

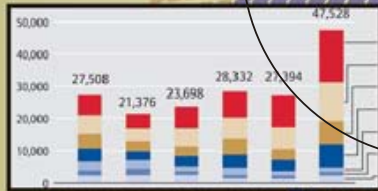
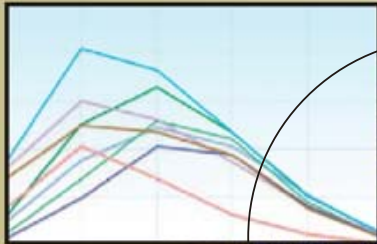
ډيموگرافي او کورنۍ تنظيم

پوهيالی دوکتور محمد ابراهيم (شيرزی)

In Pashto PDF

2010

Nangarhar University
Medical Faculty



ننگرهار پوهنتون
طېب پوهنځی

Ketabton.com

Demography

Dr. M. Ibrahim Shirzai

Download: www.nu.edu.af

Funded by LAAD

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



د لوړو زده کړو وزارت
ننگرهار پوهنتون
طب پوهنځي
د وقايوي او اجتماعي طب خانګه

ډيموګرافي او کورنۍ تنظيم

مؤلف: K.PARK

ژباړونکی: پوهيالی دوکتور محمد ابراهيم (شيرزی)

لارښود استاد: الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسين (يار)

کال: ۱۳۸۹

د کتاب خانګړتیاوې:

د کتاب نوم: ډیموګرافي او کورونې تنظیم

لیکوال: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

خپرونډوی: د ننگرهار طب پوهنځی

چاپ ځای: سهرمطبعه، کابل، افغانستان

چاپ شمېر: ۱۰۰۰ ټوکه

د چاپ نېټه: ۱۳۸۹ لمريز

ډانلوډ: www.nu.edu.af

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاريو د ټولني (DAAD) لخوا د آلمان فدرالي دولت له پانګې څخه تمویل شوی دی. ادارې او تخنیکي چارې يې په آلمان کې د افغان طب پرسونل عمومي ټولني (DAMF e.V.) او افغانیک (Afghanic.org) لخوا ترسره شوې دي. د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسوليت نه لري.

د طبي تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړيکه ونيسی:

ډاکتر يحيی وردک، دلورو زدکړو وزارت، کابل

تېلېفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴ ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان: ISBN: 978 993 621 1377

يادونه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګڼل کېږي. ددې ستونزې د هوارۍ لپاره موږ تېر کال د ننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډميکو همکاريو د ټولني (DAAD) له خوا پیل کړ. بیا د هېواد د پوهنتونونو، د لوړو زده کړو وزارت او د آلمان په غوښتنه موږ خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځيو ته هم وغځوو.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰-۲۰۱۴ کلونو په ملي ستراتيژيک پلان کې هم راغلي چې:

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او محصلينو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي، د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انگلیسي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژباړل اړین دي. له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او ښوونکي نشي کولای عصري، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسې پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلین او ښوونکي له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاړه مېتود تدریس کوي. محصلین او ښوونکي نوي معلومات په واک کې نلري او درسي مېتود ډېر زوړ دی. محصلین له کتابونو او هغه چېپېترو نو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپي کېږي. لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځيو ته لازياته پاملرنه وشي. ددې ستونزې د حل لپاره هغه ګټور کتابونه چې د طب پوهنځيو د استادانو لخوا لیکل شوي، باید راټول او چاپ شي. په دې لړ کې موږ د ننگرهار، کندهار، مزار او خوست له طب پوهنځيو څخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب يې يوه نمونه ده.

څرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام يوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو ټکي راوړم:

• درسي طبي کتابونه

موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېپټر او نوټ ورکولو دوران ختم شي.

• د نوي مېتود او پرمختللو وسايلو په کارولو سره تدریس

د ننگرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي يوازې د يو پراجيکتور درلودونکي وو، چې په ټول تدریس کې به ترې ګټه اخيستل کېده او ډېرو استادانو به په تيوريکي شکل درس ورکاوه. په کال ۲۰۱۰ م کې موږ DAAD په مرسته وکولای شول د ننگرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو په ټولو تدریسي صنفونو کې پروجکټرونه نصب کړو.

• د هېدل برگ پوهنتون په نړيوال طب کې ماسټري

په نظر کې ده چې د هېواد د طب پوهنځيو د عامې روغتيا د څانګو استادان د جرمني هيدل برگ پوهنتون ته د ماسټرۍ لپاره ولېږل شي.

• د اړتياوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضعیت (اوسنی ستونزې او راتلونکي چلنونه) وارزول شي، او بیا ددې په بنسټ په منظمه توگه اداري، اکادمیک کارونه او پرمختیایي پروژې پیلې شي.

- کتابتونونه
- په انگلیسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړیوال معیاري کتابونه د پوهنځيو کتابتونونو ته وسپارل شي.
- لابراتوارونه
- په هره طب پوهنځۍ کې باید په بېلابېلو برخو کې لابراتوارونه موجود وي.
- کادري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)
- د هېواد هره طب پوهنځۍ باید کادري روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلینو لپاره د عملي زده کړو زمینه برابره شي.
- ستراتیژیک پلان
- دا به ډېر گټور وي، چې د طب هره پوهنځۍ د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په رڼا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، یا یې وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چېپټرونه اډپټ او د بیا چاپولو لپاره تیار کړي. او زموږ په واک کې یې راکړئ، چې په ښه کیفیت چاپ او بیا یې په وړیا توگه د محصلینو په همدارنگه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس واک کې ورکړو. و سپارئ، خو په گډه مؤثرگامونه واخلو.

له گرانو محصلینو هیله کوم، چې په یادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.

د آلمان د اکاډمیکو همکاریو ټولني DAAD مؤسسې څخه ډېره مننه کوو، چې د کتابونو د چاپ او د پروجکټونو لگښت یې په غاړه اخیستی. همدارنگه یې زموږ له کاري پروگرام څخه ملاتړ ښوودلی او د لانورو مرستو وعده یې کړې ده. په المان کې د افغان طبي پرسونل چټري ټولني (DAMF e.V.) نه هم مننه کوم، چې په آلمان کې له موږ سره دايمي همکار وو.

په افغانستان کې د کتابونو په چاپ کې د لوړو زده کړو وزارت گرانو همکارانو په تیره بیا د پوهاند صابر خویشکي لارښونه او ملاتړ، د پوهنتونونو او پوهنځيو ریيسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او له خپلو نږدې همکارانو بهار صابر او روح الله وفا څخه هم منندوی یم.

ډاکټر یحیی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۰م کال، دسمبر

موبایل: ۰۷۰۲۳۲۰۸۴۴

ایمیل: yahya_wardak@hotmail.com

فهرست

شماره	عنوان	مخ
۱	د اتلسم ایډیشن د مؤلف سریزه	الف
۲	د ژباړونکي سریزه	ب
۳	دیموگرافي او کورنی تنظیم	۱
۴	دیموگرافیک دوران	۲
۵	لومړی پړاو (د اوچت ځای په ځای پړاو)	۲
۶	دویم پړاو (د وختي زیاتوالي پړاو)	۲
۷	دریم پړاو (دوروستي زیاتوالي پړاو)	۲
۸	څلورم پړاو (ټیټ یا بنکته ځای په ځای پړاو)	۳
۹	پنځم پړاو (دکمیدو پړاو)	۳
۱۰	دنړۍ دوگړو میلان	۳
۱۱	دزیریدنې اومړینې کچې	۷
۱۲	د وگړو د زیاتوالي کچه	۹
۱۳	دیموگرافیک میلان په هند کې	۱۱
۱۴	د عمر او جنس جوړښت	۱۳
۱۵	عمری اهرامونه	۱۵
۱۶	د جنس نسبت	۱۵
۱۷	د اتکا یا په بل پورې تړلی نسبت	۱۷
۱۸	د وگړو گڼوالی	۱۸
۱۹	د کورنۍ غټوالی	۱۸
۲۰	بناریتوب	۲۰
۲۱	لیک لوست او زده کړه	۲۳
۲۲	د ژوندي پاتې کیدو موده	۲۲

۲۹	امیدواری (Fertility)	۲۳
۳۱	د واده کولو په وخت کې عمر	۲۴
۳۲	د واده کیدنې څخه وروسته د ژوند موده	۲۵
۳۲	د ماشومانو ترمنځ واټن	۲۶
۳۲	زده کړه	۲۷
۳۲	شتمني	۲۸
۳۳	قوم او مذهب	۲۹
۳۳	خواړه	۳۰
۳۳	کورنۍ تنظیم	۳۱
۳۳	نور فکتورونه	۳۲
۳۴	د زیږیدنې پورې تړلي شمیرنه	۳۳
۳۴	د زیږیدنې اندازه	۳۴
۳۵	د امیدواری عمومي اندازه	۳۵
۳۵	د امیدواری عمومي مورنۍ اندازه	۳۶
۳۵	په ځانگړي عمر کې د امیدواری اندازه	۳۷
۳۶	ځانگړي عمر لرونکو میندو کې د امیدواری اندازه	۳۸
۳۶	د امیدواری ټولیزه اندازه	۳۹
۳۶	د امیدواری ټولیزه مورنۍ اندازه	۴۰
۳۶	Gross Reproductive Rate (GRR)	۴۱
۳۷	خالصه د زیږون اندازه (NRR) Net Reproductive Rate	۴۲
۳۷	د ماشوم او بنځې نسبت	۴۳
۳۷	د امیدواری اندازه	۴۴
۳۷	د زیان اندازه	۴۵
۳۷	د واده کولو اندازه	۴۶

۳۸	د امیدواری میلان	۴۷
۴۰	د زیږیدني او مړینې اندازې	۴۸
۴۳	د مړینې د اندازې کمیدل	۴۹
۴۴	د وگړو د زیاتوالي اندازه	۵۰
۴۵	کورنی تنظیم	۵۱
۴۵	د انسانانو بنسټیز حقونه	۵۲
۴۶	د کورني تنظیم د خدمتونو موخه (Scope)	۵۳
۴۷	د کورني تنظیم روغتیايي اړخونه	۵۴
۴۸	: د بنځو روغتیا	۵۵
۵۰	د جنین روغتیا	۵۵
۵۰	د ماشوم روغتیا	۵۶
۵۱	د ښه والي مفکوره	۵۷
۵۲	د کوچنۍ کورنۍ قانون	۵۸
۵۳	وړ جوړې (Eligible couples)	۵۹
۵۳	د موخې وړ جوړې	۶۰
۵۴	د جوړو د ساتنې اندازه	۶۱
۵۶	د وگړو ملي تگلاره ۲۰۰۰ م کال	۶۲
۶۰	د امیدواری ضد لارې (Contraceptive methods)	۶۳
۶۲	د مخنیوني لارې (Barrier methods)	۶۴
۶۳	فزيکي لارې	۶۵
۶۳	د کانډم کارول	۶۶
۶۵	ښځینه کانډم	۶۷
۶۵	پرده یا دیافرام (Diaphragm)	۶۸
۶۷	مهېلي سفنچ (Vaginal sponge)	۶۹

۶۷	کیمیای لاری	۷۰
۶۹	د رحم دنننۍ آلې (intra uterine devices)	۷۱
۷۰	لومړی جنیریشن د رحم دنننۍ آلې	۷۲
۷۰	Lippes loop	۷۳
۷۱	دویم جنیریشن د رحم دنننۍ آلې	۷۴
۷۳	دریم جنیریشن د رحم دنننۍ آلې	۷۵
۷۴	د رحم د دنننۍ آلود عمل میخانیکیت	۷۶
۷۴	اغیزمنتوب (Effectiveness)	۷۷
۷۵	د رحم د دنننۍ آلې بدلول	۷۸
۷۶	د رحم د دنننۍ آلودگتې	۷۹
۷۷	د رحم د دنننۍ آلود مضا د استطباب	۸۰
۷۷	مطلق مضا د استطباب	۸۱
۷۷	نسبې مضا د استطباب	۸۲
۷۸	د رحم د دنننۍ آلې لپاره وړ کاندید	۸۳
۷۹	د دننه کولو لپاره یې سم وخت	۸۴
۸۰	بیا کتنه (Follow up)	۸۵
۸۱	ناوړه اړخیزې اغیزې او اختلاطات	۸۶
۸۱	وینه بهیدنه	۸۷
۸۲	درد	۸۸
۸۳	د حوصلي اتانانات	۸۹
۸۴	د رحم خیرې کیدل	۹۰
۸۵	امیدواری	۹۱
۸۶	په بل ځای کې یا بی ځایه امیدواری (ectopic pregnancy)	۹۲
۸۷	په خپل سر خارجیدل (Expulsion)	۹۳

