوران ذیابیطس کی مریضہ کو فراہم کی جانے والی امداد (Insulin For Life)
- قدرتی آفت کے دوران ذیابیطس کے مریضوں کو فراہم کی جانے والی امداد کے وصول کنندگان (Insulin For Life)
- فائرمین (R Jenkins)
- جاپان کے سینڈائی ڈیکریشن کی پریس کانفرنس (T Kadowaki) کے ذریعے)
- غروب آفتاب (G Wittert)



"کسی اجتماعی کوشش کے لیے ہر فرد کی وابستگی ہی وہ چیز ہے جو ایک ٹیم کو کامیاب بناتی ہے، ایک ادارے کو کامیاب بناتی ہے، ایک معاشرے کو کامیاب بناتی ہے، اور ایک تہذیب کو کامیاب بناتی ہے۔"

— ونس لومبارڈی (Vince Lombardi)

ممکنہ مفادات کے ٹکراؤ کا اعلان

ان رہنما اصولوں کی تیاری کے لیے کسی قسم کی مالی معاونت فراہم نہیں کی گئی۔

ایلیشیا جینکٹر:

- عہدے ورکنیٹ: انسولین فار لائف (IFL) کی بورڈ ممبر (IFL) گلوبل، IFL آسٹریلیا اور (IFL USA)؛ 'لائف فار اے چائلڈ' پروگرام کے ساتھ تعاون؛ IDF-WPR ایگزیکٹو کونسل کی رکن؛ ڈائٹینیز آسٹریلیا انٹرنیشنل افیئرز کمیٹی کی رکن؛ ڈائٹینیز آسٹریلیا ریسرچ ایڈوائزری کمیٹی کی رکن؛ آسٹریلیا کارڈیو ویکسپولر الائنس پریسیڈنٹ میڈیسن فلیگ شپ کی شریک ڈائریکٹر؛ اور 2016ء میں آسٹریلیا ڈائٹینیز اینڈ ڈیٹاسٹر گائیڈ لائنز کمیٹی کی رکن۔
- صنعتی اداروں کے مشاورتی بورڈ یا گرانٹس: Amgen، Eli Lilly، Insulet، Sanofi-Aventis، Medtronic، Mylan اور Abbott۔

تاکاشی کادووکی:

- Endowed Chair: Asahi Mutual Life Insurance Company
- تحقیقی گرانٹس: Kyowa Kirin Co.، Eli Lilly Japan K.K.؛ Nippon Boehringer Ingelheim Co.، Ltd.؛ Sanofi؛ Novo Nordisk Pharma Ltd.؛ Daiichi Sankyo Co.، Ltd.؛ MSD Corporation؛ Ltd.؛ Ono Pharmaceutical Co.،؛ Astellas Pharma Inc.؛ Takeda Pharmaceutical Co.، Ltd.؛ K.K.؛ Sumitomo Dainippon Pharma Co.، اور Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation؛ Ltd.؛ Ltd.
- مشاورتی بورڈ: Novo Nordisk Pharma Ltd.؛ Medtronic Japan Co.، Ltd.؛ Abbott Japan LLC
- لیکچرز کے اعزازی معاوضے: MSD Corporation؛ Mitsubishi؛ Takeda Pharmaceutical Co.، Ltd.؛ Ono؛ Teijin Pharma Ltd.؛ Astellas Pharma Inc.؛ Tanabe Pharma Corporation

؛ Sumitomo Dainippon Pharma Co., Ltd.؛ AstraZeneca K.K.؛ Pharmaceutical Co., Ltd.
Novo Nordisk ؛ Nippon Boehringer Ingelheim Co., Ltd.؛ Eli Lilly Japan K.K.؛ Sanofi K.K.
FUJIFILM Toyama ؛ Daiichi Sankyo Co., Ltd.؛ Novartis Pharma K.K.؛ Pharma Ltd.
Kyowa Kirin Co., Ltd. اور ؛ Kowa Co., Ltd.؛ Chemical Co., Ltd.

مون کیولی:

- عہدے و گرانٹس: ایشین ایسوسی ایشن فار دی اسٹڈی آف ڈائٹینیز (AASD) کے ایگزیکٹو ممبر؛ MSD اور Novartis سے تحقیقی گرانٹس۔

حقوق اشاعت

تمام حقوق محفوظ ہیں۔ اس اشاعت کا کوئی بھی حصہ IDF-WPR کی پیشگی تحریری اجازت کے بغیر کسی بھی شکل میں یا کسی بھی ذریعے سے دوبارہ شائع، نقل یا منتقل نہیں کیا جاسکتا۔ IDF-WPR کی اشاعتوں کو دوبارہ شائع کرنے یا ان کا ترجمہ کرنے کی درخواستیں انٹرنیشنل ڈائٹیز فیڈریشن — ویسٹرن پیسیفک ریجنل آفس کو ارسال کی جانی چاہئیں۔

اس رہنما کتاب کی مفت ڈاؤن لوڈ کی جانے والی PDF دستاویزات اور اس سے متعلق PowerPoint پرزینٹیشن، دونوں PPT اور PDF فارمیٹس میں، درج ذیل ویب سائٹ پر دستیاب ہیں:

Diabetes & Disasters: idf.org •

اگر ہائپر لنک کام نہ کرے تو اس ایڈریس کو اپنے براؤزر میں کاپی اور پیسٹ کریں:

<https://idf.org/our-network/regions-members/western-pacific/diabetes-disasters.html>

اچھے آفات سے نمٹنے کے منصوبوں میں متبادل انتظام بھی موجود ہوتا ہے۔ اسی لیے بھی وسائل www.ajenkinsdiabetes.org پر بھی دستیاب ہیں۔

رابطے (Correspondence)

• ای میل idf.wpr@idf.org :

• پروفیسر ایلینا جینکینز alicia.jenkins@sydney.edu.au :

• پروفیسر تاکاشی کاڈوواکی t-kadowaki@toranomom.kkr.or.jp :

• پروفیسر مون۔کیولی leemk4132@gmail.com :

"اہم خلاصہ"



آفت (Disaster) کو کسی برادری (کمپنی) کی معمول کی زندگی میں ایک شدید خلل کے طور پر بیان کیا جاسکتا ہے، جو اموات، شدید چوٹوں اور/یا املاک کے سنگین نقصان کا سبب بنتی ہے، اور جس سے نمٹنے کے لیے متعلقہ قانونی حکام کی روزمرہ کی صلاحیت سے ہٹ کر خصوصی وسائل کی ضرورت ہوتی ہے۔¹

قدرتی آفات کی مثالوں میں زلزلے، لینڈ سلائیڈنگ، سیلاب، طوفان، سائیکلون، سونامی، آگ، آتش فشاں کا پھٹنا، ہیٹ ویوز (شدید گرمی کی لہریں)، خشک سالی اور وبائی یا عالمی وبائی بیماریاں شامل ہیں؛ جن میں زلزلوں اور لینڈ سلائیڈنگ کی تعدد (بار بار آنے کا تناسب) میں خاص طور پر اضافہ ہو رہا ہے۔ اگرچہ یہ رہنما اصول بنیادی طور پر قدرتی آفات پر مرکوز ہیں، لیکن ان کے متعدد عناصر انسان ساختہ آفات، جیسے جنگ اور شہری بد امنی کے مواقع پر بھی برابر کے مفید اور موزوں ہیں۔

گزشتہ دہائی میں عالمی سطح پر رپورٹ کی گئی قدرتی آفات کی تعداد سالانہ 276 سے 393 کے درمیان رہی ہے، اور ان کی تعداد میں مسلسل اضافہ ہو رہا ہے۔² عالمی سطح پر، گزشتہ دہائی کے دوران سالانہ اوسطاً 60,000 افراد ہلاک ہوئے، اور یقیناً زخمیوں کی تعداد اس سے کئی گنا زیادہ ہے۔

WPR میں گزشتہ دہائی کی اہم آفات میں COVID-19، وبائی مرض (2019-2021)، 2019-2020 میں آسٹریلیا کے جنگلات کی آگ، 2018 کا انڈونیشیا کا زلزلہ اور سونامی، 2015 کا نیپال کا زلزلہ، اور 2013 کا انڈونیشیا کا زلزلہ اور سونامی شامل ہیں۔

کم آمدنی والے علاقوں کے لوگ آفات کے دوران کمزور رہتے ہیں؛ اور کم معیار زندگی والے ممالک میں اموات کی اوسط، زیادہ خوشحال علاقوں کے مقابلے میں دس گنا زیادہ ہے۔ گزشتہ دس سالوں میں کم اور زیادہ آمدنی والے علاقوں کے درمیان اموات کا تناسب 2 سے 288 رہا۔²

دائمی امراض (جیسے ذیابیطس) کے مریض بھی آفات کے دوران خاص طور پر زیادہ خطرے میں ہوتے ہیں۔ اگرچہ عالمی سطح پر آفات کی تعداد میں اضافے اور بہتر رپورٹنگ کی توقع کی جا رہی ہے، لیکن گزشتہ صدی میں آفات سے ہونے والی اموات میں مجموعی طور پر کمی آئی ہے۔²

یہ کمی آفات کے بہتر انتظام (Disaster Management) کی وجہ سے ممکن ہوئی ہے، جس میں متعدد سطحوں پر تیاری کیلیدی کردار ادا کرتی ہے۔ تاہم، آفات سے متعلقہ بیماریاں، اموات اور معاشی نقصانات اب بھی بہت زیادہ ہیں؛ اور ان کے اثرات کو کم کرنے کے لیے اوپر سے نیچے (قومی اور بین الاقوامی) اور نیچے سے اوپر (افراد اور مقامی کمیونٹی) دونوں طریقہ ہائے کار کا ہونا ضروری ہے، خاص طور پر ان افراد کے لیے جو ذیابیطس میں مبتلا ہیں یا اس کے خطرے سے دوچار ہیں۔

دنیا کے اندازاً 537 ملین ذیابیطس کے مریضوں میں سے ایک تہائی سے زیادہ مغربی بحر الکاہل خطے (WPR) میں رہتے ہیں، جو سات IDF علاقوں میں سب سے زیادہ آبادی والا خطہ ہے۔

2021 میں اندازاً ہر 8 بالغوں میں سے 1 (20 سے 79 سال کی عمر کے 11 فیصد)، یعنی 206 ملین بالغ اور 102,000 سے زائد بچے اور نوجوان ذیابیطس کے مریض تھے، جن کے سنگین ذاتی اور معاشرتی و اقتصادی اثرات ہیں۔³ 2021 میں ذیابیطس اس خطے میں 2.3 ملین اموات کا سبب بنی۔

یہ بھی تسلیم کیا جانا چاہیے کہ IDF-WPR میں اندازاً ہر دو میں سے ایک ذیابیطس کا مریض (109 ملین افراد) اپنی بیماری سے لاعلم ہے، اور یہ افراد بھی آفات کے دوران خاص طور پر زیادہ خطرے میں ہوتے ہیں۔

آفات کے انتظام کا عمومی طریقہ کار یہ ہے کہ "روک تھام کریں، تیاری کریں، جواب عمل دیں، اور بحالی کریں"۔

مکمل تیاری، آفات کا بہتر جواب دینے اور بحالی کے لیے کلیدی حیثیت رکھتی ہے اور ذیابیطس کے مریضوں پر منفی اثرات کو محدود کرنے میں انتہائی مددگار ہے۔ اس تیاری میں آفات سے قبل، اس کے دوران اور بعد کے متعدد پہلوؤں کو مد نظر رکھا جانا چاہیے؛ اور یہ سمجھنا ضروری ہے کہ منفی جسمانی، نفسیاتی اور معاشی اثرات اس واقعے کے ختم ہونے کے بعد بھی کئی سال تک جاری رہ سکتے ہیں۔

سرگرمیوں کی منصوبہ بندی میں مقامی حالات اور دستیاب وسائل کو بھی مد نظر رکھنا چاہیے۔ انتہائی پسماندہ علاقوں اور افراد کے لیے بھی ایسے اقدامات کیے جاسکتے ہیں جو آفات کے منفی اثرات کو کم کریں، اور جتنا پہلے اور جتنی تفصیل سے یہ تیاری کی جائے گی، اتنی ہی حفاظت ممکن ہو سکے گی۔ نتائج کا انحصار آفات کی نوعیت اور پیمانے کے ساتھ ساتھ پیشگی تیاری اور موجودہ حالات پر بھی ہوتا ہے۔

آفات کے انتظام (ڈیزاسٹر مینجمنٹ) میں متعدد اسٹیک ہولڈرز (متعلقہ فریقین) کو فعال طور پر شامل ہونا چاہیے۔ ان میں ذیابیطس کے مریض، ان کے خاندان، پڑوسی، مقامی برادری (کمیونٹی)، ذیابیطس اور دیگر طبی سہولیات فراہم کرنے والے، نظام صحت، قومی و بین الاقوامی ذیابیطس ایسوسی ایشنز، ذیابیطس سے متعلق غیر سرکاری تنظیمیں (NGOs)، فرسٹ ریسپانڈرز، فوج، مواصلات، بجلی اور ٹرانسپورٹ فراہم کرنے والے ادارے، مقامی و قومی حکومتیں، اور بین الاقوامی ادارے (جیسے ریڈ کراس، ڈاکٹرز و ڈاؤٹ بارڈرز، اقوام متحدہ اور عالمی ادارہ صحت) شامل ہیں۔

اس تمام عمل میں مقامی معلومات اور سابقہ تجربات کلیدی حیثیت رکھتے ہیں۔

IDF-WPR کے اس دوسرے ایڈیشن میں فراہم کردہ وسائل موجودہ قومی رہنما اصولوں کا جائزہ لینے یا نئے رہنما اصول تیار کرنے کے لیے ایک متحرک ذریعہ ثابت ہونے چاہئیں، خصوصاً وہاں جہاں پہلے سے کوئی مواد موجود نہ ہو۔

زیادہ تر ممالک کے پاس آفت سے نمٹنے کا ایک عمومی طریقہ کار (ڈیزاسٹر رسپانس پلان) موجود ہوتا ہے؛ لہذا ذیابیطس کے مریضوں کی خصوصی ضروریات کے حوالے سے متعلقہ حکام اور افراد کے ساتھ رابطہ قائم کرنا اور معلومات کا تبادلہ کرنا انتہائی قابلِ قدر ہے۔ یہ کام آفت کے وقوع پذیر ہونے سے پہلے ہی مکمل کر لیا جانا چاہیے، کیونکہ پیشگی اقدامات کرنا بعد میں صرف ردِ عمل دینے سے کہیں بہتر ہوتا ہے۔

موجودہ وسائل کا تبادلہ اور انہیں مقامی حالات کے مطابق ڈھالنا، مستقبل کی ناگزیر آفات سے متاثر ہونے والے افراد کے لیے بہتر نتائج حاصل کرنے میں مددگار ثابت ہو سکتا ہے۔

References

1. Emergency Management Australia. Commonwealth Government Department of the Attorney General, 1998.
2. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/natural-disasters>
3. International Diabetes Federation Atlas. <https://diabetesatlas.org/>

"آفات کے منفی اثرات کو کم کرنے کے لیے:

پیشگی روک تھام کریں، مکمل تیاری رکھیں، بروقت ردِ عمل دیں، اور بحالی کے عمل کو یقینی

بنائیں۔"

جائزہ

ذیابیطس اور آفات سے متعلق ایک پاورپوائنٹ پریزنٹیشن فراہم کی گئی ہے، جس کا مقصد غور و فکر، باہمی مکالمے اور منصوبہ بندی کو فروغ دینا ہے۔ اس پریزنٹیشن کو مقامی حالات اور ضروریات کے مطابق ترمیم اور استعمال کیا جاسکتا ہے۔

یہ پریزنٹیشن پاورپوائنٹ (PPT) اور PDF دونوں فارمیٹس میں درج ذیل ویب سائٹس پر مفت دستیاب ہے:

• www.ajenkinsdiabetes.org

• IDF-WPR کی ویب سائٹ:

<https://idf.org/our-network/regions-members/western-pacific/diabetes-disasters.html>

ذیل میں پریزنٹیشن کے سلائیڈز کا خاکہ بھی فراہم کیا گیا ہے۔

یہ پریزنٹیشن ڈاکٹر ایلینا جینکنز کی جانب سے 2021ء میں دیے گئے مدعو لیکچرز (Invited Lectures) کی بنیاد پر تیار کی گئی ہے۔ یہ لیکچرز نومبر 2021ء میں 'فلپائنز ڈائیابیطس ایسوسی ایشن کانفرنس' اور دسمبر 2021ء میں لزبن میں منعقدہ 'IDF Diabetes Conference' میں آن لائن پیش کیے گئے تھے۔

آفات سے نمٹنے کی تیاری کیا ہم مؤثر تبدیلی لانے کے لیے تیار ہیں؟

یہ مینوئل ذیابیطس اور آفات سے متعلق ہے
ذیابیطس اور آفات کے مینوئل IDF-WPR
2022 دوسرا ایڈیشن، جولائی
ذیابیطس اور آفات سے نمٹنے کے لیے IDF-WPR مینوئل
تیار کردہ:
ڈاکٹر ایلشیا جینکنز، آسٹریلیا
ترمیم و موافقت

IDF-WPR



خاکہ

- آفات کی تعریف اور عالمی اعداد و شمار کا خاکہ
- آفات کے انتظام کے بنیادی اصول
- موجودہ رہنما اصول
- چند مثالیں
- IDF-WPR کے دوسرے ایڈیشن کے رہنما اصول
- چند مثالیں
- خلاصہ

آفات

آفات کی تعریف، وہ حالات، واقعات، یا حادثات ہیں جن سے جانی و مالی نقصان کا خطرہ پیدا ہوتا ہے اور جو معاشرے کی روزمرہ زندگی کو متاثر کرتے ہیں۔ ان میں وہ سنگین صورتیں بھی شامل ہیں جو سرکاری اداروں کے روزمرہ خدمات کو مفلوج کر دیتی ہیں، اور جن کے لیے معمول کے علاوہ خصوصی وسائل اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ ان حالات کے نتیجے میں اموات یا زخمی ہونے کا خدشہ بھی ہوتا ہے۔

قدرتی آفات
سندھری طوفان
آگ
شہر کی گری کی لہریں
ہلکے سالی
مستحکم پتھریاں
انسانی پیدا کردہ آفات
جنگ
شہر کی بد امنی



آفات میں اضافہ، اموات کی شرح میں کمی، لیکن کم آمدنی والے خطے اب بھی زیادہ خطرے سے دوچار ہیں

www.ourworldindata.org/disasters

OurWorld
in Data

Number of recorded natural disaster events, All natural disasters, 1900 to 2010

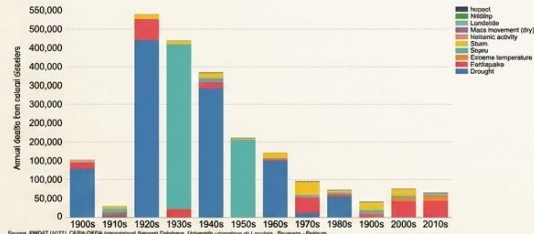
The number of global reported natural disaster events in any given year. This includes those from drought, floods, extreme weather, weather temperature, landslides, dry mass movements, wildfires, volcanic activity and earthquakes.



Source: EM-DAT (2017), OFDA/OFID International Disaster Database, Université catholique de Louvain - Brussels - Belgium
OurWorldinData.org/natural-disasters - CC BY

Global annual deaths from natural disasters, by decade

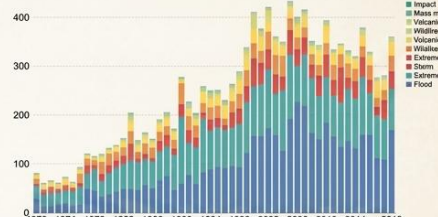
This is given as the annual average per decade (de decade 1900s to 2000s, and then six years from 2010-2016).



Source: EM-DAT (2017), OFDA/OFID International Disaster Database, Université catholique de Louvain - Brussels - Belgium
The data is contributed to ourworldindata.org. These data have been revised and are not for publication on the blog.
Licensed under CC BY-SA by the authors: Hannah Wilkes and Max Nelson

Global reported natural disasters by type, 1970 to 2019

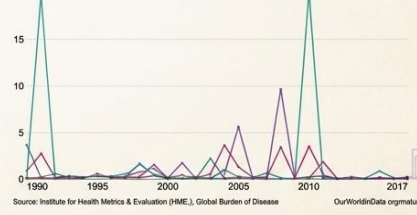
The annual reported number of natural disasters, categorised by type. This includes both weather and non-weather related disasters.



Source: EM-DAT (2017), OFDA/OFID International Disaster Database, Université catholique de Louvain - Brussels - Belgium
OurWorldinData.org/natural-disasters - CC BY

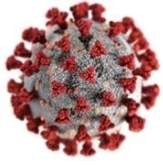
Death rates from natural disasters, 1990 to 2017

Death rates are measured as the number of deaths per 100,000 population.



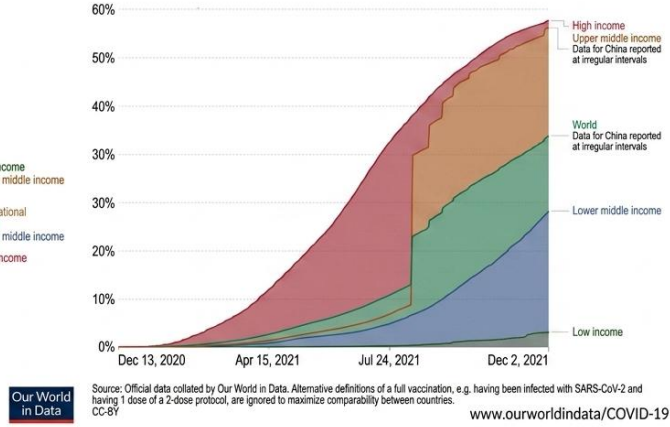
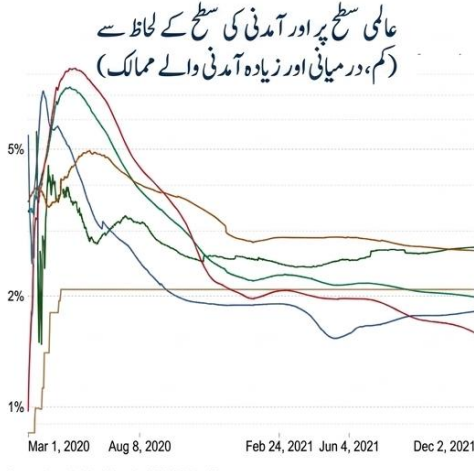
Source: Institute for Health Metrics & Evaluation (IHME), Global Burden of Disease

OurWorldinData.org/natural-disasters - CC BY



COVID-19: کم خوشحال علاقوں میں زیادہ شدید اثرات اور ویکسینیشن کی کم شرح

- مصادیق کمزور میں اموات کی شرح
- مکمل ویکسینیشن کی شرح



آفات — سوال ”اگر“ کا نہیں، بلکہ ”کب“ کا ہے

- بڑی آفات کی تعداد میں مسلسل اضافہ ہو رہا ہے۔
- ذیابیطس کی شرح میں غیر معمولی اضافہ ہے:
- آبادی کے 8 سے 35 فیصد افراد ذیابیطس سے متاثر ہیں۔
- اس میں ٹائپ 2 ذیابیطس، ٹائپ 1 ذیابیطس، حمل کے دوران ذیابیطس، اور ذیابیطس کی دیگر اقسام شامل ہیں۔
- ذیابیطس کے شکار افراد آفات سے خاص طور پر متاثر ہوں گے۔
- خاص طور پر زیادہ خطرے سے دوچار افراد:
- ٹائپ 1 ذیابیطس کے مریض
- ذیابیطس کی پیچیدگیوں والے افراد
- حاملہ خواتین
- بچے
- کمزور اور ناتواں افراد
- تنہا یا الگ تھک رہنے والے افراد



ذیابیطس کے شکار افراد پر آفات کے اثرات

غور کریں

سوال ”اگر“ کا نہیں، بلکہ ”کب“ کا ہے

اور

ہمیں تیاری کیسے کرنی ہے؟

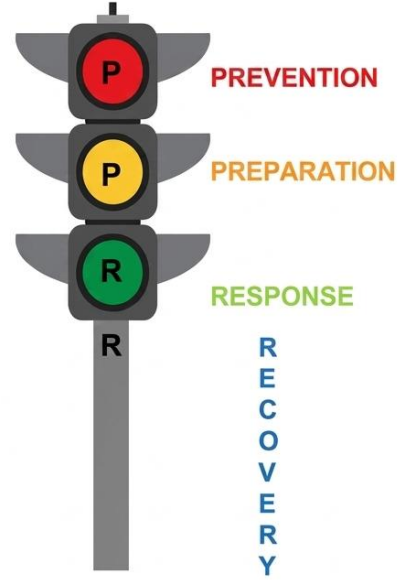


آفت سے پہلے رابطہ، تیاری اور اہم رابطہ نمبرز۔ بہترین حکمت عملی

آفات کے انتظام کے مراحل

- بچاؤ
- تیاری
- رد عمل
- بحالی

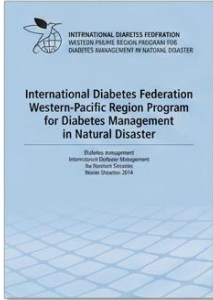
- فریم ورک (PPRR)
- رہنما اصول PPRR کے طریقہ کار کے مطابق پیش کیے گئے ہیں۔
- افراد، گھرانے، معالجین، ذیابیطس سے متعلق اداروں اور دیگر قومی و بین الاقوامی تنظیموں کے کردار۔
- ممکنہ مدد کے ذرائع۔
- فلو چارٹس اور نائٹ لائٹز۔
- تجویز کردہ فہرستیں، مثلاً:
- ایمرجنسی بیک (Go-bag)
- گھر میں تیاری
- ذیابیطس کے تنظیمیں
- ٹیلیفون، مثلاً:
- ادویات کی فہرست
- رابطہ نمبرز
- ماضی کے تجربات اور سیکھے گئے اسباق کی مثالیں۔



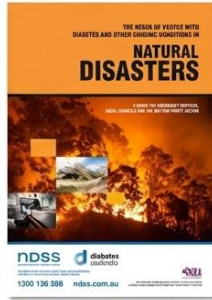
'PPRR' framework

ذیابیطس اور آفات سے متعلق موجودہ رہنما اصول

IDF-WPR 1st ed.
2014



Australia
2016



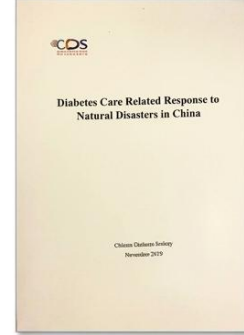
IDF
2017



Japan
2014 / 2019



China
2019



www.idf.org

www.ndss.com.au

www.idf.org

JDI 2019



<https://www.diabetes.org.nz/managing-diabetes-emergencies>

Guidelines collated at
www.ajenkinsdiabetes.org
Diabetes in Disasters tab
and
<https://idf.org/our-network/regions-members/western-pacific/diabetes-disasters.html>

پروفیسر ایلشیا جینکنز، پروفیسر تاکاشی کا دوواکی، اور پروفیسر مون کیولی کی طرف سے۔

ایگزیکٹو کونسل کی نمائندگی کرتے ہوئے IDF-WPR

رہنما اصول (دوسرا ایڈیشن) IDF-WPR

سالی اشاعت: 2022

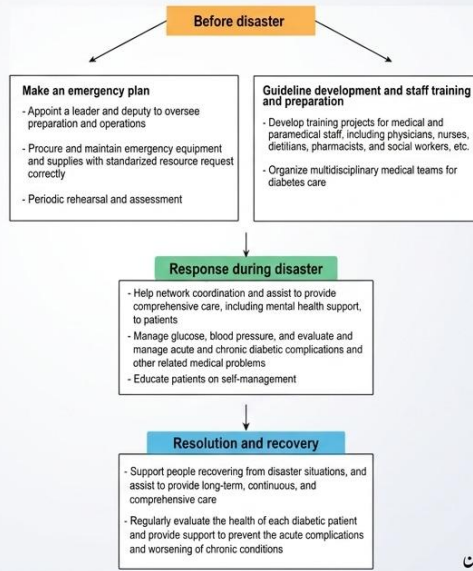
220 سے زائد صفحات پر مشتمل

[illegible][illegible]

میڈیکل لیٹر / طبی خط۔
 ادویات اور طبی آلات (14 دن کے لیے)
 ذیابیطس کے دوران بیماری سے نمٹنے کا منصوبہ۔
 پانی / خوراک۔
 مناسب جوتے اور دستانے۔
 آنکھوں کا تحفظ۔
 بنیادی ابتدائی طبی امداد کی کٹ۔

رائے: عمومی معالجین (GPs)، نرسز، دیگر متعلقہ طبی ماہرین، طلبہ اور مریضوں کے معاون گروپس کو شامل کرنے پر غور کریں اور اپنی ویب سائٹس پر اضافی وسائل فراہم کریں۔

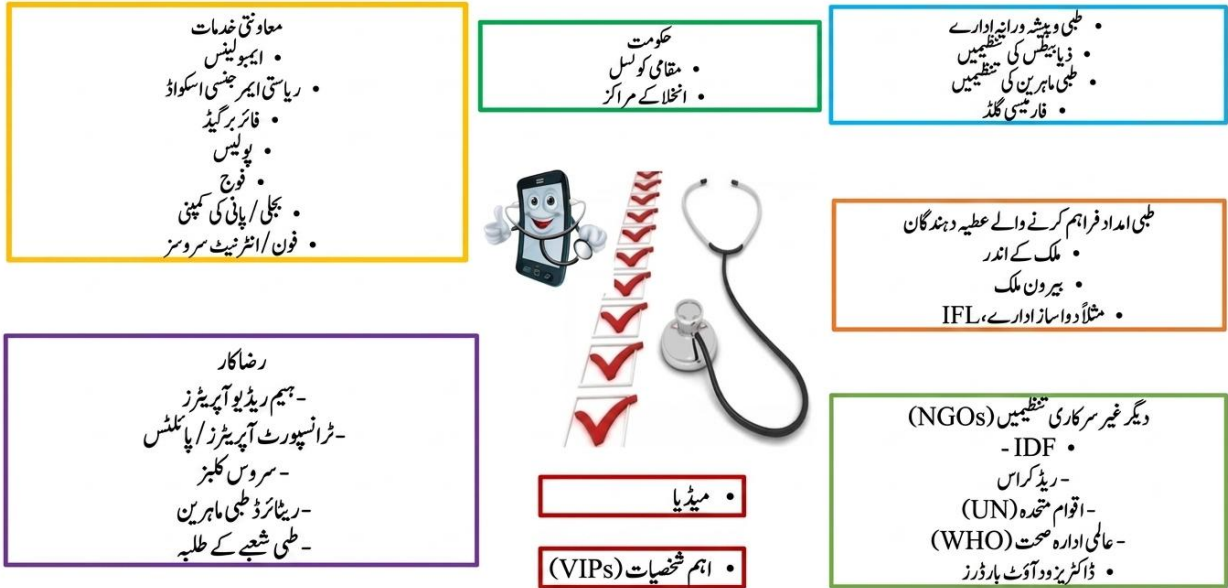
یہ فلو چارٹ ہیلتھ کیئر پروفیشنلز (صحت کے ماہرین) کے لیے IDF-WPR رہنما اصولوں کا خلاصہ پیش کرتا ہے۔



اسی طرح کے فلو چارٹس ڈیابیطس کے شکار افراد اور ڈیابیطس کی تنظیموں کے لیے بھی موجود ہیں۔

IDF-WPR ڈیابیطس اور آفات کے رہنما اصول — پہلا ایڈیشن

دیگر متعلقہ ادارے جن سے رابطہ ہونا چاہیے



تیاری



کن حالات کے لیے تیاری کرنی چاہیے؟

مندرجہ ذیل چیزوں کی کمی یا نقصان کے لیے تیار رہیں:

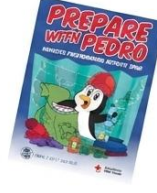
- طبی ریکارڈ تک رسائی:
- ہسپتال کے ریکارڈز
- ذاتی طور پر محفوظ کیے گئے ریکارڈز
- صحت کے نظام میں خصل یا مختلف حصوں میں تقسیم ہونا
- ذیابیطس کے شکار افراد میں:
- خون میں گلوکوز کی سطح میں بگاڑ
- بلڈ پریشر میں خرابی
- دل کی حالت میں بگاڑ
- گردوں کی کارکردگی میں خرابی
- ادویات کے استعمال میں غلطیاں
- چوٹیں
- انفیکشن، مثلاً پاؤں یا آنکھوں کا انفیکشن
- نفسیاتی اور سماجی دباؤ
- انقطاع، مثلاً آگ کی صورت میں، یا کئی دنوں سے کئی ماہ تک گھریا محفوظ مقام پر رہنے کی صورت حال،
- مثلاً وبا کے دوران
- ابتدائی امدادی کارکنان کو ذیابیطس کے بارے میں مکمل معلومات نہ ہونا یا ان کے پاس ضروری وسائل موجود نہ ہونا

- رہائش اور بجلی
- کیس کا اخراج
- پانی کا رساؤ
- بجلی کی گری ہوئی تاریں
- رابطے کا نظام
- انٹرنیٹ اور فون پر مکمل انحصار سے گریز کریں۔
- کاغذ پر ضروری معلومات محفوظ رکھیں۔
- صاف پانی اور صحت بخش خوراک کی فراہمی
- ادویات اور متعلقہ طبی آلات، مثلاً:
- سرخچیں
- خون میں گلوکوز کی نگرانی کے آلات
- تشخیص اور علاج کی سہولیات، مثلاً:
- ڈائلیسس
- ہسپتال
- طبی عملہ



مختلف سطحوں پر تیاری اور ردِ عمل

- ذیابیطس کے مریض / خاندان / دیکھ بھال کرنے والے
- کمیونٹی، بشمول رضاکار
- معالجین اور صحت کی دیکھ بھال کا نظام
- ذیابیطس کی تنظیمیں (پیشہ ورانہ اور عمومی)
- دیگر تنظیمیں



- مقامی: طبی گروپس، ہسپتال، مقامی حکومت، غیر سرکاری تنظیمیں (NGOs)، صنعت، بجلی اور مواصلات کے ادارے
- قومی: حکومت، فوج، عمومی آفت کے ردِ عمل کے ادارے، ذیابیطس کی تنظیمیں، فارمیسیز اور ادویات ساز
- صنعت، غیر سرکاری تنظیمیں (NGOs)
- بین الاقوامی: مثلاً صنعت، غیر سرکاری تنظیمیں جیسے IDF، ریڈ کراس، IFL، MSF

- سابقہ تجربات (اپنے/دوسروں کے) سے رہنمائی حاصل کریں
- مقامی حالات، آفت سے پہلے کی صورتحال اور آفت کی قسم کو مد نظر رکھیں

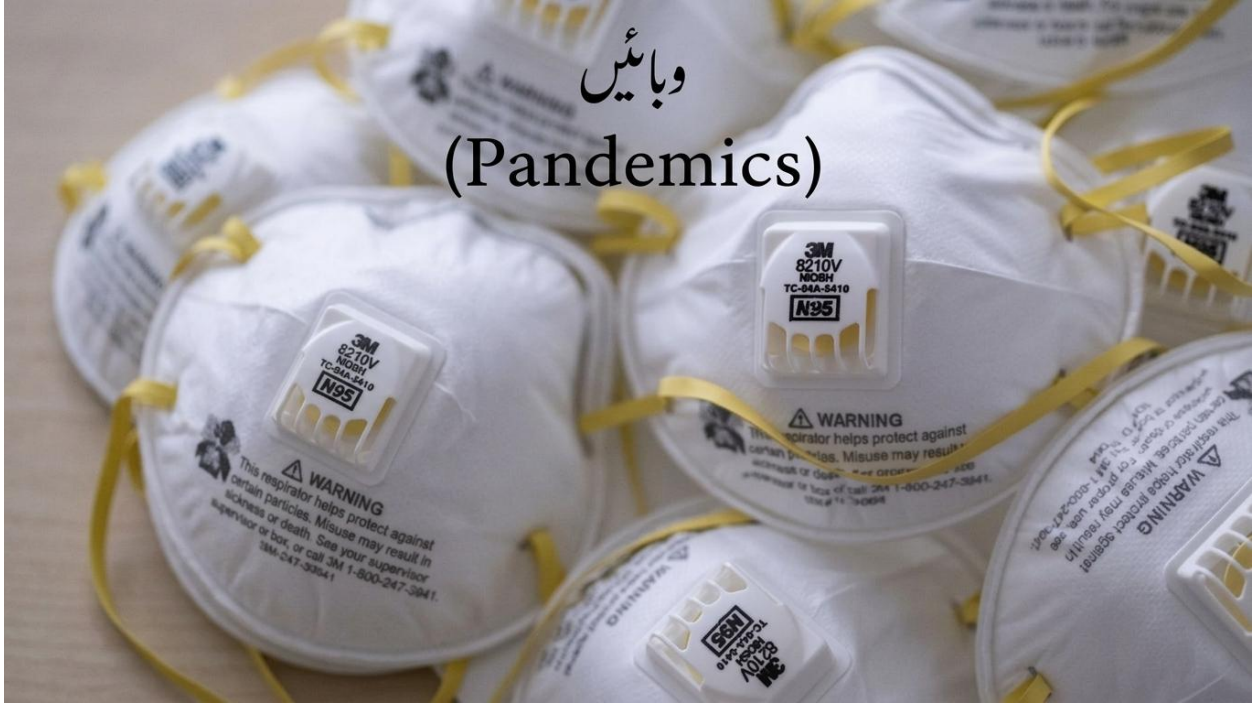


ذیابیطس اور آفات کی نگہداشت: رہنما اصول

- ایمرجنسی و طبی علاج
- محدود وسائل والے ماحول میں زیر جلد (s.c.) یا عضلاتی (i.m.) انسولین
- انسولین کے ذریعے DKA کا علاج
- ہائپوگلیسیمیا
- کیٹون ٹیسٹنگ
- بیماری کے دنوں میں ذیابیطس کی نگہداشت
- ابتدائی امدادی کارکنان اور پناہ گاہوں کے عملے کے لیے ذیابیطس کی نگہداشت
- خصوصی حالات
- پیدائش
- زندگی کے آخری مرحلے کی نگہداشت (Palliative Care)
- انسانی حقوق
- مدد کے لیے کس سے رابطہ کیا جائے
- اضافی مواد
- مزید فہرستیں، وسائل، ٹیمپلیٹس اور سلائیڈ سیٹ

- وبائیں (Pandemics)
- خطرے کے عوامل اور نگہداشت کی حکمت عملیاں
- کم لاگت میں گھر پر سینیٹائزر تیار کرنے کا طریقہ
- پانی کو آلودگی سے پاک کرنے کے طریقے
- پانی اور نمکیات کی کمی پوری کرنے والے محلول (ORS)
- ذیابیطس کی مخصوص نگہداشت
- تبدیلی کے چارٹس:
- کالوڈ (mg/dL سے mmol/L)
- HbA1c اور eAG سے TIR
- انسولین تبدیل کرنے کے چارٹس
- انسولین کو ٹھنڈا رکھنے کے متبادل طریقے
- ہنگامی حالات میں بغیر فریج کے رکھی گئی انسولین کا محفوظ استعمال
- سرنگوں اور دیگر نوکیلی طبی آلات کا دوبارہ استعمال اور محفوظ تلفی

وبائیں (Pandemics)



