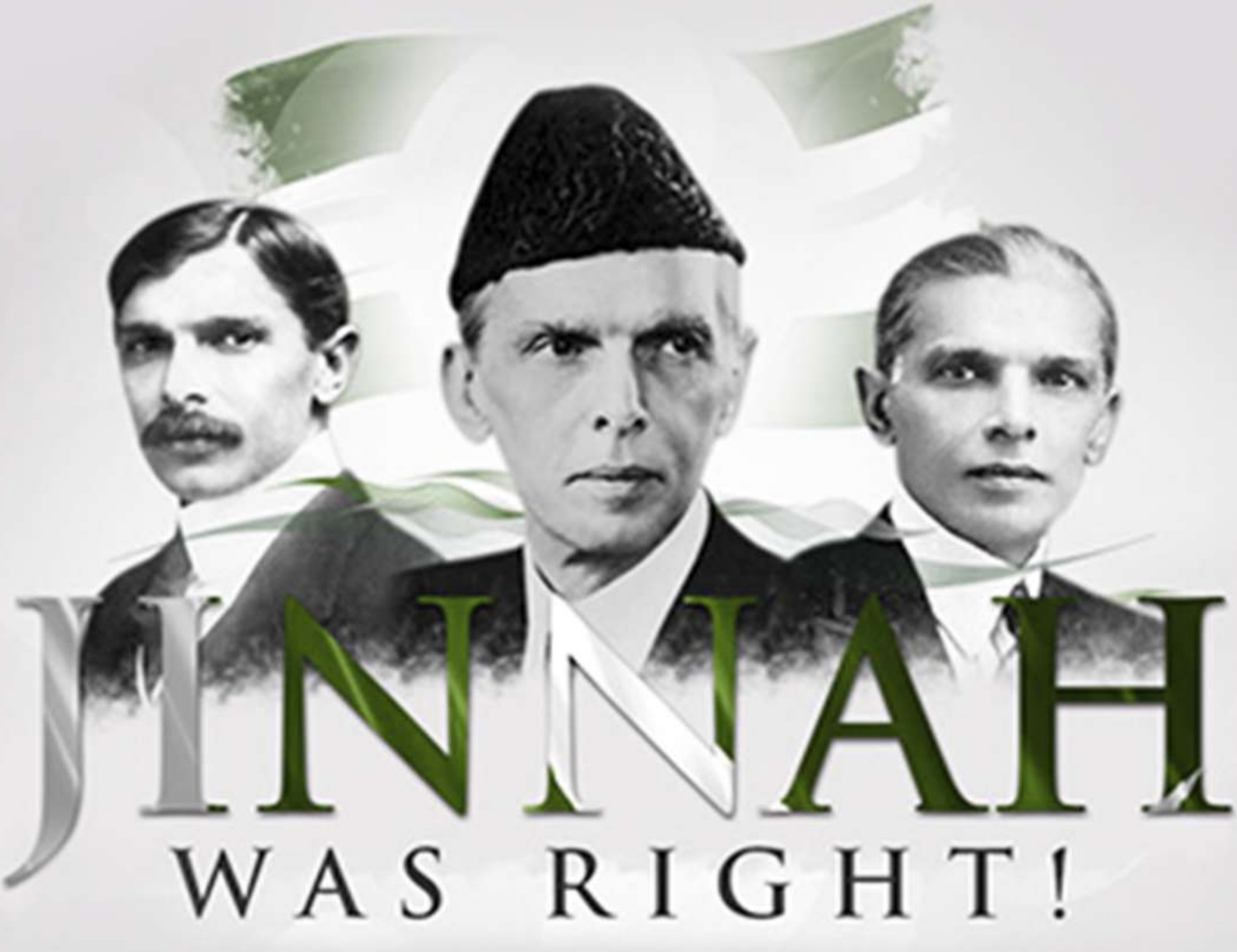
تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض

ENGLISH & URDU



DECEMBER 2023

BULLETIN

مدیر اعلیٰ: ڈاکٹر اختر فرید صدیقی
(MBBS, F.C.P.S - Psychiatry)

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

مدیر: سید خورشید جاوید
(M.A (Psychology), CASAC (USA)

ڈاکٹر سید عبدالرحمٰن
(مینجنگ ڈائریکٹر)

DR MUBIN AKHTAR HOSPITAL

مبین ہاوس منشیات ہسپتال

زیرِ نگرانی ڈاکٹر سید مبین اختر

نشہ چھوڑنا اہم ہے   مگر نشہ چھوڑے رکھنا زیادہ اہمیت رکھتا ہے

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

☆ صرف ان مریضوں کو داخل کیا جاتا ہے جو منشیات چھوڑنے کے لئے رضامند ہوں۔
(جو رضامند نہ ہوں ان کو نفسیاتی شعبے میں داخل کیا جاتا ہے)

☆ مریضوں کا علاج ڈاکٹر سید مبین اختر اور دوسرے ماہر معالجین کی نگرانی میں ہوتا ہے۔

☆ علاج کیلئے مستند ادویات کا استعمال ہے جس سے مریض کو نشہ چھوڑنے میں کوئی تکلیف نہیں اُٹھانی پرتی ہے۔

☆ با قائدہ طور پر دینی تعلیمات اور نماز کا اہتمام۔

☆ با قائدہ مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو۔(Psychotherapy)

☆ ہپنوسس (Hypnosis) کی مشق کرائی جاتی ہے تا کہ کسی وقت طلب ہو تو اس کو قابو کرسکیں۔

☆ مریض کی ذہنی ونفسیاتی تربیت جس کے زریعے مریض کو آئندہ زندگی میں نشہ چھوڑے رکھنا ممکن ہو۔

☆ ہسپتال سے رخصت کے بعد بیرونی مریض کے طور پر ہفتہ وار مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو کا تسلسل۔

☆ ہسپتال سے رخصت کے بعد مریض کی دینی جماعت میں شمولیت، تا کہ ان لوگوں کی صحبت سے چھٹکارا مل سکے جو نشے میں مبتلا ہوتے ہیں۔

☆ با قائدہ طور پر مریض کے گھر والوں سے رابطہ اور انکے ساتھ مشاورت۔

☆ مریضوں کے لئے تفریح کا با قائدہ انتظام۔

☆ وسیع صحن (LAWN) جہاں مریضوں کو کھیل کود کا انتظام ہے۔

﴿ یہ وہ طریقہ کار ہے جو مبین ہاوس کو دوسرے سب منشیات کے اداروں سے مختلف بناتا ہے ﴾

ڈاکٹر مبین اختر ٹرسٹ

باخلاق عملہ
جدید ترین علاج

ڈاکٹر مبین اختر ہسپتال

صحت بڑی نعمت ہے۔

نفسیاتی / ذہنی امراض کو گھر والوں اور معاشرے پر بوجھ سمجھا جاتا ہے۔

انہیں دوبارہ اپنی زندگی میں واپس لانا صدقہ جاریہ ہے۔

ڈاکٹر سید مبین اختر کے علاوہ پاکستان کے
اعلی سند یافتہ کئی ماہرین ہیں۔

اس کارِ خیر میں **ڈاکٹر مبین اختر ہسپتال** کا ساتھ دیں۔

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

DONATE

FOR DONATION

Title : SYED MUBIN AKHTAR / KAUSAR PARVEEN

Meezan Bank Ltd. Account # : 0131-0100002099

IBAN : PK95 MEZN 0001 3101 0000 2099

فہرست مضامین

صفحات سالانہ : **صفحات ماہانہ**

1۔ خواتین کی صحت اور تندرستی پر تشدد کے واقعات: ایک جائزہ **631**

(CONSEQUENCES OF VIOLENCE AGAINST WOMEN ON THEIR HEALTH AND WELL-BEING: AN OVERVIEW)

31۔ بھنگ کا تمباکو نوشی 11 سے 21 سال کے نوجوانوں میں خودکشی کے خیالات اور خودکشی کے خطرات کو بڑھاتا ہے۔ **661**

(CANNABIS SMOKING INCREASES THE RISK OF SUICIDE IDEATION AND SUICIDE ATTEMPT IN YOUNG INDIVIDUALS OF 11-21 YEARS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS)

35۔بیت المقدس کی تاریخ **665**

..................☆☆☆☆☆☆☆..................

خواتین کی صحت اور تندرستی پر تشدد کے واقعات: ایک جائزہ

فاطمہ اصلاحی اور نگہت احمد

Link: https://www.researchgate.net/publication/328353648_Consequences_of_Violence_against_Women_on_Their_Health_and_Well-being_An_Overview

یو این آئی سی ای ایف (UNICEF) کے مطابق، خواتین کے خلاف تشدد ایک عالمی وبا بنی ہوئی ہے جو جسمانی، نفسیاتی، جنسی اور معاشی طور پر قتل، اذیت اور زخمی کرتی ہے جو بدلے میں انسانی وجود کو تباہ کرتی ہے، برادریوں کو توڑ دیتی ہے اور ترقی کو روکتی ہے۔ یہ انسانی حقوق کی سب سے مستقل خلاف ورزیوں میں سے ایک ہے جو خواتین کی سلامتی، وقار، مساوات اور ان کے بنیادی آزادیوں سے لطف اندوز ہونے کے حق سے انکار کرتی ہے۔ یہ تشدد، صنفی بنیاد پر امتیازی سلوک کی ایک واضح مثال، خواتین کی صحت اور تندرستی میں کمی کا ایک بڑا ذریعہ ہے۔ اپنی متعدد شکلوں میں، خواتین کے خلاف تشدد کو خواتین اور ان کے بچوں کی صحت کے لیے سنگین نتائج کے ساتھ ایک انتہائی عام سماجی اور صحت عامہ کے مسئلے کے طور پر تسلیم کیا گیا ہے۔ موجودہ مقالہ خواتین کے خلاف تشدد کی سب سے عام شکلوں اور اس کے پھیلاؤ کا جائزہ فراہم کرتا ہے۔ مزید برآں، یہ مقالہ خواتین کی صحت اور تندرستی پر تشدد کے براہ راست اور بالواسطہ نتائج کے بارے میں تحقیقی نتائج کا تفصیلی جائزہ بھی فراہم کرتا ہے جس میں جسمانی اور دائمی صحت کے مسائل، ذہنی صحت کے مسائل اور جنسی صحت کے مسائل شامل ہو سکتے ہیں۔ تشدد کی وجوہات اور اس کے نتائج کو مدنظر رکھتے ہوئے مقالے میں متاثرین کی مدد اور تحفظ کے لیے مختلف شعبوں میں مربوط کوششوں کے ساتھ اقدامات کرنے کی ضرورت پر زور دیا گیا ہے، تاکہ اس بات کو یقینی بنایا جا سکے کہ خواتین اپنے حقوق کا دعویٰ کرنے اور ان کا استعمال کرنے کے قابل ہوں اور معاشرے کے پاس حملہ آوروں کو سزا دینے کے لیے آلات موجود ہوں۔

1.0 تعارف:

خواتین کے خلاف تشدد دنیا بھر میں ایک سنگین مسئلہ ہے، جو تمام خطوں اور طبقات میں پایا جاتا ہے۔ اقوام متحدہ نے اسے ان کے انسانی حقوق کی خلاف ورزی کے طور پر تسلیم کیا ہے، خاص طور پر سیاسی، اقتصادی، سماجی، ثقافتی اور شہری زندگی میں مساوات، سلامتی، آزادی، سالمیت اور وقار کے ان کے حقوق سے متعلق۔

خواتین کے خلاف تشدد جزوی طور پر صنفی عدم مساوات سے تیار ہوا ہے۔ یہ سماجی، ثقافتی اور معاشی ڈھانچوں میں گہرائی سے جڑا ہوا ہے اور اس کے نتیجے میں مردوں اور عورتوں کے درمیان طاقت کے غیر مساوی تعلقات پیدا ہوتے ہیں۔ اس طرح تشدد صنفی عدم مساوات کا مظہر ہے اور اس طرح کے طاقت کے عدم توازن کو برقرار رکھنے کا ایک ذریعہ ہے۔ یہ بدسلوکی کے صحت کے نتائج کی سنگینی کی خاموشی اور انکار کی ثقافت سے برقرار ہے۔ یہاں تک کہ جہاں تشدد کے کسی خاص عمل کی مذمت کی جاسکتی ہے، طاقتور سماجی ادارے- ریاست، خاندان، چونکہ ماضی میں، خواتین کے خلاف تشدد عام طور پر نجی زندگی تک محدود تھا اس لیے اس معاملے پر نہ ہونے کے برابر بیداری تھی۔ اس سماجی مسئلے کی حداب خاندان سے پڑوس تک کام اور تعلیمی اداروں تک پھیل چکی ہے۔ ہندوستان نے خواتین کے خلاف تشدد کے مسئلے کو تسلیم کیا ہے اور اس لیے خواتین کو بااختیار بنانے کے لیے دفعات، کمیٹیاں، قومی پالیسیاں اور دیگر تنظیمیں تشکیل دی ہیں۔ تاہم، آئینی، قانون سازی اور انتظامی ڈھانچے کے باوجود خواتین کے لیے زمینی حقیقت انتہائی سخت ہے۔ حفاظتی دفعات کو نافذ کرنے میں ناکامی اور معاشرے کے اندر صنفی، ذات پات اور طبقے کے تعصّبات کو جاری رکھنا اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ آئینی، قانونی تحفظات بہت سے لوگوں کے لیے بے معنی ہوجاتے ہیں۔

16 جون 2011 کو انڈیا ٹوڈے میں شائع ہونے والے ایک مضمون میں ہندوستان کو دنیا میں خواتین کے لیے چوتھا خطرناک ترین مقام بتایا گیا۔ یہ عالمی سروے تھامسن رائٹرز فاؤنڈیشن نے 213 صنفی ماہرین کی مدد سے کیا تھا جنھوں نے خطرات کے بارے میں ان کے مجموعی تاثر کے ساتھ ساتھ خطرات کی چھ کلیدی اقسام-صحت، جنسی تشدد، غیر جنسی تشدد، ثقافت، روایت یا مذہب میں جڑے نقصان دہ طریقوں، معاشی وسائل تک رسائی کی کمی اور انسانی اسمگلنگ کے لحاظ سے ممالک کی درجہ بندی کی تھی۔ سروے کے مطابق، بھارت بنیادی طور پر خواتین کے جنین کشی، بچوں کے قتل اور انسانی اسمگلنگ کی وجہ سے چوتھے نمبر پر ہے۔ اگرچہ درجہ بندی تشدد کی مخصوص اقسام پر مبنی تھی، لیکن ہندوستان میں خواتین کے خلاف بہت سی دیگر سنگین دھمکیاں اور پرتشدد جرائم ہوتے ہیں۔ یہ تشدد خواتین کے جنسی انتخاب پر مبنی اسقاط حمل اور حمل کے دوران مار پیٹ کے ساتھ پیدا ہونے سے پہلے ہی شروع ہوسکتا ہے، ان کی ساری زندگی بے شمار شکلوں میں جاری رہتا ہے اور معاشرے کے نجی اور عوامی دونوں شعبوں میں ہوتا ہے جس میں باپ، بھائی، ساتھی، ساتھی، اعلی یا اجنبی شامل ہوتے ہیں۔ یہ بہت سی شکلیں لے سکتا ہے جس کے نتیجے میں جسمانی، جنسی اور نفسیاتی نقصان ہوسکتا ہے جیسا کہ خواتین کے خلاف تشدد کے خاتمے سے متعلق اقوام متحدہ کے اعلامیے میں تسلیم کیا گیا ہے۔ (1993) . ان کی مزید وضاحت اس طرح کی

گئی ہے:

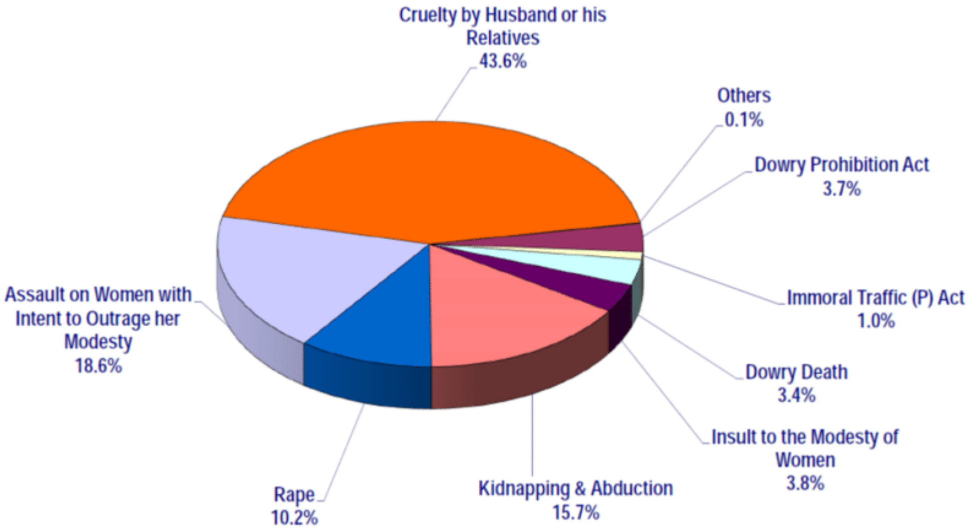
ا) جسمانی تشدد اور جارحیت جیسے تھپڑ مارنا، مارنا، لات مارنا اور مارنا، کاٹنے، جلانے، تیزاب کے حملے، جہیز سے متعلق بدسلوکی، عزت اور کھاپ قتل اور قتل۔

ب) جنسی تشدد جیسے ساتھی یا اجنبی کی طرف سے عصمت دری اور جنسی جبر کی دوسری شکلیں، ناپسندیدہ جنسی پیش قدمی یا ہراساں کرنا، کنڈوم استعمال کرنے سے انکار، جبری جسم فروشی اور جنسی استحصال کے مقاصد کے لئے اسمگلنگ، خواتین کے جننا نگ ختنہ، ڈیٹنگ اور پریم کا غلط استعمال .e.g، تاریخ عصمت دری، تیزاب حملہ اور خواتین کے لئے نقصان دہ دیگر طریقوں۔

ج) نفسیاتی / جذباتی تشدد جیسے دھمکیاں دینا، بے عزتی اور ذلت، خواتین کو ان کے خاندان اور دوستوں سے الگ تھلگ کرنا، ان کی نقل وحرکت کی نگرانی کرنا، یا معلومات، مدد اور دیگر وسائل تک ان کی رسائی کو محدود کرنا، جسمانی یا جنسی تشدد کا خطرہ، شریک حیات کا قتل، کھانے تک مختلف رسائی اور بچیوں کے لیے طبی دیکھ بھال۔

پانڈے اور دیگر۔ رپورٹ میں کہا گیا ہے کہ 15 سے 49 سال کی عمر کی ہندوستانی خواتین جو شادی شدہ ہیں یا کبھی شادی شدہ ہیں، ان میں جسمانی یا جذباتی تشدد کا سامنا کرنے پر بیماری میں مبتلا ہونے کا امکان 35 فیصد اور جنسی تشدد کا سامنا کرنے پر 42 فیصد بڑھ جاتا ہے۔ نیشنل کرائم ریپورٹ بیورو (این سی آر بی، 2013) کے تازہ ترین اعداد وشمار میں بتایا گیا ہے کہ سال 2012 کے دوران ملک میں خواتین کے خلاف جرائم کے کل 2,44,270 واقعات (ہندوستانی تعزیرات ہند (آئی پی سی) اور خصوصی اور مقامی قوانین (ایس ایل ایل) دونوں کے تحت رپورٹ ہوئے، جو پچھلے سال کے مقابلے میں 6.4 فیصد کا اضافہ ریکارڈ کرتے ہیں اور خواتین کے خلاف جرائم کی شرح 41.7 ہے۔ رپورٹ میں یہ بھی مشاہدہ کیا گیا ہے کہ ہندوستانی خواتین پر اس کے شوہر یا اس کے رشتہ داروں کے ذریعہ کیا جانے والا " ظلم " خواتین کے خلاف ہونے والے تمام جرائم کا 43.6 فیصد ہے جبکہ حیرت انگیز طور پر 2012 میں ملک میں عصمت دری کے واقعات میں 98.2 فیصد مجرم متاثرہ کو جانتے تھے۔ یہ اعداد از دواجی عصمت دری کے واقعات کو مد نظر نہیں رکھتے، کیونکہ ہندوستان میں اسے جرم کے طور پر تسلیم نہیں کیا جاتا ہے۔ اس طرح، یہ تجویز کیا جاسکتا ہے کہ خواتین عام طور پر اس جگہ پر غیر محفوظ ہیں جو دنیا میں سب سے

زیادہ محفوظ جگہ سمجھی جاتی ہے یعنی .i.e، اس کا ازدواجی گھر اور ستم ظریفی یہ ہے کہ وہ ان لوگوں کی طرف سے شکار ہونے کا زیادہ امکان رکھتی ہے جو اس کی فلاح و بہبود اور وقار کی حفاظت کرنا چاہتے ہیں۔ ہندوستان میں جرائم کے اعداد وشمار کے 13 سالہ تجزیے کی بنیاد پر، 28 جولائی 2014 کو دی ٹائمز آف انڈیا نے اطلاع دی کہ ہر روز 57 سے زیادہ عصمت دری کے واقعات ہوتے ہیں۔ اس میں روزانہ اوسطاً ہر گھنٹے عصمت دری سے زیادہ واقعات ہوتے ہیں۔ اعداد وشمار میں یہ بھی بتایا گیا ہے کہ ہر 26 منٹ میں ایک خاتون کے ساتھ چھیڑ چھاڑ کی جاتی ہے۔ اس کا مطلب یہ بھی ہوسکتا ہے کہ ہندوستان میں بچے 'لڑکے اور لڑکیاں' ایسی صورتحال میں بڑے ہوتے ہیں جہاں وہ خواتین کے خلاف تشدد کو معمول کے طور پر دیکھتے ہیں جو معاشرے کے مستقبل کے لیے بہت خطرناک ہے۔



تصویر 1: سال 2012 کے دوران خواتین کے خلاف جرائم کی فیصد تقسیم

اگر ہم تشدد میں اضافے کے اعداد وشمار پر نظر ڈالیں اور خواتین کے خلاف پرتشدد جرائم کے مجرموں کی سزا کی شرحوں کا موازنہ کریں تو اس بات سے اتفاق کرنا پڑے گا کہ خواتین کے تحفظ کی پالیسیاں بامعنی، قابل نفاذ، قانونی تحفظات کے بجائے بیان بازی لگتی ہیں۔ خواتین کے خلاف تشدد کا مسئلہ ہمارے معاشرے کو مسلسل پریشان کر رہا ہے جس سے ہزاروں خواتین اور بچوں کی زندگیوں کو خوفناک نقصان پہنچ رہا ہے۔ اگرچہ اب مختلف اعداد وشمار دستیاب ہیں لیکن یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ان میں سے کوئی بھی اس جرم کی پوشیدہ نوعیت اور اس کی اطلاع دینے میں خواتین کی ہچکچاہٹ کی وجہ سے مسئلے کے

پیمانے کو کم کرنے کا پابند ہے۔تشدد کا سامنا کرنے والی خواتین اکثر جذباتی طور پر ان لوگوں کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں، اور معاشی طور پر ان پر انحصار کرتی ہیں، جوان کا شکار ہوتی ہیں، جس کی وجہ سے ان کے تجربات کو ظاہر کرنا مشکل ہو جاتا ہے، مدد حاصل کرنے کی بات تو چھوڑ دیں۔اس مسئلے پر سماجی اور/ یا ثقافتی خاموشی برقرار رکھنا اور اس کے آس پاس کے لوگوں کی طرف سے یقین نہ کیے جانے، بے دخل کیے جانے یا نظر انداز کیے جانے کے خوف سے خواتین کی مدد طلب اقدامات کرنے میں ہچکچاہٹ مزید بڑھ سکتی ہے۔

2.0صحت اور تندرستی کے حالات

خواتین اور لڑکیوں کے خلاف تشدد کے صحت اور تندرستی کے اہم نتائج ہوتے ہیں۔اس نے حال ہی میں روک تھام کے قابل بیماری اور اموات کی ایک اہم وجہ کے طور پر توجہ مبذول کرائی ہے۔پچھلی دو دہائیوں کی تحقیق میں زیادتی کا نشانہ بننے والی خواتین اور ان کے بچوں کی صحت پر تشدد کے سنگین اثرات کو دستاویزی شکل دینا شروع کیا گیا ہے۔ دنیا بھر میں کیے گئے بہت سے مطالعات سے اب پتہ چلتا ہے کہ زیادتی کا نشانہ بننے والی خواتین اور ان پر منحصر افراد کی جسمانی اور ذہنی صحت غیر زیادتی کا شکار خواتین کے مقابلے میں نمایاں طور پر خراب ہے۔تشدد کے صحت کے بوجھ کی وجہ سے، ان نتائج نے صحت عامہ کے نقطہ نظر کو شامل کرنے کے لیے انسانی حقوق کے نقطہ نظر سے آگے توجہ مرکوز کی ہے۔1994 میں قاہرہ پروگرام آف ایکشن اور 1995 میں بیجنگ اعلامیہ اور پلیٹ فارم فار ایکشن دونوں نے ایک پورا حصہ خواتین کے خلاف تشدد کے مسئلے کے لیے وقف کیا۔مئی 1996 میں، عالمی صحت اسمبلی نے اقوام متحدہ کی تعریف کو اپنایا، اور ایک قرارداد جس میں تشدد کو صحت عامہ کی ترجیح قرار دیا گیا اور اپنے تجزیے میں 'صنفی نقطہ نظر' کو اپنانے پر زور دیا گیا۔

تشدد اور صحت کے درمیان مضر تعلق کو اجاگر کرنے والی پہلی بڑی رپورٹ 1994 میں عالمی بینک نے شائع کی تھی۔ عالمی سطح پر مصنفین نے 15 سے 44 سال کی عمر کی خواتین کے خلاف تشدد سے صحت کے بوجھ کو عالمی ایجنڈے پر موجود دیگر خطرے والے عوامل اور بیماریوں جیسے ایچ آئی وی، تپ دق، بچے کی پیدائش کے دوران سپسس، کینسر اور قلبی امراض سے موازنہ کیا۔1999 میں اقوام متحدہ کے پاپولیشن فنڈ نے لڑکیوں اور خواتین کے خلاف تشدد کو خاص طور پر "صحت عامہ کی ترجیح" قرار دیا۔اس کے بعد سے، خواتین کے خلاف تشدد کو صحت کے کلیدی تعین کنندہ کے طور پر تسلیم کیا گیا ہے اور بین الاقوامی انسانی حقوق اور صحت کی تنظیموں کی طرف سے تشدد کے تکلیف دہ صحت کے نتائج کے بارے میں بیداری پیدا کرنے

اوران سے نمٹنے کے لیے رہنمائی فراہم کرنے کی کوششیں تیز ہوگئی ہیں۔

کسی بھی قسم کا تشدد اس کا سامنا کرنے والی خواتین کی صحت اور تندرستی کو منفی طور پر متاثر کرتا ہے۔ یو کے سینٹر فار ریسرچ آن وائلنس اگینسٹ ویمن (2011) کی ایک رپورٹ کے مطابق جسمانی یا جنسی تشدد کا ایک واقعہ فوری اور طویل مدتی جسمانی اور نفسیاتی صحت کے نتائج دونوں کا باعث بن سکتا ہے۔ اس میں یہ بھی وضاحت کی گئی ہے کہ جب کوئی عورت دائمی جسمانی، جنسی یا نفسیاتی استحصال کا سامنا کرتی ہے تو زیادتی یا رشتہ ختم ہونے کے بعد بھی تشدد کا اس کی صحت پر دیرپا اثر پڑنے کا امکان بڑھتا ہے۔ بدسلوکی کے طویل مدتی صحت کے نتائج اچھی طرح سے دستاویزی ہیں اور بدسلوکی کی شکل اور شدت، اور متعدد قسم کے بدسلوکی (جسمانی، جنسی، نفسیاتی) کی نمائش سے مختلف ہوتے ہیں جو زندگی بھر میں ایک ساتھ ہوتے ہیں اور بار بار ہوتے ہیں۔ انتہائی صورتوں میں یہ تشدد شدید معذوری یا یہاں تک کہ موت کا باعث بن سکتا ہے، لیکن کم شدید صورتوں میں بھی تشدد خواتین کی روزمرہ کی زندگی پر اثر انداز ہوتا ہے۔

2.1 جسمانی صحت کے اثرات:

جسمانی استحصال سے پیدا ہونے والی چوٹیں تشدد کا سب سے واضح صحت پر اثر ہیں۔ لگنے والی چوٹیں انتہائی سنگین ہونے کی حد تک ہوسکتی ہیں اور معمولی چوٹوں، ویلٹ، جلنے، کٹوتیوں، زخموں، سوجن، چوٹوں اور فریکچر سے لے کر تلی یا جگر کے صدمے اور دائمی معذوریوں تک کے طبی علاج کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ اکثر خواتین کے بال باہر نکالے جاتے ہیں، کان کے ڈھول، کالی آنکھیں، ٹوٹی ہوئی ناک اور جبڑے کے فریکچر بھی ہوتے ہیں۔ پلیچٹا نے پایا کہ چہرے کے زخم 81 فیصد اور بدسلوکی کے زخم 94 فیصد خواتین کے تھے۔ شدید طویل مدتی نتائج کے ساتھ تشدد کا ایک اور براہ راست صحت پر اثر دماغی تکلیف دہ چوٹ ہے۔ بینکوں نے تکلیف دہ دماغ کی چوٹ (.e.g، کنکشن) اور پارٹنر تشدد کے درمیان تعلق کا جائزہ لیا اور بتایا کہ بدسلوکی کا شکار افراد اکثر بار بار 'ہلکے' دماغ کی چوٹ کا شکار ہوسکتے ہیں جس کا زندگی بھر اثر پڑسکتا ہے۔ دماغی تکلیف دہ چوٹ کے ممکنہ نتائج میں نیند میں خلل، سر درد، چکر آنا، افسردگی، چڑچڑاپن، اضطراب، سماجی یا جنسی رویے میں تبدیلیاں، تقریر کے مسائل، علمی خرابی، اور یادداشت کے مسائل شامل ہیں۔ اس طرح کے اثرات کا صحیح طریقہ کار قائم نہیں کیا گیا ہے لیکن اس میں بار بار چوٹ یا تناؤ، نیوروفزیولوجی میں تبدیلیاں، یا دونوں شامل ہوسکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، زیادتی کا نشانہ بننے والی خواتین اکثر (10-44 فیصد) دم گھٹنے، نامکمل گلا گھونٹنے، اور سر پر دھچکے کی اطلاع دیتی ہیں جس کے نتیجے میں ہوش میں کمی واقع

ہوتی ہے جس سے اعصابی سیکوئل سمیت سنگین طبی مسائل پیدا ہو سکتے ہیں۔

سر، گردن، چہرہ، چھاتی، اور پیٹ چوٹوں کے سب سے عام مقامات ہیں جن کے بعد عضلاتی چوٹیں اور جننا نگ کی چوٹیں آتی ہیں۔ زخمی خواتین اکثر دفاعی چوٹیں بھی دکھاتی ہیں جیسے فریکچر، بے ترتیبی، اور کلائی اور نچلے بازوؤں کی چوٹیں جو خود کو بچانے کی کوششوں کے نتیجے میں ہوتی ہیں۔ ان جسمانی چوٹوں کے خواتین میں صحت کی دیگر دائمی حالتوں پر ثانوی نتائج بھی ہو سکتے ہیں جیسے معدے کی خرابیوں کی بڑھتی ہوئی شرح، بشمول معدے کے السر، اسپاسٹک کولن، چڑچڑا پن والے آنتوں کا سنڈروم، معدے کا ریفلکس، بدہضمی اور اسہال۔ اسی طرح گٹھیا، دل کی علامات جیسے ہائی بلڈ پریشر اور سینے میں درد کو بھی جسمانی تشدد کے تاخیر سے ہونے والے اثرات سے جوڑا گیا ہے۔ اعضاء کو اس کے نتیجے میں ہونے والا فعال نقصان پرتشدد تعلقات سے کہیں زیادہ دیر تک چل سکتا ہے۔

تشدد اور طویل مدتی بیماریوں کے درمیان مخصوص وابستگی کے علاوہ، اس بات کے ثبوت موجود ہیں کہ بدسلوکی کی شکار خواتین وقت کے ساتھ کم صحت مند رہتی ہیں۔ یہ تجویز کیا گیا ہے کہ زیادتی کا نشانہ بننے والی خواتین کی بیماری کا خطرہ جزوی طور پر زیادتی کے نتیجے میں پیدا ہونے والے تناؤ کی وجہ سے قوت مدافعت میں کمی کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