۸۸	د ویستلو څخه وروسته بیا امیدواری	۹۴
۸۸	کنسر او تیراتوجنیسس	۹۵
۸۹	مړینه	۹۶
۹۰	د امیدواری ضد هارموني درمل (Hormonal contraceptives)	۹۷
۹۰	گونادل سټرایدونه (Gonadal steroids)	۹۸
۹۰	جوړ شوي استروجنونه (synthetic oestrogens)	۹۹
۹۱	جوړ شوي پروجستوجونونه (Synthetic progestogens)	۱۰۰
۹۱	د امیدواری ضد هارموني درملو ډلبندی	۱۰۱
۹۲	د خولې د لازې دامیدواری ضد درمل	۱۰۲
۹۲	گډې گولۍ (Combined pill)	۱۰۳
۹۳	د pill ډولونه	۱۰۴
۹۴	یوازې پروجستوجن لرونکې گولۍ (Progesterone only pill (POP)	۱۰۵
۹۴	Post coital contraception	۱۰۶
۹۶	میاشت کې یوځل (اوږد عمل لرونکې) pill	۱۰۷
۹۶	نارینه پیل (pill)	۱۰۸
۹۷	د خولې دلارې امیدواری ضد درملو د اغیزې لاره	۱۰۹
۹۷	اغیزمنتوب	۱۱۰
۹۸	خولې د لازې د امیدواری ضد درملو خطرونه او گټې	۱۱۱
۹۹	الف: ناوړه اړخیزې اغیزې	۱۱۲
۹۹	د زړه او رگونو اغیزې	۱۱۳
۱۰۱	سرطاني اغیزې (Carcinogenesis)	۱۱۴
۱۰۱	استقلابي اغیزې	۱۱۵
۱۰۲	نورې ناوړه اړخیزې اغیزې	۱۱۶
۱۰۲	د ځکر گډوډۍ	۱۱۷

۱۰۲	شیدی ورکول	۱۱۸
۱۰۲	وروستنی امیدواری (Subsequent fertility)	۱۱۹
۱۰۳	بی ځایه امیدواری (ectopic pregnancy)	۱۲۰
۱۰۳	د جنین نشونما	۱۲۱
۱۰۳	دودیزې ناخوښه اغیزې	۱۲۲
۱۰۳	د تیونو حساسوالی	۱۲۳
۱۰۳	د وزن زیاتوالی	۱۲۴
۱۰۳	سر درد او نیم سری (headache and migraine)	۱۲۵
۱۰۴	د وینې بهیدنې گډوډی	۱۲۶
۱۰۴	ب: گټورې اغیزې	۱۲۷
۱۰۴	مضاد استطببات	۱۲۸
۱۰۴	الف: مطلق مضاد استطببات	۱۲۹
۱۰۵	ب: ځانگړي ستونزې چې طبي کتنې ته اړتیا لري	۱۳۰
۱۰۵	د کارونې موده	۱۳۱
۱۰۵	طبي څارنه (Medical supervision)	۱۳۲
۱۰۷	ب: د هارمون ورو ازادونکې درمل (Depot formulation)	۱۳۳
۱۰۷	د امیدواری ضد زرقی درمل	۱۳۴
۱۰۷	اول: یوازي پروجستوجن لرونکي د امیدواری ضد زرقی درمل	۱۳۵
۱۰۸	الف: DMPA	۱۳۶
۱۰۹	ب: NET-EN	۱۳۷
۱۰۹	تطبیق (Administration)	۱۳۸
۱۱۰	ناوړه اړخیزې اغیزې	۱۳۹
۱۱۰	مضاد استطببات	۱۴۰
۱۱۱	گډ ډول د امیدواری ضد زرقی درمل (Combined Inject able Contraceptives)	۱۴۱

۱۱۲	د پوستکي لاتدي غرس کيدونکي (Sub dermal implants)	۱۴۲
۱۱۳	مهيلي کړۍ (vaginal rings)	۱۴۳
۱۱۳	د زيږون څخه وورسته لازي (د اميدواري پاى) (Post conceptional methods)	۱۴۴
۱۱۳	د مياشتني عادت تنظيم	۱۴۵
۱۱۴	د مياشتني عادت تنبه کول	۱۴۶
۱۱۴	زيان (Abortion)	۱۴۷
۱۱۵	د زيان خطرونه	۱۴۸
۱۱۶	د زيان قانوني کيدل (Legalisation)	۱۴۹
۱۱۷	په طبي ډول د اميدواري پاى ته رسولو قانون (۱۹۷۱م)	۱۵۰
۱۱۹	په طبي ډول د اميدواري د پاى ته رسولو قاعدې	۱۵۱
۱۱۹	د کميتي يا شوري له پلوه تائيديدل	۱۵۲
۱۱۹	زده کړه او وړتيا چې د زيان عمليې د تر سره کولو لپاره اړينه ده	۱۵۳
۱۲۰	هغه ځاى چې د زيان عمليه هلته تر سره کيدای شي	۱۵۴
۱۲۰	د زيان د ازاديدو اغيزې	۱۵۵
۱۲۱	نورې بيلابيلې لازي (Miscellaneous)	۱۵۶
۱۲۱	د جنسي عمل نه تر سره کول	۱۵۷
۱۲۱	د انزال څخه مخکې د جنسي آلې د باندې ويستل (Coitus interrupts)	۱۵۸
۱۲۲	خوندي موده (منظمه لازه)	۱۵۹
۱۲۴	د کورني تنظيم طبيعي لازي	۱۶۰
۱۲۵	Basal body temperature method	۱۶۱
۱۲۶	Cervical mucus method	۱۶۲
۱۲۶	Symptothermic method	۱۶۳

۱۲۷	شیدې ورکول	۱۶۴
۱۲۷	د زیږیدني د کنترول واکسین	۱۶۵
۱۲۸	اخرنی لاري یا شنډوالی (Sterilization)	۱۶۶
۱۲۹	د شنډولو لپاره لارښوونې (Guide lines)	۱۶۷
۱۲۹	د نارینه و شنډول (Male sterilization)	۱۶۸
۱۳۰	اختلاطات	۱۶۹
۱۳۲	د پاتي راتللو لاملونه	۱۷۰
۱۳۳	د عملیات څخه وروسته لارښوونې	۱۷۱
۱۳۴	د بنځینه و شنډول (Female sterilization)	۱۷۲
۱۳۵	لپراسکوپي	۱۷۳
۱۳۵	د ناروغ ټاکنه	۱۷۴
۱۳۶	اختلاطات	۱۷۵
۱۳۶	Minilap operation	۱۷۶
۱۳۶	د امیدواری ضد لارو ارزونه	۱۷۷
۱۳۸	د کورني تنظیم نه ترلاسه شوي اړتیا (Unmet need for family planning)	۱۷۸
۱۴۲	د امیدواری ضد لاري او Adolescence	۱۷۹
۱۴۵	د کورني تنظیم د وړاندې کولو سیستم یا Delivery System	۱۸۰
۱۴۵	په مرکزي کچه	۱۸۱
۱۴۶	د ایالت په کچه	۱۸۲
۱۴۷	د اولسوالی په کچه	۱۸۳

۱۴۹	د لومړني روغتيايي مرکز په کچه	۱۸۴
۱۵۰	د کلي په کچه	۱۸۵
۱۵۱	د ټولني د اړتياؤ د ارزونې کړنلاره	۱۸۶
۱۵۳	د خصوصي سکتور شريکول	۱۸۷
۱۵۴	Incentives and disincentives	۱۸۸
۱۵۵	د زيږيدون څخه وروسته پروگرام	۱۸۹
۱۵۶	د خلکو پوهاوی	۱۹۰
۱۵۷	د کورني تنظيم سوسيالوژي (Sociology of family planning)	۱۹۱
۱۵۹	خپلواکه ادارې (voluntary organization)	۱۹۲
۱۶۰	د کورني بڼه والي ملي پروگرام (NATIONAL FAMILY WELFARE PROGRAMME)	۱۹۳
۱۶۴	د کورني تنظيم ارزونه (Evaluation of Family Planning)	۱۹۴
۱۶۵	د اړتياوو ارزونه	۱۹۵
۱۶۵	د پلان ارزونه	۱۹۶
۱۶۵	د کړنو يا فعاليتونو ارزونه	۱۹۷
۱۶۵	د اغيزمنتوب ارزونه	۱۹۸
۱۶۵	د اغيزو ارزونه	۱۹۹
۱۶۷	ماخذونه	۲۰۰

د اتلسم ایډیشن د مو کف سريزه

په وياړ سره بايد وويل شي چې د دغه کتاب اوه لس (۱۷) ایډیشن په برياليتوب سره خپاره شوي دي او اوس يې دادې اتلسم (۱۸) ایډیشن ته چې پراخ او نوي معلومات لري داخلېږو. دغه نوی ایډیشن چې د خپریدونکو ایډیشنونو د منظم زمانې واټن په مراعت کولو سره خپرېږي موخه يې د هر اړتيا وړ بدلون په وړاندې ځواب دي.

کتاب په ټوليزه توگه نوي (update) شوی دی. په دغه گڼه کې د ځنډنيو غير ساري ناروغيو او حالاتو د اېډيمولوژي بشپړ اصلاح شوي څپرکي شتون لري. او د قلبي وعايي ناروغۍ، شکرې ناروغۍ، سرطان، چاغوالی (Obesity)، روندوالی، تصادفات او جروحات، برخې د نويو اضافي معلوماتو سره يوځای ليکل شوي دي. په هند کې د روغتيايي پروگرامونو څپرکی بشپړ نوی شوی دی، د ساري ناروغيو اېډيمولوژي څپرکی د SARS په څير نوو موضوعاتو په علاوه کولو سره نوی (Update) شوی دی. د نهم پنځه کلن پلان د موضوعاتو پرځای، د لسم پنځه کلن پلان د روغتيا اړونده موضوعات ځای پرځای شوي دي.

څرنګه چې اوس مهال هند د ملګرو ملتونو د **United nations Millennium Declaration** چې د M.D.G پوري زيات تړاو لري، له مخې يو د نظر وړ هيواد دی نو ددې موضوع په اړه مفصل معلومات، بستيزې موخې، هندي معيارات او موجوده حالت په يوويشتم (۲۱) څپرکي (د ټولني روغتيايي پاملرنې) کې تري يادونه شوې ده.

زه هيله لرم چې دغه کتاب نه يوازې د طب محصيلينو ته چې دغه کتاب ورته ليکل کيږي بلکه نورو خلکو ته هم چې په اړوند مسلک کې کار کوي يو دوامداره مرستندويه واوسي. زه د بساغلي **Brij Mohan Bhanot** څخه چې ددغه کتاب په خپریدو کې يې مرسته کړېده د زړه له کومې مننه کوم.

K. Park
Jabalpur
2005 January

د ژباړونکې سریزه

نن ورځ دا پرمختللي نړۍ کوم چې مونږ پکې ژوند کوو گورو او د اسانتياوو څخه يې گټه اخلو دا ټول د علم او زده کړې برکت دی. د نړې د هر قوم او اولس پرمختگ د پوهې څخه الهام اخلي او د هر هيواد د وگړو د سوکالۍ او هوساينې راز په همدې اصل کې نغښتی دی. دا چې کوم قوم او ولس ولی او څنگه پرمخ تللی او ولی ئې د ژوند د خوښيو پسرلي په برخه دي؟ دا هر څه د علم او پوهې د کچې د لوړېدو پورې اړه لري، او د ژوند د کچې او څرنگوالي لوړوالی د زده کړې سره نېغه اړیکه لري.

د نړۍ پوهان د خپلي سيالۍ نیلی د علم او پوهنيز نوښت په ډگر کې ځغلوې او زيار گالي چې خپله وړتيا او لاس ته راوړنه په عمل کې ثابته کړي.

زمونږ په ټولنه کې د علمي کتاب ليکنه ستر نوښت دی او ډير ارزښت لري. ځکه چې په تيرو څه د پاسه دوه لسيزو کې مونږ خپلې ډيرې مادي او معنوي هستۍ د جگړو توپان ته سپارلې دي او د علمي پرمختيا په لاره کې د نړيوال علمي يون او ځغل له کاروانه وروسته پاتې شوي يو.

ځکه خو د هر علمي اثر رامنځته کيدل مونږ ته د يو علمي اکاډمي د پرانيستې زيری لري. څرنگه چې د وقايوي او ټولنيز طب څانگې تر اوسه پورې د ديموگرافي او کورني تنظيم په برخه کې نوی علمي اثر نه درلوده. او د بل پلوه نن ورځ په نړۍ کې د وگړو زياتوالي د عامې روغتيا له نظره ستر روغتيايي مشکل دی. ځکه چې د وگړو زياتوالي د ډول ډول ساري او غيرساري ناروغيو د منځته راتگ لپاره زمينه برابروي، د روغتيايي، اقتصادي او ټولنيز پرمختگ په مقابل کې ستر خنډ جوړوي، او هم د کورني تنظيم په نه شتون کې مور، ماشوم او کورنۍ ته ډول ډول روغتيايي ضررونه، اقتصادي زيان او د کورنۍ غړو ماشومانو لپاره د غذايي، اخلاقي، علمي او ټولنيز اړخه ډول ډول ستونزې رامنځته کيدلی شي. دغه پورته ذکر شوي حالات او مشکلات مونږ په گران هيواد افغانستان کې هم ورځ په ورځ مخ په زياتيدو دي. ځکه د خلکو مختلف روشونه، عادات، مذهبي عقايد، ټولنيزې غوښتنې (لکه د نارينه بچيو زياتوالی)، او نور هغه فکتورونه

دي چې د ډيرو زيريدنو لپاره لازمه هواروي. او د زيريدنو نه كنترول د دغه پورته يادو شوو ستونزو عمده تشديدونكې فكتور دى. نو د وقايوي او ټولنيز طب خانگي دا لازمه وگنله او ماته يې دنده راکړه چې دمحترم استاد الحاج پوهنوال دوكتور محمد حسين (يار) دمستقيمي لارښوني لاندې ياده شوې موضوع د **Text Book of Preventive and Social Medicine (K. Park's)** څخه د پوهيالي علمي رتبې څخه د پوهنياري علمي رتبې ته د لوړتيا لپاره په پښتو ژبه وژباړم، او د طب پوهنځي د پنځم ټولگي لپاره په پورته موضوع باندې رساله دمنل شوي كريكولم سره سمه وليكم.