وبائیں اور ذیابیطس

COVID-19 کے منفی نتائج کے خطرے کے عوامل:

- خون میں گلوکوز کی زیادہ مقدار - زیادہ عمر - (BMI) - ہائی بلڈ پریشر - تمباکو نوشی
- جسمانی وزن کا بہت زیادہ یا بہت کم ہونا - دائمی پچیدگیاں، مثلاً: - دل کی بیماری - وٹامن D کی کمی
- گردوں کی بیماری

نگہداشت کی حکمت عملیاں:

- جلد از جلد ویکسین لگوائیں۔
- لوگوں سے میل جول کم کریں؛ ماسک اور ہینڈ سینٹائزر استعمال کریں۔
- فون/ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے طبی مشورہ لیں؛ اگر کلینک جانا ضروری ہو تو ذاتی حفاظتی سامان (PPE) استعمال کریں۔
- صحت بخش غذا اور ورزش اپنائیں اور گھر پر خون میں گلوکوز، وزن اور بلڈ پریشر کی نگرانی کریں۔
- خون میں گلوکوز اور دیگر ساتھ موجود بیماریوں کی بہترین نگہداشت کریں، مثلاً تمباکو نوشی سے پرہیز۔
- ادویات کے مسلسل استعمال کے بارے میں مناسب مشورہ حاصل کریں۔
- بیماری کے دنوں میں ذیابیطس کی نگہداشت کے بارے میں تازہ معلومات رکھیں۔
- مناسب مقدار میں طبی سامان، غذائیت اور ذہنی صحت کے لیے معاونت دستیاب رکھیں۔
- بعض صورتوں میں طبی سامان کا ذخیرہ رکھنا ضروری ہو سکتا ہے، مثلاً ٹائپ 1 ذیابیطس کے مریضوں کے لیے کیٹون ٹیسٹ اسٹریپس۔

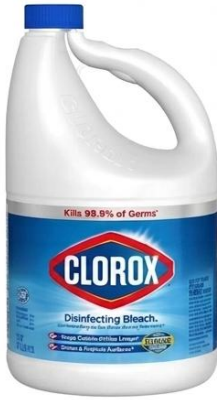
ORs for death from COVID-19 among people with vs. without diabetes	
Type 1 diabetes	3.51
Type 2 diabetes	2.03
Type 1 diabetes, age < 70 years	6.39
Type 2 diabetes, age < 70 years	3.74

Holman N, Lancet Diab Endo 2020



Lim S et al. Nat Rev Endocrinol. 2021;17(1):11-30; Chee YJ et al. J Diabetes Investig. 2020;11(5):1104-14; Hwang Y, DRCP 2020 Aug; Venkatesh N J Diab Sci Tech 2020; 14(4):803; Holman N, Lancet Diab Endo 2020

سستی گھریلو اشیاء برائے سینٹائزرز، ری ہائیڈریشن فلوڈز، پانی کی آلودگی دور کرنے



یہ الکحل اتنا سستا نہیں ہے

- فارمولے برائے ہاتھوں کے سینٹائزرز، سطحوں کے سینٹائزرز، پانی کی آلودگی دور کرنے اور ری ہائیڈریشن
- ہائیڈریشن فلوڈز، سستی گھریلو اجزاء سے
- افزا یا رضا کار بنا سکتے ہیں



زیابیطس کی نگہداشت کے وسائل



Diabetes Information



گلوکوز کی تبدیلی کے چارٹس mg/dl سے mmol/l؛ اوسط گلوکوز اور TIR سے HbA1c



HbA1c (%)	eAG (mg/dL)	eAG (mmol/l)
5	97	5.4
6	126	7.0
7	154	8.6
8	183	10.2
9	212	11.8
10	240	13.4
11	269	14.9
12	298	16.5

www.ngsp.org/A1eAG.asp

TIR (70-180 mg/dL): (%) فی صد	A1C (%): اوسط (mmol/mol)
20%	10.6 (92)
30%	9.8 (84)
40%	9.0 (75)
50%	8.3 (67)
60%	7.5 (59)
70%	6.7 (50)
80%	5.9 (42)
90%	5.1 (32)



Vigersky RA Diabetes Technol Ther. 2019



نوکیلی چیزوں کا دوبارہ استعمال اور تلفی



• آفات کے دوران افراد اپنی انسولین کی سرنجیس اور لینسیٹس دوبارہ استعمال کر سکتے ہیں۔

• انسولین قلم کی سوئیوں کو 5 مرتبہ تک استعمال کرنے سے سوئی کی نوک کی شکل متاثر نہیں ہوتی اور نہ ہی درد میں اضافہ ہوتا ہے۔

• ٹائپ 1 ذیابیطس کے 17 مریضوں نے 111 ایک مرتبہ استعمال ہونے و سرنجس کو 1 سے 80 دن تک دوبارہ استعمال کیا۔

• اوسطاً 21.3 مرتبہ، جبکہ حد 1262 انجیکشن تک تھی۔

• کسی میں انفیکشن یا مقامی رد عمل نہیں دیکھا گیا۔

• نوکیلی طبی آلات کو محفوظ رکھنے اور تلف کرنے کے لیے لیے گھریلو عرصہ پر بھی کچھ حل اختیار کیے جاسکتے ہیں۔

خطرات کم ہیں، تاہم:

- تکلیف میں اضافہ ہو سکتا ہے۔
- سوئی کی نوک ٹوٹ سکتی ہے۔
- طویل عرصے تک استعمال سے چربی بافتوں
- انفیکشن کا خطرہ ہو سکتا ہے۔

تلفی کے لیے ڈسکن پریپ لگا دیں

فل لائن

نوکیلی چیزیں

حیاتیاتی خطرہ

دو بار استعمال نہ کریں

تلف کریں



آلات کو افراد کے درمیان شیئر نہ کریں



انسولین تبدیل کرنا: انسولین کے چارٹس اور صحت کی دیکھ بھال کرنے والے ماہرین کا مشورہ



Long-Acting Insulin Pens		
Generic	Brand	Conc.
	Lantus	U-100
Glargine	Basaglar	U-100
	Toujeo	U-300
Detemir	Levemir	U-100
Degludec	Tresiba	U-100
		U-200



Rapid-Acting Insulin Pens		
Generic	Brand	Conc.
Aspart	Novolog	U-100
	Fiasp	U-100
Lispro	Humalog	U-100
	Admelog	U-100
Glulisine	Apidra	U-200



Insulin Pharmacokinetics Chart					
Category	Insulin	Onset	Peak	Duration	Notes
RAPID	Humalog or Lispro	< 15 min	60-90 min	3-5 hrs	• Inject 10-15 min before mealtime • Typically used in conjunction with longer-acting insulin.
	Novolog or Aspart	< 15 min	60-120 min	3-5 hrs	
	Apidra or Glulisine	< 15 min	60-90 min	1-2.5 hrs	
SHORT	Regular (R) Humulin, Actrapid or Novolin	30-60 min	2-5 hrs	6-8 hrs	• Inject at least 20-30 minutes before mealtime
	Velosulin	30-60 min	2-3 hrs	2-3 hrs	
	NPH (L)	1-2 hrs	4-12 hrs	18-24 hrs	
INTERMEDIATE	Lente (L)	1-2.5 hrs	3-10 hrs	18-24 hrs	• Commonly used twice daily • Often combined with rapid- or short-acting insulin
	Ultralente (U)	30 min - 3 hrs	10-20 hrs	10-26 hrs	
LONG	Lantus or Glargine	1-1.5 hrs	No Peak	20-24 hrs	• Covers insulin needs for 24 hrs • If needed, often combined with rapid- or short-acting insulin
	Levemir or Detemir	1-2 hrs	6-8 hrs	Up to 28 hrs	
PRE-MIXED	Humulin 70/30	30 min	2-4 hrs	14-24 hrs	• Combination of intermediate- and short-acting insulin • Commonly used twice daily before mealtime
	Novolin 70/30	30 min	2-12 hrs	Up to 24 hrs	
	Novolog 70/30	10-20 min	1-4 hrs	Up to 24 hrs	
	Humalog 50/50	30 min	2-5 hrs	18-24 hrs	
	Humalog 75/25	15 min	30 min-2.5 hrs	16-20 hrs	





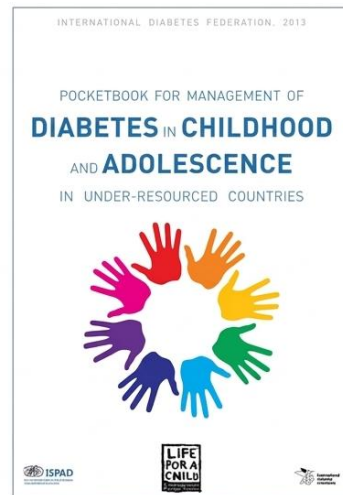
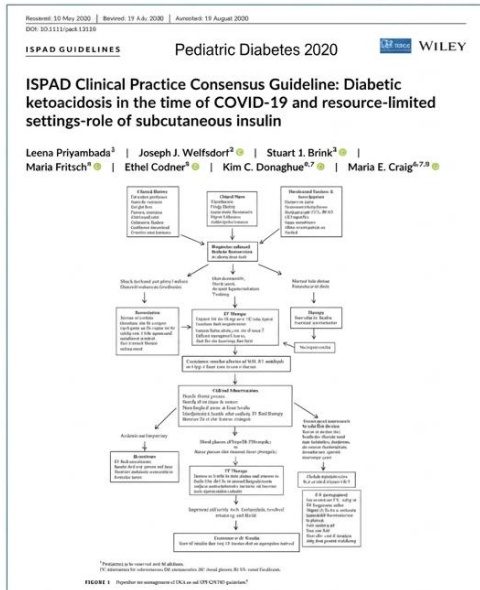
Diabetes Disaster Response Coalition



INFORMATION FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS
SWITCHING BETWEEN INSULIN PRODUCTS IN DISASTER RESPONSE SITUATIONS

<https://diabetesdisasterresponse.org/>

محدود وسائل والے علاقوں میں DKA کا علاج ذیلی جلد (s.c.) یا عضلاتی (i.m.) انسولین کا طریقہ کار






کیوسٹیکس
Ketosix
کیوسٹیکس

یورین ٹیسٹ سٹریپس

Management of diabetic ketosis and ketoacidosis with intramuscular regular insulin in a low-resource family medicine setting

Sudhakar Basetty¹, G. S. Yeshwanth Kumar², Martina Shalini³, Ruby Pricilla Angeline⁴, Kirubah Vasandhi David⁵, Sumil Abraham¹

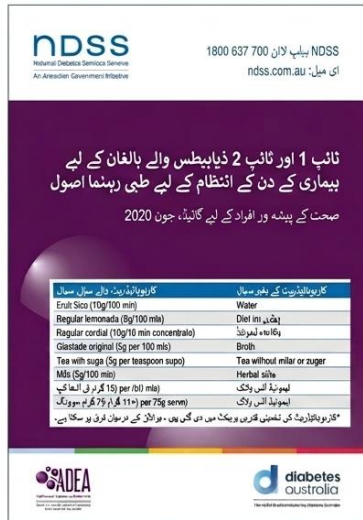
J Family Med. and Primary Care 2017

ذیابیطس کی دیکھ بھال کے دیگر ذرائع

ہائپو گلیسیمیا

بیماری کے دن کی دیکھ بھال

کیٹون کی نگرانی

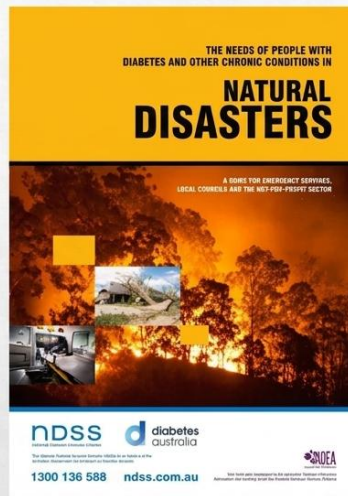


24.25 کیٹون کی سطحوں کی تشریح

فشرج	پیشاب کے کیٹون کی سطح	خون کے کیٹون کی سطح (mmol/L)
نارمل	منفی	0.6 سے کم 0.6 mmol/L
کیٹون کی بڑھتی ہوئی پیداوار	تھوڑا سا یا ہلکا	0.6-1.5 mmol/L
DKA کا شدید خطرہ	درمیانہ	1.5-3.0 mmol/L
DKA کے امکانات	زیادہ	3.0 mmol/L سے زیادہ

زیابیطس سے متعلق اہم ہدایات
ابتدائی امدادی کارکنان اور انخلا کے مراکز میں

- ہائپو گلیسیمیا کا علاج
• کیٹونز کی نگرانی
• خون میں گلوکوز کی جانچ
• غذائیت
• ذہنی صحت
• جسمانی سرگرمی (DVT) سے بچاؤ کے
لیے
• کب ڈاکٹر یا طبی ماہر سے مدد لینا چاہیے



پیدائش سے آخر تک نگہداشت - محفوظ زچگی کی کٹ

Pregnancy Clean Delivery Kit

MEDECINS SANS FRONTIERES
DOCTORS WITHOUT BORDERS

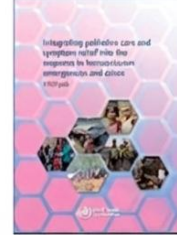
- بغیر پچیدگی کے بچے کی پیدائش کے لیے محفوظ زچگی کٹ
- انخلاء کے لیے طبی کٹ میں موجودگی کو یقینی بنائیں
- قریب الو میعاد خواتین کو بنیادی کٹ فراہم کرنے پر غور کریں



Dr Frank Brennan

زندگی کے آخری مرحلے کی نگہداشت (Palliative Care)

انسانی حقوق



خلاصہ

- انفرادی مریض، معالج اور (مقامی، قومی اور بین الاقوامی) نظام کی تیاری آفات کے منفی منفی اثرات کو کم کرے گی۔

ذیابیطس کے معالجین اور، اور تنظیمیں - کلیدی حیثیت رکھتے ہیں۔
کثیر الضابطہ ٹیم ورک ضروری ہے۔



- استعمال اور موافقت کے لیے رہنما اصول:
- IDF-WPR رہنما اصولوں کا دوسرا ایڈیشن جلد آرہا ہے۔
- www.idf-wpr.org اور www.ajenkinsdiabetes.org پر ملاحظہ کریں۔
- بہترین رہنما اصول مقامی ہوتے ہیں:
- مقامی رہنما اصول تیار/اپ ڈیٹ/دہرائیں -



فرق پیدا کرنا: چیلنجز



- کوئی اور کرے گا / کرے گا - کس سے رابطہ کریں؟ - وقت
- تباہی سے پہلے کی مختلف صورتحال اور وسائل
- جغرافیہ - فنڈز

حل

- رہنما خطوط میں ترمیم کریں: کچھ کم لاگت کے اقدامات: ویب سائٹس پر وسائل شامل کریں
- آپ کے نیٹ ورک، تربیت یافتہ افراد اور کمیونٹیز میں رضاکار اور چیمپیئنز موجود ہیں
- دوسرے پہلے سے ہی شامل ہیں جیسے قومی ڈیپاسٹر ریسپانڈرز
- ویب پر مبنی اور فون میٹنگز
- فنڈنگ: حکومت، ذیابیطس کی تنظیمیں، گرانٹس، خیراتی ادارے



اعترافات

- وہ لوگ جنہوں نے آفات کا تجربہ کیا ہے۔
- IDR WPR ایگزیکٹو کونسل بشمول پروفیسرز: ایلینسیا جنکنز، تاکاشی کادوواکی، مون کیو لی، دیگر WPR پہلے اور دوسرے ایڈیشن کے تعاون کرنے والے اور IDF WPR کے اراکین
- درج ذیل سے رہنما خطوط: IDF، WPR، آسٹریلیا، جاپان، چین، کوریا، WHO، NIH، WHO، DDRC، Aiabetes Australia DDRC DEA، ISPAD
- NGO انسولین فار لائف (www.insulinforlife.org)

رابطہ:

idf.wpr@idf.org
alicia.jenkins@sydney.edu.au

عمومی رہنما اصول

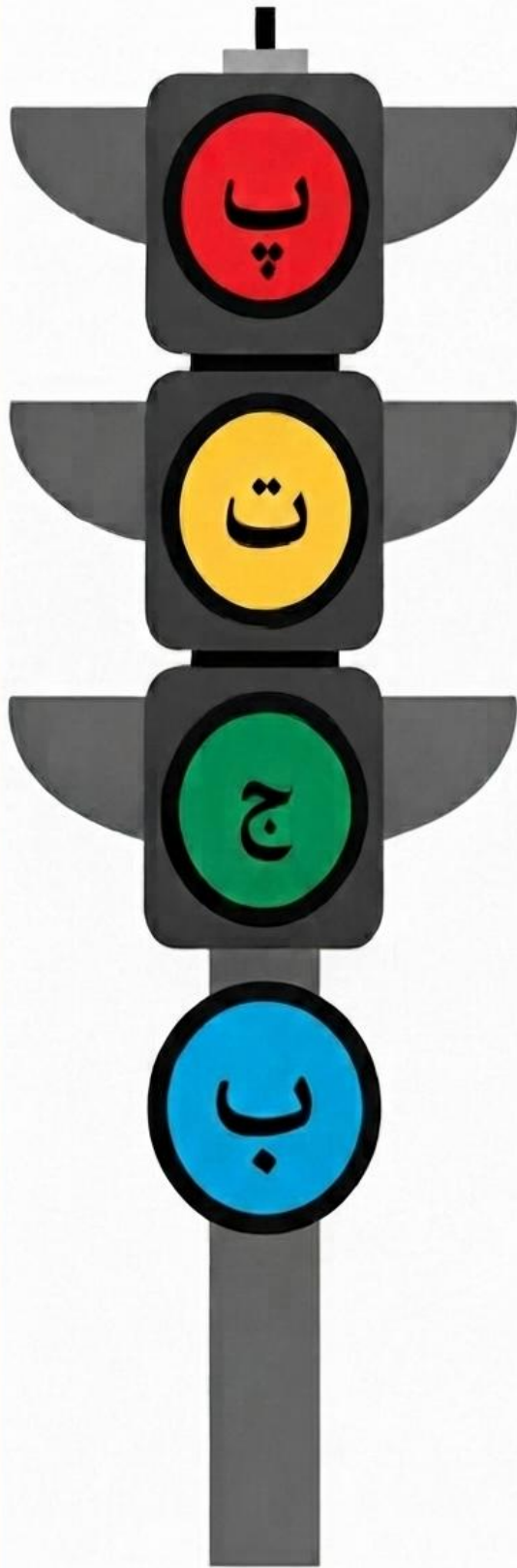


ذیل میں IDF-WPR ذیابیطس اور آفات سے نمٹنے کی گائیڈ لائنز) پہلا ایڈیشن (کے عمومی رہنما اصول اور فلو ڈیاگرام (Flow Diagram) دیے جا رہے ہیں، جن میں معمولی ترامیم کی گئی ہیں۔

آفت سے پہلے، دوران اور بعد میں ذیابیطس کے انتظام سے متعلق تجاویز

عمومی اصول

- مقامی حالات کی مراعات: آفات سے نمٹنے کے پروگرام کی تیاری کے دوران مقامی طرز زندگی اور دستیاب امدادی وسائل کو مد نظر رکھنا ضروری ہے؛ مثلاً ہنگامی خوراک، پناہ گاہوں کی اقسام، اور آفات کے دوران انفرادی ردِ عمل و اقدامات۔
- 'ایک ڈے مینجمنٹ پلان' میں شمولیت: ان جغرافیائی علاقوں میں جہاں قدرتی آفات کا امکان نسبتاً کم ہو، وہاں کسی فرد کے 'ایک ڈے مینجمنٹ پلان' (بیماری کے ایام کا نقشہ عمل) میں آفات سے نمٹنے کے عناصر شامل کرنا، ایمرجنسی پلان کو متعارف کرانے اور اسے برقرار رکھنے کا ایک مؤثر طریقہ ہو سکتا ہے۔
- متبادل جگہوں پر کٹ کی موجودگی: مختلف اقسام کی آفات کو مد نظر رکھا جانا چاہیے، خصوصاً وہ آفات جو کسی فرد کو اس کی طبی سہولیات یا پیلے سے تیار کردہ ایمرجنسی کٹ سے جدا کر سکتی ہیں (جیسے زلزلہ)۔ لہذا، گھر میں ایمرجنسی کٹ رکھنے کے ساتھ ساتھ کسی ثانوی مقام (مثلاً دفتر یا گاڑی) میں بھی ایک اضافی کٹ رکھنا مفید ہو سکتا ہے۔
- جامع فریم ورک: آفات کے انتظام کا عمومی فریم ورک چار بنیادی مراحل یعنی روک تھام، تیاری، ردِ عمل اور بحالی (PPRR) فریم ورک (پر مشتمل ہوتا ہے۔



پیشگی روک تھام

تیاری

جوابی اقدام

بحالی

ذیل میں آفت سے پہلے، دوران اور بعد کے اہم نکات درج ہیں، جو مندرجہ ذیل کے لیے ہیں:

(i) ذیابیطس کی تنظیمیں

(ii) صحت کے پیشہ ور افراد

(iii) ذیابیطس کے مریض اور ان کے اہل خانہ

آفت سے پہلے کی تیاری

1. ذیابیطس کی تنظیمیں (مثلاً ذیابیطس ایسوسی ایشنز یا ذیابیطس کلینکس)

- ایسے ذیابیطس کے مریضوں کی نشاندہی اور رجسٹریشن کریں جو آفت کے دوران خاص طور پر زیادہ خطرے میں ہوں، مثلاً ٹائپ 1 ذیابیطس کے مریض، ڈائیلاسر کے محتاج افراد، نابینا افراد، اعضا سے محروم افراد، فالج یا ذہنی کمزوری کے باعث معذور افراد۔ ان کے لیے خصوصی پروگرام تیار کیے جائیں، جیسے قبل از وقت انخلا یا 'بڑی پروگرام'۔
- ذیابیطس کے علاج میں استعمال ہونے والی ادویات اور آلات کے ذرائع، سپلائی چین، معیار اور مقدار کا جائزہ لیں، جن میں انسولین، دیگر شوگر کنٹرول ادویات، انجیکشن یا پمپ کے آلات، اور گلوکوز و کیٹون ٹیسٹنگ کا سامان شامل ہو۔
- قومی ذخائر یا آفت زدہ علاقے سے باہر موجود قومی و بین الاقوامی ذرائع سے ضروری ادویات اور آلات کی وصولی اور تقسیم کے لیے رہنما اصول تیار کیے جائیں۔
- ادویات کے عطیات کا طریقہ کار عالمی ادارہ صحت (WHO) کی تیار کردہ Drug Donation Guidelines کے مطابق ہونا چاہیے۔
- رابطہ فرستوں کو اپڈیٹ رکھیں اور مختلف اقسام کی آفات کے لیے امدادی تنظیموں اور حکومتی اداروں کے ساتھ ردِ عمل کی مشق باقاعدگی سے کریں۔
- ترجمان کے طور پر ڈائریکٹرز اور ان کے نائبین مقرر کریں۔
- ذیابیطس کے مریضوں، ان کی دیکھ بھال کرنے والوں، حکومت اور صحت کے اداروں کو ذیابیطس کے مریضوں کی خصوصی ضروریات سے آگاہ کریں، مثلاً ویکسین کی ترجیحی فراہمی۔



2. صحت کے پیشہ ور افراد

- ڈاکٹروں، نرسوں، فارماسسٹس، اور دیگر معاون صحت کے عملے نیز ان شعبوں کے زیر تربیت افراد کے لیے تعلیمی اور تربیتی مواد تیار کریں۔
- متعلقہ معالجین کو چاہیے کہ ہنگامی حالات میں ذیابیطس کے مریضوں کے لیے رہنما ہدایات تیار کریں، جن میں انسولین یا ادویات کی تبدیلی کے طریقے اور شوگر کی زیادتی یا کمی کے علاج کے اصول شامل ہوں۔
- نرسیں خود نگرانی (Self-management) سے متعلق مواد تیار کریں، جیسے شوگر کنٹرول، ہانپ اور ہائپر گلیسیمیا کی دیکھ بھال، سیک ڈے کیئر، بلڈ پریشر اور وزن کی نگرانی، پاؤں اور زخموں کی دیکھ بھال، اور آفات کے دوران طرز زندگی میں تبدیلیاں۔
- غذائی ماہرین آفات کے دوران غذائی اصول وضع کریں، خاص طور پر ذیابیطس کے مریضوں اور پناہ گاہوں میں معاونت فراہم کرنے والوں کے لیے۔ زیادہ کاروبار اینڈریٹ اور نمک سے پرہیز کیا جائے، جبکہ ہانپ گلیسیمیا کے علاج کے لیے موزوں غذائیں تجویز کی جائیں۔
- فارماسسٹس عام طور پر استعمال ہونے والی شوگر کنٹرول ادویات اور دیگر ادویات (مثلاً دل کی بیماریوں سے متعلق) کی فہرست تصاویر کے ساتھ تیار کریں، اور متبادل ادویات اور خوراک چھوٹ جانے کی صورت میں رہنمائی فراہم کریں۔
- ذہنی صحت کے ماہرین اور تربیت یافتہ رضاکاروں کو مختصر اور طویل المدتی جامع نگہداشت، بشمول ذہنی صحت کی معاونت، کے لیے تیار کیا جائے۔
- مریضوں کو ان کے ضروری طبی ریکارڈ، ادویات کی فہرست اور آفات سے نمٹنے کے منصوبے تیار کرنے کی یاد دہانی کروائیں اور مدد فراہم کریں۔
- تمام متعلقہ زبانوں میں مواد اور ناخواندہ افراد کے لیے تصویری رہنما ہدایات فراہم کریں۔
- اس بات کو یقینی بنائیں کہ خود آپ اور آپ کا خاندان بھی آفت کے لیے تیار ہوں تاکہ ضرورت پڑنے پر آپ امدادی کام انجام دے سکیں۔



3. ذیابیطس کے مریض اور ان کے اہل خانہ

- خود کو، اپنے خاندان اور قریبی افراد کو اپنی ذیابیطس کے بارے میں آگاہ کریں اور آفت کے لیے منصوبہ تحریری صورت میں تیار کریں، جس میں رابطہ نمبرز اور جمع ہونے کے مقامات شامل ہوں۔
- صرف موبائل ایپس پر انحصار نہ کریں؛ کاغذی نقول پلاسٹک لفافے میں محفوظ رکھیں۔
- ذہنی دباؤ سے نمٹنے کی مہارتیں سیکھیں۔
- بروقت انخلا یا پناہ گاہ منتقل ہونے پر غور کریں۔
- اپنی صحت، ادویات، الرجیز اور طبی آلات (جیسے انسولین پمپ، گلوکوز مانیٹر، عینک، سماعتی آلات) کی تازہ معلومات تحریری اور الیکٹرانک دونوں صورتوں میں رکھیں، مگر ہمیشہ کاغذی بیک اپ لازمی رکھیں۔
- میڈیکل الٹ بریسٹ یا بار پینٹیں، یا عارضی میڈیکل ٹیڈ استعمال کریں۔
- کم از کم ایک سے دو ہفتوں کی ادویات، انسولین اور ٹیسٹنگ کا سامان ذخیرہ کریں، اور انسولین کو ٹھنڈا مگر منجمد نہ ہونے دیں۔
- ہنگامی صورت میں انسولین یا ضروری ادویات ضائع نہ کریں جب تک محفوظ متبادل دستیاب نہ ہو۔
- ایک مکمل ایمرجنسی کٹ تیار کریں، جس میں دستانے، مضبوط جوتے، ماسک، صفائی کا سامان، پینے کا صاف پانی، بغیر پکانے والی خوراک، ابتدائی طبی امداد کا سامان، ٹارچ، بیٹریاں، اور رابطے کے ذرائع شامل ہوں۔





آفت کے دوران

1. ذیابیطس کی تنظیمیں

- درست اور بروقت معلومات فراہم کریں اور امدادی سرگرمیوں کی نگرانی کریں۔
- حکومتی اور امدادی اداروں سے رابطہ رکھیں۔
- طبی سامان اور علاج کی فراہمی میں معاونت کریں۔

2. صحت کے پیشہ ور افراد

- شوگر، بلڈ پریشر اور دیگر پیچیدگیوں کا انتظام کریں۔
- مریضوں کو بدلتے حالات میں خود نگہداشت کی تربیت دیں۔
- ٹریج اور انخلا میں مدد کریں۔

3. ذیابیطس کے مریض

- ادویات اور غذا معمول کے مطابق جاری رکھیں۔
- شوگر اور بلڈ پریشر کی باقاعدہ نگرانی کریں۔
- غیر صحت بخش خوراک اور غیر ضروری جسمانی غیر فعالیت سے پرہیز کریں۔
- میڈیکل الٹ زیور پہنیں۔



بحالی کا مرحلہ

ذیابیطس کی تنظیمیں

- رہنما اصولوں کا جائزہ لیں اور اپڈیٹ کریں۔

صحت کے پیشہ ور افراد

- طویل المدتی جامع نگہداشت فراہم کریں، ذہنی صحت پر خاص توجہ دیں، اور ویکسینیشن یقینی بنائیں۔

ذیابیطس کے مریض

- مناسب غذا اور پانی کی دستیابی یقینی بنائیں۔
- بلڈ شوگر، بلڈ پریشر اور صحت کے دیگر اہم اشاریوں (Vital Signs) کی باقاعدگی سے نگرانی جاری رکھیں۔۔
- نئی یا بگڑتی ہوئی بیماری کی صورت میں فوری طبی مشورہ لیں۔



آفات کے دوران ذیابیطس کے انتظام سے متعلق رہنما اصول

IDF-WPR رکن ممالک کی صورتحال کی چیک لسٹ

اگرچہ IDF-WPR خطے کے لیے یہ عمومی رہنما اصول موجود ہیں، تاہم اس بات کی سختی سے سفارش کی جاتی ہے کہ ہر ملک اپنی مقامی ضروریات کے مطابق اپنے قومی رہنما اصول خود تیار کرے۔ اس سے آفات کے وقوع پذیر ہونے سے پہلے ہی مختلف متعلقہ فریقین (اسٹیک ہولڈرز) کے درمیان رابطہ اور باہمی ہم آہنگی بھی بہتر ہوگی۔

ہر رکن ملک میں ذیابیطس اور آفات سے متعلق رہنما اصولوں کی موجودہ صورت حال — جیسا کہ اس گائیڈ بک (دستی) کے دوسرے ایڈیشن پر موصول ہونے والے فیڈ بیک میں رپورٹ کی گئی (یا نہیں کی گئی) — ذیل میں درج ہے۔ ہمیں امید ہے کہ اس دستی کی دستیابی تمام رکن تنظیموں کو اپنے قومی رہنما اصول تیار اور شائع کرنے کی ترغیب دے گی۔

ہم تمام رکن ذیابیطس تنظیموں کی حوصلہ افزائی کرتے ہیں کہ وہ اپنے قومی رہنما اصولوں کو تیار یا اپ ڈیٹ کریں اور اپنے تجربات و معلومات کا تبادلہ کریں، تاکہ ہمارے خطے میں ذیابیطس سے متاثرہ افراد، ان کے اہل خانہ، مقامی برادریاں اور طبی سہولیات فراہم کرنے والے ادارے مستقبل کی آفات سے کم سے کم متاثر ہوں۔

ممالک اور رہنما اصولوں کی صورتحال

شمالی کوریا	
جنوبی کوریا	
لاؤ عوامی جمہوریہ	
مکاؤ	
ملائیشیا	
مارشل جزائر	
مائیکرونیشیا (وفاقی ریاستیں)	
منگولیا	
میانمار	
ناٹورو	
نیو کیلیڈونیا	
برونائی دارالسلام	
کمبوڈیا	
چین	2019
فجی	
فرانسیسی پولینیشیا	
گوام	
ہانگ کانگ - چین	
انڈونیشیا	
جاپان	2014/19
کریباتی	

نیوزی لینڈ	2021
بلاؤ	
بابوا نیو گنی	
ساموا	
سنگاپور	
سولومن جزائر	
تائیوان	
تیمور لیستے	
تھائی لینڈ	
فلپائن	2022 کے بعد WPR مینوئل
ٹونگا	
وانواتو	
ویتنام	

(دیگر ممالک کی فہرست دستی کے مطابق ہے)

رہنما اصولوں کی تیاری کے لیے ممکنہ مالی وسائل

IDF-WPR کے پاس (2022 تک) رہنما اصولوں کی تیاری یا اشاعت کے لیے کوئی مخصوص فنڈز دستیاب نہیں تھے۔ درحقیقت، یہ رہنما اصول بلا معاوضہ رضاکاروں نے تیار کیے۔ اگر مستقبل میں IDF یا IDF-WPR کے ذریعے کوئی فنڈز دستیاب ہوئے تو ان کی معلومات شیئر کی جائیں گی۔

ممکنہ مالی ذرائع میں شامل ہیں:

- قومی ڈیپٹیس ایسوسی ایشنز
- مقامی یا قومی حکومتی فنڈنگ
- فلاحی ادارے اور عطیات

فنڈنگ کا استعمال ایمرجنسی کنٹس (go-bags) کی تیاری، گھروں میں محفوظ رہنے (shelter-in-place) کی معاونت، یا کم لاگت سینیٹائزرز، جراثیم کش محلول، پانی صاف کرنے کے ذرائع اور ری بائیڈریشن فلوئڈز کی تیاری کے لیے بھی کیا جاسکتا ہے۔



1. Disaster Response Task Force. American Diabetes Association Statement on Emergency and Disaster Preparedness: A Report of the Disaster Response Task Force. *Diabetes Care* 2007;30:2395–2398.
2. Chitwood M, Lewis C, Harle C. Preparing for natural disasters: A survival plan for persons with diabetes. *Diabetes Education* 1992;18:246–247.
3. Renukuntla VS, Hassan K, Wheat S, Heptulla RA. Disaster preparedness in pediatric type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics* 2009;124:e973–e977.
4. Motoki E, Mori K, Kaji H, Nonami Y, Fukano C, Kayano T, Kawada T, Kimura Y, Yasui K, Ueki H, Ugai K. Development of disaster pamphlets based on health needs of patients with chronic illnesses. *Prehospital & Disaster Medicine* 2010;25:354–360.
5. Miller AC, Arquilla B. Chronic diseases and natural hazards: Impact of disasters on diabetic, renal, and cardiac patients. *Prehospital & Disaster Medicine* 2008;23:185–194.
6. Arrieta MI, Foreman RD, Crook ED, Icenogle ML. Providing continuity of care for chronic diseases in the aftermath of Katrina: From field experience to policy recommendations. *Disaster Medicine & Public Health Preparedness* 2009;3:174–182.
7. Mokdad AH, Mensah GA, Posner SF, Reed E, Simoes EJ, Engelgau MM, Chronic Diseases Vulnerable Populations in Natural Disasters Working Group. When chronic conditions become acute: Prevention and control of chronic diseases and adverse health outcomes during natural disasters. *Preventing Chronic Disease* 2005;2 Spec no:A04.
8. University of Hyogo Graduate School of Nursing. Information base for disaster nursing knowledge and skills to protect life. <http://www.coe-cnas.jp/>
9. WHO Guidelines for Drug Donations. <http://www.who.int/hac/donorinfo/en/>



ذیابیطس کے مریضوں کے لیے آفت سے پہلے تیاری کی رہنما ہدایات اور چیک لسٹس

ذیابیطس کے مریضوں، ان کے گھریلو افراد اور دیگر متعلقہ فریقین کے لیے یہ بے حد مفید ہے کہ وہ آفت سے پہلے تیاری کے لیے عملی اقدامات پر مشتمل رہنما اصول اور فرستیں رکھیں، تاکہ آفات کے دوران نقصان اور بیرونی مدد پر انحصار کم ہو۔

اس حصے میں امریکہ اور IDF-WPR کے رکن ممالک کی جانب سے تیار کردہ آٹھ مثالیں شامل ہیں۔

کچھ ممالک نے COVID-19 جیسی وبائی بیماریوں سے متعلق رہنمائی شامل کرنے کی بھی درخواست کی، جو اس ایڈیشن میں شامل کر دی گئی ہے۔ مزید برآں، کم لاگت مگر مؤثر گھریلو محلول (ہاتھ، سطحوں اور پانی کی صفائی کے لیے) بھی شامل کیے گئے ہیں۔

دیگر اداروں کی رہنما ہدایات

(امریکہ سے)

- امریکن ڈیابیطس ایسوسی ایشن (ADA)
- سینٹر فار ڈیزیز کنٹرول (CDC)
- ڈیابیطس ڈیزاسٹر ریسپانس کنسورٹیم (DDRC)
- نیشنل انسٹی ٹیوٹ آف ہیلتھ (NIH)

ADA کے مطابق

ذیابیطس کے مریضوں کے لیے آفات کی تیاری

1. ذیابیطس سے متعلق مناسب تعلیم حاصل کریں، خاص طور پر خود نگہداشت اور ذہنی دباؤ پر قابو پانے کی مہارتیں

2. تمام ویکسینیشن مکمل رکھیں، بشمول ٹینس

3. ایک واٹر پروف اور انسولیڈ ایئر جنسی کٹ تیار رکھیں، جس میں شامل ہو:

○ شوگر چیک کرنے کا سامان

○ ادویات اور انسولین

○ سرخیز، گلوکوز ٹیبلس / جیل

○ گلوکاگون ایئر جنسی کٹ

○ پہلے سے پیک شدہ اسٹیکس

4. طبی معلومات، نسخوں اور رابطہ نمبرز کی نقول

5. ممکن ہو تو جلد انخلا کریں اور ضروری سامان ساتھ لے جائیں



CDC کے مطابق ذیابیطس اور آفات سے نمٹنے کی تیاری

ذیابیطس کے مریضوں کی روزمرہ زندگی منصوبہ بندی پر مشتمل ہوتی ہے۔ کسی بھی ہنگامی صورتحال میں صحت کو شدید خطرہ لاحق ہو سکتا ہے۔ اس لیے آفت سے پہلے منصوبہ بندی اور تیاری ضروری ہے، چاہے صرف چند گھنٹوں کی بجلی کی بندش ہی کیوں نہ ہو۔ آفت کے بعد کے پہلے 72 گھنٹے سب سے زیادہ اہم ہوتے ہیں۔ اس دوران خاندان کو خود کفیل ہونا چاہیے۔

ہنگامی حالات میں ذیابیطس کے مریضوں کے لیے ہدایات

- دوسروں کو ضرور بتائیں کہ آپ کو ذیابیطس ہے
- وافر مقدار میں پانی پیئیں
- کم شوگر (Hypoglycemia) کی صورت میں شوگر والی چیز ساتھ رکھیں
- پاؤں کی خصوصی دیکھ بھال کریں، آلودہ پانی سے بچیں
- ہمیشہ میڈیکل شناختی کارڈ یا برسلٹ پہنیں
- انسولین یا ادویات نہ ملنے کی صورت میں ڈاکٹر سے پہلے سے ہدایات لیں

ایمرجنسی میڈیکل سپلائیز کی فہرست

- انسولین / گولیاں
- سرنجز
- شوگر چیک کرنے کا آلہ
- کیٹون ٹیسٹنگ اسٹریپس

- گلوکوز ٹیسٹس
- گلوکائون کیٹ
- ابتدائی طبی امداد کا سامان

دیگر ضروری اشیاء

- نارچ، اضافی بیٹریاں
 - ریڈیو
 - پانی اور خوراک
 - کپڑے اور کمبل
 - موبائل فون
- کم از کم دو ہفتوں کا سامان رکھیں اور ہر 2-3 ماہ بعد چیک کریں۔