ایکرسن اور سبرامنیم کے نیشنل فیملی ہیلتھ سروے-3 کے اعداد و شمار کے تجزیے سے پتہ چلا ہے کہ جن خواتین نے تشدد کا سامنا کیا ان میں شدید خون کی کمی کا امکان 27 فیصد زیادہ پایا گیا۔ تشدد کا سامنا کرنے والی خواتین کو کم وزن اور ناقص غذائیت کا خطرہ بھی زیادہ ہوتا ہے۔

2.2 امراض نسواں اور تولیدی صحت کے نتائج:

کیمبل کے مطابق، "امراض نسواں سے متاثرہ اور غیر امراض نسواں والی خواتین کے درمیان سب سے زیادہ مستقل، دیرپا اور سب سے بڑا صحت کا فرق ہے۔" پلیچٹا اور ابراہم نے پایا کہ تشدد نے امراض نسواں کے مسئلے کی تشخیص حاصل کرنے کے امکانات کو تین گنا بڑھا دیا ہے۔ اس میں مدافعتی نظام کے مسائل اور بیکٹیریل انفیکشن کا بڑھتا ہوا خطرہ، بیرونی یا اندرونی اندام نہانی یا مقعد کی چوٹیں، جنسی طور پر منتقل ہونے والے انفیکشن (ایس ٹی آئی) فائبرائڈز، جنسی بیماری، جنسی خواہش میں کمی، جننا نگ کی جلن، جماع پر درد، دائمی پیلوک درد، اندام نہانی سے خون بہنا یا انفیکشن اور پیشاب کی نالی کے انفیکشن

شامل ہو سکتے ہیں۔ ریاست گوا میں خواتین کے خلاف تشدد کا ایک مطالعہ بذریعہ پٹیل اور دیگر یہ پایا گیا کہ "جن خواتین نے جسمانی اور جنسی تشدد کا تجربہ کیا تھا ان میں بالترتیب 70 فیصد اور 90 فیصد زیادہ امکان تھا، ان لوگوں کے مقابلے میں جنہوں نے اس طرح کے تشدد کا تجربہ نہیں کیا تھا، ان میں بیکٹیریل وگینوسس جیسے اینڈو جینس انفیکشن کی تشخیص کی گئی تھی"۔ تشدد اور ایچ آئی وی کے ساتھ ساتھ ایس ٹی آئی کے درمیان ایک تعلق پایا گیا ہے۔ ویلس اور دیگر کا مطالعہ۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ شادی کے اندر جنسی تشدد کے تجربے کے نتیجے میں خواتین کے ایس ٹی آئی حاصل کرنے کے خطرے میں تین گنا اضافہ ہوا جبکہ سلورمین اور دیگر۔ رپورٹ میں بتایا گیا ہے کہ جن خواتین نے جسمانی اور جنسی تشدد دونوں کا سامنا کیا ان میں ایچ آئی وی سے متاثر ہونے کا امکان ان لوگوں کے مقابلے میں تقریباً 4 گنا زیادہ تھا جنہوں نے کسی تشدد کا تجربہ نہیں کیا تھا۔ اس ایسوسی ایشن کو پر تشدد تعلقات میں خواتین کو جنسی تعلقات میں مشغول ہونے پر مجبور کرنے اور مزید بدسلوکی کے خوف سے کنڈوم کے استعمال پر بات چیت کرنے سے قاصر ہونے سے جوڑا گیا ہے۔ مانع حمل کو سبوتاژ کرنا، مانع حمل کے استعمال کو روکنا، اور مردوں کی طرف سے کنڈوم کے استعمال سے انکار، خواتین میں ایچ آئی وی/ ایڈز، ایس ٹی آئی کا خطرہ بڑھاتا ہے اور خواتین کو ناپسندیدہ حمل کے خطرے میں ڈالتا ہے جس کی وجہ سے خواتین کی امراض نسواں اور تولیدی صحت خراب ہوتی ہے۔

بدسلوکی کے رشتے میں رہنے والی خواتین میں غیر ارادی حمل زیادہ ہوتے ہیں۔ ہر سال متوقع 80 ملین غیر ارادی حمل میں سے کم از کم نصف حمل اسقاط حمل کے ذریعے ختم کیے جاتے ہیں اور ان میں سے تقریباً نصف غیر محفوظ حالات میں ہوتے ہیں۔ اگرچہ غیر ارادی حمل کو ماؤں اور نوزائیدہ بچوں کے لیے صحت کے خطرے سے جوڑا گیا ہے، غیر قانونی اور غیر محفوظ اسقاط حمل خواتین کی صحت کو اور بھی زیادہ خطرے میں ڈالتے ہیں۔

حمل سے پہلے اور اس کے دوران تشدد ماں اور ان کے نوزائیدہ جنین دونوں کے لیے صحت کے سنگین نتائج کا باعث بنتا ہے۔ حمل کے دوران بدسلوکی کا بنیادی صحت پر اثر ماں، جنین، یا صدمے سے دونوں کی موت کا خطرہ ہے۔ تشدد کا سامنا کرنے والی حاملہ خواتین کو جن دیگر ممکنہ خطرات کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے ان میں اسقاط حمل، مردہ پیدائش، قبل از وقت زچگی اور پیدائش، جنین کی چوٹ، جنین کی پریشانی، اینٹی پارٹم ہیمرج، پری ایکلمپسیا، یا پیری پارٹم پیچیدگیاں شامل ہیں۔ دنیا بھر میں، چار میں سے ایک عورت حمل کے دوران جسمانی یا جنسی استحصال کا شکار ہوتی ہے، عام طور پر کسی ساتھی کے ذریعے۔

ہیوسٹن اور بوسٹن، ریاستہائے متحدہ کے اسپتالوں میں 1203 حاملہ خواتین کے تین سالہ مطالعے میں، حمل کے دوران بدسلوکی کم پیدائشی وزن، ماں کے کم وزن میں اضافے، انفیکشن اور خون کی کمی کا ایک اہم خطرہ عنصر تھا۔ تمل ناڈو میں نوجوان خواتین کے آئی آئی پی ایس اور پاپولیشن کونسل کے مطالعہ (2009) سے پتہ چلا ہے کہ گھریلو تشدد کا سامنا کرنے والی 33 فیصد خواتین نے کم از کم ایک اسقاط حمل، اسقاط حمل یا مردہ پیدائش کی اطلاع دی ہے جبکہ 22 فیصد خواتین نے تشدد کا سامنا نہیں کیا تھا۔ احمد اور دیگر کی تحقیق۔ اتر پردیش میں بھی اسی طرح کے نتائج ملے: مطالعہ میں تقریباً پانچ میں سے ایک خاتون نے حاملہ ہونے کے دوران تشدد کا سامنا کیا اور حمل کے دوران تشدد کا سامنا کرنے والی خواتین میں پیرینیٹل اور نوزائیدہ اموات کی شرح تقریباً دگنی پائی گئی۔ مجموعی طور پر ان خواتین کے لیے بچوں کی اموات کا خطرہ 36 فیصد بڑھ گیا جنھوں نے حاملہ ہونے کے دوران گھریلو تشدد کا سامنا کیا۔ ڈبلیو ایچ او (1997) کی ایک رپورٹ کے مطابق ایس ٹی آئی والی خواتین کو حمل کے دوران پیچیدگیوں کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے، بشمول سیپسس، بے ساختہ اسقاط حمل اور قبل از وقت پیدائش۔ رپورٹ میں مزید کہا گیا ہے کہ کچھ ایس ٹی آئی خواتین میں ایچ آئی وی وائرس کے خطرے کو بھی بڑھاتے ہیں۔

.2.3 ذہنی اور جذباتی صحت کے نتائج: ذہنی صحت کے مسائل اور تشدد کے درمیان ایک مثبت تعلق ہے۔ جن خواتین کو زیادتی کا نشانہ بنایا جاتا ہے وہ کہتی ہیں کہ نفسیاتی نتیجہ جسمانی نتیجہ سے زیادہ طویل اثر رکھتا ہے۔ جسم پر داغ زیادہ آسانی سے ٹھیک ہو جاتے ہیں جبکہ روح پر داغ ختم ہونے میں بہت زیادہ وقت لگتے ہیں۔ بین الاقوامی تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ بدسلوکی کا شکار ہونے والی خواتین میں عام صحت کے مسائل کی شرح نمایاں طور پر زیادہ ہوتی ہے، یہاں تک کہ بدسلوکی ختم ہونے کے بعد بھی، ان خواتین کے مقابلے میں جن کے ساتھ کبھی زیادتی نہیں ہوئی۔

محققین سے پتہ چلتا ہے کہ جن خواتین کو تشدد کا نشانہ بنایا جاتا ہے وہ کثیر صدمے کا تجربہ کرتی ہیں۔ وہ اکثر نیند کے مسائل، اضطراب، پاگل پن، منفی خود کی شبیہہ، کم خود اعتمادی اور افسردگی جیسی علامات کی بنیاد پر تشدد ختم ہونے کے کافی عرصے بعد اس کے تشدد کے تجربے اور اس کے ذہنی صحت کے مسائل کے درمیان تعلق کا احساس کیے بغیر طبی دیکھ بھال کے لیے درخواست دیتے ہیں۔ لیون، نکاراگوا میں ایک مطالعہ میں، دیگر عوامل پر قابو پانے کے بعد، محققین نے پایا کہ بدسلوکی خواتین غیر زیادتی خواتین کے مقابلے میں ذہنی پریشانی کے تجربے کی اطلاع دینے کا چھ گنا زیادہ امکان رکھتی ہیں۔ اسی طرح ریاستہائے متحدہ میں، اپنے شراکت داروں کے ذریعہ تشدد کا نشانہ بننے والی خواتین کو بدسلوکی نہ کرنے والی خواتین کے

مقابلے میں نفسیاتی علاج کی ضرورت کا امکان چار سے پانچ گنا زیادہ پایا گیا ہے۔

شدید نفسیاتی اثرات میں صدمے، الجھن، انتہائی خوف اور متضاد تقریر شامل ہو سکتی ہے۔ ڈپریشن اور پوسٹ ٹرامیٹک اسٹریس ڈس آرڈر (پی ایس ٹی ڈی) خواتین کے خلاف تشدد کا سب سے زیادہ عام ذہنی صحت کا نتیجہ ہیں۔ تشدد اور بدسلوکی کے دیگر اثرات میں خواتین زیادہ نسخے کی دوائیں، خاص طور پر ٹرانکوئلائزر اور اینٹی ڈپریسوز کا استعمال کر سکتی ہیں۔ وہ غیر محفوظ جنسی تعلقات، شراب اور منشیات کے غلط استعمال، تمباکو نوشی اور کھانے کی خرابی جیسے صحت کو نقصان پہنچانے والے طرز عمل میں ملوث ہو سکتے ہیں اور کچھ قلیل مدتی جسمانی اور جذباتی مسائل پیدا کر سکتے ہیں، جیسے خودکشی کے رجحانات، تشدد میں مشغول ہونا، جذباتی واپسی، چڑچڑاپن، ناامیدی کے احساسات یا اپنے بچوں کی ضروریات کا مناسب جواب دینے میں ناکامی۔ اس کے علاوہ، خود کو نظر انداز کرنے اور خطرہ مول لینے میں اضافے کو بھی شامل کیا گیا ہے۔

مستقل اور شدید بلند تناؤ کی سطح کو خواتین میں دل کی بیماری، ہائی بلڈ پریشر، معدے کی خرابی، دائمی درد، اور انسولین پر منحصر ذیابیطس کی نشوونما جیسے صحت کے حالات کے ثانوی نتائج سے بھی جوڑا گیا ہے۔ حمل کے دوران اور اس کے آس پاس کے تناؤ کو کم پیدائشی وزن والے بچوں، قبل از وقت مزدوری اور قبل از وقت پیدائش سے جوڑا گیا ہے۔

2.4 بچوں کی صحت اور تندرستی کے اثرات:

تشدد کا اثر خواتین کی جسمانی اور نفسیاتی صحت تک محدود نہیں ہے۔ یہ تشدد دھوکے باز ہے اور خاندان کے تمام افراد، خاص طور پر بچوں کی صحت اور نشوونما دونوں کو متاثر کرتا ہے۔ خواتین کے تشدد کے تجربے سے بچوں کی صحت اور غذائیت کی حیثیت کے ساتھ ساتھ ان کی تعلیمی کامیابی اور ترقی پر بھی اثرات مرتب ہوتے ہیں۔ تشدد وسائل پر خواتین کے کنٹرول اور خاندان کے اندر فیصلہ سازی میں حصہ لینے کی صلاحیت کو کم کر سکتا ہے۔ اس سے خواتین کی خاندانی وسائل کو بچوں کی دیکھ بھال کی طرف لے جانے کی صلاحیت کم ہو سکتی ہے اور اس سے خاندان کے افراد کی صحت پر منفی اثرات پڑ سکتے ہیں۔ نیشنل فیملی ہیلتھ سروے-3 کے اعداد و شمار کے تجزیے سے پتہ چلتا ہے کہ گھر کے اندر تشدد کے پھیلاؤ نے بچوں کو مکمل طور پر حفاظتی ٹیکے لگانے کے امکانات کو کم کر دیا ہے۔ تشدد کا سامنا کرنے والی ماؤں کے بچوں میں بھی بربادی یا اسٹنٹنگ کا سامنا کرنے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے، ان کی عمر کے مطابق شدید کم وزن ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے، یا ان کی عمر کے مطابق کم باڈی ماس انڈیکس ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ زچگی کے تناؤ کی وجہ سے بچے قبل از وقت پیدا ہوتے ہیں یا جن کا وزن کم ہوتا ہے کیونکہ

عورت کی اپنے بچے کی مناسب دیکھ بھال کرنے کی صلاحیت ڈپریشن، اضطراب اور دیگر ذہنی صحت کی بیماریوں سے نمایاں طور پر متاثر ہو سکتی ہے۔

جن بچوں کی ماؤں کو تشدد کا سامنا کرنا پڑتا ہے ان میں جذباتی اور طرز عمل کے مسائل جیسے اضطراب، افسردگی اور اپنے ساتھیوں کے ساتھ تشدد کا خطرہ بڑھ سکتا ہے۔ نکاراگوا میں کی گئی ایک تحقیق میں، ان خواتین کے بچے جن کے ساتھ ان کے ساتھی زیادتی کرتے تھے، ان کے پانچ سال کی عمر سے پہلے مرنے کا امکان دوسرے بچوں کے مقابلے میں چھ گنا زیادہ تھا۔ زیادتی کا نشانہ بننے والی خواتین کا کہنا ہے کہ ان کے بچے گھبرائے ہوئے، چڑچڑے اور خوفزدہ ہو جاتے ہیں، اسکول میں خراب کارکردگی کا مظاہرہ کرتے ہیں، اور اکثر والد یا خود خواتین ان کے ساتھ جسمانی زیادتی کرتے ہیں۔ آج، تشدد کا مشاہدہ کرنے والے بچوں کو بھی " بکھرے ہوئے بچے" سمجھا جاتا ہے، کیونکہ وہ وہی نفسیاتی علامات ظاہر کرتے ہیں جو بدسلوکی کا براہ راست شکار ہوتے ہیں۔ پرتشدد خاندانوں کے بچے خود بھی زیادتی کا شکار ہو سکتے ہیں۔ اکثر بچے اپنی ماؤں کا دفاع کرنے کی کوشش میں زخمی ہو جاتے ہیں۔ کولمبیا کے بوگوٹا میں زیادتی کا نشانہ بننے والی خواتین کے بارے میں کی گئی ایک تحقیق میں 49 فیصد نے بتایا کہ ان کے بچوں کو بھی مارا پیٹا گیا تھا۔