دا كتاب دوه عمده برخې لري چې يو د يموگرافي يا د وگړپيژندنې برخه، او بله يې د كورني تنظيم برخه ده. دا علمي رساله د منل شوي نړيوال كتاب څخه په خپله مورنۍ ژبه ترجمه او د لوي څښتن تعالی په مرسته پدې بريالی شوم چې خپلې ټولنې ته يې وړاندې كړم.

دغه علمي رساله سربيره پردې چې په روانه ژبه ليكل شوې ده، تر خپلې وسې پورې مې زيار گاللی چې دانگريزي لغات سوچه پښتو ته واړوم او د ليكنې مفهوم په اسانه او ساده ژبه درنولو ستونكو ته وړاندې كړم. خو په ځيني ځايونو كې طبي ترمينالوژي ته په پام سره ځيني لغات په خپل حال پاتې دي چې دا يوه اړتيا او مصلحت دى.

داچې د طبابت د علم په ډگر كې د تيوري او عمل له له نظره نوې څيړنې او موضوعات رامنځته كيږي. نو په دغه علمي اثر كې نوي او تازه معلومات راټول شوي. ترڅو د كتاب د منځپانگې ځولۍ د گټورو او غوره معلوماتو څخه ډكه كړي.

په علمي اثر كې د مفهوم د افادي لپاره انځورونه او جدولونه ځای په ځای شوي دي. او د محترم استاد الحاج پوهنوال دوكتور محمد حسين (يار) څخه چې ددې علمي رسالې په ليكلو او د ناسميو په سمون كې د ډيرو بوختياو سره سره له ماسره مرسته كړي، منندوي يم او د لوي څښتن تعالی څخه ورته اجر وونه غواړم.

په پاڼي كې د درنو لوستونكو څخه په ډير درناوي هيله كوم چې ددې علمي رسالې د املائي او انشائي ناسميو د سمون په هكله له ما سره مرسته وكړي ترڅو په راتلونكي كې د هغې د تکرار څخه مخنيوی وشي. په درنښت

دیموگرافي او کورنی تنظیم

Demography and family planning

نن ورځ دیموگرافي داسي تعريفېږي چې: د انساني وگړو علمي څيړنې ته دیموگرافي وايي. دیموگرافي د انسان پورې تړلې درې پېښو سره زيات تړاو لري چې عبارت دي له:

۱. د وگړو په کچه کې بدلون (زياتوالی يا کموالی)

۲. د وگړو په جوړښت کې بدلون

۳. په سيمه کې دوگړو ویشنه

دغه پورته يادې شوې پېښې د پنځه دیموگرافيک عمليو سره سر خوري چې عبارت دي له: زيږيدنې، مړينې، واده کول، کډوالي، او ټولنيز خوځښت څخه. دغه پنځه پېښې د تل لپاره روانې وي او د وگړو کچه، جوړښت او په سيمه کې ویشنه ټاکي. ټولنيز طب د وگړو سره تړدې اړیکې لري ځکه د يوې ډلې روغتيا د خلکو په شمير، هغه سيمه چې خلکو اشغال کړيده، او هغه پوهه چې دوي د خپلو ستونزو د هوارې لپاره ترلاسه کړې ده، ترمنځ د يو ډينامیک اړیکې پورې اړه لري.

په هند کې د دیموگرافيک شميرنې سترې سرچينې عبارت دي له: د وگړو شميرنه، د ملي نمونې اخیستنې سروې گانې، د ژوند د پېښو راجسټر کول او اډوک دیموگرافيک څيړنې (Adhoc demographic study) څخه.

دیموگرافيک دوران

د وگړو د تاريخچې څخه دا جوتېږي چې د ۱۶۵۰م کال څخه تر اوسه پورې د نړۍ په دیموگرافيک دوران کې پنځه پړاونه منځته راغلي دي.

۱. لومړي پړاو (اوجت ځای په ځای پړاو) (High stationary) :

دا پړاو په زیاته کچه زیږیدنې او زیاته کچه مړینې باندې متصف دی چې یو د بل په وړاندې عمل کوي او د نړۍ وګړي ځای په ځای پاتې کېږي (بدلون نه کوي). هند تر ۱۹۲۰م کال پورې پدې پړاو کې پاتې شوی دی.

۲. دویم پړاو (د وختي زیاتوالي پړاو) (Early expanding)

پدې پړاو کې د مړینې کچه مخ په کمیدو شوه مګر د زیږیدنې په کچه کې کوم بدلون شتون نه درلوده . د سهیل ختیځې اسیا او افریقا زیاتره هیوادونه اوس هم په همدې پړاو کې ځای لري. د دغه هیوادونو څخه په ځینو کې د زیږیدنې په شمیرکې زیاتوالي منځته راغلی دی چې شونې ده دغه زیاتوالی د روغتیايي حالت د ښه والي او د تي رودلو مودې د کموالي له کبله وي.

۳. دریم پړاو (د وروستي زیاتوالي پړاو) (Late expanding)

پدې پړاو کې د مړینې په کچه کې نورهم کموالی منځته راغی او د زیږیدنې کچې که څه هم د کموالي خوا ته میلان پیدا کړو مګر د نړۍ وګړي د زیاتوالي په حال کې شول ځکه چې د زیږیدنې اندازه تر مړینې ډیره زیاته وه. هند د نورو ودې په حال هیوادونو په شان (چین اوسینګاپور) دې پړاو ته داخل شو مګر په چټیک ډول یې د زیږیدنې په کچه کې کموالی منځته راغی.

۴. څلورم پړاو (ټیټ یا ښکته ځای په ځای پړاو) (Low stationary)

پدې پړاو کې د زیږیدنې او مړینې کچې راتیتې شوې چې په پایله کې د نړۍ وګړي ځای په ځای پاتې شول (بدلون یې ونه کړو). د استرلیا د وګړو د زیاتوالي کچه ډیر

وختي لاصفر ده (۱۹۸۰-۱۹۸۵). او په همدې کال کې د انگلستان، دنمارک، سوېډن، او بلجيم هیوادونو د وگړو د زیاتوالي کچه ۱، ۰ ثبت شویده. په لنډ ډول وایو چې په زیاتره صنعتي هیوادونو کې دیموگرافیک بدلون منځته راغی یعنې د زیاتي زیربډنې او مړینې کچې څخه یې د لږې زیربډنې او مړینې کچې خوا ته بدلون وکړو.

۵. پنځم پړاو (د وگړو د کمیدو پړاو) (Declining)

د نړۍ په وگړو کې کموالی پیل شو ځکه چې د زیربډینې کچه د مړینې د کچې څخه کمه شوه. ځنې ختیځ اروپایي هیوادونه لکه جرمني او هنگري پدې پړاو کې د یادولو وړ دي.

د نړۍ د وگړو میلان

د عیسوي زمانې په پیل کې نژدې دوه زره کاله وړاندې، د نړۍ وگړي ۲۵۰ میلیون شمیرل شوي وه. وروسته د نړۍ د وگړو اټکلي زیاتوالی په لاندې لومړۍ گڼه جدول کې بنودل شوي دي.

د لاندې جدول څخه جوتیرې چې د نړۍ وگړي په ۱۸۰۰ م میلادي کال کې یو بیلون ته ورسیده. په ۱۳۰ کلونو کې د نړۍ وگړي دوه بیلونه شول (۱۹۳۰ م شاوخوا کې). د دیرش کلونو په موده کې د وگړو دریم بیلون منځته راغی (۱۹۶۰ م شاوخوا کې). د پنځه لس (۱۵) کلونو په موده کې څلورم بیلون (۱۹۷۴ م شاوخوا کې)، د دولس (۱۲) کلونو په موده کې پنځم بیلون (۱۹۸۷ م شاوخوا کې)، او شپږم بیلون هم د دولس (۱۲) کلونو په موده کې منځته راغی (۱۹۹۹ م شاوخوا کې). د ۱۹۹۹ م کال د اکتوبر په دولسه نیټه د نړۍ وگړي شپږ بیلونو ته ورسیدل او داسې اټکل شویده چې تر ۲۰۲۵ م کال پورې به دا شمیراته (۸) بیلونو ته ورسیري.

لومړۍ ګڼه جدول: د نړۍ د وګړو شمیر

کال	وګړي په میلیون	منځنۍ د کلني زیاتوالي کچه (سلنه)
۱۷۵۰	۷۹۱	-
۱۸۰۰	۹۷۸	۰،۴
۱۸۵۰	۱۲۶۲	۰،۵
۱۹۰۰	۱۶۵۰	۰،۶
۱۹۵۰	۲۵۲۶	۱،۱
۱۹۶۰	۳۰۳۷	۱،۷۹
۱۹۷۰	۳۶۹۶	۱،۹۲
۱۹۷۵	۴۰۶۶	۱،۸۹
۱۹۸۰	۴۴۳۲	۱،۷۲
۱۹۸۷	۵۰۰۰	۱،۶۳
۱۹۹۱	۵۳۸۵	۱،۷
۱۹۹۸	۵۸۸۴	۱،۶
۲۰۰۰	۶۰۵۴	۱،۴
۲۰۰۲	۶۲۲۵	۱،۱

د نړۍ د خلکو درې پر څلور برخه په مخ پر ودې هیوادونو کې ژوند کوي. د نړۍ د لسو ډیرو وګړو لرونکو هیوادونو وګړي او د دوي ترمنځ ګډه اړیکه په لومړۍ ګڼه انځور کې ښودل شویده.

که څه هم د وګړو د شمیر له مخې د امریکا متحده ایالات (USA) د هند څخه وروسته په نړۍ کې دریم ځای لري، خو دلته د دواړو هیوادونو ترمنځ یوه پراخه تشه (خالیګاه) د ۷۴۶ میلیونو وګړو په اندازه شتون لري.

ملګرو ملتونو داسې اټکل کړیده چې د ۱۹۹۰-۲۰۰۰م کلونو ترمنځ د نړۍ د وګړو

د کلني زیاتوالي کچه په سلوکې ۱،۴ وه. او په همدې موده کې (۱۹۹۰-۲۰۰۰م) د چین هیواد په ډیره تیتیه کچه د وگړو کلنی زیاتوالی درلوده (۱٪). په داسې حال کې چې دغه کچه په پرتلیز ډول په هند کې ۱،۹۳ وه. په اوس وخت کې چین د وگړو د کلني زیاتوالي له مخې د امریکا د متحده ایالاتونو سره د پرتله کیدو وړ هیواد دی (۰،۹ په سلوکې).

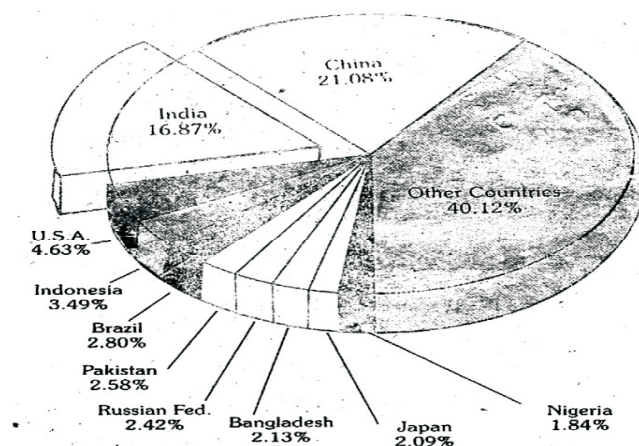


FIG. 1

لومړی گڼه انځور:

د سهیل ختیځې اسیایي حوزې (SEAR) درې هیوادونه هند (۱۲،۸۷٪)، اندونیزیا (۳،۴۹٪) او بنگله دیش (۲،۱۳٪) د نړۍ د لسو ډیرو وگړو لرونکو هیوادونو له ډلې څخه دي. اوس وخت کې هند د چین څخه وروسته دویم هیواد دی چې ډیر وگړي لري. د ملگرو ملتونو د وړاندوینې له مخې د هند وگړي به تر ۲۰۵۰ میلادي کال پورې ۱،۵۳ بیلونو ته ورسېږي او دا به په نړۍ کې تر ټولو زیات وگړي لرونکی هیواد وي.

د سهیل ختیځې اسیایي حوزې د هیوادونو د وگړو د زیاتوالي میلان په لاندې دویمه گڼه جدول کې ښودل شوی دی.