انسولین سے متعلق اہم ہدایات

- انسولین 28 دن تک کمرے کے درجہ حرارت پر محفوظ رہ سکتی ہے
- زیادہ گرمی، سردی یا روشنی سے بچائیں
- خراب یا جما ہوا انسولین استعمال نہ کریں
- انتہائی ہنگامی صورتحال میں سرنج دوبارہ استعمال کی جا سکتی ہے، مگر کسی اور کے ساتھ شیئر نہ کریں

یاد رکھنے کی باتیں

- ذہنی دباؤ شوگر بڑھا سکتا ہے
- بے قاعدہ کھانے شوگر کو متاثر کرتے ہیں
- زیادہ جسمانی مشقت شوگر کم کر سکتی ہے
- ہمیشہ مضبوط ہوتے پہنیں

- روزانہ پاؤں کا معائنہ کریں

آفت کے دوران خوراک سے متعلق احتیاط

- آلودہ خوراک استعمال نہ کریں
- پانی ابال کر پیئیں
- شوگر اور چکنائی والی اشیاء سے پرہیز کریں
- کھانے اور اسٹینکس مقررہ وقت پر لیں
- ہمیشہ فوری شوگر سروس ساتھ رکھیں

آفت کے دوران سیک ڈے مینجمنٹ

- انسولین یا ادویات کبھی بند نہ کریں
- "متلی یا قے کی صورت میں مائع خوراک (مشروبات/نرم غذا) استعمال کریں۔"
- پانی کی کمی سے بچیں
- شوگر اور کیٹونز چیک کریں
- ضرورت پڑنے پر فوری اسپتال یا ایمرجنسی سروس سے رابطہ کریں

عام آفات کی تیاری (NIH)

- کم از کم تین دن کے لیے خود کفیل رہنے کا سامان
- گھر میں محفوظ مقامات کی نشاندہی
- خاندان کے لیے ملاقات کا مقام مقرر کریں
- گیس، پانی اور بجلی بند کرنے کا طریقہ سیکھیں
- پڑوسیوں کے ساتھ رابطہ رکھیں

چین

چین میں قدرتی آفات کے دوران ذیابیطس سے متعلق نگہداشت

(چائیز ڈایابیطیز سوسائٹی، نومبر 2019)

ذیابیطس کے مریضوں کے لیے تیاری کی اشیاء کی فہرست

- ہنگامی رابطہ معلومات
- میڈیکل ریکارڈ اور نسخے کی نقول
- روزمرہ استعمال کے لیے انسولین اور شوگر کم کرنے والی گولیاں
- خون لینے کی سوئی (لینسیٹ)، بلڈ گلوکوز میٹر اور اسٹریپس
- الکحل، روٹی یا کائن پیڈ
- شوگر تیزی سے بڑھانے والی غذائیں
(مثلاً: نافیاں، گلوکوز، فروٹ جوس وغیرہ)

(نیوزی لینڈ) ذیابیطس اور ہنگامی حالات

ڈیزاسٹر کٹ

آفات کسی بھی وقت اور بغیر وارننگ کے آسکتی ہیں۔

کیا آپ تیار ہیں؟

- اپنی ہنگامی اشیاء ایک ایسے بیگ میں رکھیں جو آسانی سے اٹھایا جاسکے
- خوراک، ادویات اور طبی سامان کی ایکسپائری تاریخ باقاعدگی سے چیک کریں
- ضرورت پڑنے پر ان اشیاء کو ہر 12 ماہ بعد تبدیل کریں

خوراک

کم از کم ۳ دن کے لیے ڈبہ بند یا خشک خوراک تیار رکھیں۔ کچھ تجاویز:

- بغیر مٹھاس والے ڈبہ بند پھل، جیسے پیچڑ
- ڈبہ بند مچھلی، جیسے ٹونا یا سالمن (سپیڈنگ یا نکلیں پانی میں)
- بیکڈ بینز
- ڈبہ بند یا پیکٹ سوپ
- کاربوہائیڈریٹ والے کھانے، جیسے مکمل اناج کے کراکرز، چاول یا پاستا
- ویٹ-بکس، بغیر مٹھاس والے سیپیل، یا میوزلی (وائر پروف کنٹینر میں)
- خشک دودھ یا لمبی عمر والا دودھ
- گرمی دار میوے، جیسے مونگ پھلی یا بادام

- مونگ پھلی کا مکھن یا پسندیدہ اسپرڈ
- پالتو جانوروں کا کھانا اور بچوں کا کھانا (اگر ضروری ہو)
- ۳ دن کے لیے بوتل بند پانی (فی شخص روزانہ ۳ لیٹر)؛ دودھ کی بوتل استعمال نہ کریں کیونکہ بچا ہوا دودھ پانی کو آلودہ کر سکتا ہے۔ پانی کی سپلائی باقاعدگی سے تازہ کریں۔
- ہانچ گلیسیمیا (کم شوگر) کے علاج کے لیے فوری کاربوہائیڈریٹ، جیسے گلوکوز ٹیبلٹس یا جیلی بینز

صحت / صفائی

- ٹوائٹریز: تولیہ، ٹوتھ برش، ٹوتھ پیسٹ، صابن
- ٹوائٹ پیپر
- کچرے کے بیگ
- تولیے
- "دو بالٹیاں: ایک پانی کے لیے اور ایک عارضی بیت الخلاء (ٹوائٹ) کے لیے۔"
- فرسٹ ایڈ کٹ (پینادول، سن بلاک، سیفٹی پن شامل)
- چہرہ اور دھول کے ماسک

ادویات اور طبی ساز و سامان

- کم از کم ۲ ہفتے کا اسٹاک:
- فرسٹ ایڈ کٹ
- سرنجیس اور/یا سوئیاں، یا انسولین پنس
- بلڈ گلوکوز میٹر، اضافی بیٹریز اور ٹیسٹ سٹریپس (۳۰ دن کی سپلائی)
- انسولین اور/یا ڈیا پیٹس کی دوا (اگر ممکن ہو تو انسولینڈ کنٹینر میں)

- دیگر ادویات، جیسے بلڈ پریشر، الرجی یا دل کی گولیاں
- انسولین پمپ کی سپلائی (اگر ضروری ہو)
- انسولین پمپ کی سیننگز کی فرسٹ
- انسولین ریجیم کے تحریری ہدایات (پمپ کے بغیر استعمال کے لیے)
- گلوکواگون ایئر جیسی کٹ
- الکحل سواپس یا اینٹی بیکٹییریل وائپس
- بلڈ گلوکوز لاگ بک اور پنسل
- خالی شارپس کنٹینر (استعمال شدہ لینسٹ اور سوئیوں کے لیے)
- فنگر پرکر اور لینسٹس
- میڈیکل آئی ڈیٹیفیکیشن

کپڑے

- ہوا/پانی سے بچانے والے کپڑے
- گرم کپڑے
- مضبوط اور آرام دہ آؤٹ ڈور جوتے

دیگر ضروریات

- نقد رقم
- شارپ چاقو

- کلین اوپنر (Can Opener)
- پلاسٹک کے کپ، پلیٹیں اور برتن
- پورٹبل گیس چولہا اور اضافی گیس
- پانی ابالنے یا کھانا گرم کرنے کا برتن
- نارچ
- بیئری سے چلنے والا ریڈیو
- اضافی بیئریز (ہر ۳ ماہ چیک کریں)
- سیٹی (احتیاط کے لیے)
- اضافی عینک، سماعت / حرکت کے آلات
- واٹر پروف ماہچس یا واٹر پروف کنٹینر میں ماہچس
- اہم دستاویزات واٹر پروف بیگ میں، جیسے پیدائش / شادی کا سرٹیفکیٹ، پاسپورٹ، مالی دستاویزات، ڈاکٹر کے رابطے، المرجی اور ادویات کی فہرست
- اضافی موبائل بیئریز اور چارجر
- اگر ضرورت ہو تو ناپیز

1. Disaster Response Task Force. American Diabetes Association Statement on Emergency and Disaster Preparedness: A report of the Disaster Response Task Force. *Diabetes Care* 2007;30:2395–2398.
2. Chitwood M, Lewis C, Harle C. Preparing for natural disasters: A survival plan for persons with diabetes. *Diabetes Education* 1992;18:246–247.
3. Renukuntla VS, Hassan K, Wheat S, Heptulla RA. Disaster preparedness in pediatric type 1 diabetes mellitus. *Pediatrics* 2009;124:e973–e977.
4. American Diabetes Association. Medical advice for people with diabetes in emergency situations. <http://www.diabetes.org/assets/pdfs/ada-emergency-medical-advice.pdf>.
5. Food and Drug Administration. Information regarding insulin storage and switching between products in an emergency. <http://www.fda.gov/Drugs/EmergencyPreparedness/ucm085213.htm>.
6. U.S. Department of Health and Human Services. Special populations: emergency and disaster preparedness. <http://sis.nlm.nih.gov/outreach/specialpopulationsanddisasters.html>.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Emergency preparedness and response: natural disasters & severe weather. <http://emergency.cdc.gov/disasters/>
8. Satoh J, Yokono K, Ando R, Askura T, Hanzana K, Ishigaki Y, et al. *Journal of Diabetes Investigation* 2019;10 :1118–1142.



ایپیڈیمک یا پینڈیمک کے لیے عمومی منصوبہ بندی کی ہدایات



وبائی امراض (ایپیڈیمک یا پینڈیمک) کے لیے عمومی منصوبہ بندی کی ہدایات

وبائی امراض، جیسے کہ ایپیڈیمک (مقامی وبا) یا پینڈیمک (عالمگیر وبا جیسے COVID-19)، کے لیے عمومی منصوبہ بندی کا طریقہ کار کافی حد تک دیگر قدرتی آفات (مثلاً زلزلے) جیسا ہی ہوتا ہے۔

اگرچہ ایسی صورت حال میں اکثر گھر محفوظ اور دستیاب رہتا ہے، لیکن آفت کا شدید مرحلہ دیگر قدرتی آفات کے مقابلے میں زیادہ طویل عرصے تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس لیے یہ انتہائی ضروری ہے کہ ہر فرد پہلے سے یہ منصوبہ بندی کرے کہ وہ طویل عرصے تک کام سے غیر حاضری برداشت کر سکتا ہے یا نہیں، اور یہ کہ خوراک اور دیگر ضروری اشیاء کا ذخیرہ یا خریداری کس حد تک ممکن ہے

روک تھام، تیاری، رد عمل اور بحالی کا فریم ورک

یہ فریم ورک قابل اطلاق ہے اور اس میں وہی شرکاء شامل ہیں: ذیابیطس کے افراد، مقامی کمیونٹیز، ذیابیطس ایسوسی ایشنز (IDF سمیت)، ہیلتھ کیئر سیکٹر، مقامی اور قومی حکومتیں، ذیابیطس کی دوائی اور آلات کی صنعت، NGOs، اور دیگر ممالک اور امدادی ایجنسیاں جیسے WHO، UN اور USA CDC، جو سب اہم کردار ادا کرتے ہیں۔

HIP-AW: صحت مند، باخبر، تیار اور بدترین صورتحال کا فرض کرنا

ہم ایک نیا مخفف تجویز کرتے ہیں جو منصوبہ بندی اور اقدامات کی رہنمائی کرے: HIP-AW: Health (صحت مند)، Informed (باخبر)، Prepared (تیار)، اور Assume the Worst (بدترین صورتحال کا فرض کرنا، جب تک قابل اعتماد معلومات نہ مل جائیں)۔

صحت مند (Healthy)

صحت مند رہنا اور طرز زندگی کے مثبت اصول اپنانا ضروری ہے، جیسے صحت بخش خوراک، تمباکو نوشی سے پرہیز، پانی کی کمی سے بچنا (بخار، قے یا دست کی صورت میں)، گلوکوز کنٹرول (HbA1c کی سطح)، بلڈ پریشر اور دل کی بیماریوں کا کنٹرول۔ یہ شامل ہے کہ اپنی معمول کی دوائیں مقررہ خوراک کے مطابق جاری رکھیں، جب تک کہ خاص طور پر روکنے کا مشورہ نہ دیا جائے۔ کچھ دوائیوں کی خوراک میں تبدیلی ضروری ہو سکتی ہے، جیسے گلوکوز کنٹرول دوائی میں اگر جسمانی سرگرمی یا وزن میں تبدیلی ہو۔

باخبر (Informed)

ذیابیطس کے شکار افراد، ان کے اہل خانہ، طبی خدمات فراہم کرنے والے معالجین اور متعلقہ قومی اداروں کو ہمیشہ قابل اعتماد ذرائع سے باخبر رہنا چاہیے۔ معتبر ذرائع میں عام طور پر عالمی ادارہ صحت (WHO)، امریکی سی ڈی سی (USA CDC) اور امریکن ذیابیطس ایسوسی ایشن (ADA) جیسے بڑے ادارے شامل ہیں۔ معلومات کی تصدیق (Cross-referencing) کرنا اور باقاعدگی سے تازہ ترین اطلاعات (Updates) کی جانچ کرتے رہنا انتہائی مفید اور ضروری ہے۔

علاوہ ازیں، قومی اور مقامی ذرائع — جیسے کہ حکومت، ایمرجنسی خدمات کے ادارے یا کمیونٹی رہنما — کی جانب سے جاری کردہ معلومات انسٹینٹ، ریڈیو، اخبارات اور ایس ایم ایس (SMS) کے ذریعے حاصل کی جاسکتی ہیں

تیاری (Prepared)

یہ ہتھکڑے حصے میں بیان کردہ عمومی تیاری کے اقدامات شامل ہیں۔ جہاں ممکن ہو، ہیلتھ کیئر کو دور سے (ٹیلی ہیلتھ یا فون) دورانیے پر منتقل کرنا چاہیے۔

اپنے لیے لکھا ہوا منصوبہ بنائیں، رابطے کی فرستیں اور تفصیلات رکھیں، ملاقات کے مقامات، اور دوسروں سے بات چیت کریں، جیسے اہل خانہ، دوست اور پڑوسی کہ آپ کے منصوبے کیا ہیں، ان کے منصوبے کیا ہیں، اور وہ کس طرح مدد کر سکتے ہیں اور آپ کس طرح مدد کر سکتے ہیں۔ کچھ جنرل ڈیزاسٹر پلاننگ ایپس، جیسے Red Cross کی ایپس، آپ کو اپنی ذاتی منصوبہ بندی کی کاپی ای میل کرنے یا پرنٹ کرنے کا آپشن دیتی ہیں۔

مقامی گروپس کے ساتھ رضا کار بنیں یا ان کی مدد کریں تاکہ ایمرجنسی تیاری اور آفت کے دوران امداد فراہم کی جاسکے، جیسے: گوبلیگز تیار کرنا، ہینڈ سینٹائزر، پانی صاف کرنے والے آلات، خوراک کے ذخائر، اور دوائیوں اور آلات کی مناسب فراہمی کو یقینی بنانا۔

بدترین صورتحال کا فرض کرنا (Assume the Worst)

ایک نئے جراثیم کی وجہ سے انفیکشن کی آفت کے دوران، جیسے COVID-19 میں دیکھا گیا، یہ ہفتوں سے مہینوں تک لگتا ہے کہ شواہد پر مبنی معلومات فراہم کی جائیں، جیسے بیماری کے پھیلاؤ کا طریقہ، اس کی انفیکٹیوٹی اور ذیابیطس کے افراد کے لیے خطرہ۔ ذیابیطس، خاص طور پر اگر خون میں شوگر کنٹرول خراب ہو یا دیگر امراض ہوں، اکثر انفیکشن کے زیادہ خطرے، زخموں کے سست بھرنے، ہسپتال میں زیادہ وقت، اور قلبی یا گردوں کی بیماریوں سے منفی نتائج کے زیادہ خطرے سے وابستہ ہے۔ اس لیے بدترین نتائج کا فرض کرنا اور زیادہ احتیاطی اقدامات کرنا دانشمندانہ ہے۔ اس میں ویکسینیشن کو ترجیح دینا، ماسک پہننا اور سماجی فاصلہ اختیار کرنا شامل ہے۔

گھر پر تیاری کے فرسٹ ایڈ کٹ میں یہ اشیاء شامل کرنا مفید ہے: تھرمامیٹر، بخار کم کرنے والی ادویات جیسے پیرسیتامول، اور پلس آکسی میٹر۔ یہ جاننا کہ صحت مند ہونے یا بیماری کے آغاز میں آکسیجن کی سطح کیا ہے اور روزانہ کم از کم ایک بار چیک کرنا ضروری ہے۔ کوئی بھی دستیاب متعلقہ ہوم ٹیسٹنگ کٹ، جیسے COVID کے لیے Rapid Antigen Test (RAT)، دستیاب ہو تو اسے استعمال کرنا چاہیے۔

انفیکشن کے پھیلاؤ کو محدود کرنے کے لیے اقدامات

صفائی اور حفظانِ صحت کے اقدامات:

تمام گھر کے افراد، بشمول چھوٹے بچے، کو یہ سکھائیں:

- ہاتھوں کو بار بار صابن اور پانی سے دھوئیں (گرم پانی زیادہ مؤثر نہیں ہے)، خصوصاً جب ہاتھ گندے ہوں۔
- لکڑی والے ہینڈ کلینرز استعمال کریں۔
- کھانسنے یا چھینکنے پر نیشو استعمال کریں اور مناسب طریقے سے ضائع کریں۔
- اگر بیمار ہوں یا کسی نے 'سوشل ڈسٹنسنگ' یا گھر میں رہنے کا کہا ہو تو دوسروں سے دور رہیں۔
- "ٹوائلٹ کا ڈھکن بند کر کے فلش کریں تاکہ جراثیم زدہ بخارات (ایروسولز) کا پھیلاؤ کم سے کم ہو۔"
- ماسک: ایک ماسک پہنیں، یا اضافی تحفظ کے لیے دو سرجیکل ماسک، یا ایک سرجیکل اور ایک کپڑے کا ماسک۔ اگر دستیاب ہو تو N95، P2 یا KN95 ماسک زیادہ محفوظ ہیں۔ کپڑے کے ماسک، ترجیحاً کٹی تہ والے، خریدے یا گھر پر بنائے جاسکتے ہیں۔

- بیمار شخص اور دیکھ بھال کرنے والے دونوں ماسک پہنیں۔ دوبارہ استعمال ہونے والے ماسک کو ایک بار استعمال کے بعد دھوئیں۔ ڈسپوزیبل ماسک کو WHO کے پروٹوکول کے مطابق صاف اور ری سائیکل کیا جاسکتا ہے۔

اگر گھر میں کوئی بیمار ہو جائے:

- مثالی طور پر بیمار شخص کو الگ رکھیں، لیکن نگرانی اور دیکھ بھال فراہم کریں۔ اگر بہت بیمار ہو تو ہسپتال بھیجیں۔ بعض اوقات حکام باہر رہائش فراہم کرتے ہیں۔
- اگر وہ باقی گھر والوں کے ساتھ رہیں، تو صرف ایک بند کمرے میں رکھیں، دروازے کے نیچے اور اطراف کے خلا بند کریں (ڈرافٹ اسٹاپر یا پلاسٹک کے ذریعے)۔ اگر دستیاب ہو تو ایئر پیوریفائر استعمال کریں۔
- مریض ماسک پہنیں، ترجیحاً N95 یا P2، خصوصاً اگر کمرے سے باہر جائیں یا کوئی کمرے میں آئے۔
- اگر ممکن ہو تو مریض کا اپنا باتھ روم ہو۔ اگر شمیئر کیا جائے تو استعمال سے پہلے اور بعد میں صفائی کریں، اور مریض کے بعد 30 منٹ تک استعمال سے گریز کریں۔
- کمرہ اور باقی گھر کو اچھی طرح وینٹیلیٹ کریں۔
- "ممکن ہو تو مریض کے کھانے کے لیے ڈسپوزیبل برتن اور پیچ (کنٹری) استعمال کریں۔ استعمال شدہ ٹشو اور ماسک کو ضائع کرتے وقت حفاظت کے طور پر ماسک اور دستاں لازی پہنیں۔"
- مریض کے کپڑے، بستر اور تولیے دھیان سے ہینڈل کریں، دیکھ بھال کرنے والا ماسک اور دستاں پہن کر صاف کرے۔

بیمار افراد کی دیکھ بھال کرنے والوں اور صفائی کرنے والوں کے لیے عمومی ہدایات:

- ہوا دار کمرہ رکھیں، تمام کھڑکیاں اور دروازے کھولیں۔
- اگر دستیاب ہو تو ایئر پیوریفائر استعمال کریں۔
- ماسک اور ڈسپوزیبل دستاں پہنیں۔
- تمام سطحوں کو ڈس انفیکٹینٹ سے صاف کریں۔
- بستر اور صفائی کے دوران پینے گئے کپڑے صابن سے دھوئیں۔ تمام کپڑے جسم سے دور رکھیں اور بلائیں نہیں۔

ممکنہ دیگر آفات کے لیے اضافی تیاری

چونکہ وبا یا پینڈمک کئی ماہ یا سال تک جاری رہ سکتی ہے، اس لیے ممکنہ دیگر آفات جیسے آگ، سیلاب، زلزلہ یا لینڈ سلائیڈ کے لیے بھی اشیاء شامل کریں۔

طبی ضروریات

- اپنے اور خاندان کی ویکسینیشن اپ ٹو ڈیٹ رکھیں، بشمول پینڈمک ویکسین۔
- کم از کم 1-2 ماہ کے لیے دوائیوں اور متعلقہ آلات کا ذخیرہ۔
- ضرورت سے زیادہ ذخیرہ نہ کریں تاکہ سب کو دوائیاں دستیاب ہوں۔
- ذیابیطس کے لیے ضروری سامان: بلڈ گلوکوز میٹر، ٹیسٹ اسٹریپس (Test Strips)، لینسیٹس (Lancets)، انسولین سرنجس اور پین کی سوئیاں (Pen Needles)، انسولین پمپ کے اضافی پرزے، CGM یا Flash گلوکوز سینسرز، کیڈون ٹیسٹ اسٹریپس (ٹائپ 1 ذیابیطس یا SGLT2 ایڈویاٹ استعمال کرنے والوں کے لیے)، اور بیماری کے دنوں کی دیکھ بھال کے لیے معلوماتی نوٹس (Sick Day Care Notes)۔
- دیگر ادویات: اینٹی وومنگ، اینٹی بائیوٹکس، اینٹی وائرل، اینٹی ملیریا، آئی ڈراپس، OTC ادویات۔
- زخم کی ڈریسنگ، ضروری aids جیسے پروتھیسس، کان کا آلہ، چشمہ، ویل چیئر، ڈایپر، خواتین کی حفظانِ صحت کی اشیاء۔
- sharps کے لیے ڈسپوزیبل بن، استعمال شدہ ڈریسنگ اور ڈایپر کے لیے ڈسپوزیبل بیگ۔
- Frio™ یا دیگر کول پیک انسولین کے لیے اگر ریفریجریٹر دستیاب نہ ہو۔

فرسٹ ایڈ کٹ

- غیر نسخہ ادویات: درد اور بخار کم کرنے والی، اینٹی ایسڈ، اینٹی ڈائریا، اینٹی ہسٹامینز۔
- الیکٹرولائٹ والے مشروبات یا گولیاں۔
- وٹامنز اگر غذا غیر متوازن ہو۔
- اینٹی سیپٹکس، کورٹیسون کریم، برن کریم۔
- ڈریسنگ، بینڈیج، پلکدار بینڈیج، قنچی، پنس۔
- "آنکھوں کی صفائی کے لیے سالین رنس / Saline Rinse) نکلیں پانی کا محلول (-"۔
- جسم گرم رکھنے والا کپل، تھرمامیٹر، پلس آکسی میٹر، وزن کی پیمائش۔
- مخصوص انفیکشن کے لیے ہوم ٹیسٹ کٹس، جیسے COVID کے RATs۔

محافظتی اشیاء

- ماسک: ڈسٹ، سرجیکل، N95/P2، کپڑے کے۔
- فیس شیلڈ، بینڈ سینڈائزر، عینک/سیفٹی گلاس، سرجیکل دستانے، واٹر پروف کپڑے، ہیٹ، ڈسپوزیبل بیگ، ہیلمٹ، موٹے دستانے، آگ مزاحم کمبل، مضبوط جوتے۔

کھانا پکانے اور صفائی کی اشیاء

- کیمپنگ اسٹوو اور لیندھن، BBQ اور لیندھن، پاور جنیٹر، سولر یا جنیٹر پر چلنے والے ریفریجریٹر، چھوٹے پورٹ ایبل ریفریجریٹر۔
- پانی صاف کرنے والے فلٹر یا ٹیبلٹس، پورٹ ایبل ٹوائلٹ یا بالٹی، ٹوائلٹ پیپر، ٹیشو، نم وائپس، صابن، ڈسٹرجنٹ، ڈس انفیکٹینٹ، بینڈ سینڈائزر، ڈسپوزیبل دستانے۔
- لائٹ سورس: نارچ، بیٹریاں، سولر لائٹس، مینوئل جنیٹر نارچ۔
- سیٹی اور پرچم کسی کی توجہ دلانے کے لیے۔

رابطہ اور کمیونیکیشن کے آلات

- کاغذ اور قلم، پورٹ ایبل ریڈیو، فون اور چارجر، ٹیبلٹ یا کمپیوٹر اور چارجر، انٹرنیٹ، وائی فائی، CB یا ایم ریڈیو۔

اہم دستاویزات

- رابطہ فہرستیں، میڈیکل ریکارڈز، ذاتی دستاویزات (انشورنس، وصیت، پیدائش اور شادی کے سرٹیفکیٹ)، بینک کی تفصیلات، ڈیجیٹل اور کاغذ پر بیک اپ، نقدی۔

1. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(6):546–550.
2. Apicella M, Campopiano MC, Mantuano M, Mazoni L, Coppelli A, Del Prato S. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(9):782–792.
3. Barron E, Bakhai C, Kar P, et al. Associations of type 1 and type 2 diabetes with COVID-19-related mortality in England: a whole-population study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(10):813–822.
4. McGurnaghan SJ, Weir A, Bishop J, et al. Risks of and risk factors for COVID-19 disease in people with diabetes: a cohort study of the total population of Scotland. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021;9(2):82–93.
5. Powers AC, Aronoff DM, Eckel RH. COVID-19 vaccine prioritisation for type 1 and type 2 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021;9(3):140–141.
6. Hwang Y, Khasag A, Jia W, et al. Diabetes and COVID-19: IDF perspective in the Western Pacific region. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;166:108278.
7. Scott ES, Jenkins AJ, Fulcher GR. Challenges of diabetes management during the COVID-19 pandemic. *Med J Aust.* 2020;213(2):56-57.e1.
8. Venkatesh N, Paldus B, Lee MH, MacIsaac RJ, Jenkins AJ, O'Neal DN. COVID-19, Type 1 diabetes clinical practice, research, and remote medical care: a view from the land down under. *J Diabetes Sci Technol.* 2020;14(4):803–804.

کھانے، پانی اور پکانے کے انتظامات

پانی اور خوراک کا ذخیرہ:

- پانی اور خوراک کا ذخیرہ رکھیں۔ پانی صاف کرنے والے آلات بوتلوں میں پانی رکھنے کی ضرورت کو کم کر سکتے ہیں۔
- کم از کم تین دن کے لیے، ہر شخص کے لیے روزانہ تین لیٹر پانی رکھیں۔
- کچھ پانی کو پمپ سے فریڈ میں بڑے برتنوں (جیسے آئس کریم والے کنٹینرز) میں جما سکتے ہیں۔ اگر بجلی چلی جائے، خاص طور پر اگر فریڈز بند رہے، تو یہ جگہ ہوئے پانی یا خوراک کو کئی گھنٹوں تک ٹھنڈا رکھے گا اور پانی پینے، پکانے یا دھونے کے لیے استعمال ہو سکتا ہے۔

خوراک کے ذخیرے کے لیے مدت:

- سفارشات مختلف ہیں: کم از کم دو ہفتے سے لے کر تین ماہ تک خوراک کی دستیابی۔
- کم آمدنی والے افراد کے لیے اتنی خوراک جمع کرنا مشکل ہو سکتا ہے، لیکن ممکن حد تک انتظام کریں۔

گھریلو خوراک کے لیے اشیاء:

- کین یا ٹیڑا پیک میں پھلیاں، سوپ، پھل، دودھ
- کین، بوتل، مغمد یا خشک پھل اور سبزیاں
- میڈیٹ پوٹینو مکس
- خشک سوپ
- پاستا، چاول، مکمل اناج، نوڈلز
- خشک دالیں / لوبیا
- فریز ڈرائیڈ کھانے
- مغمد کھانے
- پروٹین یا فروٹ بارز
- خشک سیریل یا گرانولا
- کین میں گوشت یا مچھلی

- جیکی (خشک گوشت)
- گرمی دار میوے اور نٹ بٹر
- مکمل اناج کے کریکرز
- خشک پھل اور ٹریل مکس
- سیپلز
- کین یا نیٹراپیک جوس
- بوتل شدہ پانی، چائے، کافی
- بچوں کا کھانا اور فارمولا
- اگر ضرورت ہو تو پالتو جانوروں کا کھانا
- تازہ خوراک جو باغ یا گملوں سے حاصل کی جاسکتی ہے

تفریح کے لیے اشیاء:

- کارڈز، کھیل، کتابیں، موسیقی کے آلات، میوزک، ہنر کے کام، پھیلیاں، فلمیں، ٹی وی، ریڈیو، باغ یا پودے (جو خوراک بھی اگا سکتے ہیں)

پانی صاف کرنے اور دوبارہ ہائیڈریٹ کرنے کے حل

پانی کی اہمیت:

- پانی زندگی کے لیے ضروری ہے۔ زیادہ گلکوز، گرم مائع یا بخار پانی کی ضرورت بڑھاتے ہیں۔
- پانی پکانے، نہانے اور صفائی کے لیے بھی چاہیے۔
- قدرتی پانی کے ذرائع (دریا، جھرنے، کنوئیں، جھیلیں) آلودہ یا محدود ہو سکتے ہیں، اس لیے بوتل یا فلٹر شدہ پانی ذخیرہ کریں۔

پانی اہال کر صاف کرنا:

- صاف پانی کو (دریا، جھرنے یا جھیل سے لیا ہوا) کم از کم 1 منٹ تک اُبالیں۔

پانی صاف کرنے کا گھر پر طریقہ:

- 1 لیٹر صاف پانی میں غیر خوشبودار ہاؤس ہولڈ پلج (سوڈیم ہائپو کلورائٹ) ڈالیں۔ مقدار پلج کی طاقت پر منحصر ہے:
- 1% پلج → 10 قطرے فی لیٹر
- 4-6% پلج → 2 قطرے فی لیٹر
- 7-10% پلج → 1 قطرہ فی لیٹر
- اچھی طرح مکس کریں اور 30 منٹ کے لیے رکھیں۔
- اگر پانی گندایا رنگین ہو، پلج کی مقدار دوگنی کریں۔
- اگر کلورین کی بو بہت زیادہ ہو، پانی کو ایک صاف کنٹینر سے دوسرے میں چند بار منتقل کریں۔

پانی صاف کرنے والے فلٹر یا ٹیبلیٹس:

- مختلف سائز کے فلٹر دستیاب ہیں (کیپنگ، فوجی اسٹورز یا آن لائن)۔
- فلٹر ٹیبلیٹس دستیاب ہیں، جیسے Aquatabs، ہر ٹیبلیٹ عام طور پر 1 لیٹر پانی صاف کرتا ہے۔
- صاف پانی → 1 ٹیبلیٹ، 30 منٹ انتظار
- گنداپانی → 2 ٹیبلیٹس، 30 منٹ انتظار

گھریلو ری ہائیڈریشن محلول:

- پانی میں نمک اور شوگر شامل کر کے تیار کریں، خاص طور پر اگر پانی کی کمی ہو (بخار، زیادہ گلوکوز، قے، اسہال، پسینہ، کم خوراک)۔
- ترکیب:
- 1 لیٹر صاف پانی
- 2 کھانے کے چمچ شکر
- ¼ چائے کا چمچ نمک
- ¼ چائے کا چمچ بیکنگ سوڈا (اگر دستیاب نہ ہو تو نمک کا اضافی حصہ)

- اختیاری: آدھا کپ اورنچ جوس، نائیل پانی یا میٹھا کیلا شامل کر کے پونا شیم بڑھایا جا سکتا ہے۔
- اگر بہت کمزور ہیں یا مسلسل تھے ہو رہی ہو تو قطرہ قطرہ پانی دینا زندگی بچانے والا ہو سکتا ہے۔



گھریلو ہینڈ سینیٹائزر اور سطحوں کو ڈس انفیکٹ کرنے والے محلول (Disinfectants)

ہینڈ سینیٹائزر:

- صابن اور پانی، چاہے ٹھنڈا ہی کیوں نہ ہو، جراثیم مارنے میں بہت مؤثر ہے۔
- تمام ہاتھوں کو کم از کم 20 سیکنڈ دھویں۔
- ہاٹ واٹر زیادہ مؤثر نہیں اور جلد کو خشک کر سکتا ہے۔

الکحل بیسڈ ہینڈ سینیٹائزر:

- 30% "الکحل زیادہ تر جراثیموں کے خلاف مؤثر نہیں ہوتی؛ COVID-19 جیسے وائرس اور دیگر جراثیم کو ختم کرنے کے لیے 70% سے زیادہ (70% >) الکحل کی ضرورت ہوتی ہے۔"
- WHO کی ہدایات کے مطابق:

○ 70% سے 75% الکحل

○ 3% بائیروجن پراکسائیڈ

○ تھوڑا سا گلیسرین (جلد خشک ہونے سے بچانے کے لیے)

• ایلوویرا شامل نہ کریں، یہ وائرس کش اثر کو کم کر سکتا ہے۔

• 95% "تھنول، 99% آئسوپروپائل یا 70% سے 75% رنگ الکحل استعمال کی جا سکتی ہے۔"

• الکحل محلول بہت جلن والے اور زہریلے ہوتے ہیں، بچوں اور آگ سے دور رکھیں۔

تخمینی ترکیب 70-75% الکحل سینیناثر (WHO):

70%	95%	99%	شروعاتی الکحل کی طاقت
300 ml	275 ml	250 ml	الکحل کی مقدار
20 ml	20 ml	20 ml	بائیروجن پراکسائیڈ 3%
1 tbsp	5 ml	5 ml	گلیسرین
نہیں چاہیے	45 ml	55 ml	پانی

• تمام اجزاء کو صاف کنٹینر میں ڈالیں اور ہلکا مکس کریں۔

• لیبل لگائیں: "جلن والا اور زہریلا اگر کھایا جائے" اور آگ اور بچوں سے دور رکھیں۔

• تیاری کا وقت: تقریباً 5 منٹ

1. Environmental Protection Agency. (2005). Emergency disinfection of drinking water. <https://www.epa.gov/ground-water-and-drinking-water/emergency-disinfection-drinking-water>
2. Centres for Disease Control and Prevention. (1991). Epidemiologic notes and reports chlorine gas toxicity from mixture of bleach with other cleaning products-California. *Morb Mortal Wkly Rep.*40(36):619–612, 627–629. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00015111.htm>
3. Egland AG. (2006). Pediatrics, dehydration. emedicine.com/emerg/topic372.htm. emedicine.com/emerg/topic372.htm.
4. Lai MY, Cheng PK, Lim WW. Survival of severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Clin Infect Dis.* 2005;41(7):e67–71.

گھریلو سطحوں کے لیے گھر پر بنائے گئے ڈس انفیکشنس

بلچ پر مبنی ڈس انفیکشنس

- بے جان سطحوں (مثلاً میز، الماریاں اور کچن کے کاؤنٹر/بینچز) کے لیے، عام گھریلو بلچ کو 1:50 کے تناسب سے پانی میں ملائیں (یعنی 1 ملی لیٹر بلچ + 49 ملی لیٹر پانی)؛ اس طرح تقریباً 0.1% سوڈیم ہائپوکلورائٹ کا فعال محلول تیار ہو جائے گا۔

"بڑے حجم کے لیے (250 ملی لیٹر 5:1 (5% بلچ / 245 ملی لیٹر پانی)؛ یعنی تقریباً 1 چائے کا چمچ بلچ فی کپ پانی۔"

مختلف طاقت کے بلچ کے لیے تقریبی جدول (50 ملی محلول بنانے کے لیے):

پانی کی مقدار	بلچ کی مقدار	شروعاتی بلچ کی طاقت
48 ml	2 ml	2.5%
49 ml	1 ml	5%
49.5 ml	0.5 ml	10%

- تازہ محلول سب سے مؤثر ہوتا ہے۔
- ملایا ہوا محلول ایک تاریک بند کنٹینر میں کمرے کے درجہ حرارت پر ایک ماہ تک محفوظ رہ سکتا ہے۔
- سطح کو صاف کرنے کے لیے، مثال کے طور پر میز پر محلول چھڑکیں اور کم از کم 10 منٹ کے لیے رہنے دیں۔
- "اگر سطح بہت زیادہ گندی ہو—مثلاً کسی بیمار شخص کے جسمانی سیال (بلغم، الٹی یا خون وغیرہ) سے آلودہ ہو—تو مضبوط محلول استعمال کریں (مثلاً 1:10 کا تناسب 10:1 ملی لیٹر 5% بلچ 90 + ملی لیٹر پانی) اور اسے 10 منٹ تک سطح پر لگا رہنے دیں۔"

غیر بلچ پر مبنی ڈس انفیکشنس

- ایسی سطحوں کے لیے جہاں بلچ مناسب نہیں، جیسے دھات، الکل استعمال کی جا سکتی ہے، کیونکہ بلچ دھات کو نقصان یا زنگ لگا سکتا ہے۔
- "برتن دھونے کا مائع صابن یا ہینڈ واش صابن (1 ملی لیٹر صابن + 49 ملی لیٹر پانی) — (اس محلول کو جراثیم کا خاتمہ کرنے میں 5 سے 15 منٹ لگ سکتے ہیں۔"
- وائن وینگریک (6% ایسڈ) بھی استعمال کی جا سکتی ہے۔

تجارتی ڈس انفیکٹینٹس

- 7.5% (Povidone-Iodine 7.5%) پوڈون آئیوڈین 7.5%
 - کلوروکسیلینول (0.05%)، کلورہیگزین (0.05%)
 - بیزائلکونیم کلورائیڈ (0.1%)
 - لائزل ڈس انفیکٹینٹ اسپرے
 - پائن سول 1:64 (Pine-Sol) کے تناسب سے (یعنی 1 حصہ پائن سول + 64 حصے پانی)
 - یہ ڈس انفیکٹینٹس عموماً سطح پر 5-10 منٹ کے لیے چھوڑے جاتے ہیں۔
 - ہر ڈس انفیکٹینٹ کے لیے مخصوص ہدایات پر عمل کریں۔

اہم انتباہ:

- ڈس انفیکٹینٹس یا پلچ کو کبھی بھی ایک ساتھ نہ ملائیں، کیونکہ یہ زہریلی گیسیں پیدا کر سکتا ہے اور مؤثریت نہیں بڑھاتا۔

1. Patel P, Sanghvi S, Malik K, Khachemoune A. Back to the basics: Diluted bleach for COVID-19. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(1):279–280.
2. Chin AWH, Chu JTS, Perera MRA, et al. Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions. *Lancet Microbe*. 2020;1(1):e10.
3. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *J Chin Med Assoc*. 2020;83(3):217–220.
4. National Environmental Agency. (2020). Interim guidelines for environmental cleaning and disinfection of areas exposed to confirmed case(s) of COVID-19 non-healthcare premises. <https://www.nea.gov.sg/our-services/public-cleanliness/enviromentsl-cleaning-guidelines/guidelines-for-environmental-cleaning-and-disinfection>.
5. Lai MY, Cheng PK, Lim WW. Survival of severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Clin Infect Dis*. 2005;41(7):e67–71.
6. Dellanno C, Vega Q, Boesenberg D. The antiviral action of common household disinfectants and antiseptics against murine hepatitis virus, a potential surrogate for SARS coronavirus. *Am J Infect Control*. 2009;37(8):649–652.