ایک اور عنصر جس پر غور کرنے کی ضرورت ہے وہ یہ ہے کہ بچے جذباتی طور پر اپنے والدین پر منحصر ہوتے ہیں، اور یہ کہ وہ ان کرداروں اور طرز عمل کی نقل کرتے ہیں جن کا وہ مشاہدہ کرتے ہیں۔ لہذا، بالغ ہونے کے ناطے انہیں جذباتی تعلقات قائم کرنے میں دشواری ہو سکتی ہے جو ان کے بچپن کے تجربات سے مختلف ہیں۔ لیون، نکاراگوا کے مطالعے میں بتایا گیا ہے کہ وہ بچے جنہوں نے باقاعدگی سے اپنی ماؤں کو دوسرے بچوں کے مقابلے میں مارا پیٹا یا ذلت کا شکار ہوتے دیکھا تھا، ان میں شدید جذباتی اور طرز عمل کی مشکلات کا سامنا کرنے کا امکان کم از کم پانچ گنا زیادہ تھا۔ وہ لڑکے جو اپنے والد کا اپنی ماں کے ساتھ پرتشدد سلوک دیکھتے ہیں شاید بعد کی زندگی میں اپنے شریک حیات کے ساتھ زیادہ پرتشدد ہو سکتے ہیں۔ دوسری طرف، وہی تشدد دیکھنے والی لڑکیاں غیر متشدد گھروں کی لڑکیوں کے مقابلے میں تشدد کو شادی کے معمول کے حصے کے طور پر قبول کرنے کا زیادہ امکان رکھتی ہیں۔ اس طرح، ایسے گھرانوں میں بچے بڑے ہو کر پرتشدد مرد اور تشدد کا نشانہ بننے والی خواتین بن جاتے ہیں، اور وہ سماجی اور سیاسی تشدد کے لیے بھی زیادہ برداشت کر سکتے ہیں۔

3.0فیصلہ:

خواتین کے خلاف تشدد نے صحت کے بوجھ، معذوری، طبی دیکھ بھال کے اخراجات؛ سماجی خدمت کے اخراجات، بچوں کے تحفظ کی خدمات کے اخراجات میں اضافہ کیا ہے، جس کے نتیجے میں عوامی وسائل ختم ہو گئے ہیں جو اس کے برعکس حالات میں دیگر فوری سماجی ضروریات کے لیے مختص کیے جا سکتے ہیں۔ مزید برآں، محنت کشوں کا نقصان اور کم پیداواری صلاحیت ہے کیونکہ کام کرنے والی آبادی کا ایک اہم حصہ تشدد کا شکار ہے۔ اس سے خاندانوں کی معاشی سلامتی کے ساتھ ساتھ وسیع تر برادری پر بھی نقصان دہ اثرات مرتب ہوتے ہیں۔

بدقسمتی سے، یہ کوئی چھوٹا مسئلہ نہیں ہے جو صرف معاشرے کے کچھ حصوں میں ہوتا ہے، بلکہ یہ صحت عامہ کا عالمی مسئلہ ہے۔ صنفی بنیاد پر تشدد کی مختلف شکلوں کی سنگینی، اس تشدد کی شدت اور افراد اور معاشرے کے لیے اس کے نتائج کو دیکھتے ہوئے، یہ ضروری بناتی ہے کہ متاثرین کی مدد اور تحفظ کے لیے فوری اقدامات کیے جائیں، اور اس بات کو یقینی بنایا جائے کہ خواتین بطور انسان اپنے حقوق کا دعوی اور استعمال کر سکیں اور معاشرے کے پاس حملہ آوروں کو سزا دینے کے لیے آلات موجود ہوں۔ یہ دیکھنا بدقسمتی کی بات ہے کہ اکثر ریاستی مشینری کی طرف سے کی جانے والی تفتیش اتنی غیر معمولی، لاپرواہی اور عیب دار ہوتی ہے، جس کی وجہ سے اس طرح کے تشدد کے مجرم آسانی سے اپنے جرم سے فرار ہو جاتے ہیں۔ پولیس عام طور پر پورے کیس کو ٹھیک کرنے کی کوشش کرتی ہے اور F.I.R رجسٹر کرنے سے گریزاں ہے۔ بعض صورتوں میں ایسا لگتا ہے کہ پولیس کسی بااثر شخص کے خلاف کارروائی کرنے سے گریزاں ہے۔ روک تھام کے لیے دیگر اقدامات میں روزگار اور تعلیم کے سلسلے میں صنفی فرق کو کم کر کے خواتین کے لیے خود کفالت کا فروغ، بچپن میں تشدد کی سطح کو کم کرنا، امتیازی خاندانی قانون میں اصلاحات، خواتین کے معاشی حقوق کو مستحکم کرنا اور شراب اور منشیات کے نقصان دہ استعمال سے نمٹنا بھی شامل ہونا چاہیے۔

بدسلوکی کے چکر کو توڑنے کے لیے تعلیم، ماس میڈیا، تحقیق، بین الاقوامی نیٹ ورکنگ، قانون سازی کا نظام، عدلیہ اور صحت کے شعبے سمیت کئی شعبوں میں مربوط کوششوں کی ضرورت ہوگی۔ کمیونٹی وسیع پیمانے پر روک تھام کے پروگراموں کو جوڑا جانا چاہیے (law enforcement agencies, and family care workers, e.g., health violence programs) . میڈیا کی طاقت (ٹی وی، ریڈیو، تھیٹر ڈرامے، مقبول مواصلاتی اوزار وغیرہ) اور نیٹ ورکنگ سائٹس کو صنفی کرداروں اور تشدد سے متعلق اصولوں اور اقدار کو تبدیل کرنے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ خواتین

کے خلاف تشدد اور بچوں اور خاندان کے دیگر افراد پر پرتشدد صورتحال میں رہنے کے نتائج پر مزید معیاری اور مقداری تحقیق کی ضرورت ہے۔روک تھام،اور چوٹ میں مداخلت، زچگی کے بچوں کی صحت، ذہنی صحت،اور ایچ آئی وی اور ایڈز پر تحقیقی مطالعات کو خواتین کے خلاف تشدد کے ساتھ ان کی وابستگی کو تسلیم کرنا چاہیے۔خواتین مجرمانہ انصاف یا سماجی خدمت کے اداروں سے رابطہ کرنے سے پہلے صحت کی دیکھ بھال کی ترتیبات سے رابطہ کرسکتی ہیں،اور اگر بدسلوکی کی نشاندہی کی جاتی ہے تو وہ ایسی مداخلت حاصل کرسکتی ہیں جو ان کی حفاظت میں اضافہ کرتی ہیں اور ان کی صحت کو بہتر بناتی ہیں۔اس طرح خواتین کے خلاف تشدد کا جائزہ صحت کی دیکھ بھال کی تمام ترتیبات میں لیا جانا چاہیے۔ یہ ضروری ہے کہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے تمام افراد تشدد کی زد میں آنے اور خواتین کی خراب صحت کے درمیان تعلق کو سمجھیں،اور مناسب طریقے سے جواب دینے کے قابل ہوں۔

..................☆☆☆☆☆..................

CONSEQUENCES OF VIOLENCE AGAINST WOMEN ON THEIR HEALTH AND WELL-BEING: AN OVERVIEW

Fatima Islahi & Nighat Ahmad

Link: https://www.researchgate.net/publication/328353648_Consequences_of_Violence_against_Women_on_Their_Health_and_Well-being_An_Overview

Violence against women, according to the UNICEF, continues to be a global epidemic that kills, torments, and injures physically, psychologically, sexually, and economically which in turn devastates human existence, fractures communities, and stalls development; it is one of the most persistent violations of human rights that denies women security, dignity, equality, and their right to enjoy fundamental freedoms. This violence, a clear example of gender-based discrimination, is a major source of women's decreased health and wellbeing. In its numerous forms, violence against women has been recognized as a highly prevalent social and public health problem with serious consequences for the health of women and their children. The present paper provides an overview of the most common forms of violence against women and its prevalence. Furthermore, the paper also examines and provides a detailed overview of research findings about the direct and indirect consequences of violence on health and wellbeing of women that may include physical and chronic health problems, mental health problems, and sexual health problems. Taking into consideration the reasons behind the violence and its consequences the paper emphasizes the necessity for initiatives to be taken with coordinated efforts across different sectors to support and protect victims, to ensure that women are able to assert and exercise their rights and

that society has instruments at its disposal to punish aggressors.

1.0 INTRODUCTION

Violence against women is a serious problem worldwide, prevalent in all regions and classes. It is recognised by the United Nations as a violation of their human rights, especially concerning their entitlements to equality, security, liberty, integrity and dignity in political, economic, social, cultural and civil life.

Violence against women has evolved in part from gender inequality. It is deeply entrenched in social, cultural and economic structures and results in unequal power relations between men and women. Violence is thus both a manifestation of gender inequality and a means to the maintenance of such power imbalance. It is sustained by a culture of silence and denial of the seriousness of the health consequences of abuse. Even where a particular act of violence might be deplored, powerful social institutions-the state, families, since, in the past, violence against women was generally limited to private life so there was negligible awareness on the issue. The extent of this social problem has now extended from family to neighborhood to work and educational institutions. India has recognized the problem of violence against women and therefore has created provisions, committees, national policies, and other organizations for the empowerment of women. However, the ground reality for women continues to be extremely harsh despite the constitutional, legislative and administrative framework in place. The failure to implement protective provisions and continuing gender, caste and class biases within society ensures that constitutional, legal safeguards are

rendered meaningless to many.

An article that appeared in India Today on 16 June 2011 reported India to be the fourth most dangerous place for women in the world. This global poll was conducted by the Thomson Reuters Foundation with the help of 213 gender experts who ranked countries on their overall perception of danger, as well as by six key categories of risks - health, sexual violence, nonsexual violence, harmful practices rooted in culture, tradition or religion, lack of access to economic resources and human trafficking. According to the poll, India ranked fourth primarily due to female feticide, infanticide and human trafficking. Although the ranking was based on specific types of violence, there are many other serious threats and violent crimes committed against women in India. This violence may start even before women are born with sex-selective abortion and battering during pregnancy, continues throughout their lives in countless forms and occurs in both the private and public spheres of society involving fathers, brothers, partners, colleagues, superiors or strangers. It can take many forms that may result into physical, sexual, and psychological harm as recognized by the UN Declaration on the Elimination of Violence against Women (1993). These are further elaborated as follows:

a) Physical violence and aggression such as slapping, hitting, kicking and beating, biting, burning, acid attacks, dowry related abuse, honour and khap killings and murders.

b) Sexual violence such as rape by partner or stranger and other forms of sexual coercion, unwanted sexual advances or harassment, refusal to use

condoms, forced prostitution and trafficking for the purposes of sexual exploitation, female genital mutilation, dating and courtship abuse e.g., date rape, acid attack and other practices harmful to women.

c) Psychological /emotional violence such as intimidation, belittling and humiliation, a range of controlling behaviours such as isolating women from their family and friends, monitoring their movements, or restricting their access to information, assistance and other resources, threat of physical or sexual violence, partner homicide, differential access to food and medical care for girl infants.

Panday et al. reported that for Indian women between the ages of 15 to 49 who are married or have ever been married, the likelihood of suffering from disease increases by 35 per cent if they experience physical or emotional violence and by 42 per cent if they experience sexual violence. The latest data from National Crime Report Bureau (NCRB, 2013) states that a total of 2,44,270 incidents of crime against women (both under Indian Penal Code (IPC) and Special & Local Laws(SLL)) were reported in the country during the year 2012 recording an increase of 6.4 per cent from the previous year with the rate of crime committed against women being 41.7. The report also observed that "cruelty" inflicted on Indian women by her husband or his relatives comprise 43.6 per cent of all crimes against women while an astonishing 98.2 per cent of the offenders in rape incidences of the country in 2012 were known to the victim. These numbers do not take into consideration incidences of marital rape, as in India it is not recognized as an offence. Thus, it may be suggested that women are generally unsafe at the place that is

considered to be the most secure place in the world i.e., her marital home and also ironically, she is more likely to be victimized by those who are supposed to protect her well-being and dignity. Based on a 13-year analysis of crime data in India, The Times of India dated 28 July 2014 reported that a little more than 57 rapes happen every day. This averages over rapes every hour every day. The data also reports a woman being molested every 26 minutes. This may also mean that children 'boys' and girls' in India grow up in a situation where they see violence against women as the norm which is very dangerous for the future of the society.

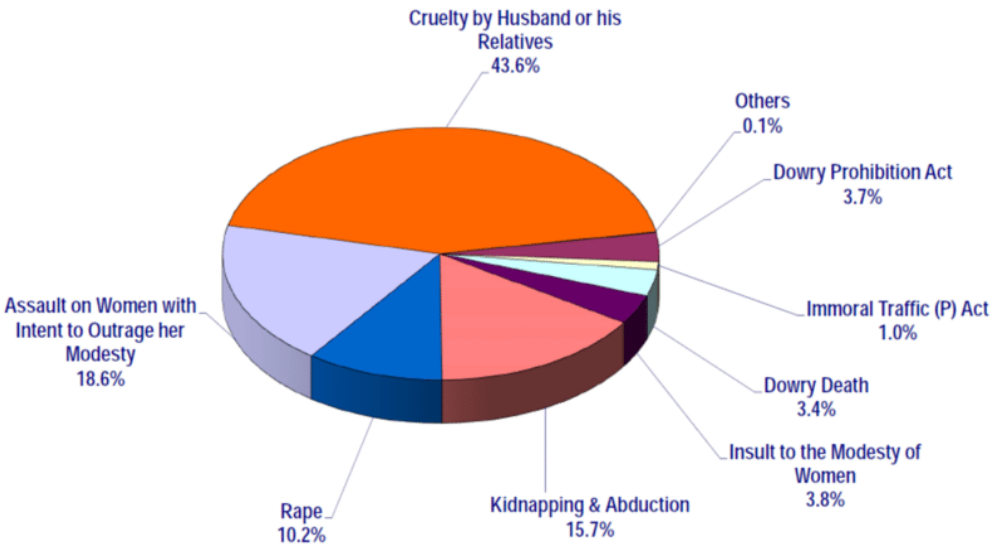


Figure 1: Per cent Distribution of Crime against Women during the Year 2012

If we look at the statistics for the increase in violence and compare the conviction rates for offenders of violent crimes against women, one would have to agree that the policies for the protection of women seem rhetorical rather than meaningful, enforceable, legal safeguards. The problem of violence against women continues to plague our society causing appalling

damage to the lives of thousands of women and children. While various statistics are now available it is important to remember that any of them are bound to be underestimates of the scale of the problem due to the hidden nature of this crime and women's reluctance to report it. Women experiencing violence are often emotionally involved with, and economically dependent on, those who victimize them, making it difficult to disclose their experiences, let alone to seek support. Persisting societal and/or cultural silence on the problem and fears of not being believed, ostracized or revictimized by people around them can further intensify women's reluctance to take help-seeking steps.

2.0. HEALTH AND WELLBEING CONSEQUENCES

Violence against women and girls has important health and wellbeing consequences. It has recently drawn attention as a leading cause of preventable morbidity and mortality. In the past two decades' research has begun to document the grave repercussions of violence on the health of abused women, and that of their children. Many studies conducted worldwide now show that abused women and their dependents have significantly worse physical and mental health than non-abused women.

Because of the health burden of violence, these findings have expanded the focus beyond a human rights perspective to include a public health approach. Both the Cairo Programme of Action in 1994 and the Beijing Declaration and Platform for Action in 1995 devoted an entire section to the issue of violence against women. In May 1996, the World Health Assembly adopted the United Nations definition, and a resolution declaring violence a public health priority

and urging the adoption of a 'gender perspective' in its analysis.

The first major report to highlight the harmful link between violence and health was published by the World Bank in 1994. The authors at a global level considered the health burden from violence against women aged 15 to 44 to be comparable to that posed by other risk factors and diseases high on the world agenda, such as HIV, tuberculosis, sepsis during childbirth, cancer and cardiovascular disease. In 1999 the United Nations Population Fund declared violence against girls and women specifically a "public health priority". Since then, violence against women has been recognised as a key determinant of health and efforts have intensified by international human rights and health organizations to raise awareness about the traumatic health consequences of violence and provide guidance in how to address them.

Any type of violence negatively affects the health and wellbeing of the women who experience it. According to a report of UK Centre for research on violence against women (2011), a single incident of physical or sexual violence can have both immediate and long-term physical as well as psychological health consequences. It also explains that when a woman experiences chronic physical, sexual, or psychological abuse that violence becomes increasingly likely to have long-lasting impact on her health even after the abuse or relationship has ended. The long-term health consequences of abuse are well documented and vary by the form and severity of abuse, and by exposure to multiple types of abuse (physical, sexual, psychological) that co-occur and recur across the lifespan. In extreme cases this violence can lead to severe disability or even death, but even in less severe cases violence

impacts on the everyday lives of women.