دويمه گڼه جدول: د سهيل ختيځې اسيایي حوزې د هيوادونو د وگړو د زياتوالي ميلان

(په زرگونو باندې)

هيواد	۱۹۸۵	۲۰۰۲	۲۰۰۵ (اټکلي)
هند	۷۲۷۹۴۰	۱۰۴۹۵۴۹	۱۰۸۲۱۸۴
بنگله ديش	۹۹۳۱۰	۱۴۳۸۰۹	۱۳۹۹۱۱
بوتان	۱۴۵۱	۲۱۹۰	۲۳۱۳
کوريا	۱۸۹۴۲	۲۲۵۴۱	۲۵۴۱۲
اندونيزيا	۱۲۷۳۳۲	۲۱۷۱۳۱	۲۲۲۹۳۸
مالديويس	۱۸۴	۳۰۹	۳۵۵
ماينمار	۳۷۵۴۴	۴۸۸۵۲	۵۳۴۷۹
نيپال	۱۲۵۰۳	۲۴۲۰۹	۲۷۴۳۹
سريلانکا	۱۲۰۲۰	۱۸۹۱۱۰	۱۹۸۵۸
تايلينډ	۵۱۱۲۸	۲۲۱۹۳	۲۲۲۱۲
ټولگه	۱۱۷۲۳۹۴	۱۵۸۹۲۹۳	۱۲۴۰۵۰۵

د زيږيدنې او مړينې کچې

په ټاکل شوو هيوادونو کې د زيږيدنې او مړينې د کچو ترمنځ بنسټه توپير په درېيمه

گڼه جدول کې بنسټه شويدي.

درېيمه گڼه جدول : په ټاکل شوو پرمختللو او پرمختلونکو هيوادونو کې د زېږيدنې او مړينې ناتصفيه

شوي کچې (۲۰۰۲ ميلادي کال)

هيواد	د زېږيدنې ناتصفيه شوي اندازه	د مړينې ناتصفيه شوي اندازه
هند	۲۴	۹
بنگله ديش	۲۹	۸
پاکستان	۳۲	۱۰
سريلانکا	۱۷	۷
تايلينډ	۱۸	۷
ميانمار	۲۴	۱۱
نيپال	۳۳	۱۰
چين	۱۵	۷
جاپان	۹	۸
سينگاپور	۱۰	۵
انگلستان	۱۰	۱۰
د امريکا متحده ايالات	۱۵	۸

د ۱۹۷۵ ميلادي کلونو په شاوخوا کې د لومړي ځل لپاره د نړۍ د زېږيدنې کچه په هرو زرو تنو کې د ديرشو (۳۰) څخه راټيټه شوه. او په ۲۰۰۲ عيسوي کال کې دا کچه (۲۲) ته راښکته شوه. چې دا کموالی د زېږيدنې د کموالي، او د نړۍ په زياتره برخو کې د کوچنيو کورنيو خواته د ميلان له کبله منځته راغلی دی. د زېږيدنې د کموالي ښې بيلگې د سينگاپور او تايلينډ د هيوادونو څخه عبارت دي. په سينگاپور کې په ۱۹۷۰م کال کې د زېږيدنې کچه په هرو زرو تنو کې ۲۳ وه چې په ۲۰۰۲م کال کې دغه کچه لسو (۱۰) تنو ته راښکته شوه او په تايلينډ کې هم په همدې موده کې دغه کچه د اوه ديرش (۳۷) تنو څخه اته لس (۱۸) تنو ته په هرو زرو تنو کې راټيټه شوه.

څلورمه گڼه جدول : په ټاکل شوو هیوادونو کې د زیربډنې اومړینې نه څیړل شوې کچې او د هغوي کموالی بنودل شويدي (۱۹۷۰ او ۲۰۰۲ کلونو کې)

هيواد		ناتصفيه شوي د زیربډنې اندازه		ناتصفيه شوي د مړينې اندازه	
		۱۹۷۰	۲۰۰۲	۱۹۷۰	۲۰۰۲
بنگله ديش		۴۶	۲۹	۲۱	۸
نيپال		۴۲	۳۳	۲۲	۱۰
هند		۴۰	۲۴	۱۷	۹
سريلانکا		۲۹	۱۷	۸	۷
تايلينډ		۳۷	۱۸	۹	۷
سينگاپور		۲۳	۱۰	۵	۵
چين		۳۳	۱۵	۸	۷
پاکستان		۴۳	۳۲	۱۸	۱۰

په دغه ټولو هیوادونو کې د زیربډنې د کموالي غوره کليدي فکتورونه عبارت دي له: د وگړو زیاتوالي ته د دولتونو پاملرنه، د تعلیماتو خپرول، د امیدواری ضد درملو اسانه پیدا کیدل، د کورني تنظیم د پروگرامونو او خدمتونو وړاندي کول، او د ودونو په کړن لاره کې د بدلون د منځته راتگ څخه.

همدارنگه په تیرو څو لسيزو کې په نړۍ کې د مړینې کچه را ټیټه شويده. د مړینې نړیواله اندازه د ۱۹۷۵_۱۹۸۰ م کلونو ترمنځ په هرو زرو تنو کې یولس (۱۱) تنه وه مگر په ۲۰۰۲ م کال کې دغه کچه نه (۹) تنو ته را ټیټه شوه چې اتلس (۱۸) سلنه کموالی پکې منځته راغلی دی. د سهیل ختیځې اسیایي حوزې د مړینې په نه څیړل شوي اندازه کې هم د پام وړ کموالی منځته راغلی دی چې په هرو زرو تنو کې د ۱، ۱۴ څخه ۲، ۸ تنو ته را ټیټ شويدي. هغه هیوادونه چې ډیر شمیر ځوانان لري د مړینې ناتصفيه شوي کچه يي د کوچنیانو او تي رودونکو د مړینې له کبله اغیزمنه

شویده. مگر د مور او ماشوم روغتیایي خدمتونه، د واکسین کولو پراخه پروگرامونه، او د نس ناستي، تنفسي او نورو اتناني ناروغيو د کنترول په پروگرامونو کې ښه والی، د ماشوم او تي رودونکو د مړینې کچه راکمه کړیده چې دغه کموالی په خپل وار د مړینې ناتصفیه شوی اندازه هم کموي.

د وگړو د زیاتوالي اندازه (Growth rates)

کله چې د مړینې نه خپرل شوي اندازه د زیږیدنې د نه خپرل شوي اندازې څخه منفي شي نو حاصل یې د کلني زیاتوالي د اندازې (Annual growth rate) څخه عبارت دی (د کپوالی څخه پرته).

د کلني زیاتوالي او د وگړو د زیاتوالي کچو ترمنځ تړاو په لاندې پنځمه گڼه جدول کې ښودل شوی دی.

پنځمه گڼه جدول :

کچه	د زیاتوالي کلنۍ کچه %	د هغه کلونو شمیر چې د وگړو د دوه برابره کیدو لپاره حضور دي
ثابته کچه وگړي	زیاتوالی نشته	
لږ زیاتوالی	د ۰،۵ څخه کم	د ۱۳۹ څخه زیات
منځنۍ کچه زیاتوالی	د ۰،۵ څخه تر ۱،۰	۷۰-۱۳۹
تیز زیاتوالی	د ۱،۰ څخه تر ۱،۵	۴۷-۷۰
ډیر تیز زیاتوالی	د ۱،۵ څخه تر ۲،۰	۳۵-۴۷
انفجاري زیاتوالی	د ۲،۰ څخه تر ۲،۵	۲۸-۳۵
-----	د ۲،۵ څخه تر ۳،۰	۲۳-۲۸
-----	د ۳،۰ څخه تر ۳،۵	۲۰-۲۳
-----	د ۳،۵ څخه تر ۴،۰	۱۸-۲۰

داسې ويل کېږي چې د وگړو د زياتوالي اندازې ډيروالي د اورنگاډي د حرکت په شان دی، کوم چې په ورو ډول پيل کېږي او بيا تيزوالي پيدا کوي او د حرکت څخه وروسته يې د کنترول لاندې راوستل ډير وخت غواړي. د اورنگاډي په پيښه کې د کنترول فکتورونه د کتلې او جبري قوې څخه عبارت دي، او د وگړو په برخه کې دغه فکتورونه له عمري ویشني، واده کولو، رواجونو، گڼ شمير کلتورونو او ټولنيز اقتصادي فکتورونو څخه عبارت دي.

د ۱۹۷۰م کال په شاوخوا کې د نړۍ د وگړو زياتوالي اندازه خپلې اوچتې يا نژدې اوچتې کچې ته رسيدلې وه چې په اټکلي ډول د نړۍ وگړو هر کال ۹۲، ۱ سلنه زياتوالي کولو. مگر اوسني معلومات دا ښی چې تر ۲۰۰۰م کال پورې دغه زياتوالي ۴، ۱ سلنې ته را ښکته شوی دی.

د وگړو د زياتوالي کچه په نړۍ کې يو ډول نده. ډير داسې هيوادونه شتون لري لکه اروپايي هيوادونه، چې د کلني زياتوالي کچه يې ۵، ۰ سلنه ده. د ودې په حال هيوادونو کې د وگړو د کلني زياتوالي کچه زياته ده چې په افريقا کې ۸، ۲ سلنه، په لاتين امريکا کې ۵، ۱ سلنه، په اروپا کې ۵، ۰ سلنه او په اسيا کې ۹، ۱ سلنه ده. هغه هيوادونه چې د کلني زياتوالي کچه يې په سلو کې ۵، ۰ وي په ۱۴۰ کلنو کې يې د وگړو شمير دوه برابره کېږي، او هغه هيوادونه چې د کلني زياتوالي کچه يې په سلو کې درې (۳) وي په ۲۰-۲۵ کلنو کې يې د وگړو شمير دوه برابره ته رسېږي (پنځمه گڼه جدول). د وگړو د زياتوالي دغه توپير په بيلابيلو هيوادونو کې د زيږيدنې او مړينې د ښې پورې اړه لري. د وگړو د زياتوالي کچې ته په لاندې ډول لنډه اشاره شوې ده.

- د دغه زياتوالي ۹۵ سلنه د ودې په حال هيوادونو کې پېښېږي.

- په اوس وخت کې د نړۍ یو پر درې (۱/۳) برخه وګړي د پنځه لس (۱۵) کلنو څخه کم عمر لري چې دوي به ډیر ژر د بچي زیربډنې پړاو ته داخل شي او پدې توګه د نړۍ وګړي به ډیر زیات شي.
 - UNFPA داسې اټکل کړیده چې د نړۍ وګړي به تر ۲۰۵۰م کال پوري لس (۱۰) بیلونه شي او یوه سلیزه وروسته به ۷،۲۰ بیلونو ته ورسېږي.
 - په بنځو کې اټکل شوي د زیربډنې کچه په اوس وخت (۲۰۰۲م کال) کې پدې ډول ده: د صنعتي هیوادونو لپاره ۷،۱، د ودې په حال هیوادونو کې درې (۳) او په لږ پرمختللو هیوادونو کې ۲،۵ ده. چې پدې ډول د نړیوالې امیدواری کچه ۲،۸% سلنه اټکل شوې ده.
 - د نړۍ وګړي په دقیقه کې ۱۷۲ تنه، په ساعت کې ۱۰۵۶۴ تنه، په ورځ کې ۲۵۳۵۴۲ تنه، او په کال کې ۹۲۵۴۳۰۰۰ تنه زیاتېږي.
- دغه د نړۍ د وګړو بي کنټروله زیاتوالی په لږ پرمختللو هیوادونو کې د ټولنیز او اقتصادي پرمختګ په وړاندې ستر خنډ جوړوي.

ډیموګرافیک میلان په هند کې

په ۲۰۰۲م کال کې د هند وګړي ۱۰۴۹ میلیونه وه او په نړۍ کې د چین څخه وروسته دویم ډیر وګړي لرونکی هیواد وشمیرل شو چې د ځمکنی پراخوالي له مخې تر چین اوه ځلې کم دی. هند د نړۍ د ځمکنی پراخوالي ۲،۴ سلنه جوړوي مګر د نړۍ د وګړو ۸۷،۱۲ سلنه جوړوي. د ۱۹۰۱م کال څخه راپدېخوا د هند د وګړو کلنی منځنی زیاتوالی او د لسیزې زیاتوالی په لاندې شپږمه ګڼه جدول کې بنودل شوی دی:

شپږمه گڼه جدول: د ۱۹۰۱-۲۰۰۱م کال پوري د هند وگړي

کال	ټول وگړي (په ميلون)	منځنۍ کلنۍ زياتوالی (%)	لس کلينز زياتوالی (%)
۱۹۰۱	۲۳۸،۴	-	-
۱۹۱۱	۲۵۲،۱	۰،۵۶	۰،۷۵
۱۹۲۱	۲۵۱،۳	(-) ۰،۰۳	(-) ۰،۳۱
۱۹۳۱	۲۷۹،۰	۱،۰۴	۱۱،۰۰
۱۹۴۱	۳۱۸،۷	۱،۳۳	۱۴،۲۲
۱۹۵۱	۳۶۱،۱	۱،۲۵	۱۳،۳۱
۱۹۶۱	۴۳۹،۲	۱،۹۶	۲۱،۶۴
۱۹۷۱	۵۴۸،۲	۲،۲۰	۲۴،۸۰
۱۹۸۱	۶۸۳،۳	۲،۲۲	۲۴،۶۶
۱۹۹۱	۸۴۳،۹	۲،۱۴	۲۳،۸۶
۲۰۰۱	۱۰۲۷،۰	۱،۹۳	۲۱،۳۴

د ۱۹۲۱م کال څخه راپدېخوا د هند وگړي په پرله پسې توگه زياتېږي. ۱۹۲۱م کال ته ستر ويشونکی (divid) کال وايي ځکه د دې کال څخه وروسته په هره لسيزه کې د هند په وگړو کې يو مطلق شمير وگړي ورزياتېږي. د هند وگړي اوس هم په کال کې ۱۶ ميلونه تنه زياتوالی مومي.