ماسک

- اگر کوئی شخص سانس کے ذریعے پھیلنے والی بیماری سے متاثر ہو تو دوسروں کی حفاظت کے لیے ماسک پہننا تجویز کیا جاسکتا ہے۔ یہ پہننے والے کو بھی کچھ حد تک انفیکشن سے بچا سکتے ہیں۔
- سرجیکل ماسک گھر پر بنائے گئے کپڑے کے کثیر پرت والے ماسک سے زیادہ مؤثر ہیں۔
- سرجیکل ماسک ہر 4 گھنٹے بعد بدلنا چاہیے اور جب یہ تھوک یا کسی اور سیال سے گیلیا ہو جائے تو فوراً بدلنا چاہیے۔
- تاہم، سپلائی کی کمی اور قیمت کی وجہ سے، غیر صحت کیئر یا فرسٹ ریسپانڈر کے لیے کپڑے کے ماسک یا متبادل بھی مددگار ثابت ہو سکتے ہیں۔
- سرجیکل ماسک عموماً ان لوگوں کے لیے تجویز کیے جاتے ہیں جو بیمار ہیں، بیمار لوگوں کے رابطے میں ہیں، یا ایسے علاقے کی صفائی کر رہے ہیں جو وائرس سے متاثر ہو چکا ہے۔

ماسک پہننے کا طریقہ

- ہاتھوں کو ماسک پہننے سے پہلے اور اتارنے کے بعد دھوئیں یا سینٹائز کریں۔
- صرف ماسک کے لوپ یا ٹائی کو پھوٹیں، ماسک کے چہرے کو ڈھانپنے والے حصے کو نہیں، حتیٰ کہ ماسک اتارنے اور ضائع کرنے کے وقت بھی۔

گھریلو ماسک کے اختیارات

- موزے، تکیے کے غلاف، اسکارف، یا 100% کاٹن ٹی شرٹس استعمال کی جاسکتی ہیں، مگر یہ سرجیکل ماسک یا N95 ریسپیٹر سے کم مؤثر ہیں۔
- جس پارٹیکل سائز پر N95 ماسک 95% سے زیادہ رکاوٹ ڈالتے ہیں:
 - "ٹی شرٹ کا کپڑا تقریباً 10% جراثیم/ذرات کو روکنے میں کارآمد ہے
 - "اسکارف (دوپٹہ/کپڑا) جراثیم کی روک تھام میں تقریباً 20% مؤثر ہوتا ہے۔"
 - "سویٹ شرٹ (Sweatshirt) کا کپڑا جراثیم کی روک تھام میں تقریباً 30% مؤثر ہوتا ہے۔"
- "تولید (Towel) کا کپڑا جراثیم یا ذرات کو تقریباً 40% تک روک سکتا ہے۔"
- تمام کپڑے کے ماسک ہر استعمال کے بعد باقاعدگی سے دھوئے جائیں۔

عالمی ادارہ صحت (WHO) کی ماسک پہننے کی ہدایات

حوالہ: [WHO Mask Guidance](#)

طبی ماسک پہننے اور اتارنے کا طریقہ:

1. ماسک کو چھونے سے پہلے اپنے ہاتھوں کو الکحل بیسڈ ہینڈ رُب یا صابن اور پانی سے صاف کریں۔
2. "ماسک کا معائنہ کریں اور دیکھیں کہ اس میں کوئی سوراخ، شکاف یا خرابی تو نہیں؛ پہلے سے استعمال شدہ یا خراب ماسک ہرگز استعمال نہ کریں۔"
3. ماسک کے اوپر والے حصے کی شناخت کریں—یہ عام طور پر دھات کی پٹی والا حصہ ہوتا ہے۔
4. ماسک کے اندرونی حصے کی شناخت کریں، جو عام طور پر سفید طرف ہوتی ہے۔
5. ماسک کو اپنے چہرے پر رکھیں، ناک، منہ اور ٹھوڑی کو ڈھانپتے ہوئے، یہ یقینی بنائیں کہ چہرے اور ماسک کے درمیان کوئی خلا نہ ہو۔ پٹے کانوں یا سر کے پیچھے رکھیں۔ پٹے کراس نہ کریں کیونکہ یہ ماسک کے اطراف میں خلا پیدا کر سکتا ہے۔
6. دھات کی پٹی کو چپکائیں تاکہ یہ ناک کی شکل کے مطابق ہو جائے۔
7. یاد رکھیں، ماسک کے سامنے والے حصے کو استعمال کے دوران نہ چھوئیں تاکہ آلودگی نہ ہو؛ اگر غلطی سے چھو لیں، تو ہاتھ صاف کریں۔

طبی ماسک اتارنے کا طریقہ:

1. ماسک کو چھونے سے پہلے اپنے ہاتھوں کو الکحل بیسڈ ہینڈ رُب یا صابن اور پانی سے صاف کریں۔
2. ماسک کے پٹے سر کے پیچھے یا کانوں سے اتاریں، ماسک کے سامنے والے حصے کو چھوئے بغیر۔
3. ماسک اتارتے وقت آگے کی طرف جھکیں اور ماسک کو اپنے چہرے سے دور کھینچیں۔
4. طبی ماسک صرف ایک بار استعمال کے لیے ہوتے ہیں؛ ماسک فوراً ضائع کریں، بہتر ہے کہ اسے کسی بند کچرے کے ڈبے میں ڈالیں۔
5. ماسک چھونے کے بعد اپنے ہاتھ صاف کریں۔
6. ماسک کی حالت کا خیال رکھیں؛ اگر یہ گندا یا نم ہو جائے تو فوراً نیا ماسک استعمال کریں۔

ماسک پہننے کے مراحل



ہمیشہ سب سے پہلے
اپنے ہاتھ اچھی طرح دھوئیں



یقینی بنائیں کہ
آپ کا ماسک کم از کم
2 تہوں پر مشتمل ہو



ڈوریاں (ٹائیز/لوپس) کو کھینچیں اور
ایڈجسٹ کریں تاکہ ماسک آپ کے
چہرے کے ساتھ اچھی طرح چیک جائے



ماسک کے اگلے حصے
(فیبک) کو ہاتھ نہ لگائیں



آپ کا ماسک آپ کی ناک کے پل
سے لے کر ٹھوڑی کے نیچے تک
پورا چہرہ ڈھانپنا چاہئے



ماسک پہننے اور اتارنے کے لیے
کان کے لوپس یا ڈوریاں استعمال کریں
تاکہ ماسک محفوظ رہے اور
اُسے صحیح طریقے سے اتارا جاسکے

ہر بچے کے | یونیسف



N95 ریسپیٹرز (قسم کے ماسک)

N95 ریسپیٹرز زیادہ سخت فٹ ہونے والے ماسک ہوتے ہیں جو پسینے والے کو سانس کے ذریعے پھیلنے والے انفیکشن سے بچاتے ہیں۔

NIOSH کا مطلب "N" کا مطلب ہے — یعنی امریکہ کا National Institute for Occupational Safety and Health (قومی ادارہ برائے پیشہ ورانہ سلامتی و صحت)۔

95 اس ماسک کی فلٹر کرنے کی صلاحیت (Filtering Efficiency) کو ظاہر کرتا ہے، یعنی یہ مخصوص سائز کے باریک ذرات کا 95% حصہ فلٹر کر لیتا ہے۔"

یہ ماسک اس وقت بہترین کام کرتے ہیں جب یہ مکمل طور پر چہرے کے مطابق فٹ ہوں۔ خاص طور پر ہیلت کیئر ورکرز اور فرسٹ ریسپانڈرز کے لیے پیشہ ورانہ فٹنگ اور ٹیسٹنگ ضروری ہے۔

- N95 ماسک داڑھی ہونے کی صورت میں بھی 1-2 دن میں ہی کم مؤثر ہو جاتے ہیں۔
- P2 ماسک اور KN95 ماسک کی فلٹریشن N95 کے برابر ہے۔
- N94 اور KN94 ماسک کی فلٹریشن N95، KN95 اور P2 سے صرف تھوڑی کم ہے۔

ماسک کا دوبارہ استعمال (Mask Recycling)

ماسک کا دوبارہ استعمال عام طور پر تجویز نہیں کیا جاتا، لیکن کبھی کبھار قلت یا زیادہ قیمت کی وجہ سے یہ ضروری ہو سکتا ہے۔

- دوبارہ استعمال کے لیے ہدایات دستیاب ہیں، جیسے CDC کی ویب سائٹ پر:
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>
- مختلف پروٹوکول بھی دستیاب ہیں جو N95 ماسک کو صاف کر کے دوبارہ استعمال کرنے کے لیے ہیں۔ ایک مفصل حوالہ: Juang PSC, Tsai P. N95 Respirator Cleaning and Reuse Methods... 2020. اس کے مطابق:

- ماسک ہر 3-4 دن میں گروش کر سکتے ہیں،
- 60 منٹ کے لیے حرارت دینا،
- 5 منٹ بھاپ یا اُبلانا اور پھر ہوا میں خشک کرنا۔
- ان طریقوں سے ماسک 92.4-98.5% فلٹرنگ ایفیشینسی برقرار رکھتے ہیں۔

دیگر طریقے: ماسک کو ایک کاغذ کے بیگ یا باکس میں 1 ہفتہ محفوظ کیا جاسکتا ہے۔

طبی کارکنوں کے لیے دیگر حفاظتی اقدامات

"طبی کارکنوں (Healthcare Workers) کو ماسک کے علاوہ حفاظتی چشمہ (Goggles) یا فیس شیلڈ (Face Shield)، دستانے (Gloves) اور حفاظتی گاؤن (Gown) بھی پہننا چاہیے۔"

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Interim recommendations for facemask and respirator use to reduce 2009 influenza A (H1N1) virus transmission. <https://www.cdc.gov/h1n1flu/masks.htm>.
2. Jung H, Kim JK, Lee S, et al. Comparison of filtration efficiency and pressure drop in anti-yellow sand masks, quarantine masks, medical masks, general masks, and handkerchiefs. *Aerosol Air Qual Res*. 2014;14:991–1002.
3. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. *PLoS One*. 2008;3(7):e2618.
4. Cheng CY. SARS and PPE (part 5). *Singapore Med Assoc News*. 2003;35:17–22
5. Centre for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Cloth face covers FAQs. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-faq.html>.
6. Livingston E, Desai A, Berkwits M. sourcing personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323(19):1912–1914.
7. Rengasamy S, Eimer B, Shaffer RE. Simple respiratory protection: evaluation of the filtration performance of cloth masks and common fabric materials against 20–1000 nm size particles. *Ann Occup Hyg*. 2010;54(7):789–798.
8. O'Kelly E, Pirog S, Ward J, Clarkson PJ. Informing homemade emergency facemask design: the ability of common fabrics to filter ultrafine particles. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020/14.14/20065375>

9. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Coronavirus disease 2019 (Covid-19) cloth face covers. <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/diy-cloth-face-coverings.html>
10. Souchery S. (2020). Unmasked: Experts explain necessary respiratory protection for COVID-19. <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/02/unmasked-experts-explain-necessary-respiratory-protection-covid-19>
11. U.S. Department of Health and Human Services. (2006). Draft pandemic influenza preparedness and response plan. <http://www.dhhs.gov/nvpo/pandemicplan/>
12. Ashour HM, Elkhatib WF, Rahman MM, Elshabrawy HA. Insights into the recent 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) in light of past human coronavirus outbreaks. *Pathogens*. 2020;9(3):186.
13. Sandaradura I, Goeman E, Pontivivo G, et al. A close shave? Performance of P2/N95 respirators in healthcare workers with facial hair: results of the BEARDS (BENchmarking Adequate Respiratory DefenceS) study. *J Hosp Infect*. 2020;104(4):529–533.

حاملہ خواتین

- "کسی آفت یا وبا کی صورت حال میں، ممکن ہے کہ وہ حاملہ خواتین جنہیں ٹائپ 1، ٹائپ 2 یا دورانِ حمل ذیابیطس (Gestational Diabetes) ہو، وضع حمل (ڈیلیوری) کے وقت کے قریب ہوں۔
- "ڈیلیوری کٹ کی دستیابی: پناہ گاہوں (Shelters) میں ایک ٹیپی ڈیلیوری کٹ موجود ہونی چاہیے تاکہ اگر کوئی عورت جو بچے کی پیدائش کے قریب ہو، منتقل نہ کی جاسکے تو اس کی ضرورت پوری ہو سکے۔
- مقامی ماہرین امراض نسوان (Obstetricians) اور دایہ (Midwives) سے مشورہ لینا چاہیے کہ کون سا کٹ موزوں ہے۔
- مقامی وسائل کے مطابق، حاملہ خواتین کے لیے، خاص طور پر وہ جو ایسی جگہ پر رہتی ہیں جو آفت کے دوران الگ ہو سکتی ہے، کٹ فراہم کرنے پر غور کیا جانا چاہیے۔
- ڈاکٹرز و ڈاؤٹ بارڈرز (Doctors Without Borders) کی جانب سے استعمال ہونے والا بنیادی ڈیلیوری کٹ:
- صابن: پیدائش میں مدد کرنے والے شخص کے ہاتھ اور ماں کے پرینیئم (Perineum) کی صفائی کے لیے۔
- پلاسٹک شیٹ: تقریباً ایک مربع میٹر، صاف ڈیلیوری سطح کے لیے۔
- صاف رسیاں: ناف کے رسی کو باندھنے کے لیے (عام طور پر دو ٹکڑے)۔
- صاف ریزر بلیڈ یا ڈسپوزیبل اسکالپل: ناف کی رسی کاٹنے کے لیے۔
- تصویری ہدایات: ہر آئٹم کے استعمال کی وضاحت کے لیے۔



ماہرین سے رابطہ:

- ایسے ماہر کلینیشنز (Clinicians) کے رابطہ تفصیلات موجود ہوں جو ذاتی طور پر مدد فراہم کر سکیں یا ٹیلی کمیونیکیشن کے ذریعے مشورہ دے سکیں۔
- یہ رابطے Evacuation Centres, Shelters, First Responders اور متعلقہ کلینیکل سروسز کے لیے دستیاب ہونے چاہئیں۔





آفت کے دوران ذیابیطس کے مریضوں میں گلوکوز مینجمنٹ کے لیے وسائل

آفت کے دوران ذیابیطس کے مریض، کلینک اور ہسپتال اپنی انسولین کی سپلائی، دوائیوں کے لیے کول اسٹوریج سسٹمز (جیسا کہ انسولین)، انسولین دینے کے نظام (مثلاً سرنج، پین یا انسولین پمپ)، گلوکوز مانیٹرنگ سسٹمز اور ٹیسٹ سٹریپس اور/یا گلوکوز سینسر کھو سکتے ہیں۔

اس صورت میں ممکن ہے کہ انسولین کو اس کی تجویز کردہ ریفریجریشن کے بغیر استعمال کرنا پڑے۔ تجربات اور متعدد مطالعات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایمرجنسی کی صورتحال میں غیر ریفریجریڈ انسولین کا استعمال محفوظ ہے۔ انسولین کو ذخیرہ کرنے کے مختلف آپشنز پر غور کیا جاسکتا ہے۔

لوگوں کو اپنی معمول کی دوا کے بجائے متبادل انسولین استعمال کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے، اس لیے انسولین کے تبادلے (swapping) کی معلومات مددگار ثابت ہو سکتی ہیں۔

ایمرجنسی میں اپنے ذاتی 'سنگل یوز' سرنج، پین نیڈلز اور لمینسٹس کا دوبارہ استعمال (صرف افراد کے لیے) ایک مناسب اختیار ہے۔ محفوظ شارپس ویسٹ (گندی چیزوں) کا تلف کرنا بھی اہم ہے۔

آفت کے دوران دیے گئے گلوکوز میٹر ممکنہ طور پر مختلف گلوکوز یونٹس میں ہوں، اس لیے کونورٹن چارٹس (mg/dl سے mmol/l) مددگار ثابت ہو سکتے ہیں۔

م مسلسل گلوکوز مانیٹرنگ (CGM) میں وقت کی بنیاد پر HbA1c کے تخمینہ کے لیے بھی چارٹس دستیاب ہیں۔

یہ سیکشن متعلقہ معلومات فراہم کرتا ہے، جس میں ذیابیطس کی تنظیموں کے حوالے اور معلوماتی شیٹس شامل ہیں۔

آفات کے دوران انسولین کا استعمال

انسولین کی ٹھنڈی اسٹوریج

انسولین استعمال کرنے والے مریضوں کے لیے عام طبی سفارشات یہ ہیں کہ وہ اپنی غیر استعمال شدہ انسولین کی وائلز (vials) کو ریفریجریٹر میں رکھیں، اور جو انسولین وائل استعمال میں ہو اسے کمرے کے درجہ حرارت پر رکھ سکتے ہیں (عام طور پر 30 ڈگری سیلسیوس سے کم) اور یہ وائل تقریباً 28 دن تک استعمال کی جا سکتی ہے، اتنے وقت میں زیادہ تر لوگ وائل ختم کر دیتے ہیں۔

"ٹھنڈی انسولین کا انکجشن کمرے کے درجہ حرارت والی انسولین کے مقابلے میں زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔ انسولین کو کبھی بھی فریز (منجمد) نہیں کرنا چاہیے، کیونکہ ایک بار منجمد ہو کر پگھلنے کے بعد یہ غیر فعال اور بیکار ہو جاتی ہے۔ کمرے کے درجہ حرارت سے زیادہ گرم ماحول میں رکھی گئی یا میعاد ختم شدہ (Expired) انسولین عموماً زہریلی نہیں ہوتی، بلکہ آہستہ آہستہ اس کی تاثیر ختم ہو جاتی ہے۔

یہ حقیقت تسلیم شدہ ہے کہ ذیابیطس کے بہت سے مریضوں، خاص طور پر پسماندہ علاقوں میں، ریفریجریٹر تک رسائی حاصل نہیں ہوتی۔ بہت سے روایتی ٹھنڈا رکھنے کے طریقے، جو بنیادی طور پر بخاراتی ٹھنڈک (Evaporative Cooling) کے اصول پر کام کرتے ہیں—مثلاً بغیر پالش/پالش کے بغیر مٹی کے مٹکے (Non-glazed Clay Pots) اور گیلی چمڑے/کھال کی تھیلیاں—انسولین کو کمرے کے درجہ حرارت سے کم پر محفوظ رکھنے میں انتہائی مؤثر ثابت ہوتے ہیں اور یہ تجارتی کیمیائی ری یوز ایبل کول پیکس (Reusable Cool Packs) کے برابر کام کرتے ہیں۔"

انسولین کی اسٹوریج غیر ریفریجریٹڈ گرم علاقوں میں: مٹی کے برتن اور دیگر روایتی طریقوں کی ٹھنڈک میں مؤثریت

مقصد (AIM)

انسولین زیادہ درجہ حرارت پر رکھنے سے اپنی تاثیر کھو دیتی ہے۔ کم وسائل والے ممالک میں، جہاں گھریلو ریفریجریٹر دستیاب نہیں، مختلف مٹی کے برتن (جزوی طور پر پانی سے بھرے) اور دیگر بخاراتی ٹھنڈک (evaporative cooling) والے آلات استعمال کیے جاتے ہیں۔ اس مطالعے میں ان آلات کی ٹھنڈک میں مؤثریت کا جائزہ لیا گیا۔

طریقہ کار (METHODS):

"سوڈان، اتھوپیا، تنزانیہ، مالی، بھارت، پاکستان اور یمنی میں استعمال ہونے والے 13 مقامی آلات (10 مٹی کے برتن، 1 بکری کی کھال، 1 خشک لکڑی/کدو، اور 1 گیلی ریت سے بھری بالٹی) کا موازنہ تجارتی بنیادوں پر تیار کردہ دو پیکس کولنگ والیٹس (Cooling Wallets) سے کیا گیا۔ تمام آلات کو مقامی ہدایات کے مطابق استعمال اور محفوظ رکھا گیا۔

اندرونی و بیرونی درجہ حرارت اور نمی کی مقدار کا اندازہ ہر 5 منٹ بعد الیکٹرانک لاگرز (Electronic Loggers) کے ذریعے لگایا گیا؛ یہ عمل خرطوم (سوڈان) میں 88 گھنٹے اور باماکو (مالی) میں دو مٹی کے برتنوں کے لیے 84 گھنٹے تک جاری رہا۔ ٹھنڈک کی افادیت کا جائزہ اوسط مطلق درجہ حرارت کے فرق (اندرونی بمقابلہ ماحول) اور ممکنہ بخاراتی ٹھنڈک (Evaporative Cooling) کے فیصد کی بنیاد پر لیا گیا۔"

نتائج (RESULTS)

"تحقیق/مطالعے کے دوران، خرطوم (سوڈان) میں اوسط ماحول کا درجہ حرارت 31.0°C اور نمی 32.0% جبکہ باماکو (مالی) میں بالترتیب 32.9°C اور 39.8% تھی۔

تمام آلات نے درجہ حرارت میں نمایاں کمی کی ($P < 0.001$) - مختلف آلات کی ساخت اور قسم کی بنیاد پر درجہ حرارت میں یہ کمی کم از کم $2.7^{\circ}\text{C} \pm$ سے لے کر زیادہ سے زیادہ $8.3^{\circ}\text{C} \pm 1.0^{\circ}\text{C}$ تک ریکارڈ کی گئی۔ زیادہ سے زیادہ ممکنہ ٹھنڈک کے فیصد کے لحاظ سے ان آلات کی کارکردگی/افادیت 20.5% سے 71.3% کے درمیان رہی۔

کلسٹر تجزیے (Cluster Analysis) کے مطابق سب سے زیادہ مؤثر ثابت ہونے والے آلات میں بکری کی کھال، دو مٹی کے برتن (ہتھوپیا اور سوڈان کے)، اور لٹکنے/معلق کولنگ والیٹ (Hanging Cooling Wallet) شامل تھے۔"

نتیجہ (CONCLUSIONS)

کم لاگت والے آلات جو کم وسائل والے ممالک میں استعمال ہوتے ہیں، اسٹوریج کے درجہ حرارت کو کم کرتے ہیں۔ مؤثر آلات کے ذریعے اوسط درجہ حرارت کو معیاری کمرے کے درجہ حرارت ($20-25^{\circ}\text{C}$) کے قریب لایا جاسکتا ہے، حتیٰ کہ گرم علاقوں میں بھی۔ تمام آلات کم نمی میں زیادہ مؤثر ثابت ہوئے۔ انسولین کی استحکام کے حوالے سے مزید مطالعات کی ضرورت ہے تاکہ یہ معلوم کیا جاسکے کہ یہ آلات کب ضروری ہیں۔

Ogle GD, Abdullah M, Mason D, Januszewski AS, Besançon S. Insulin storage in hot climates without refrigeration: temperature reduction efficacy of clay pots and other techniques. *Diabetic Medicine* 2016;33(11):1544–1553. doi: 10.1111/dme.13194

آفات کے دوران انسولین کی اسٹوریج

آفت کے دوران بجلی کئی دنوں کے لیے بند ہو سکتی ہے، اور ریفریجریٹر میں اسٹوریج ممکن نہیں ہو سکتی۔

اگر روایتی ریفریجریشن دستیاب نہ ہو تو انسولین کو ذخیرہ کرنے کے اختیارات:

- جنریٹر سے چلنے والا ریفریجریٹر
- بیٹری یا سولر سے چلنے والا پورٹ ایبل ریفریجریٹر
- چھوٹا USB سے چلنے والا ریفریجریٹر (عام طور پر ایک "گجٹ" جو ایک سافٹ ڈرنک یا کین کو ٹھنڈا کرنے کے لیے استعمال ہوتا ہے، USB کیبل کے ذریعے لیپ ٹاپ یا پورٹ ایبل بیٹری سے چلایا جاتا ہے، جیسا کہ فون یا لیپ ٹاپ چارج کرنے کے لیے استعمال ہوتا ہے)

• **FRIO™ پیک** (<https://www.frioinc.com/coolingcase.com/>)

®FRIO "انسولین کولرز مختلف سائز میں دستیاب ہیں اور یہ انسولین نیز دیگر درجہ حرارت سے حساس ادویات کو کم از کم 45 گھنٹے تک محفوظ درجہ حرارت (18–26°C) پر ٹھنڈا رکھ سکتے ہیں—حتیٰ کہ بیرونی ماحول کا درجہ حرارت 37.8°C (100°F) کیوں نہ ہو۔ یہ پانی سے فعال ہونے والے، دوبارہ استعمال کے قابل کولنگ والیٹس آئس پیکس (Ice Packs) کے مقابلے میں پانچ گنا زیادہ دیر تک کام کرتے ہیں۔"

- ، فروزن جیل پیک، یا فریزر میں (Ice Pack) یا لچ بیگ، جس میں آئس پیک (Portable Insulated Box) ایک پورٹیبل انسولیٹڈ باکس " رکھی گئی منجمد سبزیاں (مثلاً مٹر) موجود ہوں۔
- دوبارہ استعمال ہونے والے جیل پیکس اکثر فریج یا فریزر سے نکالنے کے بعد صرف آدھے سے ایک دن تک ٹھنڈا رکھ سکتے ہیں، جبکہ منجمد سبزیاں اس سے بھی کم وقت تک اثر برقرار رکھتی ہیں۔ اس بات کو یقینی بنائیں کہ انسولین براہ راست برف، آئس پیک یا منجمد سبزیوں سے نہ چھوئے، کیونکہ اس سے "انسولین جم (فریز ہو) سکتی ہے اور مکمل طور پر غیر فعال اور بیکار ہو جائے گی۔

- ، فروزن جیل پیک، یا فریزر سے منجمد سبزیاں (Ice Pack) یا لچ بیگ، جس میں آئس پیک (Insulated Box) ایک پورٹیبل انسولیٹڈ باکس " (مثلاً مٹر) رکھی گئی ہوں۔
- دوبارہ استعمال ہونے والے جیل پیکس اکثر فریج یا فریزر سے نکالنے کے بعد صرف آدھے سے ایک دن تک ٹھنڈا رکھ سکتے ہیں، جبکہ منجمد سبزیاں اس سے بھی کم وقت تک اثر برقرار رکھتی ہیں۔ اس بات کو یقینی بنائیں کہ انسولین براہ راست برف، آئس پیک یا منجمد سبزیوں سے نہ چھوئے، کیونکہ اس سے انسولین جم (فریز ہو) سکتی ہے اور غیر فعال ہو جائے گی

- روایتی ٹھنڈک کے طریقے: جیسے مٹی کے برتن (Clay pots) (Ogle G et al. Diabetic Medicine 2016)،

ایمرجنسی میں انسولین کا استعمال

ایمرجنسی کی صورتحال میں غیر ریفریجریٹڈ انسولین کو ضائع نہ کریں اور نہ ہی اس کا استعمال بند کریں جب تک کہ مناسب متبادل انسولین دستیاب نہ ہو۔

Experience and publications support the use of insulin that has been stored at higher than –recommended temperatures during disasters (Grajower et al., *Diabetes Care* 2003;26(9):2665 Kaufman et al., *PloS One* 2021;16(2):e0245372). Both these papers can be downloaded ;2666 for free via PubMed

امریکہ کے (DDRC (Diabetes Disaster Response Coalition کی انسولین اسٹوریج کے حوالے سے سفارشات:

- انسولین کو براہ راست حرارت اور دھوپ سے دور رکھیں۔ منجمد انسولین استعمال نہ کریں۔
 - غیر کھولی گئی انسولین والٹز اور پیئرز کو $F^{\circ}36$ تا $F^{\circ}46$ (تقریباً $C^{\circ}2$ تا $C^{\circ}8$) ریفریجریٹر میں رکھا جائے اور یہ وائل یا پین پر درج آخری تاریخ تک استعمال کے قابل ہیں۔
 - کھولی ہوئی والٹز اور پیئرز کو $F^{\circ}59$ تا $F^{\circ}86$ (تقریباً $C^{\circ}15$ تا $C^{\circ}30$) پر بغیر ریفریجریٹیشن کے 28 دن تک رکھا جا سکتا ہے۔
- انسولین انتہائی درجہ حرارت پر رکھنے سے اس کی تاثیر کم ہو سکتی ہے، جس سے خون میں گلوکوز کا کنٹرول متاثر ہو سکتا ہے۔ تاہم، ایمرجنسی کی صورتحال میں $F^{\circ}86$ ($C^{\circ}30$) سے اوپر رکھی گئی انسولین بھی ضروری ہونے پر استعمال کی جا سکتی ہے۔
- جب مناسب اسٹوریج والی انسولین دستیاب ہو جائے تو انتہائی حالات میں رکھی گئی انسولین کو ضائع کر دینا چاہیے۔
- اسی طرح، USA DDRC اپنے مریضوں کے لیے جاری کردہ معلوماتی شیٹ میں کہتا ہے (مکمل کاپی صفحات 52–53 پر موجود ہے):
- "اگر آپ کی بجلی چلی گئی ہے اور آپ کے پاس غیر استعمال شدہ انسولین ہے، تو اسے پھینکیں نہیں! ایمرجنسی میں، اکثر میعاد ختم شدہ یا غیر ریفریجریٹڈ انسولین استعمال کرنا محفوظ ہوتا ہے۔"
- انسولین کی کمی جان لیوا ہو سکتی ہے۔
- ڈاکٹرز وڈ آؤٹ ہارڈرز اور یونیورسٹی آف جینیوا کے ایک مطالعے سے ظاہر ہوا ہے کہ انسولین گرمی والے (ٹریپیکل) ماحول میں بھی اچھی استحکام رکھتی ہے۔
- مکمل مقالہ PubMed سے مفت ڈاؤن لوڈ کیا جا سکتا ہے۔



Insulin can be stored out of refrigeration even in hot settings!

A team from UNIGE and MSF has shown that a vial of insulin can be stored for 4 weeks after opening and at up to 37°C, without losing efficacy.

.PLoS One. 2021;16(2):e0245372. doi: 10.1371/journal.pone.0245372

گرمی میں انسولین کی استحکام: ٹراپیکل درجہ حرارت میں مختلف انسولین اقسام کے مطالعے کے نئے نتائج برائے بہتر ذیابیطس کی دیکھ بھال

انسولین کے لیے سخت اسٹوریج کی سفارشات گرم ٹراپیکل علاقوں میں ماننا مشکل ہیں، اور یہ تنازعات یا انسانی بہمدردی کی ایمرجنسی صورتحال میں اور بھی زیادہ چیلنجنگ ہو جاتا ہے، جس سے ذیابیطس کے مریضوں کے انتظام پر اضافی بوجھ آتا ہے۔ فارماکوپیا کے مطابق، غیر کھولی گئی انسولین وائلز کو ریفریجریٹر میں (2-8°C) رکھا جانا چاہیے، جبکہ علاج کے دوران چار ہفتوں کی مدت میں کمرے کے درجہ حرارت (25-30°C) پر اسٹوریج عموماً قابل قبول ہے۔

اس مطالعے میں ہم ایک اہم سوال کا جواب دینے کی کوشش کرتے ہیں: کم وسائل والے علاقوں میں، کیا انسولین ٹراپیکل درجہ حرارت میں چار ہفتوں کے استعمال کے دوران مستحکم رہتی ہے اور اپنی حیاتیاتی فعالیت برقرار رکھتی ہے؟

"اس سوال کے جواب کے لیے، دہمالے (Dagahaley) رفیوجی کیمپ (شمالی کینیا) میں درجہ حرارت کے اتار چڑھاؤ کو ڈیٹا لاگر ریکارڈرز کے ذریعے ماپا گیا، جہاں درجہ حرارت 25°C سے 37°C کے درمیان ریکارڈ ہوا۔

انسولین کی حرارتی پائیداری (Thermal Stability) کی جانچ کے لیے لیبارٹری میں انہی مخصوص درجہ حرارت کا ماحول بالکل دوبارہ تیار کیا گیا۔ مختلف تجارتی انسولین فارمولیشنز (Insulin Formulations) کو ہر ہفتے ہائی پرفارمنس لیکویڈ کرومیٹوگرافی (HPLC) کے ذریعے پرکھا گیا۔ نتائج نے فارماکوپیا کی ہدایات کے مطابق مکمل مطابقت ظاہر کی، جس سے چار ہفتوں کی جانچ کے دوران انسولین کے محفوظ اور پائیدار رہنے کی تصدیق ہوئی۔"

انسولین کے 3D ڈھانچے کی نگرانی (circular dichroism) نے تصدیق کی کہ انسولین مونومر کی ساخت میں کوئی قابل ذکر تبدیلی نہیں آئی۔ انسولین کے افادیت کا انسولین ریسپنڈر (IR) اور ہیپاٹک خلیوں میں Akt فاسفوریلیشن پر اثر ظاہر کرتا ہے کہ چار ہفتے کے استعمال کے دوران اتار چڑھاؤ والے درجہ حرارت پر رکھی گئی انسولین کی حیاتیاتی فعالیت وہی ہے جو 2-8°C پر رکھی گئی انسولین کی ہے۔

نتیجہ:

یہ نتائج ظاہر کرتے ہیں کہ انسولین کو چار ہفتوں کے عام استعمال کی مدت کے دوران ایسے اتار چڑھاؤ والے درجہ حرارت پر محفوظ رکھا جاسکتا ہے۔ اس سے استعمال کے دوران سرد اسٹوریج کی رکاوٹ ختم ہو جاتی ہے اور انسانی ہمدردی کے تناظر میں اور کم وسائل والے علاقوں میں ذیابیطس کے انتظام کو آسان بنانے کی راہیں کھل جاتی ہیں۔

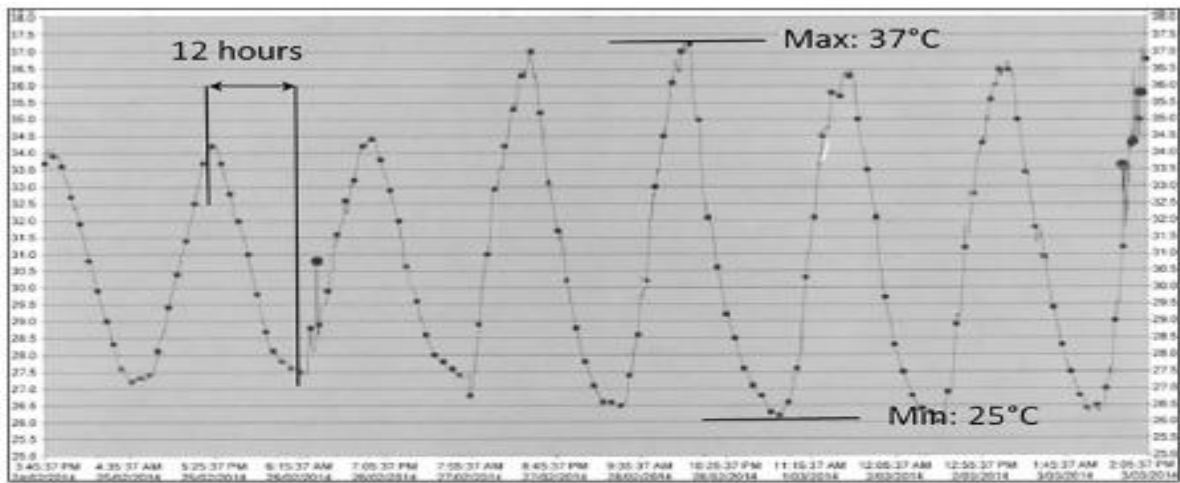


Fig 1. Field ambient temperature measurement over a period of seven days at a patient's home using log tag monitoring (data provided by MSF).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245372.g001>

Table 1. Recoveries of insulin at T = 4 and 12 weeks of temperature cycling, expressed as percentages of values measured at T = 0.