2.1. Physical Health Consequences:

Injuries arising from physical abuse are the most obvious health impact of violence. The injuries sustained may be up to an extent of being extremely serious and may require medical treatment ranging from minor bruises, welts, burns, cuts, wounds, swelling, contusions, and fractures to spleen or liver trauma and chronic disabilities. Often the women also have tufts of hair pulled out, split ear drums, black eyes, broken noses and fractures of the jaw. Plichta found that facial injuries were sustained by 81 per cent and abuse injuries by 94 per cent of women. Another direct health impact of violence with severe long-term consequences is traumatic brain injury. Banks reviewed the link between traumatic brain injury (e.g., concussions) and partner violence and reported that abuse victims can often suffer repeated 'mild' brain injury that can have a lifelong impact. Potential consequences of traumatic brain injury include sleep disturbances, headaches, dizziness, depression, irritability, anxiety, changes in social or sexual behavior, speech problems, cognitive impairment, and memory issues. The exact mechanism of such effects has not been established but could include recurrent injury or stress, alterations in neurophysiology, or both. For instance, abused women frequently (10-44 per cent) report choking, incomplete strangulation, and blows to the head resulting in loss of consciousness which can lead to serious medical problems including neurological sequel.

The head, neck, face, thorax, breasts, and abdomen are the most common locations of injuries followed by musculoskeletal injuries and genital injuries.

Battered women also often show defensive injuries like fractures, dislocations, and contusions of the wrist and lower arms resulting from attempts to protect herself. These physical injuries may also have secondary consequences on other chronic health conditions in women like increased rates of gastrointestinal disorders, including stomach ulcers, spastic colon, irritable bowel syndrome, gastric reflux, indigestion, and diarrhea. Similarly, arthritis, cardiac symptoms such as hypertension and chest pain have also been associated with delayed effects of physical violence. The consequent functional damage to the organs can last far longer than the violent relationship.

In addition to specific associations between violence and longer-term illnesses, there is evidence that abused women remain less healthy over time. It has been suggested that abused women's increased vulnerability to illness may partly be due to lowered immunity because of stress resulting from the abuse.

Ackerson and Subramanian's analysis of data from the National Family Health Survey-3 found that women who experienced violence were found to be 27 per cent more likely to be severely anemic. Women who experience violence are also more at risk of being underweight and having poor nutrition.

2.2. Gynecological and Reproductive Health Consequences:

According to Campbell, "gynecological problems are the most consistent, long lasting and largest health difference between battered and non-battered women." Plichta and Abraham found that violence tripled the odds of receiving a diagnosis of a gynecological problem. This may include

immune system problems and increased risk of bacterial infection, external or internal vaginal or anal injuries, sexually transmitted infections (STIs), fibroids, sexual dysfunction, decreased sexual desire, genital irritation, pain on intercourse, chronic pelvic pain, vaginal bleeding or infection and urinary tract infections. A study of violence against women in the state of Goa by Patel et al. found that "women who had experienced physical and sexual violence were 70 per cent and 90 per cent more likely, respectively than those who had not experienced such violence, to be diagnosed with endogenous infections such as bacterial vaginosis." An association has been found between violence and HIV as well as with STIs. A study by Weiss et al. showed that the experience of sexual violence within marriage resulted in a threefold increase in women's risk of acquiring STIs while Silverman et al. reported that women who experienced both physical and sexual violence were almost 4 times more likely than those who did not experience any violence to be HIV infected. This association has been linked to women in violent relationships being forced to engage in sexual intercourse and being unable to negotiate condom-use for fear of further abuse. Sabotage of birth control, disapproval of birth control, preventing use of contraception, and refusal by men to use condoms, increases women's vulnerability to HIV/AIDS, STIs and puts women at risk of unwanted pregnancy thereby leading to poor gynecological and reproductive health.

Women in abusive relationships have more unintended pregnancies. Of the estimated 80 million unintended pregnancies each year, at least half are terminated through induced abortion and nearly half of those take place in

unsafe conditions. While unintended pregnancies carried to term have been associated with health risk to mothers and infants, illegal and unsafe abortions place women's health at even greater risk.

Violence before and during pregnancy has been found to have serious health consequences for both mother and their unborn foetus. The main health effect specific to abuse during pregnancy is the risk of death of the mother, foetus, or both from trauma. Other possible risks that pregnant women experiencing violence may face include miscarriage, stillbirth, pre-term labour and birth, foetal injury, foetal distress, ante partum hemorrhage, preeclampsia, or peri partum complications than young women who are not. Around the world, as many as one woman in four is physically or sexually abused during pregnancy, usually by a partner.

In a three-year study of 1203 pregnant women in hospitals in Houston and Boston, United States, abuse during pregnancy was a significant risk factor for low birth weight, low maternal weight gain, infections and anemia. IIPS and Population Council's Study (2009) of young women in Tamil Nadu found that 33 percent of women who experienced domestic violence reported at least one miscarriage, abortion or stillbirth compared to 22 per cent of women who had not experienced violence. Research by Ahmed et al. in Uttar Pradesh found similar results: almost one in five women in the study experienced violence while they were pregnant and perinatal and neonatal mortality rates were found to be nearly twice as high amongst women who experienced violence throughout their pregnancy; overall the risk of infant mortality increased by 36 percent for women who experienced domestic violence while

pregnant. According to a WHO (1997) report women with STIs have a higher risk of complications during pregnancy, including sepsis, spontaneous abortion and premature birth. The report further adds that some STIs increase a woman's vulnerability to the HIV virus as well.

2.3. Mental and Emotional Health Consequences:

There is a positive association between mental health problems and violence. Women who are subjected to abuse state, that the psychological outcome has a more prolonged effect than physical outcome. Scars on the body heal more easily while scars on the soul take much longer to fade. International research finds that female victims of abuse have a significantly higher rate of common health problems, even after abuse ends, compared to women who have never been abused.

Researchers show that women who are subjected to violence experience multi-trauma. They often apply for medical care based on symptoms such as sleeping problems, anxiety, paranoia, a negative self-image, low self-confidence and depression quite a long time after the violence has ended without realizing the connection between her experience of violence and her mental health problems. In one study in León, Nicaragua, after controlling for other factors, researchers found that abused women were six times more likely to report experience mental distress than non-abused women. Likewise in the United States, women battered by their partners have been found to be between four and five times more likely to require psychiatric treatment than non-abused women.

The acute psychological effects may include shock, confusion, extreme fear and incoherent speech. Depression and post-traumatic stress disorder (PSTD) are the most prevalent mental-health outcome of violence against women. Other effects of violence and abuse may include women consuming more prescription drugs, especially tranquillizers and anti-depressives. They may engage in health damaging behaviors such as unsafe sex, alcohol and drug misuse, smoking and eating disorders and develop some short-term physical and emotional problems, such as suicidal tendencies, preoccupation with the violence, emotional withdrawal, irritability, feelings of hopelessness or an inability to adequately respond to the needs of their children. In addition, self-neglect and increased risk taking have also been implicated.

Sustained and acute elevated stress levels have also been linked to secondary consequences of health conditions in women like cardiovascular disease, hypertension, gastrointestinal disorders, chronic pain, and the development of insulin dependent diabetes. Stress during and around the time of pregnancy has been linked with low birth-weight infants, premature labour and premature birth.

2.4. Children's Health and Wellbeing Consequences:

The impact of violence is not limited to women's physical and psychological health. This violence is insidious and affects both the health and development of all family members, particularly children. Women's experience of violence also has consequences for children's health and

nutrition status as well as their educational achievement and development. Violence can reduce women's control over resources, and ability to participate in decision making within the family. This can reduce women's capacity to direct family resources towards childcare and can have negative health implications for family members. An analysis of data from the National Family Health Survey-3 suggests that the prevalence of violence within the home reduced the likelihood of children being fully immunized. Children of mothers who experience violence also have an increased risk of experiencing wasting or stunting, are more likely to be severely underweight for their age, or to have a low body mass index for their age. Maternal stress has also been shown to cause children to be born prematurely or with low birth weight as a women's capacity to adequately care for her child can be significantly hindered by depression, anxiety and other mental health illnesses.

Children whose mothers experience violence may be at increased risk of emotional and behavioral problems, such as anxiety, depression and violence towards their peers. In a study in Nicaragua, children of women who were abused by their partners were six times more likely than other children to die before the age of five. Abused women say that their children become nervous, irritable and fearful, do poorly in school, and are often physically abused by the father or by the women themselves. Today, children who witness violence are also considered to be "battered children", since they exhibit the same psychological symptoms as do those who are the direct victims of abuse. Children in violent families may themselves be victims of abuse. Frequently, children are injured while trying to defend their mothers. In

one study of abused women Bogotá, Colombia, 49 per cent reported that their children had also been beaten.

Another factor that needs to be considered is that children are emotionally dependent on their parents, and that they tend to imitate the roles and behavior they observe. Therefore, as adults they may have problems establishing affective relations different from those they experienced in their childhood. The Leon, Nicaragua, study reported that children who had regularly witnessed their mothers being hit or humiliated, compared to other children, were at least five times more likely to experience serious emotional and behavioral difficulties. Boys who witness their father's violent treatment of their mother may probably be more violent to their spouse in later life. On the other hand, girls who have witnessed the same violence may be more likely to accept violence as a normal part of marriage than girls from non-violent homes. Thus, children in such households tend to grow up to be violent men and battered women, and may also have greater tolerance for social and political violence.

3.0. CONCLUSION

Violence against women has increased health burdens, disability, medical care costs; social service costs, child protection services costs, consequently draining out public resources which in contrary circumstances could be allocated to other urgent social needs. Furthermore, there is loss of labour and low productivity as a significant share of working population faces violence. This has a detrimental impact on the economic security of families as well as on the wider community.

Unfortunately, it is not a small problem that only occurs in some pockets of society, but rather is a global public health problem. The seriousness of the different forms of gender-based violence, given the magnitude of this violence and its consequences for individuals and society, makes it imperative that urgent initiatives be taken to support and protect victims, and to ensure that women are able to assert and exercise their rights as human beings and that society has instruments at its disposal to punish aggressors. It is unfortunate to notice that often the investigation done by the state machinery, is so casual, negligent and defective, that allows the criminals of such violence to get away with their offence easily. The police generally try to patch up the whole case and are reluctant to register an F.I.R. In certain instances, police seem to be reluctant to act against any influential person. Other interventions for prevention should also include promotion of self-sufficiency for women by reducing gender gaps in relation to employment and education, reducing levels of childhood exposure to violence; reforming discriminatory family law; strengthening women's economic rights and addressing harmful use of alcohol and drugs.

Breaking the cycle of abuse will require coordinated efforts across several sectors, including education, mass media, research, international networking, the legislative system, the judiciary, and the health sector. Community wide prevention programmes should be linked (e.g., health care workers, law enforcement agencies, and family violence programs). The power of the media (TV, radio, theatre plays, popular communication tools, etc.) and networking sites can be harnessed to change norms and values around gender roles and

violence. More qualitative and quantitative research on violence against women and on the consequences of living in a violent situation on children and other family members is needed. Research studies on prevention, and interventions in injury, maternal child health, mental health, and HIV and AIDS must recognize their association with violence against women. Women may approach health-care settings before they approach to criminal justice or social service agencies, and if abuse is identified they can receive interventions that increase their safety and improve their health. Thus, assessment of violence against women should be done in all health-care settings. It is important that all health-care providers understand the relationship between exposure to violence and women's ill health, and are able to respond appropriately.

..................☆☆☆☆☆..................

بھنگ کا تمباکو نوشی 11 سے 21 سال کے نوجوانوں میں خودکشی کے خیالات اور خودکشی کے خطرات کو بڑھاتا ہے

جنرل آف سائیکاٹرک ریسرچ
اینا فریسن اور ساتھی

Link: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395622003594

پس منظر خلاصہ:

بھنگ دنیا بھر میں سب سے زیادہ استعمال ہونے والی نشہ ہے۔اس کا استعمال خودکشی کے بڑھتے ہوئے رویوں سے وابستہ ہے؛اس کے باوجود،نوعمروں میں بھنگ کے تمباکو نوشی اور خودکشی کے طرزعمل کی ایسوسی ایشن ابھی تک قائم نہیں ہوئی ہے۔اس منظّم جائزے اور میٹا تجزیہ کا مقصد 11 سے 21 سال کی عمر کے افراد میں خودکشی کی کوشش،خودکشی کے خیالات یا خودکشی کی منصوبہ بندی کے خطرے کا جائزہ لینا ہے۔

طریقہ کار:

ہم نے جولائی 2021 تک پب میڈ (PubMed)،ای بی ایس سی او (EBSCO) اور سائنس ڈائریکٹ ڈیٹا بیس (Science Direct Databases) کا استعمال کرتے ہوئے آن لائن تلاش کی۔ہم نے 11 سے 21 سال کی عمر کے افراد میں خودکشی کی کوشش،خودکشی کے خیالات یا خودکشی کی منصوبہ بندی اور بھنگ کے تمباکو نوشی کے درمیان ایسوسی ایشن کا اندازہ کرنے کے لئے 95% اعتماد کے وقفوں کے ساتھ مشکلات کا تناسب شمار کیا۔

نتائج:

بیس مطالعات میں 34,859 نوجوان افراد میں خودکشی کی کوششیں، 26,937 افراد میں خودکشی کے خیالات اور 9054 نوجوان افراد میں خودکشی کی منصوبہ بندی کی اطلاع دی گئی۔ہم نے بھنگ کے تمباکو نوشی کرنے والوں میں خودکشی کی کوشش کا خطرہ غیر بھنگ استعمال کرنے والوں کی نسبت بیس صارفین کے مقابلے میں زیادہ پایا

(OR: 2.33; 95% CI: 1.78-3.05; Z p value; <0.0001; I2 = 97.12%) نیز بھنگ

کے تمباکونوشی اور خودکشی کے خیالات کے درمیان ایک اہم ایسوسی ایشن

(OR: 2.04; 95%CI: 1.64-2.53; Z p value: <0.001; I2: 94.88)اور خودکشی کی منصوبہ بندی

(OR: 1.674; 95% CI: 1.554-1.804; Z p value: 0.000; I2: 92.609)ذیلی گروپ

کے تجزیے سے پتہ چلتا ہے کہ امریکی نوعمروں میں خودکشی کے خیالات کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ میٹا ریگریشن تجزیہ سے پتہ چلا کہ عمر خودکشی کی کوشش کے خطرے سے منفی طور پر وابستہ تھی۔

نتائج:

اس تجزیہ سے پتہ چلتا ہے کہ بھنگ کے تمباکونوشی نے 11 سے 21 سال کی عمر کے نوجوان افراد میں خودکشی کی کوشش، خودکشی کے خیالات اور خودکشی کی منصوبہ بندی کے خطرے کو بڑھایا ہے۔ خودکشی کے طرزعمل کا زیادہ خطرہ مطالعہ شدہ آبادی کے لحاظ سے مختلف ہوسکتا ہے۔

.................☆☆☆☆☆.................

CANNABIS SMOKING INCREASES THE RISK OF SUICIDE IDEATION AND SUICIDE ATTEMPT IN YOUNG INDIVIDUALS OF 11-21 YEARS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH
AnaFresán and Colleagues
Link: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395622003594

ABSTRACT

BACKGROUND

Cannabis is the most frequently consumed drug around the world. Its use has been associated with increased suicide behaviors; nonetheless, the association of cannabis smoking and suicide behaviors in adolescents has not yet been established. The aim of this systematic review and meta-analysis was to evaluate the risk of suicide attempt, suicidal ideation or suicide planning in individuals of 11-21 years of age who smoke cannabis.

METHODS

We performed an online searched using PubMed, EBSCO and Science Direct databases, up to July 2021. We calculated odds ratio with 95% confidence intervals to evaluate the association between suicide attempt, suicidal ideation or suicide planning and cannabis smoking in individuals of 11-21 years of age.

RESULTS

Twenty studies reported suicide attempts in 34,859 young individuals, suicidal ideation in 26, 937 individuals, and suicide planning in 9054 young individuals. We found an increased risk of suicide attempt in cannabis smokers than in non-cannabis users (OR: 2.33; 95% CI: 1.78-3.05; Z p value; <0.0001; I2 = 97.12%), as well as a significant association between cannabis smoking and

suicidal ideation (OR: 2.04; 95%CI: 1.64-2.53; Z p value: <0.001; I2: 94.88) and suicide planning (OR: 1.674; 95% CI: 1.554-1.804; Z p value: 0.000; I2: 92.609). Subgroup analyses showed that American teens have an increased risk of suicidal ideation; the meta-regression analysis revealed that age was negatively associated with the risk of suicide attempt.