په ۱۹۰۱م کال کې د هند وگړي ۲۳۸ ميلونه وه چې د شپيته (۲۰) کلونو په موده (۱۹۲۱م) کې دوه برابره يعنې ۴۳۹ ميلونه شول، بيا د ديرش (۳۰) کلونو په موده (۱۹۹۱م) کې دوه برابره يعنې ۸۴۲ ميلونه شول، او د ۲۰۰۰م کال دمې د مياشتې په يولسمه نيټه يو بيلون ته ورسيدل. داسې اټکل شويده چې د هند وگړي به تر ۲۰۵۰م کال پورې ۱،۵۳ بيلونو ته ورسېږي او دا به تر چين وړاندې د نړۍ ډير وگړي لرونکی هيواد وي.

په لاندې اومه گڼه جدول کې د هند د ځینو ایالاتونو وګړي بنسودل شوي دي چې اوتارپراديش د ۱۲۲،۰۵ ميلونو وګړو په درلودلو سره لومړی، مهاراشترا (Maharashtra) د ۹۲،۷۵ ميلونو وګړو په درلودلو سره دویم او بيهار (Bihar) د ۸۲،۸۷ ميلونو وګړو په درلودلو سره دريم ځای خپل کړيدی. داسې معلومېږي چې دغه لاندې لس ایالاتونه د هند د ټولو وګړو ۷۲،۳۴% سلنه وګړي جوړوي.

اومه گڼه جدول: د هند زيات وګړي لرونکي ایالاتونه د وګړو د شمير له مخې درجه بندي شوي دي

(۲۰۰۱م)

درجه	ایالت	وګړي (په ميلون)	د هند د ټولو وګړو سلنه
		۲۰۰۱-۳-۱	۲۰۰۱-۳-۱
۱	اوتارپراديش	۱۲۲،۰۵	۱۲،۱۷
۲	مهاراشترا	۹۲،۷۵	۹،۴۲
۳	بیهار	۸۲،۸۷	۸،۰۷
۴	غربي بنگال	۸۰،۲۲	۷،۸۱
۵	اندراپراديش	۷۵،۷۲	۷،۳۷
۶	تاميل نادو	۶۲،۱۱	۶،۰۵
۷	ماديپراديش	۶۰،۳۸	۵،۸۸
۸	راجستان	۵۲،۴۷	۵،۵۰
۹	کارتاکا	۵۲،۷۳	۵،۱۴
۱۰	گجرات	۵۰،۵۹	۴،۹۳

د عمر او جنس جوړښت

د هند د وګړو د عمر او جنس جوړښت د کورنۍ روغتيا د دويمې ملي سروې

(National family health survey-2) له مخې چې په ۱۹۹۸-۱۹۹۹ م کلونو کې تر سره شويده، په لاندې اومه گڼه جدول کې بنسودل شوی دی:

د هغه خلکو تناسب چې عمر يې د پنځه لس (۱۵) کلونو څخه کم دی مخ په کميدو

مگرد زړو خلکو تناسب مخ په زیاتیدو دی. او دغه د زړو خلکو د تناسب زیاتوالی په هیواد کې د زړو خلکو لپاره د روغتیایي خدمتونو پراخول وړاندیزوي.

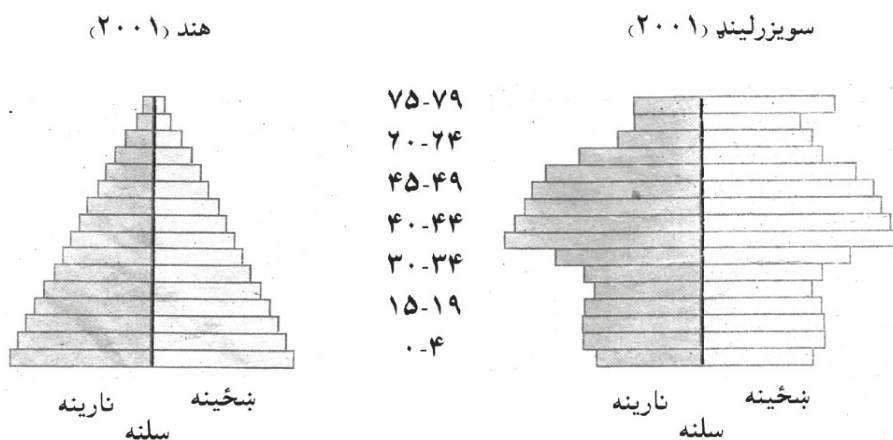
اتمه گڼه جدول: د هند د کورنۍ روغتیا د دویمې ملي سروې له مخې د عمر او جنس د جوړښت له پلوه د وگړو ویشنه په سلنه ۱۹۹۸-۹۹ م. کلونو کې

عمر	نارینه	ښځینه
۴_۰	۱۱،۲	۱۱،۱
۹_۵	۱۲،۸	۱۲،۴
۱۴_۱۰	۱۲،۱	۱۱،۸
۱۹_۱۵	۱۰،۴	۱۰،۳
۲۴_۲۰	۸،۵	۹،۳
۲۹_۲۵	۷،۸	۸،۷
۳۴_۳۰	۶،۷	۷،۱
۳۹_۳۵	۶،۲	۶،۴
۴۴_۴۰	۵،۱	۴،۷
۴۹_۴۵	۴،۵	۴،۲
۵۴_۵۰	۳،۴	۳،۱
۵۹_۵۵	۲،۲	۳،۳
۶۴_۶۰	۲،۹	۳،۰
۶۹_۶۵	۲،۰	۲،۰
+۷۰	۳،۳	۲،۸
ټولگه	۱۰۰،۰	۱۰۰،۰

عمري اهرامونه (Age pyramids)

د عمر له مخې د وگړو جوړښت په لاندې دویمه گڼه انځور کې ښه څرگند دی. دا ډول ښودنې ته عمري اهرام وايي. د هند او سویټزرلنډ (Switzerland) په

وگړو کې د ښځو او نارانو تر منځ د عمر له مخې توپیر ډیر ښکاره دی. د هند د وگړو عمري اهرام د مخ پرودي هیوادونو څخه استازي توب کوي چې یو ځانگړی اهرام دی پدې ډول چې پراخه بنسټ (قاعدې) او پرله پسې نری څوکه لري. مگر په پرمختللو هیوادونو لکه سویټزرلنډ کې عمري اهرام په منځنۍ برخه کې پراخه دی او قاعدې یې نری ده.



دویمه گڼه انځور:

د جنس نسبت (Sex ratio)

د جنس نسبت پدې ډول تعریفېږي چې د زر (۱۰۰۰) تنه نارانو په سر د ښځو د شمیر څخه عبارت دی. د وگړو د ارزښت لرونکو دیموگرافیک ځانگړتیاوو څخه یوه یې هم د جنسي جوړښت څخه عبارت ده. ځکه د وگړو په هره څپرکه کې د عمر څپرل ژوندی رول لوبولی دی. د وگړو جنسي جوړښت د ښځې او نر د مړینې تر منځ توپیر، د ځانگړي جنس کچه کیدل، او د زیږیدني پر مهال د جنسي نسبت له کبله اغیزمن کېږي.

په هیواد (هند) کې د جنس نسبت د ۱۹۰۱م کال څخه راپد یخوا په لاتدي نهمه گڼه جدول کې بنودل شويدي.

په هند کې د جنس نسبت په عمومي ډول د بنځو لپاره کم دی یعنی د زر تنه نارانو په سر د بنځو شمیر د زرو څخه کم دی. همدارنگه د هرې لسيزې په تیریدو سره د بنځو په شمیر کې نور کموالی هم منځته راځي. کیرالا (Kerala) د هند یوازینی ایالت دی چې د بنځو نسبت یې د نارانو څخه زیات دی یعنی د هر زر تنه نارانو په سر ۱۰۵۸ تنه بنځې لري.

نهمه گڼه جدول: د هند جنسي نسبت رانبي.

کال	د ۱۰۰۰ نارانو په سر د بنځو شمیر
۱۹۰۱	۹۷۲
۱۹۱۱	۹۲۴
۱۹۲۱	۹۵۵
۱۹۳۱	۹۵۰
۱۹۴۱	۹۴۵
۱۹۵۱	۹۴۲
۱۹۶۱	۹۴۱
۱۹۷۱	۹۳۰
۱۹۸۱	۹۳۴
۱۹۹۱	۹۲۷
۲۰۰۱	۹۳۳

د اتکا یا په بل پورې تړلی نسبت

د پنځه شپيته (۲۵) کلونو څخه زیات عمر لرونکي (زړه) او د پنځه لس (۱۵) کلونو

څخه کم عمر لرونکي (ماشومان) خلک، د اقتصاد تولیدونکي ډلې خلکو (۱۵-۲۴ کلن) پورې تړلي خلک گڼل کېږي. د ۱۴-۰ کلونو او ۲۵ کلن یا زیات عمر لرونکو خلکو نسبت، ۱۵-۲۵ کاله عمر لرونکو خلکو ته د ټولیز اتکایي نسبت (total dependency ratio) په نوم یادېږي. دې ته ټولنیز اتکایي نسبت (Societal dependency ratio) هم وایي ځکه ټولنه اړه ده چې د خپلو کوچنیانو او زړو خلکو اړتیاوې پوره کړي.

د اتکا نسبت کیدای شي چې په ځوان عمر لرونکو (۰-۱۴)، اتکایي نسبت او زړو عمر لرونکو (۲۵ کاله یا زیات) اتکایي نسبت باندې ویشل شي. دغه نسبتونه نه خپرل شوي (crude) نسبتونه دي ځکه چې ځنې وخت کم عمر لرونکي (ماشومان) یا زیات عمر لرونکي (زړه) خلک کار او دنده لري او په چا پورې تړلي نه وي مگر تولیدي ډله خلک (۱۵-۲۵ کلن) کیدای شي چې کار او دنده ونلري.

لاندې لسمه گڼه جدول په هند کې د اتکا نسبت رابڼی:

لسمه گڼه جدول: د هند د اتکا نسبت (په هر ۱۰۰ تنو باندې).

کال	ټولیزه اتکا	د کوچنیانو اتکا	د زړو خلکو اتکا
۱۹۹۰	۲۹	۲۱	۷
۲۰۰۰	۲۲	۵۴	۸
۲۰۱۰ (ټکل شوی)	۵۴	۴۵	۹

د وگړو گڼوالی

د وگړو د غوره اندکاتورونو (indices) څخه یو هم د وگړو گڼوالی دی. د هند د وگړو

شمیرینې له مخې د وگړو گڼوالی پدې ډول تعریفیږي چې: د هغه خلکو د شمیر څخه عبارت دی چې په یو کیلومتر مربع سیمه کې ژوند کوي.

په هیواد (هند) کې د وگړو گڼوالی د ۱۹۰۱م کال څخه راپد یخوا په لاندې یولسمه گڼه جدول کې ښودل شوی دی.

یولسمه گڼه جدول: د هند د وگړو گڼوالی (۱۹۰۱-۲۰۰۱م)

کال	په هر کیلو متر مربع سیمه کې
۱۹۰۱	۷۷
۱۹۱۱	۸۲
۱۹۲۱	۸۱
۱۹۳۱	۹۰
۱۹۴۱	۱۰۳
۱۹۵۱	۱۱۷
۱۹۶۱	۱۴۲
۱۹۷۱	۱۷۷
۱۹۸۱	۲۱۲
۱۹۹۱	۲۶۷
۲۰۰۱	۳۲۴

د کورنۍ غټوالی

په عامه وینا د کورنۍ غټوالی د ټولو هغه وگړو د شمیر څخه عبارت دی چې په یوه کورنۍ کې ژوند کوي. مگر د دیموگرافي له پلوه د کورنۍ غټوالی د ټولو هغه ماشومانو د شمیر څخه عبارت دی چې یوه ښځه یې په یوه نقطه د وخت کې زیږوي. په ټولیز ډول د کورنۍ غټوالی د ټولو ماشومانو د شمیر څخه عبارت دی چې یوه ښځه یې

د خپل بچي زيږونې په موده کې زيږوي چې په دوديز ډول دا پړاو د ۱۵-۴۵ کلنۍ عمر پورې منل شوی دی.

ټوليزه د اميدواری کچه (total fertility rate) په اټکلي ډول د بشپړې کورنۍ اندازې غټوالی بڼی.

د کورنۍ غټوالی د گڼ شمير فکتورونو پورې اړه لري لکه د واده کولو موده، د بنځې او ميړه زده کړه، د ژونديو زيږيدنو او ماشومانو شمير، نارينه ماشومانو ته غوره والی ورکول، د زړه د خوښې کورنۍ اندازه او داسې نور.

د کورنۍ د غټوالي پوښتنه بې له شکه د ديموگرافي له پلوه ډير ارزښت لري. د کورني تنظيم د پروگرام د هلوځلو بنسټ اوس د دوه ماشوم لرونکې کورنۍ په قانون باندې ولاړ دی، ترڅو د اوږدې مودې ديموگرافیک موخه چې $NRR = 1$ (Reproductive Rate) ده، ترلاسه شي.

کورنی تنظيم دواړه ډوله پریکړې په بر کې نیسي. یو دا چې د غوښتنې سره سم د کورنۍ غټوالی، او بل دا چې کله د کورنۍ اندازه پوره شي نو د زيږيدنو د تړلو لپاره مناسبه تگلاره.