Insulin type	T 4 week Recovery [% of T0 value]	T 12 week Recovery [% of T0 value]
Lispro analog	101.7 +/- 5.3	99.4 +/- 0.7
Mixed lispro analog	103.3 +/- 2.5	102.7 +/- 6.1
Glargine analog	98.4 +/- 2.4	99.8 +/- 1.0
Aspart analog	99.7 +/- 1.6	100.2 +/- 0.9
NPH isophane	101.3 +/- 1.3	101.6 +/- 8.9
Rapid	100.1 +/- 0.5	101.3 +/- 2.3
Mixed	100.6 +/- 1.6	101.9 +/- 3.5

(in bold characters: the three human insulins used on the field).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245372.t001>

آفات کے دوران انسولین سرنجز، پین نیڈلز اور لینسٹس کا دوبارہ استعمال اور محفوظ شارپس تلف کرنا

آفات کے دوران افراد کو اپنی انسولین سرنجز اور لینسٹس دوبارہ استعمال کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ یہ پسماندہ علاقوں میں عام طور پر غیر آفت کے دوران بھی ہوتا ہے، کیونکہ یہ اہم استعمالی اشیاء (consumables) یا تو دستیاب نہیں ہوتیں یا مہنگی ہوتی ہیں۔

اگر خون لینے کے لیے لینسٹ دستیاب نہ ہو تو اس مقصد کے لیے انسولین سرنجز یا پین نیڈل استعمال کیا جاسکتا ہے۔ مناسب مقامات میں انگلیوں کے لگے حصے (fingertips)، انگلیوں کے اطراف، اور کان کی لوب شامل ہیں۔ مثالی طور پر، گنگنی اور انفیکشن کے خطرے کی وجہ سے پاؤں استعمال نہیں کیے جانے چاہئیں۔

ان کا دوبارہ استعمال کرنے سے پہلے اور بعد میں الکحل سواب سے صفائی کرنا ضروری ہے۔

خون سے منتقل ہونے والی بیماریوں کے خطرے، جیسے کہ HIV/AIDS اور ہیپاٹائٹس B اور C کی وجہ سے، شارپس کو افراد کے درمیان شیئر نہیں کرنا چاہیے۔

علمی مطالعات میں شارپس کے دوبارہ استعمال کی رپورٹیں شامل ہیں:

- انسولین پین نیڈلز کو پانچ بار تک استعمال کرنے سے نہ ٹوک کی شکل متاثر ہوتی ہے اور نہ درد میں اضافہ ہوتا ہے۔ (Puder et al., 2005;67(2):119–23)
- ڈسپوزیبل انسولین سرنجز کا دوبارہ استعمال: T1D 17 مریضوں نے 111 سنگل یوز سرنجز 1–80 دن تک دوبارہ استعمال کیں، اوسطاً 21.3 بار (رنج: 2–126) انجکشن۔ کسی میں انفیکشن یا مقامی رد عمل نہیں ہوا۔ (Stepanas et al., Med J Aust. 1982;1(7):311–3)

ان مطالعات میں بیان کردہ خطرات:

- ٹوک کے خراب ہونے سے زیادہ تکلیف
- ٹوک ٹوٹنے کا خطرہ
- طویل استعمال سے چربی کی بائپر ٹرافی (Fat hypertrophy)
- انفیکشن

اہم: سنگل یوز یا دوبارہ استعمال دونوں صورتوں میں، شارپس کو محفوظ طریقے سے تلف کرنا ضروری ہے تاکہ دوسروں، بشمول صفائی کرنے والوں، کو انجکشن لگنے سے بچایا جاسکے۔

اگر مناسب شارپس کنٹینر دستیاب نہ ہو تو متبادل کے طور پر ایک مضبوط موٹا پلاسٹک گھر کا کنٹینر استعمال کیا جاسکتا ہے، جیسے کہ لانڈری ڈرنجٹ کی بوتل، جس کا ڈھکن ٹیپ سے بند کیا جاسکے۔ سافٹ ڈرنک بوتلیں اور کین مثالی نہیں ہیں۔

- شارپس کنٹینرز کو زیادہ بھرنا نہیں چاہیے، مثالی طور پر $\frac{3}{4}$ سے کم بھرا ہونا چاہیے۔
- سرنج کی نوکیں نیچے کی طرف رکھیں اور ہاتھ کنٹینر میں نہ ڈالیں۔
- کنٹینرز پر مناسب لیبل لگائیں، جیسے "Sharps Bin" اور "Biohazard"، اور انہیں ری سائیکل کے لیے نہ رکھیں۔
- اگر چھوٹے شارپس کنٹینر کو ٹھیک طریقے سے تلف کرنے کے لیے مناسب شارپس بن دستیاب نہ ہو تو اسے ایسے کنٹینر کے بیچ میں رکھیں جو ری سائیکل کے لیے نہ ہو۔



Helping Hand™

گھر میں شاپس کنٹینر کا استعمال

’شارپ‘ سے مراد کوئی بھی ایسی طبی چیز ہے جو مریض، دیکھ بھال کرنے والے فرد یا کسی دوسرے شخص کو کاٹ یا چبھ سکتی ہے۔ بعض وجوہات کی بنا پر آپ کے بچے کو گھر میں شاپس استعمال کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

یہ جاننا بہت ضروری ہے کہ سرنج، سوئی اور دیگر شاپس کو محفوظ طریقے سے کیسے تلف کیا جائے۔ شاپس کو درست طریقے سے تلف کرنے سے آپ، آپ کے بچے، خاندان کے دیگر افراد اور گھر میں نگہداشت کرنے والے عملے کی حفاظت ہوتی ہے۔

شاپس کی اقسام

- سوئیاں اور سوئی کے کنیکٹر: جن کے ساتھ سوئی لگی ہو یا مستقل طور پر جڑی ہو۔
- سرنجیں
- لینسٹس (Lancets)
- آؤانجیکٹرز: مثلاً انسولین کے لیے استعمال ہونے والے

گھر میں شاپس رکھنے کے لیے کنٹینرز کی اقسام

- طبی ادارے کی جانب سے فراہم کردہ شاپس کنٹینر
- مضبوط اور موٹے پلاسٹک کی لائڈری یا ڈیڑھنٹ کی بوتل

گھر میں شارپس کو کیسے تلف کریں؟

اگر آپ کے پاس ہسپتال کی جانب سے فراہم کردہ شارپس کنٹینر موجود نہیں ہے، تو موٹے اور مضبوط پلاسٹک سے بنا ہوا کنٹینر استعمال کریں۔

اس مقصد کے لیے لائڈری ڈسپوٹ یا مائع لائڈری سافٹنر کی بوتل استعمال کی جاسکتی ہے۔ اس بات کو یقینی بنائیں کہ:

- کنٹینر کا ڈھکن مضبوطی سے بند ہو اور اسکرو (پات والا) ہو کر بند ہوتا ہو۔
- ڈھکن میں کوئی سوراخ نہ ہو تاکہ سونیاں باہر نہ نکل سکیں۔
- کنٹینر رساؤ سے محفوظ، مضبوط اور ایسا ہو کہ آسانی سے الٹ نہ سکے۔
- دودھ کے ڈبے، پانی کی بوتلیں، شفاف پلاسٹک کے کنٹینر، شیشے کے کنٹینر یا سوڈا کین استعمال نہ کریں۔



□ استعمال شدہ سرنج کو سوئی سمیت 'شارپس' کنٹینر یا گھر میں استعمال ہونے والے مضبوط پلاسٹک کے کنٹینر میں ڈالیں۔ اس بات کو یقینی بنائیں کہ شارپ یا نوکیلا سرا پہلے کنٹینر کے اندر جائے اور کنٹینر کے اوپر سے باہر نہ نکلے۔

□ سفر کے دوران اپنے ساتھ ایک پورٹیبل (قابل حمل) شارپس کنٹینر رکھیں۔

□ اگر آپ گھریلو کنٹینر استعمال کر رہے ہیں، تو جب کنٹینر تقریباً تین چوتھائی (¾) بھر جائے، تو اس کا ڈھکن بند کر کے ڈکٹ ٹیپ سے مضبوطی سے سیل کر دیں۔ کنٹینر پر 'SHARPS - DO NOT RECYCLE' یعنی 'شارپس' ری سائیکل نہ کریں، لکھیں۔ اسے مکمل بھرے ہوئے کچرے کے تھیلے کے درمیان رکھیں۔ (اگر آپ کے علاقے میں شارپس کو تلف کرنے کا کوئی خصوصی پروگرام موجود ہے، تو سیل کیا ہوا اور نشان زدہ کنٹینر متعلقہ تلفی مرکز لے جائیں۔) کنٹینر کو ری سائیکلنگ میں ہرگز نہ ڈالیں اور نہ ہی اسے ری سائیکل کروانے کے لیے کسی دکان پر واپس کریں۔



□ جب آپ کے بچے کو کسی انجیکشن کی دوا تجویز کی جائے، تو اپنے ڈاکٹر اور فارماسسٹ سے بات کریں۔ کچھ دوا ساز کمپنیاں ایسے پروگرام بھی فراہم کرتی ہیں جن کے ذریعے آپ اپنا شارپس کنٹینر واپس بھیج سکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے متعلقہ ذرائع یا دیے گئے لنک سے رجوع کریں۔

□ تمام سرنجیں، سوئیوں اور شارپس کنٹینرز بچوں اور ایسے تمام افراد کی پہنچ سے دور رکھیں جو ان کا غلط استعمال کر سکتے ہیں۔

اہم باتیں

- اپنے کنٹینر کو بہت زیادہ نہ بھریں۔
- سوئیوں، سرنجیوں یا لینسینس دوبارہ استعمال نہ کریں۔
- سوئی پر دوبارہ ڈھکن نہ لگائیں۔
- سوئی کو ہاتھ نہ لگائیں۔
- سوئی کو موڑیں یا توڑ کر الگ نہ کریں۔
- سوئی کو سرنج سے الگ نہ کریں۔
- شارپس کنٹینر کے اندر اپنا ہاتھ کبھی بھی نہ ڈالیں۔
- شارپس کو محفوظ طریقے سے تلف کرنے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے FDA کی ویب سائٹ

www.fda.gov/safesharpsdisposal پر جائیں۔

ڈاکٹر سے کب رابطہ کریں؟

- اگر کسی شخص کو استعمال شدہ سوئی چبھ جائے، تو جتنی جلد ممکن ہو اپنے ڈاکٹر سے رابطہ کریں۔ ڈاکٹر آپ کو بتائے گا کہ علاج کی ضرورت ہے یا نہیں۔

آفات اور انسانی بحرانوں میں تسکینی نگہداشت کا کردار

ذیابیطس کے ساتھ زندگی گزارنے والے افراد کی نگہداشت پر خصوصی توجہ کے ساتھ



ڈاکٹر فرینک برینن، MBBS, FRACP

تسکینی نگہداشت کے معالج اور وکیل، انسانی حقوق میں خصوصی دلچسپی کے ساتھ

سڈنی، آسٹریلیا، جولائی 2022

"افراد کو تسکینی اور آخری مرحلے کی نگہداشت تک رسائی حاصل ہونی چاہیے جو درد اور تکلیف کو کم کرے، مریض کے آرام، وقار اور معیارِ زندگی کو بہتر بنائے، اور اہل

خانہ کو بھی معاونت فراہم کرے۔"

— اسپیئر ہیڈ بک، انسانی چارٹر اور انسانی ردِ عمل کے کم از کم معیارات، 2018، تسکینی نگہداشت معیار 2.7

"انسانیت اور غیر جانبداری کے اصول تقاضا کرتے ہیں کہ تمام مریضوں کو نگہداشت فراہم کی جائے اور کسی بھی وجہ سے انہیں تنہا نہ چھوڑا جائے، حتیٰ کہ اگر وہ زندگی کے آخری مراحل میں ہوں۔"

— ناؤکو یاما موتو، اسسٹنٹ ڈائریکٹر جنرل، یونیورسل ہیلتھ کوریج و ہیلتھ سسٹمز، عالمی ادارہ صحت

ہماری امید ہے کہ IDF-WPR کی ذیابیطس اور آفات سے متعلق رہنما ہدایات میں شامل یہ نیا باب، ذیابیطس اور آفات کے انتظام میں تسکینی نگہداشت کی منصوبہ بندی کو شامل کرنے کے بارے میں آگاہی اور مکالمے کو فروغ دے گا۔

تعارف

آفات اور انسانی بحران شدید صدمے، افراتفری، خوف اور تکلیف سے بھرپور ہوتے ہیں۔ ان میں قدرتی آفات، وبائی امراض کے پھیلاؤ، بڑے مسلح تنازعات اور جبری نقل مکانی شامل ہیں۔ ایسے حالات میں لازماً بڑی تعداد میں لوگ شدید بیمار یا زندگی کے آخری مراحل میں ہوتے ہیں۔

فوراً چند بنیادی سوالات پیدا ہوتے ہیں:

کون ان کی نگہداشت کرے گا؟

ان کے لیے نگہداشت کا معیار کیا ہوگا؟

اور یہ نگہداشت کہاں فراہم کی جانی چاہیے؟

یہ حصہ انہی امور پر روشنی ڈالے گا۔ اس کی ترتیب دو اہم دستاویزات کی پیروی کرے گی:

عالمی ادارہ صحت (WHO) کی رہنما دستاویز: انسانی ہنگامی حالات اور بحرانوں میں تسکینی نگہداشت اور

علامات کے خاتمے کو ردِ عمل میں شامل کرنا

— جو حکومتوں کے لیے مرتب کی گئی ہے۔

اسفیئر بیڈ بک: انسانی چارٹر اور انسانی ردِ عمل کے کم از کم معیارات

— جو امدادی اداروں کے لیے بین الاقوامی طور پر تسلیم شدہ معیار فراہم کرتی ہے۔

عمومی صحت کی خدمات کے علاوہ، آفات اور انسانی بحرانوں میں ذیابیطس کی نگہداشت کا بھی خصوصی حوالہ دیا جائے گا۔

انسانیت اور تسکینی نگہداشت

انسانیت (Humanitarianism) اور تسکینی نگہداشت کے درمیان مضبوط ہم آہنگی پائی جاتی ہے۔ انسانیت کا مفہوم ہے:

"دوسروں کے دکھ اور ضروریات کے لیے خیر خواہانہ رد عمل۔"

تسکینی نگہداشت ایک ایسا شعبہ ہے جو اُن مریضوں اور ان کے خاندانوں کی تکلیف کے جواب میں وجود میں آیا جو جان لیوا بیماریوں کا سامنا کر رہے ہوتے ہیں۔

عالمی ادارہ صحت کے مطابق:

تسکینی نگہداشت ایک ایسا طریقہ کار ہے جو جان لیوا بیماری کا سامنا کرنے والے مریضوں اور ان کے اہل خانہ کے معیارِ زندگی کو بہتر بناتا ہے، اور درد و دیگر جسمانی، نفسیاتی اور روحانی مسائل کی بروقت تشخیص اور مؤثر علاج کے ذریعے تکلیف کو کم کرتا ہے۔

انسانیت اور تسکینی نگہداشت دونوں انسانی وقار کے اعتراف پر مبنی ہیں۔ انسانی چارٹر کے بنیادی اصول اس اخلاقی تصور سے اخذ ہوتے ہیں کہ تمام انسان آزادی اور مساوی وقار و حقوق کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں۔

آفات اور انسانی بحرانوں میں تسکینی نگہداشت کا کردار کیا ہے؟

آفات کے دوران تسکینی نگہداشت درج ذیل تین گروہوں پر لاگو ہو سکتی ہے:

1. وہ افراد جو پہلے سے جان لیوا بیماری کے باعث تسکینی نگہداشت حاصل کر رہے تھے؛
 2. وہ افراد جن کی جان لیوا بیماری آفت سے غیر متعلق ہو لیکن بحران کے دوران انہیں تسکینی نگہداشت کی ضرورت پیش آئے؛
 3. وہ افراد جنہیں آفت یا بحران کے نتیجے میں براہ راست یا بالواسطہ جان لیوا بیماری یا پوٹ لاحق ہو۔
- ماضی میں ہنگامی حالات میں ترجیح اُن مریضوں کو دی جاتی تھی جن کے زندہ بچنے کے امکانات زیادہ ہوتے تھے۔ تاہم حالیہ برسوں میں اُن افراد کی نگہداشت کی اہمیت کو بھی تسلیم کیا گیا ہے جن کے بچنے کے امکانات کم ہوں یا جو زندگی کے آخری مراحل میں ہوں۔
- اسفیئر بیڈ بک میں اب تسکینی نگہداشت کو باقاعدہ معیار کے طور پر شامل کیا گیا ہے، جس میں بنیادی اقدامات اور رہنمائی نکات بھی شامل ہیں۔

حکومتوں اور امدادی اداروں کی عملی ذمہ داریاں

آفات کے دوران حکومتوں اور اقوام متحدہ کے اداروں کی ذمہ داری ہے کہ وہ امدادی اور انسانی معاونت فراہم کریں۔ تسکینی اور آخری مرحلے کی نگہداشت کے ضمن میں یہ ذمہ داریاں WHO گائیڈ میں واضح کی گئی ہیں۔

یہ اصول قومی اور بین الاقوامی امدادی اداروں دونوں پر لاگو ہوتے ہیں۔ بنیادی عناصر درج ذیل ہیں:

رہنما اصول اور پالیسیوں کا قیام

امدادی اداروں پر لازم ہے کہ وہ اپنی تسکینی اور آخری مرحلے کی نگہداشت سے متعلق واضح رہنما ہدایات مرتب کریں۔

ان رہنما اصولوں میں:

- بین الاقوامی اصولوں کو مد نظر رکھا جائے
 - مقامی ثقافتی اور لسانی عوامل کو تسلیم کیا جائے
 - مقامی تسکینی خدمات کی دستیابی اور صلاحیت کا جائزہ لیا جائے
- بہت سے ممالک میں تسکینی نگہداشت کی خدمات محدود یا سرے سے موجود نہیں ہوتیں۔ اس لیے قومی سطح کی پالیسی ناگزیر ہے، جو موجودہ صورتحال اور مستقبل کے اہداف واضح کرے۔

مرنے والے مریضوں کے لیے نگہداشت کا منصوبہ

زندگی کے آخری مرحلے تک مریض اور اس کے خاندان کی دیکھ بھال تسکینی نگہداشت کا بنیادی ہنر ہے۔ یہ مہارت غیر ماہر معالجین بھی سیکھ سکتے ہیں، جو آفات کے دوران نہایت اہم ہے کیونکہ ماہرین کی تعداد محدود ہو سکتی ہے۔

نگہداشت کے اہم پہلو تین حصوں میں تقسیم کیے جاسکتے ہیں:

- مریض کی نگہداشت
- خاندان کی معاونت
- صحت کے کارکنان اور امدادی عملے کی معاونت

مریض کی نگہداشت

مرتے ہوئے مریض کی تکلیف کو کم کرنا ہر انسانی ردِ عمل کی بنیادی ذمہ داری ہے۔ اس میں تاخیر یا اسے اختیاری سمجھنا طبی اور اخلاقی طور پر ناقابلِ دفاع ہے۔ سب سے پہلا قدم یہ تسلیم کرنا ہے کہ مریض زندگی کے آخری مرحلے میں داخل ہو چکا ہے۔ عام طور پر یہ اس وقت واضح ہوتا ہے جب جان لیوا بیماری ناقابلِ واپسی حد تک بگڑ جائے۔

نگہداشت میں شامل ہیں:

- جسمانی ضروریات
- جذباتی معاونت
- نفسیاتی و روحانی ضروریات
- خاندان کی رہنمائی

ذیابیطس کے تناظر میں عالمی ادارہ صحت کے مطابق:

جب صحت کا نظام زخمی، شدید بیمار یا غذائی قلت کے شکار مریضوں سے بوجھل ہو جاتا ہے تو دائمی بیماریوں (جیسے ذیابیطس) کے مریض عموماً نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ اس کے نتیجے میں ان میں تکلیف اور اموات کی شرح بڑھ جاتی ہے۔

آفات کے دوران بگڑتی ہوئی حالت میں ذیابیطس کے مریضوں کی نگہداشت خصوصی حکمتِ عملی کی متقاضی ہوتی ہے۔ مختلف طبی صورتحال کے مطابق مربوط اور حساس انتظام کی ضرورت ہوتی ہے۔

جدول 1: مرنے والے مریض اور اس کے اہل خانہ کی نگہداشت

تمام سفارشات اُن وسائل اور سہولیات پر مبنی ہیں جو دستیاب اور ممکن ہوں۔ ظاہر ہے کہ آفت یا بحران کی صورتِ حال میں غیر معمولی تخلیقی اور اختراعی طریقوں کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔ یہاں ذکر کی گئی تمام ادویات عالمی ادارہ صحت کی ضروری ادویات کی فہرست (Medicines List WHO Essential) میں شامل ہیں۔

- مریض اور اہل خانہ کی رازداری اور باہمی قربت کے لیے ممکن ہو تو پرسکون اور علیحدہ جگہ فراہم کی جائے۔
 - دباؤ سے بچاؤ کے لیے پریشر میڈیٹس۔
 - منہ کی باقاعدہ اور محتاط صفائی — پانی میں بھگی روئی کی اسٹکس سے منہ صاف اور نرم رکھا جا سکتا ہے۔ اہل خانہ کو اس عمل میں شامل ہونے کی ترغیب دیں۔
 - مرنے والے مریض کو ویدی سیال (IV fluids) دینے سے گریز کریں کیونکہ اس سے پھیپھڑوں میں پانی بھرنے (pulmonary oedema) یا آخری مرحلے کی رطوبتوں میں اضافہ ہو سکتا ہے۔
 - آرام کے لیے پیشاب کی نالی میں مستقل کلیتیئر لگایا جا سکتا ہے۔
- جب مریض طویل عرصے تک سوتا رہے اور منہ کے ذریعے خوراک کم یا بند ہو جائے تو زبانی ادویات بند کرنے یا ضروری ادویات کو جلد کے نیچے (subcutaneous) دینے پر غور کریں۔

مرنے والے مریض میں علامات کا علاج

درد (Pain)

- یہ ہرگز فرض نہ کریں کہ بے ہوش مریض کو درد محسوس نہیں ہوتا۔
- اہل خانہ یا نرسنگ عملے سے دریافت کریں کہ کیا مریض کو کھوت دیتے وقت کراہنے یا پھرے کے تاثرات سے درد کے آثار ظاہر ہوتے ہیں۔
- مورفین جلد کے نیچے انجیکشن (sci) کے ذریعے ہر 4 گھنٹے بعد یا 24 گھنٹے کے لیے سرج ڈرائیور کے ذریعے دی جا سکتی ہے۔
- اگر مریض پہلے سے اوپیئڈ لے رہا ہو تو زبانی خوراک کو subcutaneous خوراک میں تبدیل کریں۔
- اگر مریض نے پہلے اوپیئڈ استعمال نہ کیا ہو تو کم مقدار سے آغاز کریں اور ضرورت کے مطابق تیزی سے بڑھائیں۔
- اگر مریض شدید چوٹ کی وجہ سے مر رہا ہو تو درد کی شدت کے مطابق مورفین کی مقدار دیں۔
- گروہوں کی خرابی میں معمول کی مقدار زہریلا اثر ڈال سکتی ہے؛ اس صورت میں مورفین کی کم مقدار یا زیادہ وقفے سے (ہر 6 گھنٹے بعد بجائے ہر 4 گھنٹے) دیں، یا متبادل اوپیئڈ استعمال کریں۔

آخری مرحلے کی بے چینی (agitation Terminal)

- میٹازولام 2.5-5 ملی گرام جلد کے نیچے ہر 4 گھنٹے بعد، یا 24 گھنٹے کے لیے سرنج ڈرائیور کے ذریعے۔
- اگر افاقہ نہ ہو تو شدت کے مطابق خوراک بڑھائیں۔

آخری مرحلے کی رطوبتیں (secretions Terminal)

- مریض کی پوزیشن تبدیل کریں۔
- اگر بہتری نہ ہو تو گلیکوپائریٹ 400-800 مائیکروگرام جلد کے نیچے ہر 1-2 گھنٹے بعد دیں۔

متلی (Nausea)

- میٹوکلوپرامائیڈ 10 (Metoclopramide) ملی گرام — دن میں تین بار (زیر جلد) s.c. /

یا

- ہالوپیریڈول 0.5 (Haloperidol) سے 1 ملی گرام — دن میں دو بار (زیر جلد) s.c. /

- مریض اور اہل خانہ کی جذباتی و نفسیاتی معاونت۔
- مذہبی رہنما یا عالم دین کی دستیابی۔

جدول 2: بگڑتی ہوئی حالت میں ذیابیطس کے مریض کی نگہداشت

ممکنہ طبی صورتحال درج ذیل ہو سکتی ہیں:

صورتحال 1

ذیابیطس کا مریض کسی جان لیوا بیماری (مثلاً پھیل چکا سرطان، آخری درجے کی اعضائی ناکامی، ڈیمینشیا) میں مبتلا ہے اور زندگی کے آخری مرحلے میں ہے۔

بنیادی مقصد

- علامات کا کنٹرول اور آرام فراہم کرنا۔
- علامتی ہائپو گلیسیمیا اور ہائپر گلیسیمیا سے بچاؤ۔
- خون میں شوگر کی سطح 6 سے 15 mmol/L کے درمیان رکھنے کی سفارش۔

علامتی ہائپو گلیسیمیا

علامات:

پسینہ آنا، دل کی دھڑکن تیز ہونا، توجہ میں دشواری، الجھن، بھوک، دورے۔

• اگر مریض ہوش میں ہو اور نگل سکتا ہو تو گلوکوز مشروبات یا خوراک دیں۔

• "اگر مریض ہوش میں ہو مگر نگلنے کی صلاحیت نہ رکھتا ہو، تو اسے 20% گلوکوز IV وید کے ذریعے (دیں یا اینٹرل فیڈنگ (خوراک کی نالی) کے ذریعے منتقل

کریں۔"

• "اگر مریض بے ہوش ہو، تو 1 ملی گرام گلوکاگون (Glucagon) عضلات (ہٹھوں (IM / میں لگائیں، یا 70 سے 80 ملی لیٹر 20% گلوکوز 10 سے 15

منٹ کے دوران IV وید کے ذریعے (دیں۔"

• ذیابیطس کے علاج کا جائزہ لیں۔

علامتی ہائپر گلیسیمیا

علامات:

شدید پیاس، بار بار پیشاب۔ برقرار رہنے پر ذیابیطس کیٹوایسیدوسس (DKA) ہو سکتا ہے، جس میں شدید ڈی ہائیڈریشن، تیز وگہری سانس اور الجھن شامل ہیں۔

• جہاں دستیاب ہو انسولین دیں۔

• اگر انسولین دستیاب نہ ہو تو صورتحال 2 ملاحظہ کریں۔

عمومی انتظام

• اگر بنیادی بیماری کے لیے سٹیئرانیڈ دی جا رہی ہو تو بتدریج کم کریں۔

• نائپ 1 ذیابیطس: خوراک کم یا بند ہونے پر دن میں ایک یا دو بار شوگر چیک کریں تاکہ علامات ہائپر یا ہائپر گلیسیمیا کی وجہ سے نہ ہوں۔ آخری ایام یا ہفتوں میں روزانہ

طویل اثر رکھنے والی انسولین شروع کریں۔

• نائپ 2 ذیابیطس: خوراک کم ہونے پر شوگر کم کرنے والی ادویات اور باقاعدہ شوگر چیکنگ بند کریں۔

صورتحال 2

- آفت یا بحران کے باعث انسولین درکار مریض کو انسولین دستیاب نہیں اور وہ DKA سے مر رہا ہے۔
 - ہر ممکن کوشش کریں کہ انسولین حاصل کی جائے، چاہے وہ ریفریگریٹ نہ رہی ہو یا مدتِ معیاد گزر چکی ہو۔
 - اگر ممکن نہ ہو تو DKA کی علامات کے علاج کا منصوبہ بنائیں۔
 - اس کے لیے مورفین اور میڈازولام جلد کے نیچے ہر 4 گھنٹے بعد یا سرنج ڈرائیور کے ذریعے دی جا سکتی ہیں۔
- (یہ سفارشات Diabetes UK کی 2018 کی کلینیکل گائیڈ لائنز پر مبنی ہیں۔)

اہل خانہ کی نگہداشت

کسی عزیز کی موت ایک سانحہ ہے۔ آفت میں ممکن ہے ایک سے زیادہ رشتہ دار جان کی بازی ہار جائیں۔ موت کے حالات خاندان ہمیشہ یاد رکھتا ہے۔

اہم ترجیحات:

- واضح، درست اور ہمدردانہ ابلاغ
- یہ بتانا کہ کیا ہو رہا ہے اور کیا متوقع ہے
- سوالات کے لیے رابطہ شخص کی نشاندہی
- اہل خانہ کو خود اپنی دیکھ بھال کی ترغیب

مقامی تسکینی خدمات یا سپورٹ نیٹ ورکس کی موجودگی کا جائزہ لینا ضروری ہے کیونکہ وہ ثقافتی اور لسانی تناظر کو بہتر سمجھتے ہیں۔

COVID-19 وبا اس بات کی مثال ہے کہ قرنطینہ، تنہائی اور ہسپتال میں محدود ملاقاتوں نے خاندان کی شرکت کو شدید متاثر کیا، اور بعد ازاں جنازوں میں سرکاری پابندیوں نے صدمے کو مزید بڑھایا۔

صحت کے پیشہ ور افراد اور امدادی کارکنان کی نگہداشت

مرتے ہوئے مریض کی دیکھ بھال میں شامل عملے کی فلاح و بہبود نہایت اہم ہے۔ شدید دباؤ، صدمہ اور مسلسل اموات کا سامنا ان کی ذہنی صحت کو متاثر کر سکتا ہے، جس سے تھکن، جذباتی بے حسی اور پیشہ ورانہ تھکاوٹ (burnout) پیدا ہو سکتی ہے۔

اداروں اور حکومتوں کو چاہیے کہ وہ:

- انفرادی اور ٹیم سپورٹ پروگرام ترتیب دیں
- نفسیاتی معاونت فراہم کریں
- باقاعدہ ڈی بریفنگ سیشن منعقد کریں

صحت کے نظام کی تمام سطحوں میں تسکینی نگہداشت کا انضمام

اسفیئر معیارات کے مطابق:

- الف) مضبوط ریفرل نیٹ ورک قائم کیے جائیں تاکہ نگہداشت کا تسلسل برقرار رہے۔
- ب) کمیونٹی بیسڈ اور گھریلو نگہداشت کو ترجیح دی جائے۔

طبی عملے کی تربیت

WHO گائیڈ کے مطابق ہنگامی طبی ٹیموں کے لیے مرحلہ وار تربیتی ماڈل موجود ہے۔ مختلف اقسام کی ایمرجنسی ٹیموں (Type 3، Type 2، Type 1) کے لیے مخصوص تعداد میں تربیت یافتہ عملہ ہونا چاہیے۔

مثالی طور پر، آفات میں تربیت یافتہ تسکینی نگہداشت کا ماہر یا نرس پریکٹیشنر موجود ہو جو بڑی تعداد میں مریضوں کی نگہداشت کی نگرانی کر سکے۔

ضروری طبی سامان اور ادویات کی فراہمی

WHO.1 کی ضروری ادویات

ان میں شامل ہیں:

- اوپیئرز (مثلاً مورفین)
- میٹازولام
- انسولین

کئی ممالک میں پہلے ہی ادویات کی رسائی محدود ہوتی ہے، جو آفات میں مزید متاثر ہو جاتی ہے۔

2. ڈیزاسٹر میڈیکل کٹس

الف) انٹرا جنسی ایئر جنسی ہیلتھ کنس (IEHK)

• بیسک ماڈیول (1000 افراد / 3 ماہ)

• سپلیمنٹری ماڈیول (10,000 افراد / 3 ماہ)

ب) نان کمیونیکبل ڈیزیز (NCD) کنس

• بنیادی صحت مراکز کے لیے

• WHO PEN کے مطابق

• ذیابیطس کی ادویات اور آلات شامل

Care for Humanitarian Emergencies (EP Hum) WHO Essential Package of Palliative

یہ کم از کم پیکیج ہے جو ہر متاثرہ فرد کو دستیاب ہونا چاہیے۔ اس میں شامل ہیں:

• مؤثر اور کم قیمت ادویات

• سادہ طبی آلات

• بنیادی سماجی معاونت

ضرورت کے مطابق اسے بڑھایا جاسکتا ہے۔

آفات میں اوپیئرز اور کنٹرول شدہ ادویات

"دنیا کی تقریباً 80% آبادی کو طبی استعمال کے لیے صرف 13% مورفین ہی میسر آتی ہے، جو کم اور درمیانی آمدنی والے ممالک کے لیے ایک سنگین مسئلہ ہے۔"

کم ذخیرہ، کمزور سپلائی چین اور سخت قوانین آفات میں صورتحال کو مزید خراب کرتے ہیں۔

اسی لیے عالمی ادارہ صحت نے ہنگامی حالات میں کنٹرول شدہ ادویات کی تیز تر فراہمی کے لیے ماڈل گائیڈ لائنز تیار کی ہیں، تاکہ بغیر پیشگی درآمد/برآمد اجازت نامے کے بھی ہنگامی بنیادوں پر ادویات فراہم کی جاسکیں۔

جدول 3: انسٹراکشنز ایمرجنسی ہیلتھ کٹ

IEHK سپلینٹری ماڈیول کا مواد (تسکینی نگہداشت اور ذیابیطس سے متعلق)

تسکینی نگہداشت

• انسٹیکشن مورفین اور فوری اثر رکھنے والی مورفین گولیاں

• پیراسیٹامول

• آئوپروفین

• کینٹامین

• لائیڈوئین

ذیابیطس کی نگہداشت

• سادہ (Soluble) انسولین اور انسولین سرنجیں — شدید جان لیوا ہائپر گلیسیمیا یا ذیابیطس کیوٹو ایسیڈوسس کے استحکام کے لیے

• درمیانی اثر رکھنے والی انسولین

• شدید ہائپر گلیسیمیا کے لیے انسٹیکشن گلوکوز

• گلوکومیٹر بمعہ ٹیسٹ اسٹریپس اور بلڈ لینسٹس

کٹس کی آرڈرنگ کا طریقہ

یہ کٹس مختلف اداروں کے ذریعے حاصل کی جا سکتی ہیں جو انہیں اپنے پروگرامز اور تیسرے فریق کی تنظیموں کے لیے دستیاب کرتے ہیں۔ یہ تجارتی ہول سیلرز سے بھی حاصل کی جا سکتی ہیں۔ مزید تفصیلات متعلقہ اداروں سے رابطہ کر کے یا ان کے فراہم کردہ لنکس کے ذریعے حاصل کی جا سکتی ہیں۔

WHO email: procurement@who.int

Weblink: <http://intranet.who.int/tools/wcat/Categories.aspx?catid=71739>

UNICEF email: psid@unicef.org

/Weblink: <https://www.unicef.org/supply>

MSF logistique email: office@bordeaux.msf.org

/Weblink: <https://www.msflogistique.org>

.MSF supply email: office-msfsupply@brussels.msf.org msfsupply.order@brussels.msf.org

.Weblink: <https://www.msfsupply.be>

آرڈر کرنے سے پہلے ضروری اقدامات

- مقامی صورتحال کا فوری جائزہ لیں تاکہ یہ تصدیق ہو سکے کہ ایمرجنسی ہسپتال کٹس کی ضرورت ہے، کون سی اقسام درکار ہیں اور کہاں درکار ہیں۔
- کٹس کو مناسب مقدار میں اور مخصوص مقاصد کے لیے پہلے سے ذخیرہ بھی کیا جاسکتا ہے۔ ذخیرہ کرتے وقت معیار ختم ہونے کی تاریخ اور WHO کے مطابق محفوظ ذخیرہ کرنے کے اصولوں کی پابندی ضروری ہے۔
- مطلوبہ کٹس کی مقدار اور قسم (بیسک یا سپلیمنٹری ماڈیول) کا تعین متاثرہ آبادی کے حجم، صحت مراکز کی نوعیت اور طبی عملے کی مہارت کی بنیاد پر کیا جائے۔
- کسٹمر کلیئرنس، تقسیم اور محفوظ ذخیرہ کے اخراجات کے لیے فنڈز کی دستیابی یقینی بنائیں۔

جدول 4: نان کمیونیکبل ڈیزیز (NCD) کٹ

NCD کٹ کا مقصد 10,000 افراد کی آبادی کے لیے تین ماہ تک بنیادی سطح پر غیر متعدی امراض (بشمول ذیابیطس) کی ضروری نگہداشت فراہم کرنا ہے۔
دو ماڈیول دستیاب ہیں:

1. بنیادی ماڈیول (Basic Module)

بنیادی صحت مراکز پر عام NCDs بشمول ذیابیطس کے انتظام کے لیے۔

مواد شامل ہے:

- میٹارمن
- گلیسیپیکل مائید
- کوڈڈ چین انسولین (بشمول انسانی انسولین NPH، انسانی انسولین مکس، انسانی انسولین R100)
- انسولین سرنجیں
- بلڈ شوگر ٹیسٹ اسٹریپس
- بلڈ لینسیٹس

- بلڈ گلوکوز میٹر

- گلوکاگون

2. سپلیمنٹری ماڈیول (Supplementary Module)

شدید پیچیدگیوں کے انتظام کے لیے، بشمول:

- شدید جان لیوا ہائپر گلیسیمیا

- ذیابیطس کیڈیوایسڈوسس

- ریفرل سے پہلے مریض کا استحکام

یہ کٹ عالمی ادارہ صحت (WHO) کے ذریعے دستیاب ہے۔

جدول 5: عالمی ادارہ صحت کا ضروری تسکینی نگہداشت پیکیج

(Humanitarian Emergencies and Crises – EP Hum)

انسانی وسائل	آلات	ادویات	سماجی معاونت	حکمت عملی پر مبنی اقدام
بنیادی تسکینی تربیت یافتہ ڈاکٹر اور نرسیں، کمیونٹی ہیلتھ ورکرز (اگر دستیاب ہوں)	آکسیجن، دباؤ کم کرنے والے میٹرکس، پیشاب کیلتھیئر وغیرہ	بنیادی درد کش ادویات بشمول مورفین، اینٹی ایبیکس (متلی کی ادویات)، اینٹی سیکریٹری، ادویات، جلاب، اینٹی فنکٹز ڈائوریٹکس، پروٹون پمپ انہیبیٹرز		جسمانی درد اور تکلیف کی روک تھام اور علاج
بنیادی تربیت یافتہ ڈاکٹر اور نرسیں، سوشل ورکرز، ماہر نفسیات	بالغوں کے ڈائپر یا روئی اور پلاسٹک			نفسیاتی تکلیف کی روک تھام اور علاج
سوشل ورکرز، کمیونٹی ہیلتھ ورکرز (اگر دستیاب ہوں)			مالی معاونت یا اشیائے ضروریہ کی فراہمی	سماجی تکلیف کی روک تھام اور علاج
مقامی روحانی مشیر یا مذہبی رہنما				روحانی تکلیف کی روک تھام اور علاج

1. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*. World Health Organization, Geneva, 2018
2. *The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. Sphere Association, Geneva, 2018
3. *The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. Sphere Association, Geneva, 2018, p 28
4. United Nations. *United Nations General Assembly Resolution 46/182*. 1991
5. Worldwide Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care*, 2nd ed. London, 2020
6. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*. World Health Organization, Geneva, 2018, p 40
7. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*. World Health Organization, Geneva, 2018, p 6
8. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*. World Health Organization, Geneva, 2018, pp 46–47
9. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*. World Health Organization, Geneva, 2018, p 17
10. *The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. 2018, p 347. Sphere Association, Geneva

World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the .11*
response to humanitarian emergencies and crises. World Health Organization, Geneva, 2018
.p 31

International Narcotics Control Board. *International Narcotics Control Board Annual .12*
Report, 2020. Accessed at [incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-](http://incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-.html)
.html on October 4 2021.2020

Pettus K, Cleary JF, de Lima L et al. Availability of Internationally Controlled Essential .13
.Medicines in the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2020;60:e48–e51

World Health Organization. Model guidelines for the international provision of .14
controlled medicines for emergency medical care. Geneva: World Health Organization; 1996
WHO/PSA/96.17; <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwho32e/>, accessed 9 December)
(2017

World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the .15*
response to humanitarian emergencies and crises. World Health Organization, Geneva, 2018

آفات کے دوران صحت کی دیکھ بھال کے انسانی حقوق کے پہلو

ذیابیطس کے مریضوں کی دیکھ بھال پر توجہ



ڈاکٹر فرینک برینن، MBBS, FRACP

پالی لمٹو کیئر کے ماہر اور وکیل، انسانی حقوق میں دلچسپی

سڈنی، آسٹریلیا، جولائی 2022



تعارف

صحت کی دیکھ بھال، جس میں آفات سے متعلقہ صحت کی دیکھ بھال بھی شامل ہے، ایک حق ہے، کوئی سہولت یا استحقاق نہیں۔

قومی اور بین الاقوامی فرائض کے ساتھ، IDF-WPR کی "ذیابیطس اور آفات کی رہنما ہدایات" میں متعلقہ انسانی حقوق اور وہ تنظیمیں بیان کی گئی ہیں جو مدد فراہم کر سکتی ہیں۔

ذیابیطس کی ایسوسی ایشنز اور دیگر افراد و تنظیمیں اس سیکشن کو دیگر اداروں کے ساتھ بات چیت میں استعمال کر سکتی ہیں تاکہ آفات کی روک تھام، تیاری، رد عمل اور بحالی میں مدد حاصل کی جاسکے۔

خاص طور پر 2022/2021 میں انسولین کی انسانی استعمال کے لیے دریافت کی صدی کے موقع پر، بہت سی قومی اور بین الاقوامی ذیابیطس تنظیمیں، اور اقوام متحدہ و عالمی ادارہ صحت اس پر توجہ دے رہے ہیں۔

یہ سیکشن دو حصوں پر مشتمل ہے:

حصہ 1: متعلقہ انسانی حقوق کے قوانین

حصہ 2: ذیابیطس کے مریضوں کی فلاح و بہبود کے لیے ذمہ دار ادارے، جو آفات کے دوران مدد فراہم کر سکتے ہیں

"ہم نے ایک متعلقہ تحقیقی مقالہ بھی شائع کیا ہے، جس میں آن لائن ضمیمے (Online Appendix) کے طور پر ایک تفصیلی 'واٹ پیپر' شامل ہے۔ یہ مقالہ نہ صرف آفات کے تناظر میں، بلکہ انسانی حقوق کے نقطہ نظر سے انسولین تک رسائی اور ذیابیطس کی دیکھ بھال کے دیگر تمام پہلوؤں کو بہتر بنانے پر روشنی ڈالتا ہے۔"