CONCLUSIONS

This meta-analysis shows that cannabis smoking increased the risk of suicide attempt, suicidal ideation and suicide planning in young individuals of 11-21 years of age. The high risk of suicide behaviors could vary depending on the population studied.

..................☆☆☆☆☆..................

بیت المقدس کی تاریخ

فلسطین، اسرائیل اور حماس

انجنیئر محمد علی مرزا

Link: https://www.youtube.com/watch?feature=shared&v=HRF8-WP1t5I

بیت المقدس ایک ایسی جگہ ہے یوروشلم، علیہ جو تینوں ابراہیمی ریلجن جو ہیں آسمانی مذاہب کے ماننے والے لوگ ان کے لئے ایک عام(Common) حرم کی جگہ ہے یہودی(Jews) ہوں، عیسائی(Christian)ہوں یا مسلم (Muslim)ہوں، تینوں کے لئے وہ حرم ہے۔

جب نبی صلی اللہ علیہ وسلم کی پیدایش ہوئی اس وقت تقریباً حیکل سلمانی کو گرے ہوئے پانچ سو سال ہو چکے تھے۔ 70 عیسوی(A.D) کے اندر نبی علیہ السلام کی پیدایش سے پانچ سو سال پہلے۔ ٹائٹس جو رومن ایک جنرل تھا اس نے حملہ کیا تھا یوروشیلم کے اوپر۔ اور اس وقت تو ظاہر ہے وہ بت پرست تھا اور انہوں نے یہودیوں کو قتل کیا، کوئی سوالا کھ (125,000) کے قریب یہودی قتل ہوئے کتنوں کو وہ قید کر کے لے گیا، اور حیکل سلمانی برباد کر دیا۔ اس کی صرف ایک دیوار بچی ہے۔ جسے دیوار گریہ(Wailing Wall) کہتے ہیں۔ جس کے سامنے یہودی جو ہے وہ اس طرح کر کے تورات پڑھ رہے ہوتے ہیں وہ ایک دیوار باقیات ہے حیکل سلیمانی کی اور یہ سلسلہ اسی طریقے سے ان کا رہا پر ڈائسپورہ شروع ہو گیا ان کا انتشار پوری دنیا میں پھیل گئے ظاہر ہے وہ وہاں سے نکال دیئے گئے نبی صل اللہ علیہ وسلم کا دنیا میں آنا یہودیوں کے لئے بھی رحمت ثابت ہوا آپ علیہ السلام کی مبارک دعوت کی برکت سے جب اسلام نے عروج پکڑا اور سیدنا عمر فاروقؓ کے دور میں یوروشلم فتح ہوا ایک معاہدے کے تحت اس وقت یوروشلم پہ حکومت تھی عیسائیوں(Christians) کی، جب حیکل سلیمانی تباہ کیا گیا تھا۔ اس وقت حکومت تھی رومن ایمپائر(Roman Empire) کی جو بت پرست تھے لیکن بیچ میں انکا حکمران وہاں آیا کونسٹنٹائن، جس کے نام پر کسٹن تونیا شہر ہے اس نے عیسائیت اختیار کر لی تھی۔ یہ تقریباً نبی صلی اللہ علیہ وسلم کی پیدائش سے دوڈھائی سو سال پہلے کی بات ہے۔ پوری رومن ایمپائر نے عسائیت اختیار کر لی۔ کیونکہ اس وقت بادشاہ کا دین ہی رعایا کا دین ہوتا تھا، مگر عیسائیوں(Christians) نے یہ شرط لگائی۔ سیدنا عمر فاروقؓ کو کہ ہم شہر آپ کے حوالے کرتے ہیں بغیر جنگ کے۔ کیونکہ انہیں اندازہ ہو گیا تھا کہ ہم مسلمانوں کا مقابلہ نہیں کر سکتے، ہماری شرط یہ ہے کہ

یہودیوں کو آپ نے یہاں نہیں آنے دینا۔ اس کی وجہ کیا تھی؟ عیسائی (Christian) یہ سمجھتے تھے کہ جسے ہم خدا کا بیٹا سمجھتے ہیں اس کے قاتل یہودی ہیں کیونکہ انہوں نے سلیب پر چڑھوایا تھا رومنس کے ذریعے۔ اور یہودی جو ہیں وہ ان کو بدمعاشی (نعوذ باللہ) کا نتیجہ کہتے تھے۔ یہ زمین و آسمان کا فرق ہے۔ اتنے بڑے سطح کی دشمنی دنیا میں کسی بھی دو مذہب کے درمیان نہیں ہے جو یہودی اور عیسائیوں (Christians) میں ہے۔ یہ آج سورتحال کیوں بدلی ہے میں بعد میں بتاتا ہوں زمین آسمان کا فرق کہ ایک مذہب کے ماننے والے اسے خدا کا بیٹا کہہ رہے ہیں اور خدا کہہ رہے ہیں۔ دوسرے کہہ رہے ہیں کہ اس کی اصل میں خطا ہے یہ ہے وہ شادی سے پہلپیدا ہوا ہے (نعوذ باللہ) تو ان دونوں کا تو آپس میں ملاپ ہو ہی نہیں سکتا تھا۔ عیسائیوں (Christians) نے کہا کہ یہودی یہاں نہیں گھسیں گے، یہ ہمارے عیسیٰ (Jesus Christ) کے قاتل ہیں تو یہ بات ان کی نہیں مانی گئی، البتہ ایک بات سیدنا عمر فاروقؓ نے مان لی کہ ٹھیک ہے ہم انہیں یہاں آباد نہیں ہونے دیں گے، صرف عبادت کریں، بین الاقوامی شہر اعلان کر دیں گے، عیسائی بھی آئیں، یہودی بھی آئیں، مسلمان مجموعی طور پر اسے دیکھیں گے لیکن چونکہ یہ تینوں مذاہب کے لیے ایک قابل احترام جگہ ہے، لہذا تینوں مذاہب کے ماننے والے لوگ زیارت کے لیے اپنے حرم میں آسکتے ہیں۔ اور پھر اس وقت سے لے کر بیسویں صدی کے آغاز تک سلطنت عثمانیہ کے ٹوٹنے تک یوروشلم اور بیت المقدس مسلمانوں کے قبضےمیں رہا ہے بیچ میں ایک دفعہ سلیبیوں نے قبضہ لیا تھا اور پھر سلطان صلاح الدین ایوبی (رحمہ اللہ تعالیٰ) نے ان سے واپس لے لیا۔ لیکن جب سلطنت عثمانیہ کمزور ہونے شروع ہوئی اس وقت یورپ (برطانیہ) نے کافی زور لگایا، سلطان عبدالحمید (رحمہ اللہ تعالیٰ) جو آخری خلیفہ تھے۔ لیکن بہرحال اللہ کی طرف سے ہی حالات ایسے بنے۔ پہلی عالمی جنگ (World War One) شروع ہوگئی اور اس میں جرمنی کا ساتھ دیا سلطنت عثمانیہ نے اور یہ پارٹی جنگ ہار گئی۔ فاتحین دوسری طرف تھے یعنی برطانیہ اور ان کے ساتھی سارے تو انہوں نے جنگ کے دوران ہی فتح پانے کے لیے عربیوں کے ساتھ یہ وعدہ کیا کہ تمہیں ہم عجمیوں (ترکی) کی غلامی سے آزادی دیں گے اور یہ علیحدہ سے ایک حکومت تمہاری قائم کریں گے۔ دوسری طرف انہوں نے یہودیوں سے وعدہ کیا کہ تمہیں ہم بیت المقدس میں آنے کی اجازت دے دیں گے۔ دونوں کے ساتھ وعدہ خلافی کی، بہرحال یہودی مضبوط تھے جو کہ مالی طور پر انہوں نے زور لگایا تو انیس سو سترہ اٹھارہ (1917-18) کے اندر بالفورڈ معاہدہ ہوا جس کو نقور معاہدہ (Before Declarations) بالفور ایک شخص تھا جو ان کی طرف سے نمائندہ بن کے گیا اور ایک معاہدہ ہوگیا جس میں یہودیوں کو اجازت مل گئی کہ وہ دنیا میں کہیں بھی ہوں وہ یوروشلم آ کے آباد ہو سکتے ہیں۔ اس وقت تک آپ سمجھ لیں تقریباً 90% کے قریب مسلمان ہی وہاں رہتے تھے اور اتنے فیصد علاقہ مسلمانوں کے پاس ہی تھا وہ فلسطین کی

ریاست، بس پھر وہاں سے ایک سلسلہ شروع ہوا، کرتے کرتے جب پوری دنیا سے یہودی آ گئے۔ اس وقت تقریباً ایک کروڑ (10 ملین) کے قریب ہیں۔ 10 ملین کے قریب یہودی اسرائیل کے اندر پوری دنیا سے آئے ہوئے ہیں کیونکہ ان کے لیے ایک مذہبی مقام تھا۔ یہاں پر بھی اگر ویزا کھل جائے تو سارے مکہ مدینہ جانے کیلئے تیار ہو جائیں گے، یہی ان کے لیے وہ سارا معاملہ تھا وہ آ گئے اور وہاں پہ انہوں نے ظاہر ہے جب وہ آئے تھے تو انہوں نے زمینیں خریدنی تھیں اور جب انہوں نے زمینیں خریدنی تھی تو جن کے پاس پہلے سے پلاٹ تھے انہوں نے بیچنے تھے ظاہر ہے تو یہ ایک نیچرل پروسس تھا یہ کچھ سازش نہیں ہوگئی تھی ظاہر ہے جب وہ یہ سب کچھ ڈیکلیر ہو گیا جب ہم محکوم ہو گئے اور ان کا غلبہ ہو گیا ہمارے اوپر اس اعتبار سے کہ انہوں نے اپنے مرضی کے فیصلے منوائے تو یہی کچھ ہی ہونا تھا 1928 کے اندر پھر اسرائیل کی سرد یں کتنی وسیع ہوئی پھر اصل جو جھٹکا مسلمانوں کو لگا ہے وہ 1967 میں جو چھے دن کی جنگ ہوئی تھیں عرب بمقابل اسرائیل۔ اکیلے اسرائیل نے سارے عرب ملکوں کو شکست دی۔ اس کے بعد پھر اس نے اپنی دھاک بٹھالی ہے ایسی بٹھائی کہ آج تھوڑا سا علاقہ فلسطینیوں کے پاس ہے کچھ علاقے تو وہ ٹوٹی پھوٹی فارم میں، بالکل سنٹر میں اسرائیل کے مسلمانوں کے پاس ہے اور ایک کونے پہ یہ غزہ کی پٹی ہے جس کے ایک طرف بحیرہ روم (Mediterranean) ہے، ایک طرف مصر ہے، بڑی والی سائیڈ ہے جو لمبی والی وہ ساری اسرائیلی ہے اور انہوں نے باقاعدہ باڑ لگائی ہوئی ہے کسی کو وہاں سے یہاں آنے کی جازت نہیں اور جو مسلمان باقی رسشتیدار ہیں وہ دوسری طرف آباد ہیں وہ اس باڑ کو پار بھی نہیں کر سکتے، پھر بیچ میں اسرائیل ہے لہذا ان کی آپس میں اس طرح سے جدائیاں ہوگئی اور یہ سارے معاملات اس طرح سے چل رہے ہیں اور اس میں عرب ملک ظاہر ہے کہ دنیا پرست ہیں تو وہ نہیں مقابلہ کر سکے اور آج تو اسرائیل کے پاس ایٹم بم (Undeclared Nuclear Power) بھی ہے۔ تو اسرائیل نے ایٹمی بم بھی بنائے ہیں۔ دنیا میں جو سات نیوکلر مما لک ہیں ان میں سے ایک ہے، بلکہ آٹھ کہلاتے ہیں انڈیا اور پاکستان کو ملا کے سات اور پانچ جو ویٹو کرنے والے ممبران ہیں اور آٹھوہ اسرائیل ہے F16 طیارہ بھی ان کے پاس موجود ہیں وہ F16 طیارہ جو انڈیا کے پاس نہیں ہے لیکن اسرائیل کے پاس ہیں وہ اس کے ذریعے انہوں نے بمباری کا سارا سلسلہ شروع کیا ہوا ہے تو ہم تو صرف اپنے بڑوں کو جھنجوڑ سکتے ہیں کہ جو اپنی کوشش پُر کر سکتے ہیں اب وہ کیا کرنا ہے وہ ہم نے نہیں ان کو بتانا۔ ان کو ہم سے بہتر پتہ ہے کہ کیا انہوں نے کرنا ہے ہم اپنے بھائیوں کے لئے دعا ہی کر سکتے ہیں کہ اللہ تعالیٰ ان کے لئے دنیا میں جو یہ اس طرح کی تکلیف ہیں ان میں کوئی آسانی کی راہ ان کے لئے نکال دے اور ان کی عزت آبرو جان و مال کی حفاظت فرمائیں۔ بس یہ دعائیں ہم کر سکتے ہیں ظاہر ہے اس سے بڑھ کر ہم نے کوئی دنگا و فساد تو کھڑا نہیں کرنا صرف انہیں بڑوں کو مشورہ کرنا ہے کہ جن کے پاس اختیار ہے، جن کے پاس

فیصلہ کرنے کی صلاحیت موجود ہے وہ اس معاملے کو آگے لے کے چلیں۔

یہاں پہ میں ایک بات صاف کر دوں، بیعت المقدس کے حوالے سے ہم بڑے جذباتی بھی ہو جاتے ہیں اور اکثر آپ نے ایک بات سنی ہوگی کہ ہمارا قبلہ اول ہے۔ بیعت المقدس ہمارا قبلہ اول نہیں ہے، ہمارا قبلہ اول خانہ کعبہ شریف ہی ہے۔ کیونکہ ابراہمی قبلہ ہے۔سورۃ آل عمران میں اللہ تعالیٰ نے واضح فرمایا کہ پہلا گھر جو لوگوں کی عبادت کے لئے بنایا گیا ہے جو شہر بکہ میں ہے۔ یہ مکہ کی دو پرانونسیشن ہے۔مکہ اور بکہ،میم سے بھی اور باہ سے بھی جس طرح آپ کے پڑوسی ملک انڈیا میں بومبے بھی بولا جاتا ہے اور ممبئی بھی بولا جاتا ہے۔ باہ اور میم، یہاں پہ بھی بکہ اور مکہ۔قرآنِ پاک نے بلکل واضح بتایا ہے کہ پہلا گھر جو بنایا گیا ہے وہ جو مکہ کے اندر ہے تو یہ شروع کا قبلہ ہے اور ظاہر ہےپہلا گھر کب بنا جب آدم علیہ السلام دنیا میں تشریف لائے وہ بعد میں اس کی بنیادیں جب گُم ہوگئیں تو سورت الحج میں آتا ہے کہ اللہ تعالیٰ نے ابراہیم علیہ السلام کے لیے وہ بنیادیں ظاہر کی اور پھر انہوں نے دوبارہ سے خانہ کعبہ شریف کی تعمیر کی اور ابراہیم علیہ السلام جب تھے اس وقت نہ یہودی تھے اور نہ عیسائی تھے یہ تو بعد میں ان کی اولاد میں پیدا ہوئے ہیں۔تو ابراہیم علیہ السلام کا قبلہ کون سا ہوا؟ خانہ کعبہ تو ہمارا قبلہ اول ہے۔خانہ کعبہ پرشریف ایک حدیث بخاری مسلم دونوں میں موجود ہے جو بخاری مسلم دونوں میں حدیث ہے کہ ابوزر غفاری رضی اللہ علیہ وسلم کہتے ہیں میں نے نبی کریم علیہ اسلام سے پوچھا کہ دنیا میں سب سے پہلے کون سی مسجد بنائی گئی عبادت کی جگہ تو آپ ﷺ نیفر مایا: بیت اللہ شریف جو خانہ کعبہ شریف ہے پھر انہوں نے پوچھا اس کے بعد تو انہوں نے فرمایا کہ مسجد اقصیٰ، مسجد ایلیہ بیت المقدس۔ وہ کہتے ہیں میں نے عرض کیا کہ ان دونوں کے درمیان کتنا فرق ہے تو نبی اللہ سلام نے فرمایا کہ چالیس سال کا فرق ہے۔ چالیس سال بعد یہ بیت المقدس بنائی گی۔لیکن قبلہ یہ بنی اسرائیل کے لئے بنا تھا حضرت ابراہیم علیہ السلام کے بعد اسی وجہ سے بخاری، مسلم دونوں میں آتا ہے کہ نبی اللہ علیہ السلام نے سترہ مہینے تک جب مدینہ شریف گئے ہیں تو آپ نے بیت المقدس کی طرف رخ کر کے نماز پڑھی ہے تا کہ جو وہاں پہ یہودی آباد تھے وہ اس اعتبار سے مسلمانوں   کہ کوئی الگ سے مذہب نہیں ہے۔ یہ بتانے کے لیے ہم بھی موسیٰ علیہ السلام کے ماننے والے ہیں ایک عام اصطلاح کے طور پر لیکن نبی علیہ اسلام کی خواہش یہ تھی کہ یہ فیصلہ جو ہے وہ ریورس (Reverse) کیا جائے بیت اللہ شریف کی طرف اور پھر سورۃ البقرہ میں آیا کہ اے محبوب صلی اللہ علیہ والی صلی اللہ علیہ وسلم ہم آپ کا بار بار چہرہ اقدس آسمان کی طرف اٹھانا دیکھ رہے ہیں انقریب ہم آپ کو اسی قبلے کی طرف پھیر دیں گے جو آپ کی خواہش ہے اور پھر ساتھ ہی حکم آیا کہ اپنیروخ کو آپ پھیرلیں وہ مسجد قبلتین آج بھی مدینہ شریف میں موجود ہے مدینہ شریف کا مقام (Location)