په لاندې دولسمه گڼه جدول کې په ټاکل شوو هیوادونو کې د اميدواری ټوليزه کچه (بشپړه د کورنۍ غټوالی) ښودل شوی دی.

د کورنۍ د غټوالي کموالی د زيږيدنو د کموالي له کبله منځته ندی راغلی مگر داسې معلومېږي چې د کورني تنظيم د کړنو پایله ده.

دولسمه گڼه جدول : په ټاکل شوو پرمختللو او د ودې په حال هیوادونو کې د امیدواری، تولید کچه:
۱۹۹۰ او ۲۰۰۲ م کلونو کې.

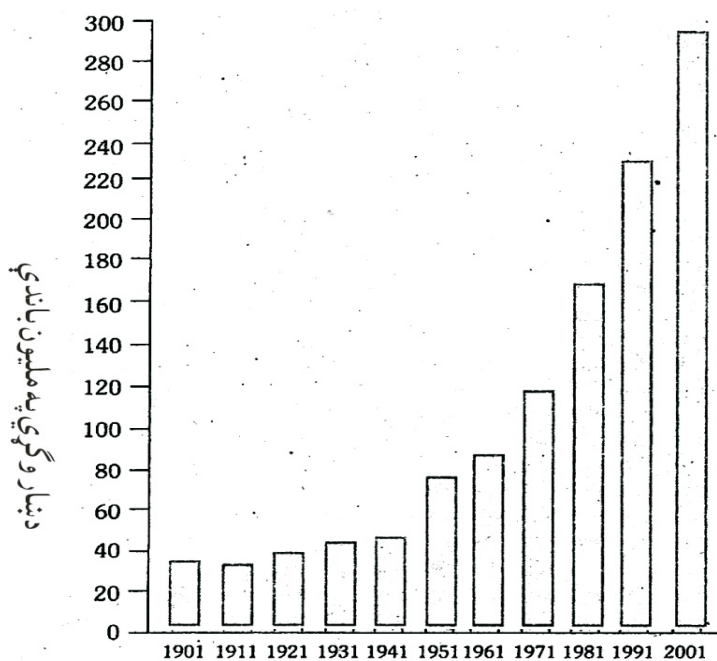
هیواد	۱۹۹۰	۲۰۰۲
هند	۳،۹	۳،۱
بنګله دیش	۴،۲	۳،۵
نیپال	۵،۲	۴،۳
سريلانکا	۲،۲	۲،۰
میانمار	۴،۰	۲،۹
چین	۲،۲	۱،۸
پاکستان	۲،۰	۵،۱
UK	۱،۸	۱،۲
USA	۲،۰	۲،۱
جاپان	۱،۲	۱،۳
سویسزرنډ	۱،۵	۱،۴

ښاریتوب

د ودې په حال هیوادونو کې پدې نژدې کلونو کې ښاریتوب ډیر زیات شوی دی. په هند کې د ښاري خلکو تناسب د %۸۴،۱۰ سلنې څخه د ۱۹۰۱ م کال څخه تر ۱۹۹۱ م کال پورې %۷۲،۲۵ سلنې ته لوړ شوی دی، او په ۲۰۰۱ م کال کې دا تناسب %۲۷،۸ سلنې ته لوړ شو. په مطلقه توګه په ۲۰۰۱ م کال کې د هند ښاري وګړي ۲۸۵ میلیونه اټکل شوي وه په داسې حال کې چې په ۱۹۹۱ م کال کې دا وګړي ۱۷،۲۱۷ میلیونه

شميرل شوي وه.

لاندې دريمه گڼه انځور کې د هند د وگړو بناريتوب بنودل شوی دی.



د وگړو شميرنې کال

دريمه گڼه انځور:

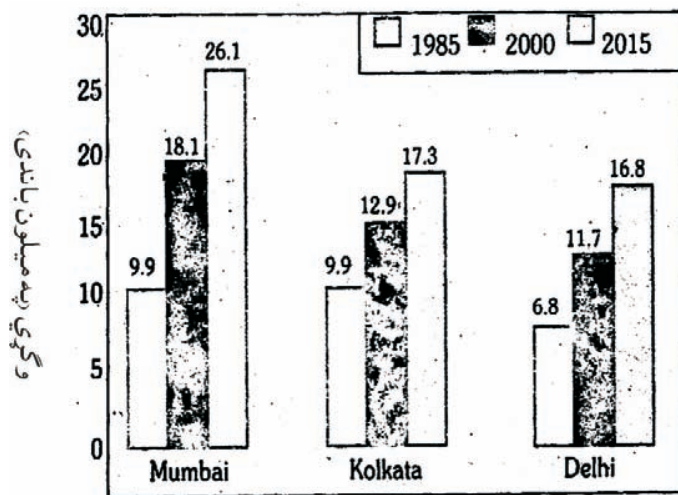
د هغه خلکو سلنه چې په ښاري سيمو کې ژوند کوي په ډراماتيک ډول لوړه شوي ده، د ښاري سيمو شمير د ۴۲۱۵ څخه د ۱۹۹۱ کال څخه تر ۲۰۰۱ م کال پورې ۵۱۲۱ ته لوړ شوی دی. د هند په ښارونو کې دغه ښاري وگړي په بيلابيلو کچو سره ويشل شوي دي.

په ۱۹۵۰ م کال کې کلکته (kalkata) يوازينی ښار وو چې د نړۍ په پنځه لس (۱۵) سترو وگړو لرونکو ښارونو کې شميرل کيده. په ۱۹۹۵ م کال کې د بمبئی (Mumbai) او

دهلي (Delhi) ښارونه هم پدې لسټ کې شامل شول.

په لاندې څلورمه گڼه انځور کې د هند په دغه درې سترو ښارونو کې د ښاريتوب

میلان ښودل شويدي.



څلورمه گڼه انځور:

هغه ښارونه چې د گرو شمیري د لس میلیونو څخه زیات وي ملگرو ملتونو د سترو ښارونو یا Mega city په نوم نومولې دي. تر ۱۹۵۰م کال پورې یوازې نیویارک د Mega city په نوم نومول شوی وه، په ۱۹۹۵م کال کې د دغه لویو ښارونو شمیر څوارلسو (۱۴) ته لوړ شو، چې د بمبئی، کلکتې او دهلي ښارونه هم پدې لسټ کې وشمیرل شول او د وگړو د اټکل له مخې داسې اټکل شويده چې تر ۲۰۱۵م کال پورې به د حیدرآباد ښار هم پدې لویو ښارونو کې وشمیرل شي.

د ښاريتوب او ښاري سیمو زیاتوالی د دوه ډوله فکتورونو له کبله منځته راغلی دی. یو په طبیعي ډول د زیربډنو زیاتوالی، او بل د کلیو څخه ښارونو ته د کډوالی له کبله، ځکه چې په ښارونو کې د دندې پیدا کول، د ژوند کولو ښې اسانتیاوې، د

ټولنيز خدمتونو شتون لکه زده کړه، روغتيايي خدمتونه، د تگ راتگ اسانتيا، تفريحي ځايونه او نور هغه شيان دي چې خلک بناري ژوند کولو ته هڅوي. د کليو څخه بنارونو ته د خلکو پر له پسې کچه کيدنې په هند کې يو ټولنيز بحران يا crisis پيدا کړی دی، او د دې ويره شتون لري چې په پای کې په بنارونو کې به د ژوند څرنگوالی ډير خراب شي.

ليک لوست او زده کړه (Literacy and Education):

په ۱۹۴۸م کال کې د انساني حقوقو اعلاميه خپره شوه او داسې يې وويل چې د نړۍ هر وگړی د زده کړې کولو حق لري. مگر تر اوسه پورې، نن ورځ هم د دغه اصل څخه په ميلونونو ماشومان بې برخې دي.

زده کړه د اقتصادي او ټولنيز پرمختگ لپاره ډير اړين عنصر دی، بې له زده کړې څخه پرمختگ لاس ته نه راځي او که راهم شي نو پايښت به ونلري. يو هيواد چې پوه خلک ولري څو اړخيزه گټه ورته رسېږي. د ليک او لوست خپریدل په هيواد کې د تمدن، بناريتوب، صنعتي کيدو، او پوهاوي سره يوځای وي.

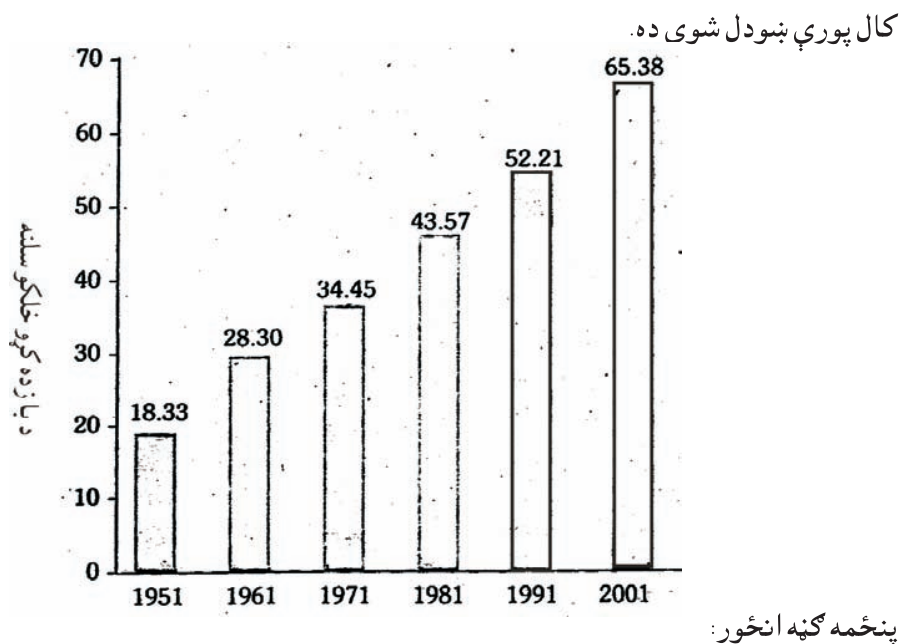
زده کړه د وگړو د پرمختگ لپاره با ارزښته کړونې لوبوي ترڅو دوي خپل ټولنيز، سياسي او کلتوري چاپيريال بنه کړي او سم ځواب ورته ووايي. د زده کړې او ليک لوست د کچې لوړوالي ستر بدلون منځته راوړي دی او د اقتصادي پرمختگ سره ډيره مرسته کوي. همدارنگه د ليک لوست د کچې لوړوالی د مهارتونو د لاس ته راوړلو سره يوځای وي او د روغتيايي خدمتونو څخه بڼه گټه اخستل کېږي.

په ۱۹۹۱م کال کې داسې پريکړه وشوه، هغه خلک چې عمر يې د اوه (۷) کلونو او يا له دې څخه پورته وي بايد د ليک او لوست د کچې (Literacy rate) ټکی ورته وکارول

شي. زده كړه لرونكى كس هغه چاته ويل كيږي چې ليكل او لوستل دواړه وكولى شي دا چې په هره ژبه وي. هغه څوك چې يوازې لوستل كولى شي مگر ليكل نه شي كولى زده كړه لرونكى نه شميرل كيږي.

د زده كړې كچه په ټولو وگړو كې د نه خپرل شوې زده كړې كچې (Crude Literacy Rate) په نوم يادېږي. د ۲۰۰۱ م كال يوه د پام وړ پيښه دا وه چې د نازده كړو خلكو شمير د ۱۹۹۱ م كال څخه تر ۲۰۰۱ م كال پورې د ۳۲۸،۱ ميلونو څخه ۲،۲۹۲ ميلونو ته رابښكته شو. د هند د ازادۍ څخه وروسته دا لومړى ځل وه چې په هيواد كې د نازده كړو خلكو كچه ډيره رابښكته شوه او دا د هند د زده كړې د حالت ستر بڼه والى وه.

په لاندې پنځمه گڼه انځور كې د هند د زده كړې كچه د ۱۹۵۱ م كال څخه تر ۲۰۰۱ م



په ملي کچه د هند د لویو ښارونو ترمنځ د زده کړې په منځنۍ کچه کې زیات توپیر شتون نلري. په لاندې ديارلسمه گڼه جدول کې د هند د بیلابیلو لویو ایالتونو د زده کړې کچه ښودل شویده. د ۱۹۹۱م کال څخه راپدېخوا د زده کړې کچه ښه شویده مگر د نارینه و او ښځینه و د زده کړې په کچه کې ښکاره توپیر لیدل کیږي. په ملي کچه د اوه کلنۍ څخه پورته عمر لرونکو خلکو د زده کړې کچه ۲۵،۳۸ سلنه ده، په داسې حال کې چې په نارینه و کې ۷۲ سلنه او په ښځینه و کې ۵۴ سلنه ده.

ديارلسمه گڼه جدول د هند د سترو ایالتونو د زده کړې کچه رانښی - ۲۰۰۱م.