Brennan F, Williams P, Armstrong K, Klatman E, Donelan N, Ogle GD, Eussen A, Jenkins AJ. A human rights-based approach to improve access to insulin and other aspects of diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;183:109153. doi: 10.1016/j.diabres.2021.109153. This paper may also be available at www.ajenkinsdiabetes.org

آفات کے دوران انسانی حقوق اور صحت کی دیکھ بھال

آفات اور انسانی ہمدردی کے بحرانوں کا کسی بھی آبادی پر سب سے زیادہ گہرا اور صدمے والا اثر ہوتا ہے۔

یہ مختصر جائزہ ذیابیطس کے مریضوں کے انسانی حقوق کو آفات اور انسانی ہمدردی کے بحران کے دوران بیان کرتا ہے۔

- افراد کو عام حالات میں اور بحران کے وقت کون سے حقوق حاصل ہیں؟
- بحران کے دوران حکومتوں اور بین الاقوامی برادری پر کون سی اضافی ذمہ داریاں عائد ہوتی ہیں؟

- "بین الاقوامی قانون کے تحت، آفات اور انسانی ہمدردی کے بحرانوں کے دوران ذیابیطس کی دیکھ بھال تک رسائی کے متعدد قانونی ذرائع/ماخذ موجود ہیں۔ ان کا خلاصہ جدول 1 (Table 1) میں پیش کیا گیا ہے، اور بعد میں ان میں سے ہر ایک کی تفصیلی وضاحت کی گئی ہے:"

- بین الاقوامی انسانی حقوق کا قانون
- بین الاقوامی انسانی ہمدردی کا قانون
- بین الاقوامی پناہ گزین قانون

حصہ 1: آفات اور انسانی ہمدردی کے بحرانوں میں ذیابیطس کی دیکھ بھال

آفات اور انسانی ہمدردی کے بحرانوں میں ذیابیطس کی دیکھ بھال بہت ضروری ہے۔

بین الاقوامی قانون کے تحت اس کی رسائی کے کئی ذرائع ہیں:

- بین الاقوامی انسانی حقوق کا قانون
- بین الاقوامی انسانی ہمدردی کا قانون
- بین الاقوامی پناہ گزین قانون

یہ قوانین بین الاقوامی معیار (Sphere Standards) طے کرتے ہیں جو قومی اور بین الاقوامی امدادی تنظیموں پر لاگو ہوتے ہیں۔

بین الاقوامی انسانی حقوق کا قانون

- بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون کے تحت، صحت کی دیکھ بھال ایک حق ہے، سہولت نہیں۔
- ذیابیطس کی دیکھ بھال صحت کی دیکھ بھال کا حصہ ہے۔
- صحت کی دیکھ بھال، بشمول ذیابیطس کی دیکھ بھال، حکومتوں کے لیے احترام، تحفظ اور تکمیل کے فرائض رکھتی ہے۔
- صحت کے حق میں شامل اہم عناصر: دستیابی، رسائی، ثقافتی قبولیت اور معیار
- صحت کے حق میں کور ذمہ داریاں:

○ بغیر امتیاز کے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنا

○ WHO کی ضروری ادویات، بشمول انسولین، فراہم کرنا

○ قومی پبلک ہیلتھ پالیسی تیار کرنا

اضافی انسانی حقوق جو ذیابیطس کی دیکھ بھال سے متعلق ہیں:

- زندگی کا حق
- معلومات تک رسائی کا حق
- بغیر امتیاز کے علاج کا حق

آفات اور انسانی ہمدردی کے بحران میں اضافی ذمہ داریاں:

1. حکومتیں، انفرادی اور اجتماعی طور پر
2. اقوام متحدہ کی اتھارٹیز، بشمول WHO
3. سول سوسائٹی

بین الاقوامی انسانی ہمدردی کا قانون

یہ قانون مسلح تنازعہ اور فوجی قبضے کے دوران لاگو ہوتا ہے اور جنیوا کنونشنز میں بیان کیا گیا ہے۔
یہ فریقین کو زخمی فوجیوں، شہریوں اور جنگی قیدیوں کو صحت کی دیکھ بھال، بشمول ذیابیطس کی دیکھ بھال، فراہم کرنے پر مجبور کرتا ہے۔

بین الاقوامی پناہ گزین قانون

پناہ گزینوں کے حقوق سے متعلق کنونشن (Refugee Convention) پناہ گزینوں کے لیے کم از کم معیار فراہم کرتا ہے، بشمول صحت کی دیکھ بھال،
بغیر کسی امتیاز کے۔

پناہ گزینوں کے حقوق بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون کے تحت بھی لاگو ہوتے ہیں۔

انسانی حقوق جو ہمیشہ لاگو ہوتے ہیں

ذیابیطس کے مریضوں کے لیے بین الاقوامی انسانی حقوق کے تحت ہمیشہ درج ذیل حقوق موجود ہیں، چاہے نگران ہو یا عام حالات:

(a) صحت کا حق

(b) زندگی کا حق

(c) معلومات تک رسائی کا حق

(d) بغیر امتیاز کے علاج کا حق

صحت کا حق

اقوام متحدہ کے قیام کے آغاز سے ہی صحت کا عالمی حق تسلیم کیا گیا۔

اس کا بنیادی اظہار **International Covenant on Economic, Cultural and Social Rights (ICESCR)** میں پایا جاتا

ہے۔ دیگر بین الاقوامی کنونشنز نے بھی صحت کے حق کو بیان کیا ہے۔

حکومتوں کے فرائض:

- صحت کا حق عالمی ہے اور تمام انسانوں کی "فطری وقار اور مساوی اور ناقابل تنسیخ حقوق" پر مبنی ہے۔
- "حکومتیں اپنے دستیاب وسائل کی زیادہ سے زیادہ حد تک صحت کے حق کو عملی جامہ پہنانے کے لیے اقدامات کریں۔"
- "کور ذمہ داریاں" شامل ہیں:

○ ضروری ادویات تک رسائی

○ غیر امتیازی بنیاد پر صحت کی خدمات فراہم کرنا

○ قومی پبلک ہیلتھ حکمت عملی لپنانا

مزید ذمہ داریاں:

- تعلیم اور صحت کے بنیادی مسائل کے بارے میں معلومات کی رسائی فراہم کرنا، بشمول کمیونٹی میں بیماریوں کی روک تھام اور کنٹرول کے طریقے

اہم عناصر: صحت کی سہولیات، ادویات اور خدمات کی دستیابی، رسائی، قبولیت اور معیار

ریاستی ذمہ داریاں: تین زمروں میں تقسیم ہیں: احترام، تحفظ، اور تکمیل

- احترام: ریاست کو صحت کی خدمات میں مداخلت یا محدودیت سے گریز کرنا ہوگا

- تحفظ: ریاست کو تیسری پارٹیوں کو صحت کے حق میں مداخلت سے روکنا ہوگا
- تکمیل: ریاست کو مناسب قانونی، انتظامی اور دیگر اقدامات کرنے ہوں گے تاکہ صحت کے حق کو مکمل طور پر یقینی بنایا جاسکے
- یہ حقوق غیر سرکاری اداروں (NGOs)، ادویات بنانے والی کمپنیوں وغیرہ پر بھی لاگو ہوتے ہیں تاکہ وہ صحت کے حق کو فروغ دیں، خاص طور پر ضروری ادویات کی رسائی کے لیے۔

زندگی کا حق

زندگی کے حق کے ذرائع میں شامل ہیں:

• International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)

• Convention on the Rights of the Child (CRC)

• UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples (UNDRIP)

اقوام متحدہ کی انسانی حقوق کی کمیٹی کے مطابق، زندگی کا حق "تنگ نظری سے یا محدود انداز میں نہیں لیا جانا چاہیے" اور ریاستیں "مثبت اقدامات کریں تاکہ زندگی کی توقع میں اضافہ ہو"۔

یہ تشریح ذیابیطس کی دیکھ بھال میں بالکل فٹ بیٹھتی ہے۔ خاص طور پر Type 1 ذیابیطس کے بچوں میں انسولین کی عدم دستیابی براہ راست زندگی کے حق سے متعلق ہے۔

UN کے Health Special Rapporteur نے بچوں کے سلسلے میں صحت کے حق اور زندگی کے حق کو جوڑا، اور Type 1 ذیابیطس کے حوالے سے کہا:

صحت کا حق ... بچوں کی بقا کے حق سے گہرا تعلق رکھتا ہے

معلومات تک رسائی کا حق

بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون کے تحت صحت کے مسائل کے بارے میں معلومات تک رسائی کا حق موجود ہے۔

یہ حق ذیابیطس کے مریضوں، ان کے خاندانوں اور دیکھ بھال کرنے والوں کے لیے نہایت اہم ہے۔

اس کا ماخذ:

• ICCPR

مضمون میں بیان کیا گیا ہے کہ صحت سے متعلق معلومات حاصل کرنے، وصول کرنے اور فراہم کرنے کا حق سب کے لیے موجود ہے۔

بغیر امتیاز کے علاج کا حق

General Comment No. 14 کے تحت صحت کی سہولیات، ادویات اور خدمات سب کے لیے بغیر امتیاز کے دستیاب ہونی چاہئیں، خاص طور پر سب سے زیادہ کمزور اور پسماندہ طبقات کے لیے۔

غیر مستقیم امتیاز کی مثالیں:

- انسولین صرف بڑے شہروں میں فراہم کرنا اور دیہی یا دور دراز علاقوں کو چھوڑ دینا
- ذیابیطس کی دیکھ بھال کی قیمت صرف امیر گھرانوں کے لیے قابل رسائی ہونا

انسانی ہمدردی کے بحران کے دوران ذمہ داریاں

آفات اور انسانی ہمدردی کے بحران میں، مزید ذمہ داریاں حکومتوں، بین الاقوامی اداروں اور سول سوسائٹی پر عائد ہوتی ہیں۔

حکومتوں کی ذمہ داری

- ہنگامی طبی نظام قائم کرنا، حادثات، وباؤں اور دیگر خطرات میں فوری طبی امداد فراہم کرنا
 - آفات میں اپنی مکمل صلاحیت کے مطابق امداد فراہم کرنا
 - بین الاقوامی طبی امداد، وسائل کی تقسیم اور انتظام، جیسے طبی سامان (بشمول انسولین) کی ترجیح سب سے زیادہ کمزور اور پسماندہ طبقات کو دینا
 - مشترکہ اور انفرادی ذمہ داری کے تحت آفات میں تعاون کرنا
 - اقتصادی طور پر ترقی یافتہ ممالک کی خاص ذمہ داری کہ کم ترقی یافتہ ممالک کی مدد کریں
- یہ ذمہ داریاں ذیابیطس کے مریضوں، خصوصاً Type 1 ذیابیطس کے افراد کے لیے اہم ہیں، کیونکہ انسولین کی رسائی براہ راست زندگی اور صحت سے متعلق ہے۔

اقوام متحدہ اور WHO کی ذمہ داری

ICESCR کی کمیٹی نے کہا:

- آفات کے دوران بین الاقوامی طبی امداد، وسائل کی تقسیم، پانی، خوراک، ادویات اور مالی امداد میں سب سے زیادہ کمزور یا پسماندہ طبقات کو ترجیح دی جائے
- داری آفات میں مدد فراہم کرنا اور انسانی ہمدردی کے بحران میں کلیدی ہے
- یہ امداد پناہ گزینوں اور داخلی طور پر بے گھر افراد تک بھی پہنچنی چاہیے

سول سوسائٹی کی ذمہ داری

- NGOs، قومی میڈیکل ایسوسی ایشنز اور فارماسوٹیکل کمپنیوں کا کردار آفات اور انسانی بھمردی کے بحران میں امداد میں اہم ہے
- ان اداروں کو فوری طبی امداد اور ذیابیطس کی دیکھ بھال میں فعال کردار ادا کرنا چاہیے

جدول 1: حکومتیں، اقوام متحدہ اور سول سوسائٹی کی ذمہ داریاں ذیابیطس کی دیکھ بھال میں (آفات اور انسانی ہمدردی کے بحران کے دوران)

حکومتوں کی ذمہ داری:

- صحت کے حق میں "حادثات، وباؤں اور دیگر صحت کے خطرات میں فوری طبی نظام قائم کرنا اور ہنگامی صورتحال میں آفات کی امداد فراہم کرنا" شامل ہے، بشمول ذیابیطس کی دیکھ بھال
- ہر ملک کی ذمہ داری ہے کہ وہ اپنی زیادہ سے زیادہ صلاحیت کے مطابق امداد فراہم کرے
- بین الاقوامی طبی امداد، وسائل کی تقسیم اور انتظام، جیسے طبی سامان (انسولین سمیت) سب سے زیادہ کمزور اور پسماندہ طبقات کو دی جائے
- حکومتیں مشترکہ اور انفرادی ذمہ داری کے تحت تعاون کریں تاکہ ذیابیطس کی دیکھ بھال، بشمول انسولین کی فراہمی ممکن ہو
- اقتصادی طور پر ترقی یافتہ ممالک کی خاص ذمہ داری ہے کہ کم ترقی یافتہ ممالک کی مدد کریں، یہ ذمہ داری ذیابیطس سمیت صحت کے تمام پہلوؤں پر لاگو ہوتی ہے

اقوام متحدہ اور WHO کی ذمہ داری:

- انسانی بحران میں سب سے زیادہ کمزور طبقات کو ترجیح دیتے ہوئے بین الاقوامی طبی امداد، وسائل کی تقسیم، پانی، خوراک، ادویات اور مالی امداد فراہم کریں
- ذیابیطس کی دیکھ بھال میں بھی یہ ترجیح لاگو ہوتی ہے

سول سوسائٹی کی ذمہ داری:

- NGOs، قومی میڈیکل ایسوسی ایشنز اور فارماسوٹیکل کمپنیاں آفات اور انسانی ہمدردی کے بحران میں امداد فراہم کرنے میں اہم کردار ادا کرتی ہیں

بین الاقوامی انسانی قانون

بین الاقوامی انسانی قانون ایسے قوانین کا مجموعہ ہے جو مسلح تنازعات اور فوجی قبضے کی صورتِ حال کے لیے وضع کیا گیا ہے۔ یہ قانون جنگ کے دوران دشمنی انجام دینے کے طریقہ کار اور جنگ سے متاثرہ افراد کے ساتھ کیے جانے والے سلوک کو منظم کرتا ہے۔ بین الاقوامی انسانی قانون کی بنیادی دستاویزات جنیوا کنونشنز (Geneva Conventions) کی چار معاہدات ہیں۔ مجموعی طور پر یہ معاہدات زخمیوں، بیماروں اور سمندری حادثات (جہاز کے تباہ ہونے) سے متاثرہ افراد (پہلا اور دوسرا جنیوا کنونشن)، جنگی قیدیوں (تیسرا جنیوا کنونشن) اور عام شہریوں (چوتھا جنیوا کنونشن) کے ساتھ برتاؤ کے اصول فراہم کرتے ہیں۔ بعد ازاں ان میں مزید پروٹوکولز بھی شامل کیے گئے۔ جدول 2 میں مسلح تنازع اور فوجی قبضے کے دوران صحت کی خدمات، بشمول ذیابیطس کی دیکھ بھال، سے متعلق جنیوا کنونشنز اور پروٹوکولز کی متعلقہ دفعات کا خلاصہ پیش کیا گیا ہے۔

جدول 2- بین الاقوامی انسانی قانون کے تحت مسلح تنازع اور/یا فوجی قبضے کے دوران صحت کی خدمات، بشمول ذیابیطس کی دیکھ بھال، کی فراہمی سے متعلق ذمہ داریوں کا خلاصہ

- تنازع میں شامل تمام فریق اس بات کے پابند ہیں کہ وہ زخمیوں، بیماروں اور سمندری حادثات سے متاثرہ افراد کی عزت کریں اور ان کی دیکھ بھال کریں، خواہ وہ فوجی ہوں یا عام شہری۔ *** "انہیں جان بوجھ کر طبی امداد اور نگہداشت کے بغیر نہیں چھوڑا جائے گا۔" ***³¹
- "ہر قسم کے حالات میں" ان کے ساتھ *** انسانی ہمدردی اور احترام کے ساتھ سلوک کیا جائے گا۔" ***³⁷
- یہ اصول ان مسلح تنازعات پر بھی لاگو ہوتے ہیں جو کسی ایک ملک کے اندر وقوع پذیر ہوں³² اور ان تنازعات پر بھی جو دو یا زیادہ ممالک کے درمیان ہوں۔³³
- کسی ملک کے اندر ہونے والے مسلح تنازع کی صورت میں، تمام فریق کم از کم اس بات کے پابند ہوں گے کہ *** "... زخمیوں اور بیماروں کی دیکھ بھال کی جائے" ***³⁴، ان کا *** احترام کیا جائے اور ان کا تحفظ کیا جائے" ***³⁵، اور *** "ہر حالت میں ان کے ساتھ انسانی ہمدردی کے ساتھ سلوک کیا جائے اور ان کی طبی حالت کے مطابق، جہاں تک عملی طور پر ممکن ہو، زیادہ سے زیادہ اور کم سے کم تاخیر کے ساتھ ضروری طبی نگہداشت اور توجہ فراہم کی جائے۔" ***³⁵
- بین الاقوامی مسلح تنازع کی صورت میں یہ طبی نگہداشت سب پر یکساں طور پر لاگو ہوگی اور کسی بھی شخص کے ساتھ جنس، مذہب، قومیت یا سیاسی وجوہات کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کیا جائے گا۔³⁶
- علاج میں ترجیح دینے کا معیار صرف طبی بنیادوں پر ہوگا: *** "صرف طبی وجوہات ہی علاج کی ترتیب میں ترجیح دینے کی اجازت دیں گی۔" ***³⁶،³⁷
- اگر کسی تنازع میں شامل فریق کے لیے زخمیوں اور بیماروں کو چھوڑنا ناگزیر ہو جائے، تو وہ فریق جہاں تک فوجی حالات اجازت دیں، زخمیوں اور بیماروں کے ساتھ اپنے طبی عملے اور طبی سامان کا ایک حصہ بھی چھوڑے گا تاکہ ان کی دیکھ بھال میں مدد فراہم کی جاسکے۔³⁸
- ہسپتالوں اور محفوظ علاقوں (Hospital and Safety Zones) کے قیام سے متعلق قواعد۔³⁹
- زخمیوں اور بیماروں کے تحفظ سے متعلق قواعد۔⁴⁰
- ہسپتالوں کے تحفظ سے متعلق قواعد۔⁴¹
- ہسپتال کے طبی عملے کے تحفظ سے متعلق قواعد۔⁴²
- مقبوضہ علاقوں سے طبی سامان کی ترسیل کی اجازت ہوگی۔⁴³

- "**** قابض طاقت (Occupying Power) اپنے دستیاب وسائل کا کامل استعمال کرتے ہوئے اس بات کی پابند ہوگی کہ (مقبوضہ) آبادی کے لیے طبی سامان کی فراہمی کو یقینی بنائے۔ اگر مقبوضہ علاقے کے اپنے وسائل ناکافی ہوں، تو ضروری ادویات اور طبی لوازمات کی درآمد اور فراہمی کا خاص اہتمام کرے۔"****⁴⁴
- "**** قابض طاقت اپنے دستیاب وسائل کی مکمل حد تک، قومی اور مقامی حکام کے تعاون سے، طبی اداروں اور طبی خدمات کے قیام، ان کے تسلسل اور ان کی بحالی کو یقینی بنانے کی ذمہ دار ہوگی۔"****⁴⁵

بین الاقوامی پناہ گزین قانون (International Refugee Law)

انسانی حقوق کے عالمی اعلامیہ (Universal Declaration of Human Rights) نے افراد کے اس حق کو تسلیم کیا کہ وہ ظلم و ستم سے بچنے کے لیے کسی دوسرے ملک میں پناہ حاصل کر سکتے ہیں۔⁴⁶ بین الاقوامی قانون میں پناہ گزین (Refugee) کی تعریف یوں کی گئی ہے: "ایسا شخص جو نسل، مذہب، قومیت، کسی مخصوص گروہ کی رکنیت یا سیاسی رائے کی بنیاد پر ظلم و ستم کے معقول خوف کی وجہ سے اپنے ملک واپس جانے سے قاصر ہو یا واپس جانے پر آمادہ نہ ہو۔" ⁴⁷

پناہ گزینوں کی حیثیت سے متعلق کنونشن (Refugee Convention) پناہ گزینوں کے ساتھ ہٹاؤ کے کم از کم معیارات متعین کرتا ہے۔ ایسے معیارات یا توقعات حقوق کے باقاعدہ بیانات نہیں ہوتے اور نہ ہی انہیں قانونی طور پر نافذ کیا جاسکتا ہے۔ تاہم، اس کے باوجود پناہ گزینوں کو بین الاقوامی قانون کے تحت تحفظات اور حقوق حاصل رہتے ہیں۔ صحت، بشمول ذیابیطس کی دیکھ بھال، کے توالے سے ان تحفظات اور حقوق میں شامل ہیں:

1. پناہ گزینوں کی فلاح و بہبود کے تحفظ کی مجموعی ذمہ داری اقوام متحدہ کے ہائی کمشنر برائے پناہ گزین (UNHCR) پر عائد ہوتی ہے۔
2. پناہ گزینوں کو وہ عالمی حقوق حاصل ہیں جو انسانی حقوق کے عالمی اعلامیہ میں بیان کیے گئے ہیں۔
3. بین الاقوامی عہد نامہ برائے معاشی، سماجی و ثقافتی حقوق (ICESCR) میں صحت کے حق کی نگرانی کرنے والی کمیٹی نے کہا کہ: "یاستیں اس بات کی پابند ہیں کہ صحت کے حق کا احترام کریں، جس میں دیگر امور کے ساتھ ساتھ تمام افراد، بشمول پناہ کے متلاشی افراد، کو احتیاطی، علاجی اور تکلیف کم کرنے والی صحت کی خدمات تک مساوی رسائی سے محروم نہ کرنا یا اسے محدود نہ کرنا شامل ہے۔" ⁴⁸ اقوام متحدہ کے خصوصی نمائندہ برائے صحت نے بھی اس بات پر زور دیا کہ بیمار پناہ کے متلاشی افراد کو صحت کی دیکھ بھال کے انسانی حق سے محروم نہیں کیا جانا چاہیے۔ ⁴⁹
4. کوئی بھی ملک کسی پناہ گزین کو اس ملک واپس نہیں بھیج سکتا جہاں سے وہ فرار ہو کر آیا ہو، اگر ایسا کرنا اس کی جان یا آزادی کے لیے خطرہ بن جائے۔

اسفیئر معیارات (Sphere Standards) بین الاقوامی انسانی حقوق کے قانون پر کس حد تک مبنی ہیں؟

اسفیئر معیارات کے کئی ذرائع ہیں۔ ان میں ایک بین الاقوامی انسانی حقوق کا قانون ہے۔ دیگر ذرائع میں بین الاقوامی انسانی قانون (جو تنازع کے دوران لاگو ہوتا ہے)، پناہ گزین قانون، اور غیر قانونی نوعیت کے ذرائع جیسے انسانی ہمدردی کی کارروائیاں شامل ہیں (یعنی بین الاقوامی امدادی اداروں کا وہ متفقہ نقطہ نظر جو دہائیوں کے تجربے سے حاصل ہوا ہے)۔

وہ اسفیئر معیارات جو ذیابیطس کی دیکھ بھال پر لاگو ہوتے ہیں، ان کا جائزہ پچھلے باب میں لیا گیا تھا جس کا عنوان تھا: "آفات اور انسانی بحرانوں میں تسکینی نگہداشت (Palliative Care) کا کردار، خاص طور پر ذیابیطس کے ساتھ زندگی گزارنے والے افراد کی دیکھ بھال کے تناظر میں۔"

آفات اور انسانی بحرانوں میں بین الاقوامی قانون — عملی طور پر یہ کس حد تک نافذ ہوتا ہے؟

آفات اور انسانی بحرانوں کے ہنگامے اور المیے میں بین الاقوامی انسانی حقوق کے معیارات کا تصور اور ان کا مواد آسانی سے پس منظر میں چلا جاتا ہے۔ ان معیارات کو مؤثر رکھنے کا ایک طریقہ یہ ہے کہ انہیں انہی بحرانوں کے رد عمل میں شامل کر دیا جائے۔ اس مطابقت کو نظری اور عملی طور پر یقینی بنانے والا جدید ترین بنیادی بیان اسفیئر معیارات ہیں۔

اسفیئر معیارات (The Sphere Standards)

اسفیئر معیارات امدادی اداروں کے لیے بین الاقوامی سطح پر تسلیم شدہ اور مستند معیارات کا مجموعہ ہیں جو آفات اور انسانی بحرانوں میں کام کرتے ہیں۔ یہ معیارات ہیومنٹیئرین چارٹر اور ہیومنٹیئرین رد عمل کے کم از کم معیارات میں بیان کیے گئے ہیں۔⁵⁰ یہ اقوام متحدہ یا عالمی ادارہ صحت (WHO) کی دستاویز نہیں ہے، بلکہ بین الاقوامی امدادی اداروں کی برادری کی جانب سے انسانی امداد کے اصولوں، اقدار اور ان کم از کم معیارات کا مشترکہ بیان ہے جنہیں انہوں نے متفقہ طور پر قبول کیا ہے۔ یہ معیارات شواہد، ماہرین کی رائے اور بہترین عملی تجربات پر مبنی ہیں۔



حصہ 2: آفات اور انسانی بحرانوں میں ذیابیطس کی دیکھ بھال، اور مدد کے لیے کس سے رجوع کیا جائے

آفات اور انسانی بحران ذیابیطس کے ساتھ زندگی گزارنے والے افراد کی نگہداشت کی ضروریات کو جزوی یا مکمل طور پر متاثر کر سکتے ہیں۔ صحت کے نظام کا انہدام، ضروری ادویات (بشمول انسولین اور ذیابیطس کے آلات) کی فراہمی کے سلسلے کا منقطع ہو جانا، خوراک، پانی اور رہائش کی کمی یا عدم دستیابی، اور ذیابیطس کی دیکھ بھال میں مہارت رکھنے والے صحت کے عملے کی موت، بیماری یا عدم موجودگی — یہ سب شدید بیماری اور اموات میں اضافے کا سبب بن سکتے ہیں۔

اسفیئر معیارات میں آفات اور انسانی بحرانوں کے دوران غیر متعدی بیماریوں (NCDs) کے حوالے سے کئی اہم اقدامات بیان کیے گئے ہیں۔ ذیابیطس کی دیکھ بھال کے تناظر میں ان اقدامات میں شامل ہیں:

- (الف) کسی کمیونٹی میں ذیابیطس سے متعلق صحت کی ضروریات کی نشاندہی کرنا اور بحران سے پہلے دستیاب خدمات کا تجزیہ کرنا۔ اس میں ایسے افراد کی شناخت بھی شامل ہے جنہیں جان لیوا پیچیدگیوں، جیسے ذیابیطسی کیٹوایسیدوسس (DKA)، کا خطرہ ہو۔
- (ب) مرحلہ وار پروگرام نافذ کرنا جو جان بچانے والی ترجیحات اور تکلیف میں کمی پر مبنی ہوں۔ اس میں یہ یقینی بنانا شامل ہے کہ جان لیوا DKA کے مریضوں کو مناسب علاج ملے، اور اگر یہ دستیاب نہ ہو تو انہیں تسکینی اور معاون نگہداشت فراہم کی جائے۔
- (ج) ذیابیطس کی دیکھ بھال کو صحت کے نظام کے تمام درجات میں شامل کرنا۔ اس میں بنیادی سطح پر ذیابیطس کا علاج فراہم کرنا، شدید پیچیدگیوں اور پیچیدہ مریضوں کے انتظام کے لیے ریفرل نظام قائم کرنا، ثانوی و ثالثی سطح کی نگہداشت، معاون و تسکینی نگہداشت، اور جہاں مناسب ہو غذائیت اور خوراک کے تحفظ کے لیے مریضوں کو ریفر کرنا شامل ہے۔
- (د) ذیابیطس کی دیکھ بھال کے لیے قومی تیاری کے پروگرام قائم کرنا۔ اس میں اس بات کو یقینی بنانا شامل ہے کہ انسولین اور ذیابیطس کے آلات جیسی ضروری ادویات ہنگامی طبی ذخائر، جیسے NCD Kits اور Inter-Agency Emergency Health Kits (IEHK)، میں شامل ہوں، اور مریضوں کو ادویات کا بیک اپ ذخیرہ اور ہنگامی علاج تک رسائی کی ہدایات فراہم کی جائیں۔

آفات کے لیے پیشگی تیاری

آفات اور انسانی بحرانوں کے آغاز سے بہت پہلے ایک دانشمند قوم تیاری کرتی ہے، اور اسی طرح دانشمند انسانی ہمدردی کی تنظیمیں بھی تیاری کرتی ہیں۔ یہ تیاری اس حقیقت کی عکاسی ہونی چاہیے کہ بڑی تعداد میں لوگ بحران کی وجہ سے براہ راست یا بالواسطہ شدید بیمار ہو سکتے ہیں۔

اقوام متحدہ کی جنرل اسمبلی کی قرارداد کے تحت قائم بین الاقوامی حکمت عملی برائے آفات میں کمی (ISDR) اس تصور پر مبنی ہے کہ بڑی قدرتی آفات سے ہونے والی تباہی کا بڑا حصہ پیشگی تیاری، نگرانی اور ابتدائی انتباہ کے ذریعے روکا جاسکتا ہے۔⁵¹

سن 2015 میں اقوام متحدہ کی جنرل اسمبلی نے سینڈائی فریم ورک برائے آفات کے خطرے میں کمی 2015-2030 کی توثیق کی، جو ایک رضاکارانہ اور غیر پابند معاہدہ ہے۔ اس میں تسلیم کیا گیا کہ اگرچہ آفات کے خطرے کو کم کرنے میں ریاست بنیادی کردار ادا کرتی ہے، لیکن یہ ذمہ داری مقامی حکومت، نجی شعبے اور دیگر متعلقہ فریقوں کے ساتھ مشترکہ ہونی چاہیے۔⁵²

چونکہ نئے اسفیئر معیارات میں تسکینی نگہداشت کو شامل کیا گیا ہے اور WHO نے بحرانوں میں تسکینی نگہداشت سے متعلق رہنما اصول جاری کیے ہیں، اس لیے جدید دور میں آفات کے خطرے میں کمی میں تسکینی نگہداشت کو بھی شامل ہونا چاہیے۔ اسی طرح ذیابیطس سمیت غیر متعدی بیماریوں کے تناظر میں اسفیئر معیارات آفات کی پیشگی تیاری کے لیے بھی نہایت اہم ہیں۔

آفات اور انسانی بحرانوں میں مدد کے لیے کس سے رابطہ کیا جاسکتا ہے؟

آفات اور انسانی بحرانوں کے ہنگامے اور افراتفری میں یہ انتہائی ضروری ہے کہ حکومتوں، سول سوسائٹی اور عام عوام کو واضح طور پر معلوم ہو کہ امداد، تعاون اور رابطہ کاری کے لیے کس سے رجوع کرنا ہے۔ اس کے دو بڑے اور باہم مربوط جواب ہیں: رد عمل کے ڈھانچے کو سمجھنا اور ضروری ادویات و طبی آلات تک رسائی حاصل کرنا۔

رد عمل کا ڈھانچہ (Response Structure)

کسی بھی آفت یا انسانی بحران میں سب سے پہلا اور مرکزی ادارہ قومی حکومت خود ہوتی ہے۔ عموماً حکومت ایک قومی آفات رابطہ کار اتھارٹی (National Disaster Co-ordinating Authority) یا اس جیسے ادارے کو رد عمل کی نگرانی کے لیے مقرر کرتی ہے۔ اگر واضح ہو جائے کہ کوئی ملک اکیلے بحران سے نہیں نمٹ پا رہا، تو مختلف بین الاقوامی ادارے، ایجنسیاں، حکومتیں اور تنظیمیں مدد کے لیے شامل ہو سکتی ہیں۔ تمام رہنما اصول اور معیارات ان اداروں اور تنظیموں کے درمیان مؤثر رابطہ کاری کی اہمیت پر زور دیتے ہیں، اور یہ ہر آفت اور بحران میں ایک نہایت اہم مسئلہ ہوتا ہے۔

To whom can you turn?

If one's medical clinic or hospital is unable to meet their diabetes-related demands during a disaster the structure of responders is as summarised in Figure 1.



جدول 3 میں اہم اداروں، انجینیئروں اور امدادی تنظیموں کے ردِ عمل کا خلاصہ پیش کیا گیا ہے۔

The structure of the response to disasters and humanitarian crises

The primary response role is the national Government National Disaster Management Organisation (NDMO) or equivalent and/or National Diabetes Association

If it cannot meet the needs of the disaster/crisis

The international community

International UN Agencies*	Other nations*	International Aid Agencies*
•UN Emergency Relief Co-ordination (ERC) •UN Inter-Agency Standing Committee for Humanitarian Action (IASC)	•Other countries •Diabetes NGOs, e.g., IFL	•Red Cross •Via IDF •Doctors Without Borders •Direct Relief

*In collaboration with local national disaster authorities.

IFL = Insulin For Life (www.insulinforlife.org)





Request for diabetes aid in a disaster template

First Name _____
Last Name _____
Organisation _____
Address _____
City / State _____
Country _____
Phone _____ Alternate phone _____
Email(s) _____
Social media _____

What is the emergency

What is required / e.g. types of medicines, how many people, how long for



Request for diabetes aid in a disaster template

Contact Person / Delivery Address (accessible during disaster)

First Name	_____
Last Name	_____
Organisation	_____
Dates / times available	_____
Address	_____
City/State/Zip	_____
Country	_____
Phone	_____
Alt Phone	_____
Email(s)	_____
Social media	_____

Special requests / local clearance instructions / partner organisations / other

کسی ملک کی قومی ذیابیطس ایسوسی ایشن ضرورت پڑنے پر مدد کے لیے انٹرنیشنل ڈیابیطس فیڈریشن (IDF) کے علاقائی (Regional) اور/یا بین الاقوامی دفتر سے رابطہ کرنے پر غور کر سکتی ہے۔ یہ دفاتر دیگر متعلقہ اداروں میں موجود اپنے رابطہ افراد سے رابطہ کر سکتے ہیں یا متعلقہ ایجنسیوں کی طرف رہنمائی فراہم کر سکتے ہیں۔

معمول کے امدادی اداروں کے علاوہ، کسی بڑی آفت، جیسے COVID-19 کی وبا کے دوران، مختلف ذیابیطس تنظیمیں، امدادی اداروں اور صنعت (Industry) کے نمائندوں پر مشتمل ایک عارضی ورکنگ گروپ بھی تشکیل دیا جاسکتا ہے۔ یہ گروپ ذیابیطس کے مریضوں یا صحت کے نظام کی جانب سے موصول ہونے والی درخواستوں پر براہ راست کارروائی کر سکتا ہے یا انہیں مناسب ذرائع کی طرف بھیج سکتا ہے۔

عموماً IDF-WPR یا IDF کا بین الاقوامی دفتر جانتا ہے کہ متعلقہ اداروں میں رابطے کے لیے کون سے افراد ذمہ دار ہیں۔

ضروری ادویات اور طبی آلات تک رسائی

یہ ایک انتہائی اہم مسئلہ ہے۔

جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، جس ملک کو کسی آفت یا انسانی بحران کا سامنا ہو، وہاں عام حالات میں بھی ضروری ادویات اور طبی آلات تک رسائی محدود یا بالکل نہ ہونے کے برابر ہو سکتی ہے۔ ایسے بحران کے دوران صورتحال مزید سنگین ہو جاتی ہے، اور پہلے سے موجود یہ کمزوریاں انتہائی افسوسناک انداز میں نمایاں ہو جاتی ہیں۔

ایسی صورت میں ادویات کے دیگر ممکنہ ذرائع کیا ہو سکتے ہیں؟

ملک کے اندر موجود ذخائر سے آغاز کرتے ہوئے اور پھر بیرونی ذرائع تک، ان تمام ذرائع کو اوپر بیان کیا گیا ہے اور شکل 2 میں ان کا خلاصہ پیش کیا گیا ہے۔

شکل 2۔ آفات اور انسانی بحرانوں میں ضروری ادویات کے ذرائع

1. عالمی ادارہ صحت (WHO) کی ضروری ادویات (Essential Medicines) جو اس وقت متعلقہ ملک میں دستیاب ہوں۔
2. ہنگامی طبی امداد کے لیے کنٹرول شدہ ادویات (مثلاً اوپیوئیڈز) کی بین الاقوامی فراہمی کے لیے WHO کی ماڈل گائیڈ لائنز، تاکہ آفات کے دوران ان ادویات کی مناسب اور تیز رفتار خریداری ممکن ہو سکے۔
3. آفات اور انسانی بحرانوں کے لیے طبی کٹس:

○ Interagency Emergency Health Kit (IEHK) — جدول 5 ملاحظہ کریں۔

○ Non-Communicable Diseases (NCD) Kit — جدول 6 ملاحظہ کریں۔

○ WHO Essential Package of Palliative Care for Humanitarian Emergencies (EP

(Hum — جدول 7 ملاحظہ کریں۔

4. ذیابیطس سے متعلق غیر سرکاری تنظیمیں (Diabetes NGOs)

ضروری طبی سامان اور آلات کی فراہمی

آفات اور انسانی بحرانوں میں ضروری ادویات کے کئی ذرائع موجود ہوتے ہیں۔

1-WHO کی ضروری ادویات جو عام حالات میں ملک کے پاس موجود ہوں

عالمی ادارہ صحت کئی برسوں سے ضروری ادویات کی ایک فہرست شائع کرتا آ رہا ہے۔

ان ادویات میں درد اور سانس کی شدید تکلیف پر قابو پانے کے لیے اوپیوئڈ درد کش ادویات (Opioid Analgesics) اور سکون آور و اضطراب کم کرنے والی ادویات، جیسے مڈازولام (Midazolam)، شامل ہیں۔

ذیابیطس کی دیکھ بھال کے حوالے سے انسولین بھی WHO کی ضروری ادویات میں شامل ہے۔

ہست سے ممالک میں عمومی طور پر بھی ضروری ادویات تک رسائی محدود ہوتی ہے۔ آفات یا انسانی بحرانوں کے دوران نقل و حمل اور صحت کے بنیادی ڈھانچے میں خرابی کی وجہ سے یہ پہلے سے موجود رسائی بھی اکثر مکمل طور پر ختم ہو جاتی ہے۔

2- آفات کے دوران طبی کٹس

یہ ایسی طبی کٹس ہیں جن میں پہلے سے منظور شدہ ضروری ادویات اور طبی آلات شامل ہوتے ہیں، اور ان کا مواد مطلوبہ طبی مداخلت کے مطابق مختلف ہو سکتا ہے۔

اسفیئر ہینڈ بک کے مطابق:

*** یہ کٹس بحران کے ابتدائی مراحل میں مفید ہوتی ہیں، لیکن طویل المدتی حالات کے لیے موزوں نہیں ہوتیں، جہاں زیادہ پائیدار نظام قائم کرنا ضروری ہوتا ہے۔^{53**1}

عالمی ادارہ صحت تین اقسام کی طبی کٹس فراہم کرنے والا مرکزی ادارہ ہے۔

(i) انٹرا ایجنسی ایمرجنسی ہیلتھ کٹ (Interagency Emergency Health Kit - IEHK)

یہ کٹ دو حصوں پر مشتمل ہوتی ہے۔

- بنیادی ماڈیول (Basic Module)، جو تین ماہ تک ایک ہزار افراد کی بنیادی صحت کی ضروریات پوری کرنے کے لیے تیار کیا جاتا ہے۔
- اضافی ماڈیول (Supplementary Module)، جو تین ماہ تک دس ہزار افراد کی ضروریات پوری کرنے کے لیے بنایا جاتا ہے۔