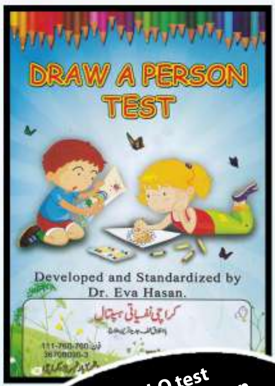
ایک ایسا مقام (Location) ہے جو کہ بالکل 180 ڈگری ہے بیت المقدس اور بیت اللہ شریف۔تو نماز کے دوران حکم آیا اور یہ قبلہ تبدیل ہوا مسجد قبلتین میں بقاعدہ بیت المقدس کی طرف بھی ایک محراب انہوں نے اوپر والے حصے میں بنائی ہوئی ہے نشانی کے طور پر اور آج تو ظاہر ہے وہ قبلہ رخ ہے تو یہ حکم نازل ہوا اور واپس دینی قبلہ ہمارا نماز کا ابراہیمی قبلہ بن گیا اور اس کا ذکر بھی سورۃ البقرہ میں آتا ہے کہ یہ ہم نے اس لئے کیا تا کہ اہل کتاب کو تمہارے خلاف کوئی حجت نہ مل جائے کیونکہ اہل کتاب جو تھے وہ آپس میں جب ملتے تھے تو وہ چیمہ گوئیں کرتے تھے کہ اگر یہ ابراہیمی ہوتا تو بیت اللہ کی طرح چہرہ کر کے نماز پڑھتا، اس کا مطلب ہے یہ ابراہیمی نہیں ہے اب نبی علیہ اسلام کیوں کر رہے تھے؟ اللہ تعالیٰ کی وحی کے ذریعے تھا کہ آپ نے عام اصطلاح پہ رہنا ہے اچھا جب وہ قبلہ تبدیل ہوا تو ابراہیمی ہو گیا تو پھر انہوں نے بہانا کیا کہ دیکھو اس نیتو قبلہ ہی بدل لیا اپنا اور پھر اللہ نے قرآن میں کہا کہ انقریب بیوقوف لوگ کہیں گے کہ قبلہ کس نے بدل دیا۔آٹا گندیا ہلدی کیوں ہے یعنی یہ وسوسے شیطان کے اتنے برے ہیں کہ ان کو اللہ تعالیٰ بھی ایک خاص حد تک ادریس کرے گا اللہ تعالیٰ نے پھر اس میں فرمایا کہ ابھی بھی لوگ بولیں گیلیکن اس کا حل یہ ہے کہ چھوڑ دو اس کو اب کیا کریں ایک طرف اگر ابراہیمی قبلہ کرتے ہیں تو کہتے ہیں کہ ہمارا قبلہ انہوں نے چھوڑ دیا اور اگر ان کے قبلے کی طرف منہ کرتے ہیں تو پھر کہتے ہیں ابراہیمی ہوتا تو اس طرف کرتا اب درمیان میں نیا قبلہ تو نہیں بنایا جا سکتا بہرحال وہ ایک اعتراض کا تو جواب دے دیا گیا دوسرے کو کہا گیا بھئی ویل لیفٹ کرو چھوڑ و دفع کرو ہر بات کا جواب نہیں دینا ہوتا اور وہ پھر ہمارا قبلہ آخر بن گیا لہٰذا بیت اللہ شریف ہمارا قبلہ اول ہے بیت المقدس ہمارا قبلہ اوسط ہے درمیان والا قبلہ، سترہ مہینے کے لیے اور ہمارا قبلہ آخر کونسا ہے؟ بیت اللہ شریف، اول و آخر بیت اللہ شریف ہی ہے اور یہ درمیان میں کچھ عرصے کے لیے تھا لیکن حرم آج بھی ہے، وہ بخاری مسلم دونوں میں حدیث ہے کہ تین مساجد کے علاوہ کسی اور جگہ کے لیے زیادہ ثواب کی نیت سے سفر نہیں کرنا مساجد کے پونٹ آف ویو سے، ویسے تو آپ کسی بھی دینی سفر پر جا سکتے ہیں وہ تو بخاری مسلم میں یہاں تک آیا جو شخص علم حاصل کرنے کے لئے کسی راستے پر چلتا ہے تو اللہ تعالیٰ اس کیلئے جنت کا راستہ آسان کر دیتا ہے۔لیکن یہاں پہ مسجد کے پونٹ آف ویو سے بات ہو رہی ہے کہ مسجدیں تین ہی ہیں، حرم۔جن کی طرف آپ اونٹوں کے کجاوے کسیں گے یا سواری کے لئے سوار ہو کر آپ وہاں جائیں گے، زیادہ ثواب کے نیت سے کہ وہاں پہ زیادہ ثواب ملتا ہے۔وہ ہے بیت اللہ شریف، بیت المقدس اور مسجد نبوی شریف۔یہ تین مسلمانوں کے لیے حرم ہے اس اعتبار سے ظاہر ہے کہ ہمارے لئے حرم ہے وہ اس میں کوئی شک نہیں ہے اس وقت پریکٹیکلی اگر آپ ایریئل ویو دیکھیں تو اس پہاڑی کا جس کے اوپر یہ پورا حرم والا حصہ ہے اسے یہودی بھی حرم ہی کہتے ہیں تو اس طریقے سے آپ دیکھیں تو یہ رکٹانگر شیپ (Rectangle) میں ہیں اگر یہ والی

سائیڈ آپ اسے مسجد اقسا تصور کرلیں کہ یہاں پہ مسجد اقصیٰ ہے جو کہ بیت اللہ شریف کے رخ بنی ہوئی ہے تو اس کی اس والی دوار کے سائیڈ کے اوپر وہ دوارے گریہ آتی ہے جو ایک ہی دیوا بچی ہوئی ہے جو ہیکل سلمانی توڑ دیا تھا ٹائٹس نے اور بالکل اس کے سامنے سائیڈ کے اوپر وہ ڈوم آف ڈر راک (Golden Dome of The Rock) ہے گولڈن ڈوم جہاں سے نبی علیہ اسلام جس چٹان سے معراج پہ تشریف لے گئے تھے، جسے اکثر لوگ مسجد اقصیٰ سمجھتے ہیں۔ گولڈن ڈوم کو مسجد اقصیٰ نہیں مسجد اقصیٰ کا گنبد جو ہے وہ ہرے رنگ کا ہے اور تھوڑا چھوٹا ہے انشاء اللہ تصویر میں اٹیچ کر دوں گا بعد میں ویڈیوز میں بھی کہ آپ کو پتہ چل جائے کہ مسجد اقصیٰ کون سی ہے، دیوار گریہ کس جگہ کے اوپر ہے اور جو ڈوم آف ڈراک ہے گنبد سخرا جو چٹان کے اوپر بناوا گنبد ہے اب یہ جگہ سب کے لئے متبرک ہے عیسائی (Christian) کے لئے بھی ظاہر ہے عیسیٰ علیہ السلام کی والدہ بھی اسی بیت المقدس کے اندر عبادت کر رہی تھی اور اللہ تعالیٰ نے ان کی طرف فرشتہ بھیجا اس لئے وہ سب کے لئے ایک متبرک جگہ ہے ہمارا کرنے کا کام کیا ہے، ہم نے اب یہ کرنا ہے کہ بجائے گالی گلوچ کرنے کے علمی طریقے سے سوشل میڈیا کے اوپر فلسطینیوں کے حق میں آواز بلند کرنی ہے اور لوگوں کو بتانا ہے کہ اسرائیل نے یہ بدمعاشی کی تھی یہ جو اس وقت مسلمانوں کا بدلہ (Revenge) سامنے آیا ہے حماس کی شکل میں تو یہ ان کے ظلم کے خلاف ہے اگر آپ اس کو حقیقیت میں دیکھیں گے، تو اس وقت پھر ایک عجیب لگتا ہے کہ ایک مثلاً تنظیم نے کیوں ایک ملک کیا و پر اس طرح سے حملہ کر دیا، اب وہ بدلہ لیں گے۔ لیکن اس کو اگر آپ بروڈر پکچر کے اندر دیکھیں تو آپ کو پتہ چلے گا یہ معاملات، تقریبا سو سال سے پہلے شروع ہیں۔ بلکہ اگر دیکھا جائے تو یہ دو ہزار سال پہلے کے ہی شروع ہیں۔ لیکن ان سو سالوں کے اندر یہ ساری آپکو کوئی تبدیلی نظر آئی ہےتو وہ آج کی تاریخ میں جو عیسائی اور یہودی ایک ہوئے ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ چونکہ پولٹیکل مفادات ایک تھے لہذا آپ کو پتہ ہے کہ پولیٹکس اکانمی یہ آج کی دنیا میں پہلے نمبر پر ہیں مذہب تو نیچے چلا گیا ہے اس لئے تو ویٹنگن سٹی (Vatican City) بنایا ہوا ہے انہوں نے اٹلی کے اندر کہ بھئی مذہب کو سائڈ پہ رکھو اس لئے پھر انہوں نے پاپ سے افیشیلی اس گناہ کی معافی بھی کروالی تھی کہ ٹھیک ہے جو عیسیٰ کو سولی دیا تھا آج کی تاریخ میں یہودیوں کو معاف کیا لہذا وہ بھائی بھائی بن چکے ہیں اس حوالے سے تو یہ ساری پولیٹیکل چینج ان سو سالوں کے اندر ہوئی ہے پہلے تو آپ سوچیں کہ اس قدر قتل عام کیا ہےعیسائی نے یہودیوں کا آپ کی سوچ ہے آپ پچھلی صدی میں ہی ذرا دوسری عالمی جنگ (Second World War) میں دیکھیں نا ساٹھ لاکھ یہودی چلے ہیں احتیاطاً وہ کہتے ہیں ساٹھ نہیں چھ لاکھ جو بھی ہیٹلر (Hitler) نے قتل کی ہے یہ کوئی تھوڑی تعداد تھا نہیں تھا تقریباً دو کروڑ کے قریب لوگ دوسری عالمی جنگ کے اندر مارے گئے انسانی تاریخ میں آج تک دنیا میں جتنے انسان مرے ہیں وہ ایک طرف اس سے زیادہ صرف دوسری عالمی جنگ

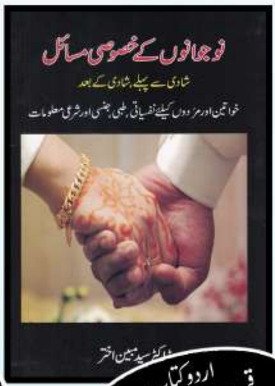
میں مرے ہیں۔ یہ سب کچھ ہوتا تھا یہ تو آج دنیا میں بڑا سکون ہے اس اعتبار سے یہ تو دوسری جنگ عظیم کے بعد پھر دنیا کو خیال آیا کہ بھائی یہ لڑنا بھیڑنا بند کرواور پھر یواین او بنی اوراس کے بعد بھی جنگیں ہوئی ہیں لیکن اس لیول پہ نہیں بہرحال دوسری جنگ عظیم کا ہمیں بل واسطہ طور پر ایک فائدہ یہ ہوا ہے اگر دوسری جنگ عظیم نہ ہوتی تو برطانیہ کبھی بھی اتنی کمزور نہ ہوتی کہ ان کو مجبوراً ہمیں آزادی دینی پڑتی۔ اگراس وقت برطانیہ اتنی بڑی جنگ نہ لڑتا اگرچہ جنگ جیت گیا لیکن خود اتنا کمزور ہو گیا کہ وہ آگے معاملات کو لے کے چل نہیں سکا تو انہوں نے پھر آفیت اس میں ہی سمجھی کہ ٹھیک ہے ان کو بھی آزادی دو اور ہم بھی سکون سے رہے اسکے علاوہ انہوں نے کبھی بھی آزادی نہیں دینی تھی وہ جو اللہ تعالیٰ نے سورۃ الحاج میں فرمائے ہیں کہ ہم باز کو باز سے تکراتے رہتے ہیں اگرچہ ایسا نہ ہوتا تو دنیا میں کوئی گرجہ، کوئی معبد، کوئی مسجد سلامت نہ رہتی یہ جنگوں کی اور ان چیزوں کی برکات ہے کہ دنیا میں امن آتا ہے اس طرح کی جنگیں بلا آخر ایک بڑے امن کے لیے آتی ہیں۔ ہر مشکل کے ساتھ آسانی جڑی ہوئی ہے۔ آخر میں ہم دعا کریں گے اس حوالے سے کہ اللہ تعالیٰ دنیا میں جہاں کہیں بھی مسلمان مظلوم ہیں انڈیا، کشمیر، فلسطین، چائنا، عراق، شام، یمن اور افغانستان میں، تو اللہ تعالیٰ غیب سے ان کی عزت آبرو جان و مال کی حفاظت فرمائے۔

..................☆☆☆☆☆..................

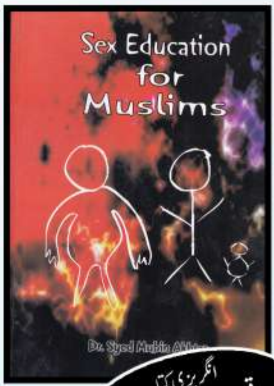
Books for Sale



Pakistani I.Q test
Standardized in Pakistan
قیمت5000روپے



اردو کتاب
قیمت500روپے



انگریزی کتاب
قیمت500روپے

کتابچہ
قیمت50روپے

اردو کتاب
قیمت70روپے

کتابوں کا مختصر تعارف

انگریزوں کا ہندوستان پر ظلم وستم اور قتل وغارت

انگریزوں نے تاجر کے روپ میں ہندوستان آ کر مسلم فرمارداؤ سے پورا ملک چھین لیا اور پھر شدید ظلم وستم کیا، مگر ہم لوگ اکثر اس سے نابلند ہیں، بلکہ اکثر لوگ تو ان کی تعریف وتوصیف کرتے ہیں۔ امریکہ اور اسٹریلیاں میں ان لوگوں نے جا کر قدیم آبادی کو تقریباً نسیت ونابود کر دیا مگر ہندوستان میں بھی تباہی، بربادی اور ظلم وستم کی ایک داستان رقم کردی۔

یہ کتاب زیادہ تر مولانا حسین احمد مدنی
(برطانوی سمراج نے ہمیں کیسے لوٹا) اور
(Hunter-The Indian Muslim) کی
کتابوں سے ماخوذ ہے۔ جن لوگوں کی مزید تفصیلات درکا ہوں ان کو کتابوں کا مطالعہ ضرور کرنا چاہئے۔

جنسی مسائل

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

Sex Education for Muslims

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

مختصر کتابچہ برائے جنسی مسائل | قیمت50روپے

Author: **Dr.Syed Mubin Akhter**

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Availible at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

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

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

Mubin House
Addiction Ward
B-58, Block - B North
Nazimabad Karachi
Phone:36646944 / 36670414

We can also send these books by VPP.