ایالت	د نرانو د زده کړې کچه	د ښځو د زده کړې کچه	تولیزه د زده کړې کچه
اوتارپرادیش او اوتارزانکل	۷۱	۴۴	۵۸
بهار او چهارکهند	۲۲	۳۵	۴۹
راجستان	۷۲	۴۴	۲۱
مادیاپرادیش او جیاتیسگر	۷۷۹	۵۱	۲۴
هارینا	۷۹	۵۲	۲۹
اسام	۷۲	۵۲	۲۴
گجرات	۸۰	۵۹	۷۰
اوريسا	۷۲	۵۱	۲۴
ماهاراشترا	۸۲	۲۸	۷۷
پنجاب	۷۲	۲۴	۷۰
غربي بنگال	۷۸	۲۰	۲۹
کارناتاکا	۷۲	۵۲	۲۷
اندراپرادیش	۷۱	۵۱	۲۱
تامیل نادو	۸۲	۲۵	۷۳
کیرالا	۹۴	۸۸	۹۱
هند	۷۲	۵۴	۲۵،۳۸

د دیار لسمې گڼې جدول څخه دا جوتیرې چې کیرالا د هند د ټولو ایالاتونو په سر کې ځای لري کوم چې ۹۱٪ سلنه خلک یې زده کړه لري. همدارنگه ددې نه وروسته د مایزورام (Mizoram) او لکشادویپ (Lakshadweep) ایالاتونه چې په ترتیب سره ۸۸،۴۹ او ۸۷،۵۲ سلنه خلک یې زده کړه لري ځای لري. له بله پلوه د بیهار (Bihar) او جارکنډ (Jharkhand) ایالاتونه یوازې ۴۹ سلنه زده کړه لرونکې خلک لري.

هغه ایالاتونه چې د زده کړې کچه یې د ملي زده کړې کچې څخه ښکته ده عبارت دي له:

اورانکل پرادیش، اندراپرادیش، بیهار، جمواو کشمیر، اوتارپرادیش، راجستان، M.P، اوریسا او داسې نور.

د هند دولت د څوارلس کلونو عمر لرونکو خلکو لپاره د زده کړې کمپونه جوړ کړي دي ترڅو د خلکو په لومړنۍ زده کړه کې د پام وړ پرمختګ راشي او غوره موخه یې داده چې په اولو څو کلونو کې د ښوونځیو په شمیر کې زیاتوالی راشي.

د ژوندي پاتې کیدو موده (Life Expectancy)

د ژوندي پاتې کیدو موده په ورکړل شوي عمر کې، د مړینې د هغه ښې له مخې چې په نوموړي هیواد کې شیع لري، د هغه کلونو د منځني شمیر څخه عبارت دی چې هیله کیږي نوموړي کس به پکې ژوندی وي. وګړي پیژندونکي (Demographers) دا د یو هیواد د پرمختګ او د هغه هیواد د وګړو د روغتیا یې حالت د معلومولو لپاره غوره انډیکاتور بولي.

د زیریدني په وخت کې د ژوندي پاتې کیدو موده په نړیواله کچه د څو کلونو راهسې زیاته شویده. د ۱۹۵۰-۱۹۵۵م کلونو ترمنځ د ژوندي پاتې کیدو موده په ګډه ډول یعنی د نارینه و او بنځینه و لپاره ۵، ۴۲ کلونه شمیرل شوي وه او پنځه لسيزې وروسته په ۲۰۰۲م کال کې دغه موده ۲۵ کلونه وشمیرل شوه، چې پدې ډول ۵، ۱۲ کلونه زیاتوالی پکې منځته راغلی دی او دغه زیاتوالی د نړۍ په لږ پرمختللو هیوادونو کې نسبت ډیرو پرمختللو هیوادونو ته ډیر روښانه او ښکاره دی.

تر ۲۰۰۰م کال پورې د روغتیا د ټولو لپاره د موخو څخه یو ستره موخه دا وه چې د ژوندي پاتې کیدو موده په دواړو جنسونو یعنی نارینه و او بنځینه و کې باید ۲۴ کلونو ته لوړه شي.

د نړۍ زیاتره هیوادونه د بنځینه جنس کمه مړینه لري او بنځې پکې د نارینه و په نسبت ډیر عمر لري لکه چې په لاندې څوارلسمه ګڼه جدول کې ښودل شوي دي. په نیپال او مالډیویس (Maldives) هیوادونو کې بنځې نسبت نارینه و ته کم عمر لري او په بنگله دیش او هند کې زیاتره وخت د ژوندي پاتې کیدو موده په دواړو جنسونو (نارینه او بنځینه و) کې سره برابره وي.

د ژوندي پاتې کیدو مودې میلان دا رابڼی چې خلک تر ډیرې مودې پورې د ښې روغتیا سره یوځای د ژوند کولو حق لري، نه دا چې ژوند په درد او معیوبیت کې تیر کړي. نو ځکه د روغتیايي تگلارو جوړونکي دې ته اړتیا لري چې دیموګرافیک بدلونونه وپېژني او په ګوته یې کړي، ترڅو د هغه ناروغیو د کنترول او مخنیوي لپاره پلان جوړ کړي کوم چې د عمر د زیاتوالي سره یوځای وي.

لاندې پنځلسمه ګڼه جدول په هند او نورو ټاکل شوو هیوادونو کې د ژوندي پاتې کیدو موده رابڼی.

جاپان تر ۲۰۰۱م کال پورې د نړۍ تر ټولو هیوادونو ډیره د ژوندي پاتې کیدو موده

لري چې دا موده په نارینه و کې ۷۷،۷ کلونه او په ښځینه و کې ۸۴،۷ کلونه شمیرل شوي ۵۵.

څوارلسمه گڼه جدول: په هند کې د زیږیدنې په وخت کې د ژوندي پاتې کیدو موده.

کال	نارینه	ښځینه
۱۹۰۱	۲۳،۲۳	۲۳،۹۶
۱۹۱۱	۲۲،۵۹	۲۳،۳۱
۱۹۲۱	۱۹،۴۲	۲۰،۹۱
۱۹۳۱	۲۲،۹۱	۲۲،۵۲
۱۹۴۱	۳۲،۰۹	۳۱،۳۷
۱۹۵۱	۳۲،۴۵	۳۱،۶۲
۱۹۶۱	۴۱،۸۹	۴۰،۵۵
۱۹۷۱	۴۲،۴۰	۴۴،۷۰
۱۹۸۱	۵۰،۹۰	۵۰،۰۰
۱۹۹۱	۵۸،۱۰	۵۹،۱۰
۲۰۰۱	۶۲،۸۰	۶۴،۰۰

پنځلسمه گڼه جدول: په ټاکل شوو هیوادونو کې د زیږیدنې په وخت د ژوندي پاتې کیدو موده (۲۰۰۱).

مخ پرودي هیوادونه	۲۰۰۱		پرمختللي هیوادونه	۲۰۰۱	
	نارینه	ښځینه		نارینه	ښځینه
نیپال	۵۹،۴	۵۸،۹	انګستان	۷۵،۴	۸۰،۴
بنګله دیش	۵۹،۴	۵۹،۵	متحده ایالات	۷۴،۰	۷۹،۷
میانمار	۵۴،۴	۵۹،۸	سویډن	۷۷،۴	۸۲،۴

۸۲،۲	۷۵،۸	سویسزرنډ	۲۴،۰	۸،۲۲	هند
۷۲،۹	۲۰،۲	د روسیې فدراسیون	۷۵،۵	۲۹،۲	سريلانکا
۸۴،۷	۷۷،۷	جاپان	۷۳،۲	۲۴،۹	تایلینډ

امیدواري (Fertility)

امیدواري د ماشومانو حقيقي زيږولو ته وای. ځینې وگړي پیژندونکې د امیدواري (Fertility) په ځای د Natality کلیمه غوره بولي. د بنځو د بچي زيږولو موده د ۱۵ کلنۍ څخه تر ۴۵ کلنۍ پورې منل شويده، یعنی په منځنۍ ډول د ۳۰ کلونو لپاره بچي زيږولی شي. که چیري یوه بنځه په ۱۵ کلنۍ کې واده وکړي او تر ۴۵ کلنۍ پورې د خپل میړه سره یوځای پاتې شي نو داسې شوني ده چې ۱۵ زیږیدنې وکړي مگر دا اوچترینه کچه کله کله ترلاسه کیږي. په هند کې هغه دیموگرافیک څیړنې چې په امیدواري باندې ترسره شوي دي دا نښې چې یوه بنځه په منځني ډول اوه (۷) ځلې امیدواره کیږي، پدې شرط چې د واده کولو څخه وروسته د ژوند موده یې غوڅه نه شي.

امیدواري د بیلابیلو فکتورونو پورې اړه لري. په هند کې د امیدواري د لوړې کچې سره گڼ شمیر فکتورونه مرسته کوي لکه د ودونو دود کیدل، په کم عمر کې واده کول، د زده کړې د کچې کموالی، د ژوند کولو خراب حالت، د امیدواري ضد درملو تړلي کارونه او پخوانۍ د ژوند کولو تگلاره.

په هند کې په ۱۹۹۸-۱۹۹۹م کلونو کې د کورنۍ روغتیا دویمه ملي سروې یا National Family Health Survey 2 ترسره شوه چې د امیدواري پورې اړوند ځینې ارزښتناک معلومات پکې راټول شول کوم چې په لاندې شپاړسمه گڼه جدول کې بنودل شوي دي.

شپاړسمه گڼه جدول: د ځانگړو ځانگړتياؤ له مخې د اميدواری ټوليزه اندازه (۱۹۹۲-۱۹۹۸ م).

اصلي ځانگړتياوې	د اميدواری ټوليزه کچه
د اوسيدو ځای	
• بناري	۲.۲۷
• کليوالي	۳.۰۷
زده کړه	
• بي زده کړې	۳.۴۷
• زده کړه لري > د منځني بنسټونځي تکميلول	۲.۶۴
• منځني بنسټونځي بي تکميل کړي وي	۲.۲۲
• ليسه او د هغې څخه لوړې زده کړې بي کړي وي	۱.۹۹
مذهب	
• هندو	۲.۷۸
• مسلمان	۳.۵۹
• عيسوي	۲.۴۴
• سيک	۲.۲۲
• Jain	۱.۹۰
• بوديست/نيوبوديست	۲.۱۳
• نور	۲.۳۳
• بي مذهب	۳.۹۱
قبيله / قوم	
• جدول شوي قبيله	۳.۱۵
• جدول شوي قوم	۳.۰۲
• نورې وروسته پاتې ډلې	۲.۸۳
• نور	۲.۶۲
د ژوند د کچې انډکس	
• بنکته	۲.۳۷
• منځني	۲.۸۵
• اوچت	۲.۱۰
ټولگه	۲.۸۵

ځينې د يادلو وړ فکتورونه چې د وگړي پيژندونکو پام يې د ډيرې مودې څخه خاتمه ته اړولی دی په لاندې ډول ورڅخه يادونه کوو.

۱. د واده کولو په وخت کې عمر

د ښځې هغه عمر چې دا پکې واده کوي او د بچي زيږونې پړاو ته داخليږي په اميدواري (Fertility) باندې ستره اغيزه لري. د هند عمومي ثبتونې يا راجسټريشن، په ملي کچه د اميدواري اړوند ډير گټور معلومات راټول کړل او دا يې وښودله چې کومې ښځې د اته لس (۱۸) کلنۍ څخه مخکې واده وکړي نسبت هغه ښځو ته چې وروسته عمر کې واده کوي ډير شمير زيږيدنې کوي. د هند ځينو وگړو پيژندونکو داسې اټکل کړيده که چيرې د واده کولو موده د شپاړس (۱۶) کلنۍ څخه ۲۰-۲۱ کلنۍ ته وروسته شي نو د اميدواري په کچه کې به ۲۰-۳۰% سلنه کموالی رامنځته شي.

په وختي عمر کې واده کول د هندوستان د زړو رواجونو څخه دي. آن ډير وختي د ۱۹۲۹م کال څخه د سارادا قانون (Sarada Act) ايښودل شوی دی چې د ماشومانو واده کول پکې بند شوي دي. د وگړشميرني معلومات دا ښی چې د ۱۹۵۱م کال څخه وړاندې په هند کې د واده په وخت کې د جينکيو منځنی عمر ديارلس (۱۳) کلونه وو، مگر وروسته په کراره کراره توگه د واده کولو په عمر کې زياتوالی راغی.

په ۱۹۷۸م کال کې د ماشومانو د واده مخنيونې قانون (The child marriage restraint Act) کيښودل شو چې د واده کولو وړ عمر يې د انجونو لپاره ۱۵-۱۸ کلونه او د هلکانو لپاره ۱۸-۲۱ کلونه وښودلو.

څيړنو ښودلې ده چې د هيواد په زياتره برخو کې د ښځو د واده کولو عمر په منځني ډول ۱۹،۵ کلونو ته رسيدلی دی او د هيواد ډيرې برخې دې عمر ته نژدې شوي دي. پرته د راجستان، مديا پراديش، او اوتار پراديش د کليوالو سيمو څخه چې اوس هم زياتره انجونې پکې د پنځه لس (۱۵) کلنۍ شاوخوا عمر کې واده کيږي.

۲. د واده کیدنې څخه وروسته د ژوند موده

څیړنو ښودلې ده چې ۱۰-۲۵ سلنه زیږیدنې د واده څخه وروسته په اولو ۱-۵ کلونو کې منځته راځي او ۵۰-۵۵ سلنه زیږیدنې د واده څخه وروسته په ۵-۱۵ کلونو کې منځته راځي. د واده کولو څخه پنځه ویشته (۲۵) کلونه وروسته ډیرې لږې زیږیدنې پیښیږي. دغه پایله دا ښیي چې د کورني تنظیم کارونه او هڅې باید د واده کولو څخه وروسته اولو څو کلونو ته ډیرې راټولې شي ترڅو یوه قناعت ورکونکې پایله په لاس راشي.