جدول 3 میں تسکینی نگہداشت اور ذیابیطس کی دیکھ بھال سے متعلق ادویات اور آلات کی تفصیل اور ان کی خریداری کا طریقہ بیان کیا گیا ہے۔

(ii) غیر متعدی بیماریوں کی کٹ (NCD Kit)

عالمی ادارہ صحت نے آفات اور انسانی بحرانوں میں ذیابیطس سمیت دائمی غیر متعدی بیماریوں کے علاج کے لیے ایک خصوصی طبی کٹ تیار کی ہے۔

یہ کٹ بنیادی صحت کی دیکھ بھال (Primary Healthcare) کے مراکز میں استعمال کے لیے بنائی گئی ہے۔

اس میں ذیابیطس کی دیکھ بھال سے متعلق مختلف ادویات اور طبی آلات شامل ہوتے ہیں۔

ان ادویات اور آلات کا انتخاب کم وسائل والے علاقوں میں بنیادی صحت کی دیکھ بھال کے لیے WHO کے Package of Essential Non-

Communicable Disease Interventions (WHO PEN) کے مطابق کیا گیا ہے۔

ذیابیطس سے متعلق ادویات اور آلات کی مکمل فہرست کے لیے جدول 4 ملاحظہ کریں۔

(iii) انسانی ہنگامی حالات اور بحرانوں کے لیے WHO کا ضروری پیکیج برائے تسکینی نگہداشت (EP Hum)

WHO کی گائیڈ کے مطابق:

"یہ کم از کم ایسا پیکیج ہے جو صحت سے متعلق کسی بھی ہنگامی صورتحال یا بحران سے متاثر ہونے والے ہر فرد کے لیے قابلِ رسائی ہونا چاہیے، اور اسے بالغوں اور بچوں دونوں کی تسکینی نگہداشت کی ضروریات پوری کرنے کے لیے تیار کیا گیا ہے۔"

یہ پیکیج پالیسی سازوں اور منتظمین کی رہنمائی کے لیے تیار کیا گیا ہے تاکہ وہ امدادی کارکنوں کو اس قابل بنا سکیں کہ وہ انسانی بحرانوں سے وابستہ عام اور شدید تکالیف کو روک سکیں اور ان میں کمی لاسکیں۔⁵⁴

اس میں شامل ہیں:

- مؤثر اور کم قیمت ادویات
- سادہ طبی آلات
- بنیادی سماجی معاونت

ردِ عمل فراہم کرنے والی تنظیم کی نوعیت، بجٹ، اور بحران کی قسم کے مطابق EP Hum میں مزید اشیاء بھی شامل کی جاسکتی ہیں، مثلاً ایسے حالات میں جہاں بڑی تعداد میں زخمی ہوں۔

اس پیکیج کے بنیادی اجزاء جدول 5 میں بیان کیے گئے ہیں۔

آفات اور انسانی بحرانوں میں اوپیوئیڈز اور دیگر کنٹرول شدہ ادویات

آفات ایک سنگین عالمی مسئلے کو نمایاں کرتی ہیں۔

دنیا کی تقریباً 80 فیصد آبادی، جو زیادہ تر کم اور درمیانی آمدنی والے ممالک میں رہتی ہے، طبی مقاصد کے لیے استعمال ہونے والی مجموعی مورفین (Morphine) کا صرف 13 فیصد استعمال کرتی ہے۔⁵⁵

یہ حقیقت آفات اور انسانی بحرانوں کا شکار ممالک کو انتہائی غیر محفوظ بنا دیتی ہے۔

اوپیوئیڈ ادویات کے محدود ذخائر، درآمد اور فراہمی کے کمزور نظام، اور اوپیوئیڈز تک رسائی پر غیر ضروری سخت قوانین اس مسئلے کو مزید سنگین بنا دیتے ہیں۔⁵⁶

ان مسائل کو مد نظر رکھتے ہوئے، اور اس حقیقت کو تسلیم کرتے ہوئے کہ کنٹرول شدہ ادویات (مثلاً مورفین) کی خریداری کا عمل عموماً سست ہوتا ہے، عالمی ادارہ صحت نے ہنگامی طبی امداد کے لیے کنٹرول شدہ ادویات کی بین الاقوامی فراہمی کے لیے ماڈل گائیڈ لائنز تیار کیں، تاکہ آفات کے دوران ان ادویات کی مناسب اور تیز رفتار فراہمی ممکن ہو سکے۔⁵⁷

ان طریقہ کار کے تحت، انسانی امداد فراہم کرنے والی تسلیم شدہ تنظیموں کی درخواست پر، سپلائرز پہلے سے برآمد یا درآمد کی اجازت حاصل کیے بغیر بھی ہنگامی حالات میں بین الاقوامی سطح پر کنٹرول شدہ ادویات بھیج سکتے ہیں۔

یہ طریقہ کار متعلقہ کنٹرول اتھارٹیز اور (INCB) International Narcotics Control Board کے لیے قابل قبول ہے۔

جدول 3- انٹرنیشنل ایمرجنسی ریسپونس کمیٹی (IEHK)

IEHK کے اضافی ماڈیول میں تسکینی نگہداشت اور ذیابیطس کی دیکھ بھال سے متعلق مواد

تسکینی نگہداشت (Palliative Care)

- انجیکشن کی صورت میں مورفین
- فوری اثر کرنے والی مورفین گولیاں
- پیراسیٹامول
- آئوپروفین
- کیٹامین

• لائگنوکین (Lignocaine)

ذیابیطس کی دیکھ بھال (Diabetes Care)

• حل پذیر انسولین (Soluble Insulin) اور انسولین سرنجیں، شدید جان لیوا ہائپر گلیسیمیا یا ذیابیطسی کیڈوایسڈوسس (DKA) کو مستحکم کرنے کے لیے

• درمیانی مدت تک اثر رکھنے والی انسولین (Intermediate-Acting Insulin)

• شدید ہائپر گلیسیمیا کے علاج کے لیے انجیکشن کے ذریعے دی جانے والی گلوکوز

• گلوکومیٹر، گلوکوز ٹیسٹ اسٹریپس اور خون لینے کے لیے لینسٹس (Blood Lancets)

کنس آرڈر کرنے کا طریقہ

یہ کنس مختلف اداروں کے ذریعے آرڈر کی جاسکتی ہیں، جو انہیں اپنے پروگراموں اور دیگر تنظیموں کے لیے بھی فراہم کرتے ہیں۔

یہ تجارتی تھوک فروشوں (Commercial Wholesalers) سے بھی حاصل کی جاسکتی ہیں۔

IEHK کی فراہمی اور آرڈر کرنے کے طریقہ کار سے متعلق مزید معلومات متعلقہ اداروں سے رابطہ کر کے حاصل کی جاسکتی ہیں۔

WHO email: procurement@who.int

Weblink: <http://intranet.who.int/tools/wcat/Categories.aspx?catid=71739>

UNICEF email: psid@unicef.org.

Weblink: <https://www.unicef.org/supply/>

MSF logistique email: office@bordeaux.msf.org.

Weblink: <https://www.msflogistique.org/>

MSF supply email: office-msfsupply@brussels.msf.org msfsupply.order@brussels.msf.org.

Weblink: <https://www.msfsupply.be>.

IEHK آرڈر کرنے سے پہلے

• مقامی صورتحال کا فوری جائزہ لیں تاکہ یہ تصدیق ہو سکے کہ ایمرجنسی ہیلیکپٹر کنس کی واقعی ضرورت ہے، کون سی اقسام درکار ہیں، اور انہیں کہاں استعمال کیا جانا ہے۔

- IEHK کو مناسب مقدار میں مخصوص مقاصد کے لیے پھلے سے ذخیرہ (Stockpile) بھی کیا جاسکتا ہے۔ ذخیرہ کرنے کی صورت میں ادویات کی میعاد ختم ہونے کی تاریخ (Expiry Date) کی باقاعدہ نگرانی کرنا اور اس بات کو یقینی بنانا ضروری ہے کہ ذخیرہ کرنے کے حالات WHO کے اچھے ذخیرہ کرنے کے اصولوں کے مطابق ہوں۔
- مطلوبہ ایمرجنسی ہیلتھ کسٹ کی مقدار اور قسم (بنیادی یا اضافی ماڈیول) کا تعین اس آبادی کے حجم، صحت کے مراکز کی نوعیت اور مقام، اور وہاں کام کرنے والے صحت کے عملے کی مہارت کی بنیاد پر کیا جائے جنہیں یہ خدمات فراہم کی جانی ہیں۔
- اس بات کو یقینی بنایا جائے کہ کسٹ کی کسم کلینس، تقسیم، محفوظ ترسیل اور مناسب ذخیرہ کرنے کے اخراجات پورے کرنے کے لیے ضروری مالی وسائل دستیاب ہوں۔

جدول 4- غیر متعدی بیماریوں (Non-Communicable Diseases - NCD) کی کٹ

NCD کٹ کا مقصد 10,000 افراد پر مشتمل آبادی میں تین ماہ کی مدت کے دوران غیر متعدی بیماریوں کے علاج و نگہداشت کی ضروریات پوری کرنا ہے، اور اس کی توجہ بنیادی سطح (Primary Healthcare Level) پر ضروری طبی خدمات کی فراہمی پر مرکوز ہے۔

اس کٹ کے دو ماڈیول دستیاب ہیں:

• بنیادی ماڈیول (Basic Module)

یہ ماڈیول بنیادی صحت کی دیکھ بھال کی سطح پر ذیابیطس سمیت سب سے عام غیر متعدی بیماریوں کے انتظام کے لیے تیار کیا گیا ہے۔

اس کٹ میں درج ذیل ادویات اور طبی سامان شامل ہیں:

- میٹفارمین (Metformin)
- گلیبیکلین کلامائڈ (Glibenclamide)
- کولڈ چین میں محفوظ رکھی جانے والی انسولینز، جن میں شامل ہیں:
 - ہیومن انسولین NPH (Human Insulin NPH)
 - ہیومن انسولین مکس (Human Insulin Mix)
 - ہیومن انسولین R100 (Human Insulin R100)
- انسولین سرنجیں
- خون میں گلوکوز کی جانچ کے لیے ٹیسٹ اسٹریپس (Blood Test Strips)

• خون کے نمونے لینے کے لیے لینسٹس (Blood Lancets)

• خون میں گلوکوز ناپنے کا آلہ (Blood Glucose Meter)

• گلوکاگون (Glucagon)

• اضافی ماڈیول (Supplementary Module)

یہ ماڈیول غیر متعدی بیماریوں کی شدید بگڑتی ہوئی حالت (Acute Exacerbations) کے علاج کے لیے تیار کیا گیا ہے، جن میں شامل ہیں:

• شدید جان لیوا ہائپر گلیسیمیا (Acute Life-threatening Hyperglycaemia)

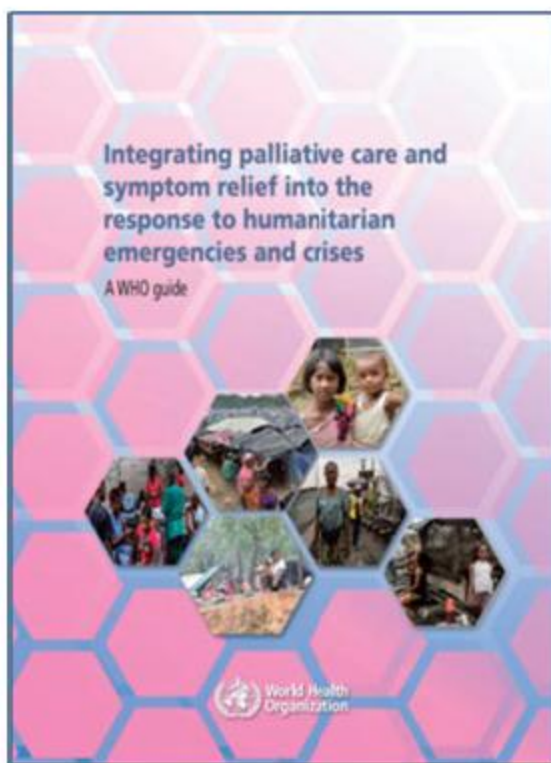
• ذیابیطس کیڈوایسڈوسس (Diabetic Ketoacidosis - DKA)

اس ماڈیول کا مقصد مریض کی حالت کو مستحکم (Stabilize) کرنا ہے تاکہ اسے بعد میں علاج کی اعلیٰ سطح (Higher Level of Care) پر ریفر کیا جا سکے۔

یہ کٹ عالمی ادارہ صحت (WHO) کے ذریعے دستیاب ہے۔

اس کٹ کے بارے میں مزید معلومات درج ذیل لنک پر حاصل کی جاسکتی ہیں:

WHO: <http://www.who.int/emergencies/kits/en/>



**** جدول 5: انسانی ہنگامی حالات اور بحرانوں کے لیے عالمی ادارہ صحت کا بنیادی پیکیج برائے تسکینی نگہداشت**

****WHO Essential Package of Palliative Care for Humanitarian Emergencies and Crises (EP-Hum)**58**

مداخلت (Interventions)	سماجی معاونت (Social Supports)	ادویات (Medications)	طبی آلات (Equipment)	انسانی وسائل (Human Resources)
بحران سے متعلق شدید یا دائمی درد اور جسمانی تکلیف کی روک تھام اور اس میں کمی	—	بنیادی درد کش ادویات، بشمول مورفین (Morphine)؛ متلی اور تے (Anti-emetics) روکنے والی ادویات؛ جسمانی رطوبتوں کی غیر (Anti-secretory Agents) قبض کشا ادویات؛ فنگس کش ادویات (Laxatives)؛ پیشاب آور (Anti-fungals)؛ پروٹون پمپ (Diuretics) ادویات؛ انہیبیٹرز (Proton Pump Inhibitors)	آکسیجن؛ دباؤ کم کرنے والے (Pressure-reducing Mattresses)، پیشاب کی نالیاں (Urinary Catheters) وغیرہ؛ بالغ افراد کے لیے ڈائپر یا روئی اور پلاسٹک	ایسے ڈاکٹر اور نرسیں جنہیں بنیادی تسکینی نگہداشت (Basic Palliative Care) کی تربیت حاصل ہو؛ (اگر دستیاب نہ ہوں)
بحران سے متعلق شدید یا دائمی نفسیاتی تکلیف کی روک تھام اور اس میں کمی	بالغ افراد کے لیے ڈائپر یا روئی اور پلاسٹک	—	—	ایسے ڈاکٹر اور نرسیں جنہیں بنیادی تسکینی نگہداشت کی تربیت حاصل ہو؛ سماجی کارکن (Social Workers)؛

مداخلت (Interventions)	سماجی معاونت (Social Supports)	ادویات (Medications)	طبی آلات (Equipment)	انسانی وسائل (Human Resources)
				ماہرین نفسیات (Psychologists)
بحران سے متعلق شدید یا دائمی سماجی مشکلات اور تکالیف کی روک تھام اور ان میں کمی	مالی معاونت اور اشیاء کی صورت میں امداد (Income and In-kind Support)	—	—	سماجی کارکن؛ کمیونٹی ہیپیڈ ورکرز (اگر دستیاب ہوں)
بحران سے متعلق شدید یا دائمی روحانی تکلیف کی روک تھام اور اس میں کمی	مقامی روحانی رہنما یا مشیر (Local Spiritual Counsellors)	—	—	مقامی روحانی رہنما یا مشیر

1. *International Covenant on Economic, Cultural and Social Rights* (ICESCR), Article 12.
2. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW), Article 11.1(f).
3. *The International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination* (ICERD), Article 5 (e)(iv).
4. *The Convention on the Rights of the Child* (CRC), Article 24.
5. *The Convention on the Rights of Persons With Disabilities*, Article 25.
6. *International Covenant on Economic, Cultural and Social Rights* (ICESCR), Preamble.
7. *Ibid*, Article 2.
8. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000. Paragraph 43. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000).
9. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000. Paragraph 43. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000). *Ibid*, Article 12.
10. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000. Paragraph 33. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000).
11. *International Convention on Civil and Political Rights* (ICCPR), Article 6(1).
12. *Convention on the Rights of the Child* (CRC), Article 6.
13. United Nations. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*, Article 7.
14. Committee for *International Convention on Civil and Political Rights* (ICCPR), General Comment No. 6, Paragraphs 1,5.

United Nations Special Rapporteur for Health. The Right of Everyone to the Enjoyment .15
of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. Report to the General
.Assembly, A/61/338. 2006
https://www.who.int/medicines/areas/human_rights/A61_338.pdf. Accessed October 4
.2021

International Convention on Civil and Political Rights, Article 19(2) .16

Convention on the Rights of the Child (CRC), Article 13 .17

,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .18
.Paragraph 12. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .19
.Paragraph 12. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .20
.Paragraph 16. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .21
.Paragraph 40. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

International Covenant on Economic, Cultural and Social Rights (ICESCR), Article 2 (1) .22

,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .23
.Paragraph 40. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .24
.Paragraph 40. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .25
.Paragraph 65. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

- ,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .26
.Paragraph 65. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)
- ,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .27
.Paragraph 16. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)
- ,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .28
.Paragraph 40. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)
- ,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .29
.Paragraph 65. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)
- ,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .30
.Paragraph 65. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)
- :Geneva Convention I, Article 12. Accessed at .31
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Conventions, Common Article 3. Accessed at .32
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- .Ibid .33
- :Geneva Convention I, Article 12. Accessed at .34
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Conventions, Common Article 3. Accessed at .35
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Protocol II to the Geneva Conventions, Article 7. Accessed at .36
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention I, Article 12. Accessed at .37
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)

- :Geneva Convention II, Article 12. Accessed at .38
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention I, Article 12. Accessed at .39
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention IV, Article 14. Accessed at .40
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention IV, Article 16. Accessed at .41
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention IV, Article 19. Accessed at .42
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention IV, Article 20. Accessed at .43
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention IV, Article 23. Accessed at .44
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention IV, Article 55. Accessed at .45
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- :Geneva Convention IV, Article 56. Accessed at .46
[.https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf](https://www.irc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-0173.pdf)
- .United Nations. *Universal Declaration of Human Rights*, Article 14 (1). 1948 .47
- .United Nations. *Convention Relating to the Status of Refugees*. 1951, Article 1 .48
- ,Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No.14*, 2000 .49
- .Paragraph 34. UN Doc. E/C. 12/2000/4(2000)

- Grover A. Report of the UN Special Rapporteur on the right of everyone to the .50
 .enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health
 .A/HRC/14/20/Add.4. Geneva, United Nations; 2010
- Sphere Association *The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum .51
 .Standards in Humanitarian Response*. 2018, Sphere Association , Geneva
- Resolution 56/195. International Strategy for Disaster Reduction. In: Fifty-sixth Session .52
 .of the United Nations General Assembly, New York, January 21 2002
- Sendai Framework for Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for .53
 .Disaster Risk Reduction
- The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian .54
 .Response*. 2018, p 347. Sphere Association, Geneva
- World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the .55
 ,response to humanitarian emergencies and crises*. World Health Organization, Geneva, 2018
 .p 31
- International Narcotics Control Board. *International Narcotics Control Board Annual .56
 Report, 2020*. Accessed at incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-
 .html on October 4 2021.2020
- Pettus K, Cleary JF, de Lima L et al. Availability of Internationally Controlled Essential .57
 .Medicines in the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2020;60:e48-e51
- World Health Organization. *Model guidelines for the international provision of .58
 controlled medicines for emergency medical care*. Geneva: World Health Organization; 1996
 WHO/PSA/96.17; <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwho32e/>, accessed 9 December)
 .(2017

World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into the .59
.response to humanitarian emergencies and crises*. World Health Organization, Geneva, 2018



Past Experiences of Natural Disasters and Diabetes Management in the IDF-WPR



قدرتی آفات اور ذیابیطس کا انتظام (Natural Disasters and Diabetes Management)

اس باب میں IDF-WPR میں پیش آنے والی بعض سابقہ قدرتی آفات سے حاصل ہونے والے تجربات اور اسباق پیش کیے گئے ہیں۔ ان میں IDF-WPR Diabetes and Disaster Management Guidelines کے پہلے ایڈیشن میں شامل مثالوں کی تازہ ترین معلومات بھی شامل ہیں، نیز حالیہ واقعات بھی شامل کیے گئے ہیں جو 2019 میں جاپان کے شہر سینڈائی (Sendai) میں منعقدہ AASD اجلاس میں پیش کیے گئے تھے یا اس رہنما کتاب (Manual) کی تیاری کے دوران شامل کیے گئے۔

جاپان میں توہوکو (Tohoku) کا زلزلہ اور سونامی، 2011

قدرتی آفات ذیابیطس کے مریضوں میں خون میں گلوکوز کے کنٹرول (Glycaemic Control) کو شدید متاثر کرتی ہیں۔¹³⁻⁶

سابقہ مطالعات سے معلوم ہوا کہ 2011 میں عظیم مشرقی جاپان کے زلزلے اور سونامی (Great East Japan Earthquake and Tsunami) کے بعد ذیابیطس کے مریضوں میں خون میں گلوکوز کی سطح، گلیکوسیلیڈز ہیموگلوبن (HbA1c)، سسٹولک بلڈ پریشر اور ڈایاسٹولک بلڈ پریشر میں نمایاں اضافہ دیکھا گیا۔^{14,9-6}

شدید قدرتی آفات کے دوران کئی عوامل خون میں گلوکوز کے بگڑنے کا سبب بنتے ہیں، جن میں شامل ہیں:

- خوراک میں تبدیلی
- ادویات کے استعمال میں تعطل
- نفسیاتی دباؤ (Psychological Stress)

^{14,8}

قدرتی آفات کے بعد تازہ خوراک کی شدید کمی ہو جاتی ہے، جس کے نتیجے میں مریض زیادہ تر محفوظ (Preserved) غذاؤں پر انحصار کرنے لگتے ہیں، مثلاً:

- مٹھائیاں
- پیسٹری
- ڈبہ بند غذائیں
- انسٹنٹ نوڈلز
- Boil-in-the-Bag تیار شدہ غذائیں

ایسی خوراک خون میں گلوکوز کے مناسب کنٹرول کو متاثر کرتی ہے۔

اس کے علاوہ، رپورٹ کیا گیا ہے کہ خون میں گلوکوز کم کرنے والی ادویات (Antihyperglycaemic Drugs) کا استعمال تقریباً 30 سے 40 فیصد تک کم ہو جاتا ہے، کیونکہ بہت سے مریض:

- اپنی ذیابیطس کی ادویات سے محروم ہو جاتے ہیں،
 - طبی سہولیات تک رسائی نہیں رکھ پاتے،
 - یا آفت کے دوران اپنی انسولین کی شیشیاں، سوئیاں یا انسولین پین کھو دیتے ہیں۔
- حتیٰ کہ آفت کے دو سے تین ماہ بعد بھی مریضوں کے لیے غذا اور ورزش کے معمولات پر عمل کرنا مشکل رہتا ہے، کیونکہ خوراک کی فراہمی اور رہائشی ماحول ابھی تک معمول پر واپس نہیں آتے۔
- اس کے علاوہ، آفت کے بعد پیدا ہونے والا جذباتی اور نفسیاتی دباؤ بھی خون میں گلوکوز کے کنٹرول پر منفی اثر ڈالتا ہے۔

11 مارچ 2011 کا توہو کو زلزلہ

11 مارچ 2011 کی دوپہر جاپان کے توہوکو (Tohoku) علاقے میں 9.0 شدت کا زلزلہ آیا۔

زلزلے کے فوراً بعد ایک بہت بڑی سونامی آئی، جس کے نتیجے میں فوکوشیما (Fukushima) جوہری بجلی گھر سے تابکار مواد کا اخراج (Leakage) ہوا۔

متاثرہ علاقوں میں مشاہدات (Observations in the Affected Area)

عظیم مشرقی جاپان کے زلزلے کے بعد بجلی، پانی، گیس، ٹیلی فون اور نقل و حمل جیسی بنیادی سہولیات کی بحالی میں کافی وقت لگا۔

ان سہولیات کی بحالی کا دورانیہ درج ذیل تھا:

- ایوانے (Iwate): تقریباً 3 دن
 - میاگی (Miyagi): تقریباً 20 دن
 - فوکوشیما (Fukushima): تقریباً 5 دن
- ورگیس کی کمی کی وجہ سے درج ذیل مسائل پیش آئے:

- الیکٹرانک میڈیکل ریکارڈز تک رسائی ممکن نہ رہی۔
 - لیبارٹری ٹیسٹ انجام دینے میں مشکلات پیش آئیں۔
 - مریضوں کے لیے کھانا تیار کرنا مشکل ہو گیا۔
 - ضروری معلومات جمع کرنا دشوار ہو گیا۔
- ٹیلی فون، موبائل فون اور شارٹ میسج سروس (SMS) اکثر کام نہیں کر رہے تھے۔

خوراک (Diet)

عارضی پناہ گاہیں (Refuges) صحت مند بنیادی غذا فراہم کرنے سے قاصر تھیں، جس میں وہ غذائیں بھی شامل تھیں جو ذیابیطس کے مریضوں کے لیے تجویز کی جاتی ہیں۔

حتیٰ کہ آفت کے تقریباً ڈیڑھ ماہ بعد بھی زیادہ تر پناہ گاہوں میں صرف دن میں دو مرتبہ کھانا فراہم کیا جا رہا تھا:

- ناشتہ
 - رات کا کھانا
- پناہ گاہوں میں فراہم کی جانے والی خوراک عموماً متوازن نہیں تھی، اس میں:
- کاربوہائیڈریٹس کی مقدار بہت زیادہ تھی،
 - جبکہ سبزیوں کی مقدار بہت کم تھی۔

ادویات (Medication)

سہزکوں، ریلوے لائنوں اور ہوائی اڈوں کی تنہائی کے باعث درج ذیل اشیاء کی شدید کمی پیدا ہو گئی:

- انسولین
- انسولین کی سونیاں
- خود سے خون میں گلوکوز کی جانچ (Self-Monitoring Blood Glucose - SMBG) کے سینسرز

یہ صورتحال خاص طور پر ان مریضوں کے لیے انتہائی سنگین تھی جنہیں انسولین کے انجیکشن درکار تھے۔

سینڈائی (Sendai) شہر کے ساحلی علاقے میں رہنے والے ٹائپ 1 ذیابیطس کے تقریباً 20 فیصد مریضوں کے پاس مناسب مقدار میں انسولین موجود نہیں تھی۔

ان میں سے 50 فیصد سے زیادہ مریضوں کو اپنی ذمہ دار معالج ٹیم کے علاوہ دوسرے ذرائع سے انسولین حاصل کرنا پڑی، مثلاً:

- فارمیسی
- دوست احباب

صحت کے پیشہ ور افراد (Healthcare Professionals)

"جاپان کے دیگر علاقوں سے ڈیزاسٹر میڈیکل اسسٹنس ٹیموں (DMAT) کو توہوکو (Tōhoku) روانہ کیا گیا۔"

ہر ٹیم میں شامل تھے:

- ایک ڈاکٹر
- دو نرسیں
- ایک کوارڈینیٹر

تاہم، ان ٹیموں کے پاس دائمی بیماریوں کے علاج کی ادویات موجود نہیں تھیں۔

اس کے علاوہ، مواصلاتی نیٹ ورک بند ہونے کی وجہ سے DMAT کے مرکزی دفتر کے لیے مختلف ٹیموں کی مؤثر انداز میں تعیناتی اور رابطہ کاری کرنا مشکل ہو گیا۔

ذہنی صحت (Mental Health)

بہت سے زندہ بچ جانے والے افراد آفت کے بعد شدید نفسیاتی صدمے (Mental Trauma) کا شکار ہوئے۔

تجاویز (Suggestions)

- ہر طبی ادارے میں ایک جامع ہنگامی رہنما کتاب (Emergency Manual) تیار کی جائے اور اس سے تمام عملے کو اچھی طرح آگاہ کیا جائے۔
- ہر طبی ادارہ اپنے زیر علاج مریضوں، عملے، اور اگر ممکن ہو تو آس پاس کے رہائشیوں کے لیے درج ذیل ضروری اشیاء کا مناسب ذخیرہ رکھے:

○ پانی

○ خوراک

○ لیندھن

- انسولین، دیگر ضروری ادویات اور طبی آلات کا مناسب ذخیرہ پہلے سے موجود ہونا چاہیے۔

- ہر مریض اپنے ساتھ درج ذیل دستاویزات رکھے:

○ JADEC Diabetes Pocketbook

○ Prescription Pocketbook

○ طبی ریکارڈ

○ نسخہ (Prescription)

○ صحت کا بیمہ کارڈ (Health Insurance Card)

- دائمی بیماریوں کے مریضوں کی مدد کے لیے مختلف شعبوں کے صحت کے پیشہ ور افراد کے درمیان مؤثر رابطہ اور تعاون قائم کیا جائے، جن میں شامل ہیں:

○ فارماسٹ

○ غذائی ماہرین (Dieticians)

○ نرسیں

تاکہ پناہ گاہوں میں مقیم دائمی بیماریوں کے مریضوں کی مناسب دیکھ بھال کی جاسکے۔

تازہ ترین صورتحال (Update)

آفات کے دوران ذیابیطس کے انتظام سے متعلق جاپان کی جامع قومی رہنما ہدایات 2014 میں جاری کی گئیں، جبکہ ان کا انگریزی زبان میں ایڈیشن 2019 میں شائع کیا گیا۔



فلپائن میں طوفان ہائیآن (Typhoon Haiyan)

متاثرہ علاقوں میں ذیابیطس کی دیکھ بھال سے متعلق مشاہدات

طوفان ہائیآن (Typhoon Haiyan)، جسے فلپائن میں طوفان یولانڈا (Typhoon Yolanda) بھی کہا جاتا ہے، 8 نومبر 2013 کو آنے والا فلپائن کی تاریخ کا سب سے ہلاکت خیز طوفان تھا۔^{1, 2}

ناپ 2 ذیابیطس کے بہت سے مریضوں کو ادویات دستیاب نہیں تھیں، جبکہ متعدد مریضوں کے پاس موجود انسولین کے ذخائر آفت آنے سے پہلے ہی ختم ہو چکے تھے۔¹⁵

Diabetes Philippines (DP) کے صدر ڈاکٹر رچرڈ ایلون وی. فرینڈو (Dr. Richard Elwyn V. Fernando) کے مطابق، اس دوران کئی بڑے چیلنجز سامنے آئے۔

سب سے بڑا مسئلہ ذیابیطس کے مریضوں تک انسولین کی شیشیاں (Insulin Vials) پہنچانا تھا، کیونکہ سڑکوں کی حالت انتہائی خراب ہو چکی تھی۔
متاثرہ علاقوں میں موجود بعض ذیابیطس کے مریض انسولین حاصل کرنے کے لیے سفر کرنے سے بھی گریز کرتے تھے، کیونکہ ان کے لیے خوراک، تحفظ اور بقا سے متعلق دیگر بنیادی ضروریات زیادہ فوری اہمیت رکھتی تھیں۔

اس کے علاوہ درج ذیل بیماریوں کے لیے استعمال ہونے والی زبانی ادویات (Oral Medications) کی بھی شدید کمی تھی:

- خون میں گلوکوز کو کنٹرول کرنے والی ادویات
- ہائی بلڈ پریشر کی ادویات
- دل کی بیماریوں کی ادویات

Insulin for Life کے ساتھ شراکت داری

Insulin for Life (IFL) Australia کی بنیاد رون راب (Ron Raab) نے 1999 میں رکھی تھی۔

اس ادارے کا بنیادی مقصد ذیابیطس کی ادویات اور ضروری طبی سامان حاصل کرنا اور انہیں ذیابیطس ایسوسی ایشنز اور دیگر متعلقہ اداروں تک پہنچانا ہے تاکہ ضرورت مند مریضوں میں تقسیم کیا جاسکے۔

نومبر 2013 میں طوفان ہائیان کے بعد IFL Australia نے انسولین اور ذیابیطس سے متعلق دیگر ضروری سامان کی فراہمی کو اولین ترجیح دی۔

ان میں سے کچھ طبی سامان Taiwanese Association of Diabetes Educators کی جانب سے بھی فراہم کیا گیا۔

تجاویز (Suggestions)

طوفان ہائیان کے بعد ڈاکٹر فرنینڈو اور ان کی ٹیم نے Diabetes Philippines کے لیے دو بنیادی اہداف مقرر کیے تاکہ آفات سے متاثر ہونے والے ذیابیطس کے مریضوں کے نتائج بہتر بنائے جاسکیں۔

پہلا مقصد

فپائن میں ذیابیطس کے مریضوں کی امداد کے لیے ایک قومی معیاری عملی طریقہ کار (National Standard Operating Procedure -

SOP) تیار کیا جائے، جسے متعلقہ سرکاری اداروں کے تعاون سے نافذ کیا جائے۔

دوسرا مقصد

ٹائپ 1 ذیابیطس کا قومی رجسٹر (Type 1 Diabetes Registry) تیار کیا جائے تاکہ کسی بھی آفت یا بحران کے دوران ایسے بچوں اور بالغ افراد کی موجودہ جگہ معلوم کی جاسکے جنہیں انسولین کی ضرورت ہوتی ہے۔

تاہم، اگرچہ Insulin for Life (IFL) مفت انسولین، ٹیسٹ اسٹریپس اور دیگر ضروری سامان فراہم کر سکتا ہے، لیکن ان اشیاء کی شپنگ اور ہینڈلنگ کے اخراجات کے لیے مالی وسائل درکار ہوتے ہیں۔

یہ اخراجات عموماً دیگر ذرائع سے پورے کیے جاتے ہیں، مثلاً کسی آفت کے دوران انٹرنیشنل ڈیابیطس فیڈریشن (IDF)۔

تازہ ترین صورتحال (Update)

ملک میں آفات سے نمٹنے کے لیے قومی رہنما ہدایات موجود ہیں، لیکن ان میں ذیابیطس کا خصوصی طور پر ذکر نہیں کیا گیا۔

نومبر 2021 میں Diabetes Philippines نے اپنے سالانہ اجلاس میں آفات کی تیاری (Disaster Preparedness) اور ہنگامی ردِ عمل (Disaster Response) کو خصوصی موضوع کے طور پر شامل کیا۔

اسی دوران ادارے نے مقامی سطح پر ذیابیطس سے متعلق آفات کی رہنما ہدایات تیار کرنے کی منصوبہ بندی بھی شروع کی، جس میں IDF-WPR Disaster Guidelines کے دوسرے ایڈیشن کی دستیابی نے اہم کردار ادا کیا۔

اب Insulin for Life (IFL) کا عالمی نیٹ ورک پہلے سے کہیں زیادہ وسیع ہو چکا ہے اور وہ IDF-WPR سمیت دنیا کے مختلف خطوں میں آفات کے دوران اور بعد میں ذیابیطس سے متعلق وسائل اور امداد براہ راست فراہم کرنے کی صلاحیت رکھتا ہے۔

(www.insulinforlife.org)

نیوزی لینڈ میں کرائسٹ چرچ (Christchurch) کے زلزلے، 2010 اور 2011

ستمبر 2010 میں کرائسٹ چرچ (Christchurch) میں ایک بڑا زلزلہ آیا، جس نے درحقیقت فروری 2011 میں آنے والے مزید تباہ کن زلزلے کے لیے ایک عملی آزمائش (Training Ground) کا کردار ادا کیا۔¹⁶

ہنگامی حالات کے لیے محفوظ رکھی گئی درج ذیل اشیاء کئی ہفتوں تک دستیاب نہیں رہیں:

- انسولین
- انسولین پین انجیکٹرز
- گلوکوز میٹرز

ہسپتالوں کے آؤٹ پیشنٹ شعبوں میں بھی انسولین اور اضافی انسولین پین انجیکٹرز کا ذخیرہ بہت محدود تھا۔

وہ ریٹیل فارمسیاں جو کھلی رہیں اور مریضوں کو خدمات فراہم کرتی رہیں، ان کے پاس بھی اسٹاک کنٹرول کی پالیسی کی وجہ سے ادویات کی مقدار بہت کم تھی۔

ذیابیطس کی خدمات فراہم کرنے والے ادارے نے مقامی صحت کے نظام سے دو بنیادی مطالبات کیے:

1. آؤٹ پیشنٹ مریضوں کے لیے ایک مخصوص جگہ فراہم کی جائے تاکہ اسے عارضی دفتری کلینک کے طور پر استعمال کیا جاسکے۔
2. مفت ادویات کی فراہمی کی مدت میں توسیع کی جائے تاکہ زلزلے میں ضائع ہونے والی انسولین اور گلوکوز میٹر دوبارہ حاصل کرنے کی لاگت مریضوں کے لیے علاج میں رکاوٹ نہ بنے۔

بحالی (Recovery) کے مرحلے میں ذیابیطس کی خدمات کو محدود وسائل کے لیے دیگر شعبوں کے ساتھ مقابلہ کرنا پڑا۔

ایسی صورتحال میں مجموعی طبی خدمات کی از سر نو منصوبہ بندی کے دوران ذیابیطس کی خدمات نسبتاً کم ترجیح پر رہیں۔

تجاویز (Suggestions)

عملے کی دوبارہ تعیناتی (Redeployment of Staff)

ذیابیطس کی خدمات زیادہ تر آؤٹ پیشنٹ (Ambulatory) اور غیر ہنگامی (Non-Acute) نوعیت کی ہوتی ہیں۔

کرائسٹ چرچ کے زلزلوں کے بعد غیر ہنگامی نوعیت کی خدمات کو معمول کے مطابق جاری رکھنے کی کوشش کئی وجوہات کی بنا پر مناسب نہیں تھی۔

ان وجوہات میں شامل تھیں:

- عملے کی دستیابی میں کمی، کیونکہ وہ خود بھی اپنے گھروں کے نقصان، پانی اور بجلی کی عدم دستیابی جیسے مسائل کا سامنا کر رہے تھے۔
- ٹوراک کی دستیابی سے متعلق مشکلات۔
- بچوں کی دیکھ بھال (Childcare) کے مسائل، کیونکہ کئی ہفتوں تک متعدد اسکول بند رہے۔
- اگر عملے کے ایک یا زیادہ افراد ذیابیطس سے متعلق ضروریات، بشمول ہسپتال میں داخل مریضوں (Inpatients) کی ضروریات، کا ابتدائی جائزہ (Reconnaissance) لے سکیں تو اس سے وسائل کی از سر نو تقسیم (Reallocation of Resources) کے بہتر مواقع سامنے آ سکتے ہیں۔

بیرونی اداروں سے معاونت (Assistance from External Agencies)

دواساز کمپنیوں (Pharmaceutical Companies) اور دیگر بیرونی اداروں کی جانب سے فراہم کی جانے والی مدد انتہائی قابلِ قدر ہوتی ہے، لیکن یہ ضروری ہے کہ:

- امداد بروقت فراہم کی جائے۔
- امدادی ادارے زمینی حقائق (On-the-ground Situation) اور مقامی مسائل کو پوری طرح سمجھیں۔
- مثال کے طور پر، انسولین کی مقامی سطح پر تقسیم (Micro-distribution) سے متعلق وہ مسائل جن کا اوپر ذکر کیا گیا ہے۔
- زمینی صورتحال کا پہلے سے اندازہ لگانے کے بجائے، بیرونی اداروں کو درج ذیل سوالات پوچھنے چاہئیں:

• "ہم آپ کی کس طرح مدد کر سکتے ہیں؟"