نوجوانوں کے خصوصی مسائل

مختصر تعارف

مسلمانوں کے لئے جنسی تعلیم

قرآن مجید اور حدیث زندگی کے تمام امور میں رہنمائی فراہم کرتے ہیں۔ایک مسلمان کے لئے لازم ہے کہ وہ قرآن وحدیث کا مطالعہ کرے، انکو سمجھے، اوران اصولوں کے تحت اپنی روزمرہ کی زندگی گزارے۔سب سے اہم انسانی رشتہ شادی کا ہے۔اس کے ذریعہ ہی نسل انسان کی پیدائش اور تربیت سامنے آتی ہے، لہذا اس میں کوئی شک شعبہ کی بات نہیں کہ قرآن حدیث سے ہمیں اس معاملے میں اہم رہنمائی ملتی ہے۔لیکن بدقسمتی کی بات ہے کہ ہمارے مصنفین، اساتذہ اور عالم، شرمندگی کے غلط احساس کی وجہ سے، مباحثوں میں اس موضوع سے اجتناب کرتے ہیں۔مزید یہ کہ ان میں سے بیشتر طب اور نفسیات پر عبور نہیں رکھتے ہیں۔لہذا ان ہی لوگوں کو جو مذہب کے ساتھ ساتھ علاج معالجے کے بارے میں بھی جانتے ہیں اس موضوع پر بولنے اور لکھنے کے لئے آگے آنا چاہئے۔

ہم نے اس کتاب میں قرآن، حدیث اور فقہ سے جنسی امور کے حوالے سے تمام حوالوں کو شامل کیا ہے۔ یہ حصّے شادی شدہ اور غیر شادی شدہ نوجوانوں کے لئے رہنمائی فراہم کرتے ہیں، جن کو پڑھ کر وہ خوشگوار ازدواجی زندگی کے ساتھ ساتھ مناسب جسمانی اور جنسی صحت کو برقرار رکھ سکتے ہیں۔ان کو پڑھنا اور اپنی زندگی میں اپنانا عبادت ہے۔

Author: Dr.Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Availible at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office	Landhi	Mubin House
Nazimabad no 3, karachi Phone: (021) 111-760-760 0336-7760760	Al syed Center, Quaidabad (Opp. Swidish Institue) Phone:35016532	Addiction Ward B-58, Block - B North Nazimabad Karachi Phone:36646944 / 36670414

We can also send these books by VPP.

For I.Q

DRAW A PERSON TEST

The only IQ test standardized in Pakistan.

پاکستان مین پہلی دفعہ بچوں کی ذہانت (I.Q) کو جانچنے کے حوالے سے نفسیاتی ٹیسٹ متعارف کیا جارہا ہے۔

پاکستان میں بچوں کی ذہانت جانچنے کے لئے ابھی تک کوئی ٹیسٹ موجود نہیں تھا جو کہ ہمارے اپنے بچوں کے اعداد وشمار جمع کر کے بنایا گیا ہو۔ ابھی تک ہم دوسرے ملکوں میں استعمال کئے جانے والے ذہانت کے ٹیسٹ استعمال کرتے رہے ہیں جو کہ انکے حالات اور معاشرے کے حوالے سے ترتیب دیئے گئے ہیں۔

ان ملکوں کے حالات اور سماجی اقدار ہمارے سماجی حالات سے یکسر مختلف ہیں جس کی وجہ موجودہ ذہانت کے آزمائشی ٹیسٹ (I.QTest) ہمارے بچوں کی ذہانت کو صحیح طرح نہیں جانچ سکتے ہیں۔

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

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

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

Author: Dr.Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Availible at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

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

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

Mubin House
Addiction Ward
B-58, Block - B North
Nazimabad Karachi
Phone:36646944 / 36670414

We can also send these books by VPP.

PSYCHIATRIST REQUIRED

"Psychiatrist required for Karachi Psychiatric Hospital" (Pakistan)

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

Qualification	Pay Scale	
	6 Hours	8 Hours
F.C.P.S	150,000	200,000
F.C.P.S -I	60,000	80,000
M.C.P.S	90,000	120,000
D.P.M	75,000	100,000

Send C.V to:

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

Address:

Nazimabad No.3 Karachi, Pakistan

E-mail: mubin@kph.org.pk | Phone No: (021) 111-760-760 / 0336-7760760

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

New Improved Model

RS. 100,000/-

With 5 year full waranty and after sale services.

Designed & Manufactured By

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

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

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

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

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

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

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

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL
KARACHI ADDICTION HOSPITAL

Established in 1970

Modern Treatment With Loving Care

با اخلاق عملہ - جدید ترین علاج

Main Branch

Nazimabad # 3, Karachi

Phone # 111-760-760
0336-7760760

Other Branches

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

E-mail: support@kph.org.pk
Skype I.D: online@kph.org.pk
Visit our website: <www.kph.org.pk>

MESSAGE FOR PSYCHIATRISTS

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

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

Indoor services include:

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

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

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

Assuring you of our best services.

General Manager
Contact # 0336-7760760
111-760-760
Email: support@kph.org.pk

Our Professional Staff for Patient Care

❖ Doctors:

1. **Dr. Syed Mubin Akhtar**
   MBBS. (Diplomate American Board of Psychiatry & Neurology)
2. **Dr. Akhtar Fareed Siddiqui**
   MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
3. **Dr. Mehwish**
   MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
4. **Dr. Javed Sheikh**
   MBBS, DPM (Psychiatry)
5. **Dr. Syed Abdurrehman**
   MBBS, IMM (Psychiatrist)
6. **Dr. Sadiq Mohiuddin**
   MBBS
7. **Mr. Habib Baig**
   Medical Supervisor
8. **Dr. Salim Ahmed**
   MBBS
9. **Dr. Areeb Athar**
   MBBS
10. **Dr. Syeda Zainab Javaid**
    MBBS
11. **Dr. Ghulam Murtaza**
    MBBS
12. **Dr. Tayaba**
    MBBS
13. **Dr. Tooba**
    MBBS

❖ Psychologists:

1. **Syed Haider Ali (Director)**
   MA (Psychology)
2. **Shoaib Ahmed**
   MA (Psychology), DCP (KU)
3. **Syed Khursheed Javaid**
   General Manager
   M.A (Psychology), CASAC (USA)
4. **Farzana Shafi**
   M.S.C(Psychology), PMD (KU)
5. **Qurat-ul-ain Choudhary**
   M.S.C(Psychology)
6. **Zubaida Sarwar**
   M.A (Psychology)
7. **Muhammad Sufyan Anees**
   M.S.C(Psychology)
8. **Rano Irfan**
   M.S (Psychology)
9. **Madiha Obaid**
   M.S.C (Psychology)
10. **Danish Rasheed**
    M.S. (Psychology)
11. **Naveeda Naz**
    M.S.C (Psychology)
12. **Rabia Tabassum**
    M.Phil.
13. **Shafiullah**
    M.Phil.
14. **Abdul Basit**
    M.A (Psychology)
15. **Anum Shazia**
    M.A (Psychology)
16. **Muhammad Faizan Raza**
    M.A (Psychology)

❖ Social Therapists

1. **Kausar Mubin Akhtar**
   M.A (Social Work), Director Administration
2. **Roohi Afroz**
   M.A (Social Work)
3. **Mohammad Ibrahim**
   M.A (Social Work)
4. **Muhammad Ibrahim Essa**
   M.A (Social Work)/ Manger

❖ Research Advisor

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

❖ Medical Specialist:

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

❖ Anesthetists:

❖ Dr. Vikram

Anesthetist,
Benazir Shaheed Hospital
Trauma Centre, Karachi
Dr. Shafiq-ur-Rehman

تحقیقی مضامین کا ماہانہ رسالہ کراچی نفسیاتی ہسپتال

تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض کے ترجمہ کے حوالے سے

جو ماہرین دلچسپی رکھتے ہیں

اور اچھے طریقے سے انگلش سے اردو ترجمہ کر سکتے ہیں

ہمیں اپنی ترجمے کی تجاویز ضرور بھیجیں۔

آ

آکسیٹوسن 263

ا

المیہ 42
اسمارٹ فون 227
انٹرنیٹ گیمنگ 215
الکحل 245
انٹراناسل 263
انسانی فطرت 267
ابلیس 317
انٹرنیٹ 315
اسکول 316

ب

بنگلہ دیش 39
بنگالی عورتوں 47
بھارتی صحافی 47
بنگالیوں 47
بالغ افراد 8
بنیادی ضرورت 227
بچپن کے تکلیف دہ حالات 345
بچپن 386
بدلحاظ 562
بچوں کی تربیت 625
بھنگ 661
بیت المقدس کی تاریخ 665

پ

پاکستان 39
پاکستانی معاشرے 48

ت

تشدد 8، 631
تشخیص 74
تناؤ کا سردرد 198
تسکین 227
تسلط خیالات اور تکرار عمل 329
تربیت 534
تمباکو نوشی 661

ٹ

ٹیکنو سائنس 230
ٹیکنالوجی 307

ج

جنسی تعلقات 261
جنگی سابق فوجیوں 257
جسمانی 257
جنسی بے راہ روی 396
جنریشن وارفیئر 543

خ

خطرناک 48
خون جمنے کی بیماری 1
خودکشی 215، 285، 298، 537
خودکشی کے خیالات 220، 661
خطرے کے عوامل 220
خارش 549
خوشی وصحت 583
خواتین 631

د

دماغی صحت 147، 307
دماغ 229، 245، 354
دائمی افسردگی 263
دماغی صلاحیت 316

ڈ

ڈپریشن 245
ڈیمینشیا 315
ڈاؤن سنڈروم 534

ذ

ذہنی عارضہ 188
ذہنی صحت 291
ذہانت 370

ر

رہنماؤں کا حال 132
رمضان المبارک 234
رویّے 532
رہنما اصول 534

ز

زیادتی 47

س

سقوطِ ڈھاکہ 42
سردرد 74
سوشل میڈیا 147
سماجی بحران 396

ش

شرمیلا بوس 42
شدید درد 76

ص

صحت اور تندرستی 631

ض

ضروریات کا درجہ بندی 164

ع

علمی رجحان 48
علاج 74
عادات 370

غ

غم 188
غذا 358
غم اور پریشانی 401

ف

فون 14

فیصلہ کرنے کی صلاحیت 197

ق

قتل 47

قانونی حیثیت 261

ک

کھسروں 389

کینسر 561

گ

گھریلو تشدد 14

ل

لاجسٹک ریگریشنز 215

م

محبانِ اسلام 39

مسلم تاریخ 42

مردانہ ہارمونز 1

مالیخولیا 8، 285،349

مجرم 14

معاشرے 132

مسلو 164

مالیخولیا 211، 337، 478

مثبت 211

منفی 211، 267

مزاج 212

متحدہ عرب امارات 261

مصنوعی ذہانت 271

مثبت جذبات 565

ن

نفسیاتی مریضوں 63

نفسیاتی صحت 63

نفسیاتی ایمرجنسی 65

نوجوان 215

نسل 215

نیا مطالعہ 220

نفسیاتی 257

نگاہوں 263

نفسیاتی تجربات 345

نگلیریا 354

نیند 384

نشونما 386

نیند کی زیادتی 392

نفسیات 583

و

ویڈیو گیم 197

ہ

ہنگامی طرز 63

ی

یاسیت 565

A

Alcohol 251

B

Bisexual 553

D

Depression 251

C

Chronic Migraine 77

E

EMTALA 67

EMPATH 67

Emotion 265

Ego 574

G

Gay 553

Generation Warfare 543

H

Honor Killings 262

I

IGD 215

Internet Gaming Disorder

S

Schizophrenia 213
Suicide 553
Superego 574

T

Testosterone 1
Techno Science 230

U

UAE 261

V

Venous Thrombosis 1
VTE 1

W

Withdrawal 255

215
Intranasal 265
ID 574

L

Logistic Regression 216
Legalized 262
Lesbian 553

M

Migraine 74

N

Neuroimaging 80
Negative 213
NCATS 549
NIDCR 549

O

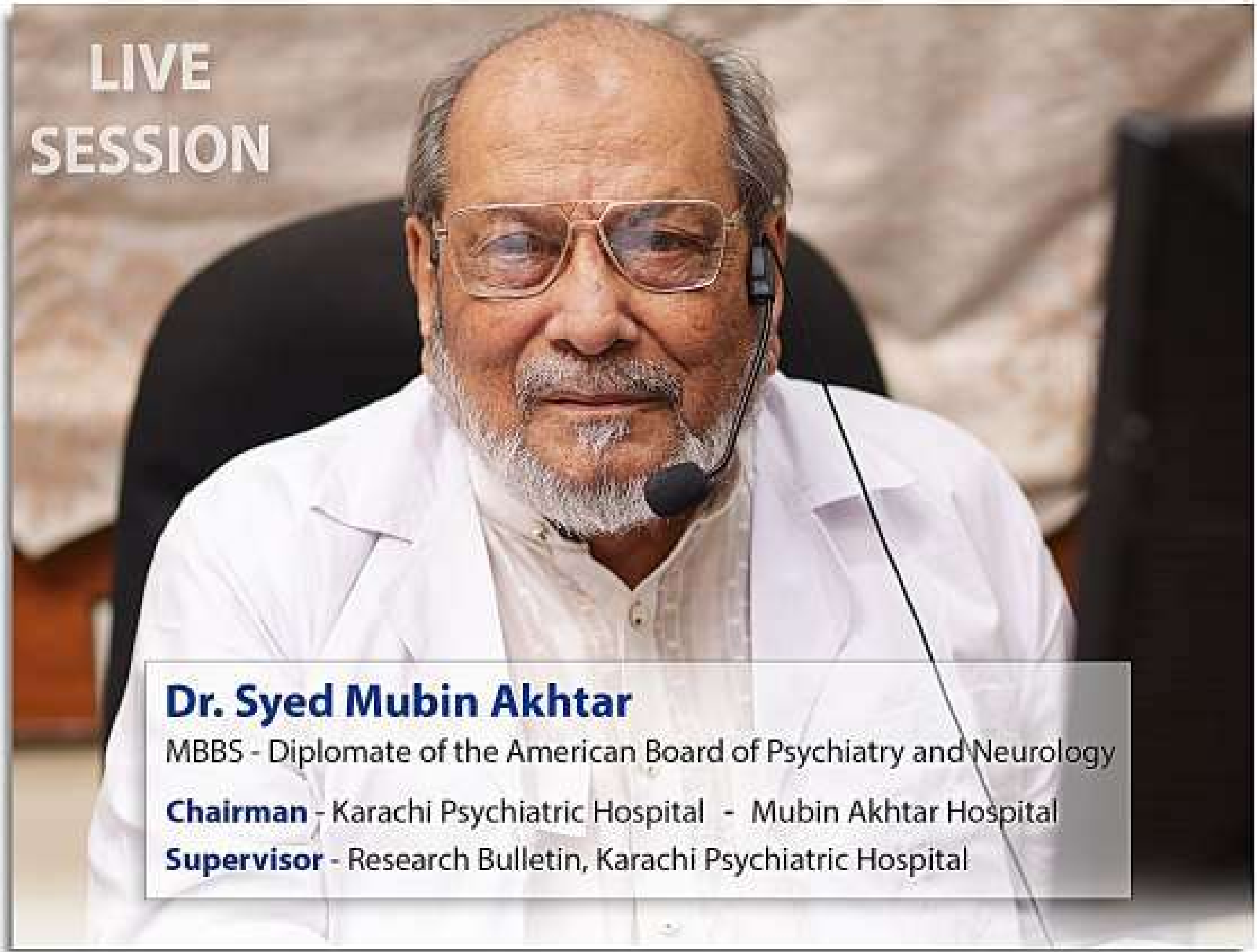
Offline 228
Online 228
Oxytocin 265
OCD 329

P

Psychosis 63
Positive 213
Premarital Sexual 262
Psychological 259
PTSD 260

ہفتہ وار فیس بک پر معلوماتی سوال و جواب

ہر سنیچر - وقت: دوپہر 1 سے 2 بجے



https://www.facebook.com/kph.org.pk/videos/312223014026451

kph.org.pk

بمقام: ڈاکٹر مبین اختر ہسپتال