• "آپ کو کس چیز کی ضرورت ہے؟"

اس کے بعد انہیں متعلقہ افراد کے جوابات کو غور سے سننا چاہیے اور انہی ضروریات کے مطابق مؤثر اقدامات کرنے چاہئیں۔

انٹرنیٹ کا کردار (Role of the Internet)

اگر صحت کے پیشہ ور افراد (Clinicians) کے لیے انٹرنیٹ دستیاب ہو تو گزشتہ آفات سے متعلق بہت سا شائع شدہ علمی مواد (Published Wisdom) موجود ہے، جسے مقامی حالات کے مطابق استعمال کیا جاسکتا ہے۔

مثال کے طور پر:

- ادویات کی درست شناخت (Medication Identification)
 - ادویات کی تبدیلی (Medication Switching)، خصوصاً انسولین کی تبدیلی
 - غذائی تحفظ (Food Security)
 - انسولین کو محفوظ طریقے سے ذخیرہ کرنے کے طریقے
- اگر مریضوں کو بھی انٹرنیٹ دستیاب ہو تو ذیابیطس کی ٹیم کو مقامی سطح پر خود مدد (Self-help) کے لیے ایک الیکٹرانک معلوماتی شیٹ (E-sheet) تیار کرنے کو ترجیح دینی چاہیے۔
- مقامی ذیابیطس کمیونٹی نے ایسی معلوماتی شیٹ کو نہایت مفید قرار دیا۔

تازہ ترین صورتحال (Update)

ذیابیطس کے مریضوں کے لیے ہنگامی حالات سے متعلق بہترین رہنمائی Diabetes New Zealand کی ویب سائٹ پر دستیاب ہے:

<https://www.diabetes.org.nz/managing-diabetes-emergencies>

اس ویب سائٹ پر نیوزی لینڈ کی دیگر ویب سائٹس کے روابط بھی موجود ہیں، جہاں افراد کے لیے مختلف زبانوں میں آفات سے متعلق عمومی رہنما معلومات فراہم کی گئی ہیں، جن میں درج ذیل موضوعات شامل ہیں:

- ہنگامی کٹس (Emergency Kits)
- پانی کو محفوظ طریقے سے ذخیرہ کرنے کے طریقے

انڈونیشیا میں آچے (Aceh) کا زلزلہ اور سونامی، 2004

متاثرہ علاقوں میں طبی نگہداشت سے متعلق مشاہدات

آچے (Aceh) کی سونامی کو انڈونیشیا کی تاریخ کی سب سے تباہ کن قدرتی آفات میں شمار کیا جاتا ہے۔

یہ سونامی بحر ہند (Indian Ocean) میں آنے والے 9.15 شدت کے زلزلے کے نتیجے میں پیدا ہوئی۔¹⁷

انڈونیشیا کی حکومت کی جانب سے آفت کے ایک سال بعد جاری کیے گئے اعداد و شمار کے مطابق:

• 129,775 افراد جاں بحق ہوئے۔

• 38,786 افراد لاپتہ قرار دیے گئے۔¹⁸

عالمی ادارہ صحت (WHO) کے مطابق آفت سے لے کر تقریباً مئی 2005 تک:

• 1,458 زخمی یا ٹراما کے مریض رپورٹ کیے گئے۔¹⁹

اسی عرصے کے دوران سب سے زیادہ تشخیص ہونے والی بیماری شدید سانس کی نالی کے انفیکشن (Acute Respiratory Tract Infection) تھی۔

اس بیماری کے 37,492 کیسز WHO کو رپورٹ کیے گئے، جو سونامی کے فوراً بعد سے لے کر پانچ ماہ بعد تک ریکارڈ کیے گئے۔¹⁹

آفت کے بعد متاثرہ علاقوں میں متعدد مسائل سامنے آئے، جن میں شامل تھے:

• خوراک کی فراہمی میں مشکلات

• صاف پانی کی فراہمی میں رکاوٹیں

صفائی (Hygiene) سب سے بڑا مسئلہ بن گئی، جبکہ درج ذیل بنیادی ضروریات کی بھی شدید کمی تھی:

• طبی سامان

• کپڑے

• دیگر بنیادی ضروریات

International Committee of the Red Cross (ICRC) ہسپتال میں کیے گئے ایک ریکارڈ پر مبنی کراس سیکشنل مطالعے کے مطابق

تجزیہ کیے گئے 1,188 مریضوں میں سے 17.3 فیصد افراد کو دائمی بیماریوں، مثلاً:

• ہائی بلڈ پریشر

• ذیابیطس

کی تشخیص ہوئی۔²⁰

تجاویز (Suggestions)

بڑی قدرتی آفات ذیابیطس کے مریضوں، خصوصاً ان افراد پر جو انسولین استعمال کرتے ہیں، انتہائی تباہ کن اثرات مرتب کرتی ہیں۔

یہ اثرات صرف فوری نہیں بلکہ طویل مدت تک برقرار رہ سکتے ہیں، جن میں شامل ہیں:

- معاشی نقصانات
- صحت سے متعلق منفی نتائج
- اگر ایک ایسا جامع ڈیٹا بیس موجود ہو جس میں کم از کم درج ذیل معلومات شامل ہوں:
- وہ تمام افراد جنہیں انسولین کی ضرورت ہوتی ہے۔
- ذیابیطس کی موجودہ پیچیدگیاں۔
- توآفات کے دوران ذیابیطس کے مریضوں کا انتظام نمایاں طور پر بہتر بنایا جاسکتا ہے۔
- اسی لیے ضروری ہے کہ درج ذیل اداروں کے درمیان مضبوط تعاون قائم کیا جائے:

- وزارت صحت کے ذریعے حکومت
- قدرتی آفات سے متعلق ذمہ دار ادارے
- قومی ذیابیطس تنظیم
- مقامی ہسپتال
- غیر سرکاری تنظیمیں (NGOs)

-2-

ذمہ دار رابطہ کار ادارہ، ترجیحاً قومی ذیابیطس تنظیم، کے پاس ذیابیطس کے مریضوں کا تازہ ترین ریکارڈ موجود ہونا چاہیے، جس میں اہم معلومات شامل ہوں، مثلاً:

- انسولین استعمال کرنے یا نہ کرنے کی معلومات
- انسولین کی مقدار (Dose)
- استعمال ہونے والی انسولین کی قسم

• گزشتہ کم از کم تین ماہ کا HbA1c

• ذیابیطس سے متعلق موجودہ پیچیدگیاں

یہ معلومات آفات کے دوران رابطہ کار اداروں کو درج ذیل کاموں میں مدد فراہم کریں گی:

• امدادی سامان کی مؤثر تقسیم

• ذیابیطس سے متاثرہ افراد کی مخصوص ضروریات پوری کرنا

-3

قدرتی آفات کے دوران سرکوں اور نقل و حمل کے نظام کو نقصان پہنچنے اور کاروباری سرگرمیوں کی عارضی بندش کی وجہ سے ادویات کی فراہمی اکثر متاثر ہوتی ہے۔

اس لیے متعلقہ دواساز کمپنیوں کے ساتھ مؤثر رابطہ برقرار رکھنا ضروری ہے تاکہ مطلوبہ طبی امداد بروقت فراہم کی جاسکے۔

ذیابیطس کی ادویات اور متعلقہ طبی سامان کی تقسیم معمول کی صورتحال بحال ہونے تک درج ذیل اداروں کی مشترکہ نگرانی میں جاری رہنی چاہیے:

• قومی ذیابیطس تنظیم

• مقامی ہسپتال

ذیابیطس کے مریضوں کو معمول کے حالات میں باقاعدگی سے تعلیم اور آگاہی فراہم کی جانی چاہیے، اور اس مقصد کے لیے مختلف ذرائع استعمال کیے جاسکتے ہیں، مثلاً:

• پوسٹرز

• معلوماتی کتابچے (Leaflets)

• سیمینارز

• دیگر تعلیمی ذرائع

اس تعلیم میں خاص طور پر درج ذیل نکات شامل ہونے چاہئیں:

• آفت کی صورت میں کیا کرنا چاہیے؟

- پہلے سے کن چیزوں کی تیاری کرنی چاہیے؟

- مدد کے لیے کس سے رابطہ کرنا چاہیے؟

اگر معمول کے حالات میں مناسب تیاری کی جائے اور آفت کے دوران اور اس کے بعد تمام متعلقہ ادارے مؤثر تعاون کریں، تو کم از کم قدرتی آفات کے ذیابیطس کے مریضوں پر پڑنے والے منفی اثرات کو نمایاں حد تک کم کیا جاسکتا ہے۔

تازہ ترین صورتحال (Update)

سن 2020 میں انڈونیشیا میں آفات کے خطرے میں کمی (Disaster Risk Reduction) سے متعلق ایک تجزیہ شائع ہوا، تاہم اس میں ذیابیطس سے متعلق کسی مخصوص منصوبے یا حکمت عملی کا ذکر موجود نہیں تھا۔

توالہ: Indonesia-22.01.2021.indd (ReliefWeb)



IDF-WPR میں حالیہ قدرتی آفات

اوپر بیان کیے گئے اور تازہ کاری شدہ تجربات کے علاوہ، آسٹریلیا اور چین میں حالیہ آفات سے حاصل ہونے والے تجربات بھی ذیل میں بیان کیے گئے ہیں۔

آسٹریلیا (Australia)

آسٹریلیا کو حالیہ برسوں میں متعدد بڑی آفات کا سامنا کرنا پڑا، جن میں خصوصاً 2019-2020 کے موسمِ گرما کے دوران مشرقی ساحلی علاقوں میں وسیع پیمانے پر جنگلات میں لگنے والی آگ (Bushfires)، شمالی ریاست کوئٹزلینڈ (Queensland) میں شدید بارشوں کے باعث آنے والے سیلاب، اور COVID-19 وبا کی متعدد لہریں شامل ہیں۔

اہم اسباق (Key Learnings)

اہم چیلنجز کیا تھے؟

جنگلات میں لگنے والی آگ اور سیلاب جیسی آفات کے دوران خطرے سے دوچار افراد کو پیشگی انتباہ دینے کا وقت نسبتاً بہت کم تھا۔ آفات کے اچانک رونا ہونے کی وجہ سے بعض افراد براہِ راست ان کی زد میں آ گئے، جس کے نتیجے میں کئی افراد بال بال بچے جبکہ بعض جانوں کا ضیاع بھی ہوا، جن میں ہنگامی امدادی خدمات انجام دینے والے کچھ اہلکار بھی شامل تھے۔ تاہم ذیابیطس سے متعلق کوئی ایسا بڑا واقعہ پیش نہیں آیا جس سے منٹے میں قومی سطح پر موجود معمول کی ہنگامی طبی، نرسنگ اور فارمیسی خدمات ناکام رہیں۔ اس کے باوجود انفرادی اور نظامی سطح پر پیشگی تیاری (Preparedness) خطرات کو کم کرنے کے لیے انتہائی ضروری ہے۔

COVID-19 وبا کے دوران آسٹریلیا نے بہت سے دیگر ممالک کے مقابلے میں نسبتاً بہتر کارکردگی دکھائی، جہاں مریضوں اور اموات کی تعداد نسبتاً کم رہی۔ اس کی ممکنہ وجوہات میں سماجی فاصلے (Social Distancing) سے متعلق قومی سطح پر مربوط پابندیاں، گھروں میں رہنے کے احکامات (Stay-at-home Orders)، حفظانِ صحت کے اقدامات پر وسیع پیمانے پر عمل، جیسے ہینڈ سینیٹائزر کا استعمال اور ماسک پہننا، قومی سطح پر ویکسینیشن اور بوسٹر ڈوز پروگرام، اور ایک مضبوط عوامی صحت کا نظام شامل تھے۔

تاہم 2021 کے آخر میں اومیکرون (Omicron) ویرینٹ کے پھیلنے کے بعد COVID-19 کے کیسز میں نمایاں اضافہ ہوا۔ یہ اضافہ ایسے وقت میں ہوا جب سماجی فاصلے کی پابندیوں، سفری پابندیوں، گھروں میں رہنے کے احکامات اور ماسک پہننے کی لازمی شرط میں نرمی کر دی گئی تھی، جس سے ایک مرتبہ پھر یہ واضح ہوا کہ یہ احتیاطی اقدامات بیماری کے پھیلاؤ کو کم کرنے میں مؤثر کردار ادا کرتے ہیں۔

دیگر ممالک کی طرح آسٹریلیا میں بھی ذیابیطس کے مریض ہسپتال میں داخل ہونے، انتہائی نگہداشت یونٹ (ICU) میں علاج کی ضرورت پیش آنے اور موت سمیت منفی نتائج کے زیادہ خطرے سے دوچار تھے۔

چونکہ ابتدائی مرحلے میں COVID-19 کی ویکسین محدود مقدار میں دستیاب تھیں، اس لیے حکومت نے مفت اور رضاکارانہ ویکسینیشن پروگرام (Pfizer اور AstraZeneca) کو مرحلہ وار نافذ کیا۔ سب سے پہلے بزرگوں کی نگہداشت کے مراکز میں رہنے والے افراد اور فرنٹ لائن ہیلتھ ورکرز، جیسے ICU کا عملہ، ایمرجنسی ڈیپارٹمنٹ کا عملہ اور ایمبولینس اہلکار، ترجیحی بنیادوں پر ویکسین کے مستحق قرار پائے۔ اس کے بعد دیگر صحت کے کارکنوں اور دائمی بیماروں میں مبتلا افراد، جن میں تمام ذیابیطس کے مریض شامل تھے، کو ویکسین دی گئی۔

اس دوران ایک اہم چیلنج یہ بھی تھا کہ بہت سے افراد دستیاب ویکسین لگوانے میں ہچکچاہٹ محسوس کر رہے تھے۔ چونکہ ابتدائی مرحلے میں ویکسین کی فراہمی محدود تھی اور زیادہ تر AstraZeneca ویکسین دستیاب تھی، اس لیے حکومت نے مختلف عمر کے گروہوں کے لیے مخصوص ویکسین مقرر کر دی۔ افراد کو اپنی پسند کی ویکسین منتخب کرنے کا اختیار حاصل نہیں تھا، جس کے باعث خصوصاً ذیابیطس کے بہت سے مریضوں میں ہچکچاہٹ اور اضطراب میں اضافہ ہوا۔

وبا کے دوران متعدد ہسپتالوں کے ذیابیطس کلینکس اور جنرل پریکٹسز نے مریضوں کی دیکھ بھال ٹیلی ہیلتھ (Telehealth) کے ذریعے فراہم کرنا شروع کر دی، جس کے لیے حکومت نے نئی مالی معاونت (Subsidies) بھی فراہم کی۔ وبا کے دوران ذیابیطس کے زیادہ تر مریضوں نے ٹیلی ہیلتھ کو ترجیح دی، اور 2021 کے آخر تک حکومت نے ٹیلی ہیلتھ مشاورت کے لیے مالی معاونت میں مزید توسیع بھی کر دی۔

COVID-19 سے متاثر ہونے کے خوف کی وجہ سے بہت سے ذیابیطس کے مریض پیشہاواجی لیبارٹریوں میں جانے سے گریز کرتے رہے، جس کے نتیجے میں گزشتہ دو برسوں کے دوران ان کے متعدد ضروری ٹیسٹ، جیسے HbA1c، لپڈ پروفائل اور گردوں کے افعال (Renal Function Tests)، محدود تعداد میں ہی کیے جاسکے۔

جنگلات میں لگنے والی آگ کے دوران ایک بڑا چیلنج دور دراز علاقوں میں موجود افراد تک معلومات پہنچانا تھا، خصوصاً اس وقت جب روایتی ٹیلی فون مواصلاتی نظام بند ہو گیا تھا۔ مزید برآں، آگ کے وسیع پیمانے پر پھیلاؤ کے باعث ساحلی علاقوں میں بڑی تعداد میں لوگ پھنس گئے تھے کیونکہ سڑکیں منقطع ہو چکی تھیں۔ ایسے حالات میں آسٹریلوی بحریہ (Navy) نے ان افراد کے محفوظ انخلا (Evacuation) میں اہم کردار ادا کیا۔

غیر متوقع صورتحال (What was unexpected)

ابتدائی مرحلے میں بہت سے لوگوں نے نسخے پر ملنے والی ادویات (Prescription Medicines) کا ذخیرہ جمع کرنا شروع کر دیا، جس کے باعث عارضی طور پر ادویات کی قلت پیدا ہونے کا خدشہ پیدا ہوا۔ اس صورتحال پر اس وقت قابو پایا گیا جب فارماسسٹوں کو ہدایت دی گئی کہ وہ ایک وقت میں صرف ایک ماہ کی ادویات ہی فراہم کریں۔

عارضی طور پر کیٹون ٹیسٹ اسٹریپس (Ketone Test Strips) کی بھی کمی پیدا ہو گئی، کیونکہ ذیابیطس نہ رکھنے والے بہت سے افراد وزن کم کرنے کے لیے کیٹوجینک (Ketogenic) غذا اختیار کر رہے تھے اور اس غذا کی نگرانی کے لیے انہی ٹیسٹ اسٹریپس کا استعمال کر رہے تھے۔ اس مسئلے کے حل کے لیے فارماسٹوں سے کہا گیا کہ وہ کیٹون اسٹریپس خریدنے والے افراد سے یہ تصدیق کریں کہ انہیں ٹائپ 1 ذیابیطس ہے، مثلاً ان کے انسولین کے نسخے (Insulin Prescription) کی بنیاد پر۔

کچھ افراد، خصوصاً ٹائپ 1 ذیابیطس کے مریضوں، میں HbA1c کی سطح بہتر دیکھی گئی کیونکہ وہ COVID-19 سے متعلق پیچیدگیوں کے خطرے کو کم کرنے کے لیے اپنے خون میں شوگر کے بہتر کنٹرول کی کوشش کر رہے تھے۔

کون سے اقدامات مؤثر ثابت ہوئے؟ (What worked well)

ٹیلی ہیلتھ (Telehealth) کو مریضوں کی جانب سے بہت مثبت انداز میں قبول کیا گیا۔ باضابطہ سروسز سے معلوم ہوا کہ COVID-19 کے دوران زیادہ تر مریض فون یا ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے مشاورت کو ترجیح دیتے تھے، جبکہ وبا کے بعد انہوں نے ایسے ہائبرڈ ماڈل کو پسند کیا جس میں کچھ ملاقاتیں بالمشافہ (Face-to-Face) اور کچھ ٹیلی ہیلتھ کے ذریعے ہوں۔

ہمارے ذاتی تجربے اور ساتھیوں کے ساتھ تبادلہ خیال سے یہ بھی واضح ہوا کہ ٹائپ 1 ذیابیطس کے مریضوں کی اپنے انسولین پمپ، مسلسل یا فلش گلوکوز مانیٹرنگ (Continuous/Flash Glucose Monitoring) اور بلڈ گلوکوز میٹر کا ڈیٹا خود اپ لوڈ کرنے کی صلاحیت میں اضافہ ہوا۔ اس سے پہلے زیادہ تر مریضوں کے آلات کا ڈیٹا صرف کلینک کے عملے کی جانب سے کلینک کے دورے کے دوران اپ لوڈ کیا جاتا تھا۔

تاہم ایک مسئلہ اب بھی برقرار ہے کہ ٹائپ 1 ذیابیطس کے بہت سے مریض اپنے اپ لوڈ کیے گئے ڈیٹا کا خود جائزہ نہیں لیتے یا اپنی انسولین کی خوراک میں مناسب تبدیلیاں کرنے کے لیے خود کو پراعتماد محسوس نہیں کرتے۔

اس عرصے کے دوران ذیابیطس کی ادویات یا خون میں گلوکوز کی جانچ کے سامان کی کوئی بڑی قلت پیدا نہیں ہوئی۔

اسی طرح آفات سے متعلق تیاری کے لیے قومی سطح پر SMS پیغامات، موبائل ایپس اور عوامی آگاہی کے پیغامات میں بھی نمایاں اضافہ کیا گیا۔

کون سے اقدامات مؤثر ثابت نہ ہوئے؟ (What did not work well)

وبا کے دوران ذیابیطس کے بہت سے مریضوں کا وزن بڑھ گیا۔ ان میں سے اکثر کے گھروں میں جسمانی وزن ناپنے کے لیے وزن کرنے والی مشین (Weighing Scale) یا بلڈ پریشر مانیٹر موجود نہیں تھا، جبکہ وہ اپنے معمول کے لیبارٹری ٹیسٹ کروانے کے لیے بھی پیٹھالوجی لیبارٹریوں میں نہیں جا رہے تھے۔ آسٹریلیا میں گھر پر HbA1c ٹیسٹ کی سہولت دستیاب نہیں ہے۔

جنگلات میں لگنے والی آگ کے دوران بہت سی دیہی آبادیاں معمول کے مواصلاتی نظام کی بندش کی وجہ سے مکمل طور پر دنیا سے کٹ گئیں۔ اس مسئلے کے حل کے لیے بعد میں حکومت کی مالی معاونت (Government Grants) سے خطرے سے دوچار علاقوں کے کمیونٹی سینٹرز میں سیٹلائٹ فون نصب کیے گئے۔

بہت سے صحت کے پیشہ ور افراد نے ذیابیطس کے مریضوں کو فون یا ای میل کے ذریعے بڑی مقدار میں طبی مشورے بلا معاوضہ فراہم کیے۔ اس سے ایک طرف انہیں مالی نقصان اٹھانا پڑا اور دوسری طرف بعض معالجین میں پیشہ ورانہ تھکن (Clinician Burnout) بھی پیدا ہوئی۔

وبا کے دوران بیماری اور اموات کی سب سے زیادہ شرح بزرگوں کی نگہداشت کے مراکز (Aged Care Facilities) میں دیکھی گئی۔ چونکہ عمر رسیدہ افراد میں ذیابیطس کی شرح زیادہ ہوتی ہے، اس لیے نرسنگ ہومز جیسے مراکز میں ذیابیطس عام بیماری تھی۔ وبا کی ابتدائی لہروں کے دوران جو افراد ان مراکز میں COVID-19 سے متاثر ہوئے، انہیں ہسپتال منتقل کرنے کے بجائے انہی نرسنگ ہومز میں رکھا گیا۔

اسی نوعیت کی آفات کے لیے تیاری کرنے والوں کو کیا مشورہ دیا جائے گا؟ (What would you advise others preparing for disaster care in a similar disaster)

ذیابیطس کے ہر مریض کے پاس ایک ہنگامی بیگ (Go-bag) یا ایسا بیگ ہونا چاہیے جو کسی آفت یا وبا، مثلاً COVID-19، کے دوران گھر میں پناہ لینے کی صورت میں فوری استعمال کیا جاسکے۔

اس بیگ میں کم از کم درج ذیل اشیاء موجود ہونی چاہئیں:

- کم از کم دو ہفتوں کے لیے تمام ضروری ادویات؛
- اپنی بیماریوں کی فہرست؛
- استعمال ہونے والی ادویات کی مکمل فہرست؛
- معالجین اور ذاتی رابطہ نمبروں کی تفصیلات؛
- خون اور پیشاب کے حالیہ ٹیسٹوں کی رپورٹس، یا کم از کم اس لیبارٹری کی معلومات جہاں یہ ٹیسٹ کروائے گئے ہوں۔

اس کے علاوہ مریضوں کو یہ بھی معلوم ہونا چاہیے کہ وہ اپنے گلوکوز مانیٹرنگ ڈیوائس اور/یا انسولین پمپ کا ڈیٹا کس طرح اپ لوڈ کر سکتے ہیں۔

آسٹریلیا میں قومی سطح پر 24 گھنٹے نرس آن کال ہاٹ لائن اور 24 گھنٹے COVID ہاٹ لائن موجود ہے، لیکن بعض اوقات ذیابیطس سے متعلق وہ معلومات جو مریض چاہتے ہیں، ان ہاٹ لائنز کے عملے کے دائرہ علم سے باہر ہوتی ہیں۔

اسی مقصد کے لیے دن کے اوقات میں National Diabetes Services Scheme کی مشاورتی ہیلپ لائن بھی موجود ہے، جس کے اوقات کار COVID-19 کے دوران مزید بڑھا دیے گئے تھے۔

ذیابیطس کے مریضوں کے لیے، اگر ممکن ہو تو 24 گھنٹے دستیاب خصوصی ہیلپ لائنز قائم کرنا انتہائی مفید ثابت ہوگا۔ اس سے ایسولینس سروس پر بھی بوجھ کم ہوگا، کیونکہ وبا کے دوران بہت سے پریشان افراد صرف طبی مشورہ لینے یا COVID ٹیسٹ کروانے کی درخواست کے لیے بھی ایسولینس کو فون کر رہے تھے۔



چین (China)

چین میں آفات سے متعلق طب (Disaster Medicine) اور ذیابیطس کے انتظام کا تجربہ

وی پنگ جیا (Weiping Jia)

اہم چیلنجز کیا تھے؟ (What were the major challenges)

1- چین ان ممالک میں شامل ہے جو قدرتی آفات سے شدید متاثر ہوتے ہیں، جن میں سیلاب، زلزلے، طوفان (Typhoons) اور شدید بارشیں شامل ہیں۔ چین میں قدرتی آفات کی نمایاں خصوصیات ان کی مختلف اقسام، بار بار وقوع پذیر ہونا اور ملک کے وسیع علاقوں کو متاثر کرنا ہیں۔ ان آفات نے نہ صرف عوامی صحت کے نظام کو شدید نقصان پہنچایا بلکہ ملکی معیشت اور سماجی ترقی کو بھی متاثر کیا۔ مثال کے طور پر، 1976 میں آنے والا تانگ شان (Tangshan) زلزلہ بیسویں صدی کی تاریخ میں ہلاکتوں کے اعتبار سے دوسرا سب سے بڑا زلزلہ تھا۔

2- "چین کے مختلف علاقوں میں معاشی ترقی اور طبی وسائل کے حوالے سے نمایاں تفاوت (نامواری) موجود ہے۔ 2019 میں شہری علاقوں میں فی ہزار افراد کے لیے صحت کے عملے کی تعداد 11.1 تھی، جبکہ دیہی علاقوں میں یہ تعداد صرف 4.96 تھی۔"

3- قدرتی آفات اور ہنگامی حالات کے دوران ذیابیطس کی دیکھ بھال کے حوالے سے پیشگی تیاری (Preparedness) کی تعلیم کا فقدان پایا جاتا ہے۔ یہ کمی نہ صرف مریضوں اور ان کے اہل خانہ میں بلکہ صحت کے پیشہ ور افراد میں بھی موجود ہے۔

کون سی صورتحال غیر متوقع تھی؟ (What was unexpected)

- 1- آفت کے بعد صحت کی سہولیات کی بندش یا ان کے کام میں رکاوٹ، طبی ریکارڈز کا ضائع ہو جانا، انسولین سمیت ذیابیطس کی ادویات کی کمی، اور خوراک میں اچانک تبدیلی، دائمی بیماریوں خصوصاً ذیابیطس کے مریضوں کے لیے انتہائی مشکلات کا باعث بنیں۔ اس کے نتیجے میں ذیابیطس کے مریضوں میں خون میں گلوکوز کا توازن نمایاں طور پر بگڑ گیا اور شدید پیچیدگیاں، جیسے ہائپر او اسمولر اسٹیٹس (Hyperosmolar States) اور شدید ہائپر گلیسیمیا (Severe Hypoglycemia)، سامنے آئیں۔ اس کے علاوہ، اس صورتحال نے ہائی بلڈ پریشر جیسی موجود بیماریوں کو بھی متاثر کیا۔
- 2- مالی نقصان، ذاتی املاک کا ضائع ہونا، اور بعض اوقات عزیزوں کی وفات نے شدید ذہنی دباؤ اور ڈپریشن پیدا کیا، جس کے نتیجے میں بہت سے مریضوں میں ذیابیطس کے خطرے کے عوامل مزید خراب ہوئے۔ اس شدید ذہنی دباؤ نے بعض افراد میں نئی ذیابیطس (New-onset Diabetes) کی تشخیص اور پہلے سے موجود مریضوں میں شدید پیچیدگیوں کو بھی جنم دیا۔

3- COVID-19 وبا کے دوران صحت عامہ کی ہنگامی صورتحال کا غیر متعدي بیماریوں (NCDs)، خصوصاً ذیابیطس، کے انتظام پر گہرا اور طویل المدتی اثر پڑا۔ ذیابیطس کے مریض انفیکشن کا زیادہ شکار ہوتے ہیں، اور ان میں سے اکثر درمیانی یا زیادہ عمر کے ہوتے ہیں۔ خون میں شوگر کا ناقص کنٹرول اکثر مریضوں کے نتائج کو مزید خراب کرتا ہے۔ اسی لیے پورے معاشرے میں، خصوصاً قدرتی آفات اور ہنگامی حالات کے دوران، ذیابیطس کی دیکھ بھال کے بارے میں آگاہی اور تعلیم کو بہتر بنانا نہایت ضروری ہے۔

کون سے اقدامات مؤثر ثابت ہوئے؟ (What worked well)

- 1- قومی سطح پر فوری رد عمل دینے والا امدادی نظام (Rapid Responsive National Rescue System) انتہائی مؤثر ثابت ہوا۔ مثال کے طور پر، COVID-19 وبا کے آغاز ہی میں چین نے اپنی تمام طبی صلاحیتوں کو ووبان (Wuhan) اور صوبہ ہوبے (Hubei) کے دیگر علاقوں کی مدد کے لیے متحرک کر دیا۔ مریضوں کے علاج کے لیے 1000 بستروں پر مشتمل Huoshen-shan Hospital صرف 10 دن میں، جبکہ 1600 بستروں پر مشتمل Leishen-shan Hospital صرف 12 دن میں تعمیر کر لیا گیا۔ اسی طرح تجربہ کار طبی عملہ اور ضروری ادویات بروقت متاثرہ علاقوں تک پہنچا دی گئیں۔
- 2- جدید ٹیکنالوجی کا استعمال بھی نہایت مفید ثابت ہوا۔ مثال کے طور پر، Leishen-shan Hospital میں ذیابیطس کے مریضوں کو

CGM (Interstitial Fluid Continuous Glucose Monitor) یعنی FreeStyle Libre Flash Glucose Monitoring System

ان مانیٹرز سے حاصل ہونے والا ڈیٹا ہسپتال کے مرکزی کلاؤڈ پلیٹ فارم پر اپ لوڈ کیا جاتا تھا، جہاں اسے مریضوں

کی طبی معلومات کے ساتھ یکجا کیا جاتا تھا۔ اس نظام نے اس غیر معمولی صورتحال میں ذیابیطس کی دیکھ بھال کو بہتر بنانے میں اہم کردار ادا کیا۔ اس کے علاوہ، انٹرنیٹ سے منسلک ہسپتالوں نے مریضوں کے لیے طبی مشورہ حاصل کرنا اور ادویات تک رسائی آسان بنا دی۔

3- ہنگامی حالات اور قدرتی آفات کے دوران پورے معاشرے، خصوصاً ذیابیطس کے مریضوں، کے لیے ماہرین کی متفقہ سفارشات (Expert Consensus) اور رہنما ہدایات (Guidelines) کی فوری فراہمی انتہائی اہم ثابت ہوئی۔

مریضوں کے لیے درج ذیل تیاریوں کی سفارش کی گئی:

- ایک واٹر پروف اور حرارت سے محفوظ ہنگامی کٹ (Waterproof and Insulated Disaster Kit) تیار رکھنا، جس میں تمام ضروری اشیاء کی فہرست موجود ہو۔

- قومی اداروں، جیسے ریڈ کراس (Red Cross)، Chinese Medical Association of Disaster Medicine اور

- Chinese Diabetes Society کے رابطہ نمبرز، ہیلپ لائنز یا انٹرنیٹ کے ذریعے دستیاب معلومات اپنے پاس رکھنا۔

- متعلقہ طبی ریکارڈز، خصوصاً حالیہ لیبارٹری ٹیسٹوں اور دیگر طبی معائنے کی فوٹو کاپیاں محفوظ رکھنا۔

- استعمال ہونے والی تمام زبانی ادویات اور انسولین کی تازہ ترین معلومات، بشمول ان کی قسم (Formulation) اور خوراک (Dose)، اپنے پاس رکھنا۔

ذیابیطس کے مریضوں کے لیے ممکنہ قدرتی آفات سے پہلے مکمل تیاری کرنا نہایت ضروری اور اہم قرار دیا گیا۔

کون سے اقدامات مؤثر ثابت نہ ہوئے؟ (What did not work well)

1- غیر متعدی بیماریوں، خصوصاً ذیابیطس، کی دیکھ بھال کا روایتی طریقہ کار مؤثر ثابت نہیں ہوا، اس لیے اسے تبدیل کرنے کی ضرورت محسوس کی گئی۔ اس مقصد کے لیے ریموٹ یا فاصلاتی ذیابیطس نگہداشت (Remote Diabetes Care) کا نظام قائم کرنا مفید ہوگا۔

2- ہنگامی حالات اور قدرتی آفات کے دوران ذیابیطس کی خود نگہداشت (Self-care) اور ذہنی دباؤ کے انتظام (Stress Management) کے بارے میں تعلیم ناکافی ثابت ہوئی۔ اس لیے ایسی جامع ذیابیطس تعلیم فراہم کرنا ضروری ہے جس میں خود انتظام (Self-management Skills)، ذہنی دباؤ سے نمٹنے کی مہارتیں، اور ذیابیطس کے مریضوں کے لیے مناسب غذائی رہنمائی (Diet Guidance) پر خصوصی زور دیا جائے۔

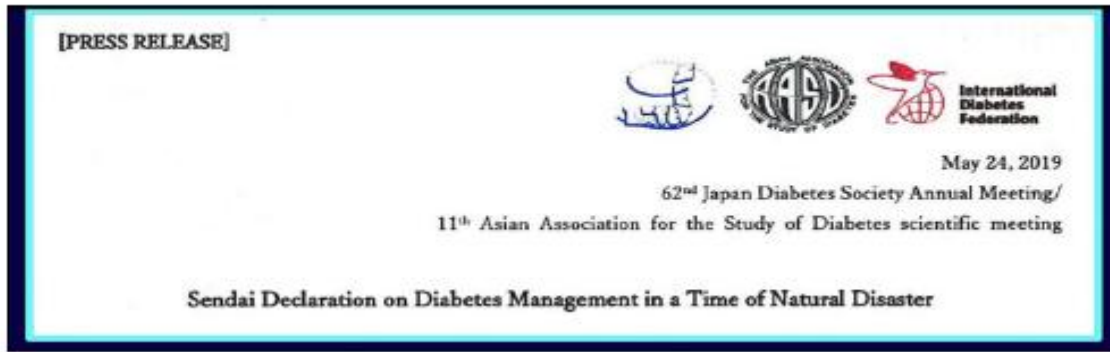
اسی نوعیت کی آفات کے لیے دوسروں کو کیا مشورہ دیا جائے گا؟ (What would you advise others preparing for a similar disaster)

1- پورے معاشرے میں، خصوصاً مریضوں اور صحت کے پیشہ ور افراد کے لیے، ہنگامی حالات اور قدرتی آفات کے دوران ذیابیطس کی دیکھ بھال سے متعلق تعلیم اور آگاہی کو بہتر بنایا جائے، خاص طور پر ان علاقوں میں جہاں قدرتی آفات بار بار پیش آتی ہیں۔

سینڈائی اعلامیہ، جاپان 2019 (Sendai Declaration Japan 2019)

قدرتی آفات کے دوران ذیابیطس کے انتظام سے متعلق سینڈائی اعلامیہ

29 مئی 2019



"حالیہ برسوں میں انٹرنیشنل ذیابیطس فیڈریشن - ویسٹرن پیسیفک ریجن (IDF-WPR) کو قدرتی آفات کی بڑھتی ہوئی تعداد کا سامنا کرنا پڑا ہے۔ ان آفات میں 2004 کا جنوب مشرقی ایشیا سونامی، 2008 کا سیچوان (Sichuan) زلزلہ، 2010 کا کرائسٹ چرچ (Christchurch) نیوزی لینڈ کا زلزلہ، 2011 کا عظیم مشرقی جاپان زلزلہ اور سونامی، 2013 کا فلپائن کا طوفان ہائیآن (Haiyan Typhoon)، 2016 کے تائنان (Tainan) اور کوما موٹو (Kumamoto) کے زلزلے، اور 2019 میں انڈونیشیا میں آنے والے سیلاب شامل ہیں۔"

قدرتی آفات کے دوران ذیابیطس کا مؤثر انتظام قلیل مدتی اور طویل مدتی دونوں اعتبار سے انتہائی مشکل، بلکہ بعض اوقات جان لیوا ثابت ہو سکتا ہے۔ اسی لیے ذیابیطس کے مریضوں اور ذیابیطس کی دیکھ بھال سے وابستہ تمام صحت کے پیشہ ور افراد کو قدرتی آفات پیش آنے سے پہلے ہی مکمل تیاری کرنی چاہیے۔

IDF ویسٹرن پیسیفک ریجن (IDF-WPR) نے اپنے رکن اداروں اور ایشین ایسوسی ایشن فار دی اسٹڈی آف ڈائیبیٹس (AASD) کے تعاون سے 2014 سے خطے کے لیے آفات کی تیاری اور طبی نگہداشت کی حکمت عملیوں کی تیاری پر فعال انداز میں کام شروع کیا۔ اس کا مقصد قدرتی آفات کے دوران ذیابیطس کے مریضوں کی زندگیوں پر پڑنے والے منفی اثرات کو کم سے کم کرنا تھا۔ اس مقصد کے حصول کے لیے ضروری ہے کہ ذیابیطس کے مریض، صحت کی دیکھ بھال فراہم

کرنے والے افراد، اور سرکاری ہنگامی امدادی ادارے ہر وقت مکمل طور پر تیار رہیں۔ ایسی پیشگی تیاری قدرتی آفات کے اثرات کو ذیابیطس کے مریضوں پر نمایاں حد تک کم کر سکتی ہے۔

2019ء میں جاپان کے شہر سینڈائی (Sendai) میں جاپان ذیابیطس سوسائٹی (JDS)، ایشین ایسوسی ایشن فار دی اسٹڈی آف ذیابیطس (AASD)، اور IDF-WPR کے مشترکہ تعاون سے 'ذیابیطس کا انتظام اور قدرتی آفات (Diabetes Management and Natural Disasters)' کے موضوع پر ایک سمپوزیم منعقد کیا گیا۔ اس سمپوزیم کا انعقاد سینڈائی میں اس لیے کیا گیا کیونکہ یہ شہر 2011ء کے عظیم مشرقی جاپان زلزلے اور سونامی سے شدید متاثر ہوا تھا"۱

"اس سمپوزیم کے موقع پر جاپان ذیابیطس سوسائٹی (JDS)، ایشین ایسوسی ایشن فار دی اسٹڈی آف ذیابیطس (AASD)، اور IDF-WPR نے مشترکہ طور پر اس عزم کا اعادہ کیا کہ وہ پورے خطے میں ذیابیطس کے مریضوں کے لیے آفات سے قبل تیاری (Disaster Preparedness) کی اہمیت کو فعال انداز میں فروغ دیں گے اور اس کے بارے میں آگاہی عام کریں گے۔"





ذیابیطس اور آفات — سوال ”اگر“ کا نہیں، بلکہ ”کب“ کا ہے
پیشگی روک تھام، تیاری، جوابی اقدام اور بحالی



تفصیلی اور بروقت تیاری
آفات کے منفی اثرات کو کم کرنے میں مدد دے گی
اور ذیابیطس کے ساتھ زندگی گزارنے والے افراد پر
آفات کے اثرات کو کم کرے گی۔