۳. د ماشومانو ترمخ واټن

څیړنو ښودلې ده چې که چیرې د ماشومانو ترمخ واټن په هر عمر خلکو کې د یو کال څخه زیات شي نو د امیدواری په کچه کې به د پام وړ لږوالی راشي. که چیرې د ماشومانو ترمخ واټن ته پاملرنه وشي نو د امیدواری په کچه کې به ستر بدلون او لږوالی منځته راشي.

۴. زده کړه (Education)

د امیدواری او زده کړې ترمخ سرچپه اړیکه شتون لري، د کورنۍ روغتیا دویمې ملي سروې دا وښودله چې په بې زده کړه ښځو کې د امیدواری کچه نسبت زده کړه لرونکو ښځو ته ۵، ۱ ماشومان زیاته ده. (۱۶ گڼه جدول).

۵. شتمني

کومې علمي څیړنې چې ترسره شوي دي داسې ښیي چې شتمني د امیدواری د کچې سره سرچپه اړیکه لري.

٦. قوم او مذهب (Caste and religion)

په مسلمانانو کې نسبت هندوانو ته د امیدواری کچه لوړه ده. د کورنۍ روغتیا دویمې ملي سروې دا وښودله چې په مسلمانانو کې د امیدواری ټولیزه کچه ٥٩،٣ سلنه ده. په داسې حال کې چې دا کچه په هندوانو کې ٧٨،٢ سلنه او په عیسویانو کې ٤٤،٢ سلنه ده. په هندوانو کې په ښکته ژوند لرونکو قومونو کې د امیدواری کچه نسبت اوچت ژوند لرونکو قومونو ته زیاته وي.

٧. خواړه (Nutrition)

د خوړو او زیریدنې ترمنځ اړیکه شتون لري، پدې ډول هغه ټولنې چې ښه خواړه کاروي (ښې تغذي شوې وي) لږې زیریدنې پکې صورت نیسي مگر په خرابو تغذیه شوو ټولنو کې د امیدواری کچه لوړه وي. خواړه په امیدواری باندې سرچپه اغیزه لري.

٨. کورنی تنظیم

د امیدواری په لږوالي کې یو بل د پام وړ فکتور د کورني تنظیم څه عبارت دی. په زیاتره مخ پر ودې هیوادونو کې کورنی تنظیم د زیریدنې په لږوالي کې کلیدي ارزښت لري (٤ گڼه جدول). د کورني تنظیم پروگرامونه په تیزی سره مخې ته ځي او د نورو فکتورونو په نسبت یوازې تر لږو سرچینو ته اړتیا لري.

٩. نور فکتورونه

امیدواری د بیلابیلو فزیکي، بیولوژیکي، ټولنیزو او کلتوري فکتورونو له کبله اغیزمنه کیږي لکه د ښځې مقام او ځای په ټولنه کې، د ماشومانو ارزښت په ټولنه کې، د کونډو واده کول، تی یا رودل، عقیدې او رواجونه، صنعتي کیدل او ښاري کیدل، ښه روغتیايي حالت، د ښځې او ټولنې د برخې اخستنې زمینه، او نور. دغو فکتورونو ته د خلکو پام اړول ډیر اوږد مهاله دولتي پروگرامونو ته اړتیا لري او د پیسو ډیر لگښت

غواړي.

د زېږېدنې پورې تړلي شمېرنه

(Fertility Related Statistics)

زېږېدنه كيداى شي د گڼ شمير انديكاټورونو په وسيله اندازه گيري شي چې په لاندې ډول ورڅخه يادونه شوېده. كه څه هم Feotal death ، مړ ماشوم پيدا كيدل او زيانونه په ټولنه كې د اميدوارۍ په اندازه كې گډون نه لري.

۱. د زېږېدنې اندازه

د زېږېدنې اندازه د اميدوارۍ ساده ترين اندكاټور دى او پدې ډول تعريفېږي چې: په وركړل شوي كال كې په زرو اټكل شوو د كال منځ وگړو كې د ژونديو زېږدونو د شمير څخه عبارت دى. دغه تعريف د لاندې فرمول په وسيله په ښه ډول ښودل كېږي.

$$\text{د يو كال په موده كې ژوندۍ زېږېدنې} \\ \text{د زېږېدنې اندازه} = \frac{\text{اټكلي د كال منځ وگړي}}{\text{د يو كال په موده كې ژوندۍ زېږېدنې}} \times 1000$$

د زېږېدنې اندازه د اميدوارۍ يو غيرقانع كوونكى معيار دى ځكه چې ټول وگړي اميدوارۍ ته مخامخ نه وي نو ځكه دا په وگړو كې د زېږېدنې د كچې سم ښكارندوي نه دى.

۲. د اميدوارۍ عمومي اندازه

دا د بچې زېږونې عمر لرونكو (۱۵-۴۴ يا ۴۹ كلونه) ۱۰۰۰ ښځو كې د ژونديو زېږېدونو د شمير څخه عبارت دى.

$$\text{په ټاكلي سيمه كې د يو كال په موده كې ژوندۍ زېږېدنې} \\ \text{GFR} = \frac{\text{په كټ مټ سيمه او موده كې د كال منځ ۱۵-۴۴ يا ۴۹ كلونه عمر لرونكې ښځې}}{\text{په ټاكلي سيمه كې د يو كال په موده كې ژوندۍ زېږېدنې}}$$

د امیدواری عمومی اندازه د نه خپرل شوي زیږیدني اندازې یا Crude birth rate څخه د امیدواری د اندازه کولو لپاره بڼه معیار دی. ځکه چې مخرج یې نسبت ټولو وگړو ته یوازې هغه بڼخو پورې تړلی دی چې د بچي زیږونې په پړاو کې وي خو ددې کچې ستره کمزورتیا په دې کې ده چې بیا هم ټولې بڼخې د بچي راوړلو خطر ته مخامخ نه وي.

۳ د امیدواری عمومی مورني اندازه

دا د یو کال په موده کې په زرو واده شوو بڼخو کې چې د بچي زیږونې په پړاو (۱۵-۴۴ یا ۴۹ کلونه) کې وي د ژونديو زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی.

۴ په ځانگړي عمر کې د امیدواری اندازه

د امیدواری د اندازه کولو بڼه معیار د ځانگړي عمري امیدواری د اندازې څخه عبارت دی چې پدې ډول تعریفیږي: د یو کال په موده کې په ځانگړي عمر لرونکو زرو بڼخو کې د ژونديو زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی. په ځانگړي عمر کې د امیدواری اندازه د امیدواری په بڼه باندې رڼا اچوي او همدارنگه د کورني تنظیم د موخو د لاس ته راوړلو لپاره بڼه اندکاتور دی.

۵ په ځانگړي عمر لرونکو میندو کې د امیدواری اندازه)

دا د یو کال په موده کې په ځانگړي عمر لرونکو واده شوو زرو (۱۰۰۰) تنو بڼخو کې د ژونديو زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی.

۶ د امیدواری ټولیزه اندازه

د امیدواری ټولیزه اندازه د ماشومانو د منځني شمیر څخه استازي توب کوي چې یوه ښځه یې د خپل بچي زیږونې د کلونو په موده کې کوم چې ماشومان پکې زیږیولی شي، منځته راوړي. په داسې ډول چې د اوسني هرې عمري ډلې سره په برابره کچه وي. دا د ټولو عمرونو لپاره د ځانگړي عمري امیدواری اندازې د جمع څخه په لاس راځي، که چیرې پنځه کلنه عمر لرونکي ډله وکارول شي، نو د جمعي حاصل یې په پنځو کې ضربیږي. دا معیار په آټکلي ډول د بشپړې کورنۍ د اندازې غټوالی رابښی.

۷ د امیدواری ټولیزه مورني اندازه (Total Marital Fertility Rate)

د ماشومانو د منځني شمیر څخه عبارت دی چې یوه واده شوي ښځه به یې زیږوي. که چیرې نوموړې ښځه د خپل بچي زیږونې په عمر کې د امیدواری دغه اوسنی ښه وکاروي.

۸ Gross Reproductive Rate (GRR)

دا د انجونو د شمیر څخه عبارت دی چې یوه ښځه به یې زیږوي پدې ډول که چیرې نوموړې ښځه د خپل بچي زیږونې په عمر کې (۱۵-۴۴ یا ۴۹ کلونه) د امیدواری دغه اوسنی ښه وکاروي، مړینه پکې نه شمیرل کیږي.

۹ خالصه د زیږون اندازه (Net Reproductive Rate (NRR)

خالصه د زیږون اندازه داسې تعریفیږي چې: دا د نوو زیږیدلو جینکیو د شمیر څخه عبارت دی چې یوه ښځه یې د خپل ژوند په موده کې زیږوي. د ځانگړي عمري امیدواری اندازه او مړینې په گډون.

۱۰ د ماشوم او بنځې نسبت

د زرو بنځو په سر چې د بچي زيږونې په پړاو کې وي (چې عمر يې ۱۵-۴۴ يا ۴۹ کلونه وي)، د هغو ماشومانو د شمير څخه عبارت دی چې عمر يې د ۰-۴ کلونو پورې وي. دغه نسبت په هغه ځايونو کې کارول کېږي چې د زيږيدنو د راجستر کولو شميرنه نابشپړه او يا هيڅ شتون ونلري. دا اندازه د هغه معلوماتو او ارقامو څخه اټکل کېږي چې د سرشميرنې يا Censuses څخه په لاس راځي.

۱۱ د اميدواری اندازه

دا د يو کال په موده کې په واده شوو بنځو کې چې عمر يې د ۱۵-۴۴ يا ۴۹ کلونو پورې وي د اميدواری د نسبت څخه عبارت دی. د اميدواری کچه په ټولو هغه اميدواریو باندې مشتمله ده چې که ژوندي پيدا شوي وي، مړه پيدا شوي وي، زيان شوي وي، او يا هم هغه اميدواری چې لاتراوسه يې پای نه وي موندلي.

۱۲ د زيان اندازه

په ټاکلي موده کې زيانونه تقسيم په کټ مټ موده کې په ژونديو زيږيدنو باندې د زيان د اندازې څخه عبارت ده.

۱۳ د واده کولو اندازه

په زرو (۱۰۰۰) تنو کې د يو کال په موده کې د ودونو د شمير څخه عبارت دی.

$$\text{Crude marriage rate} = \frac{\text{د يو کال په موده کې د ودونو شمير}}{\text{د کال منځ وگړي}} \times 1000$$

وګړي پيژندونکې دغه اندازه يوه غير قناعت بخښوونکې اندازه بولي ځکه چې ددې اندازه مخرج د هغه وګړو څخه جوړ شوی دی چې ټول يې د واده کولو لپاره برابر نه دي. ددې په نسبت ډيره حساسه اندازه د واده کولو د عمومي اندازې (General marriage rate) څخه عبارت ده.

$$\text{General marriage rate} = \frac{\text{د يو کال په موده کې د ودونو شمير}}{\text{غير واده شوي ۱۵-۴۹ کلونه عمر لرونکې ښځې}} \times 1000$$

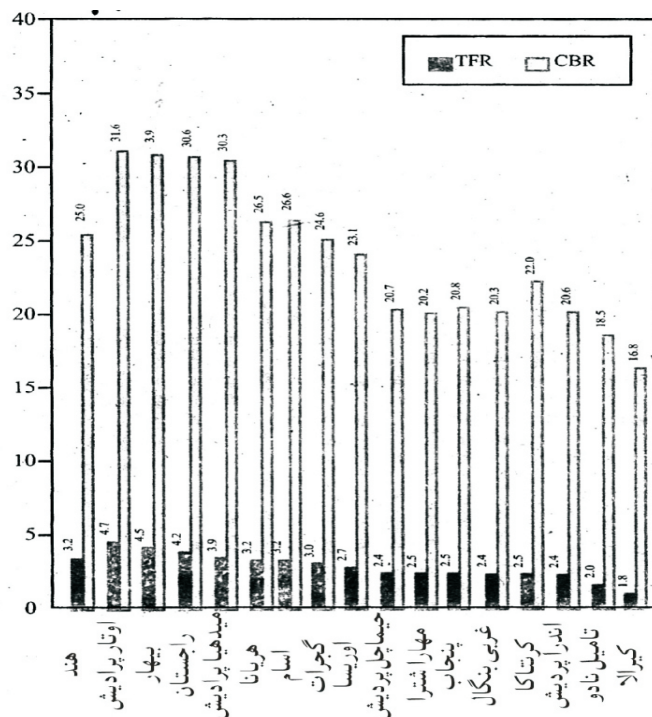
دغه اندازه په ښځو کې د نرانو په نسبت ډيره سمه ده چې زياتره وخت نران نسبت ښځو ته په وروسته عمر کې واده کوي.

د اميدواری ميلان (Fertility trends)

څيړنو ښودلې ده چې د اميدواری، کچه په هند کې مخ په کميدو ده، د نه څيړل شوو زېږيدنو اندازه د ۱۹۰۱-۱۹۱۱م کلونو کې په زرو تنو کې ۴۹۰ وه چې په ۱۹۹۱م کال کې دغه اندازه ۳،۳۱ او په ۲۰۰۲م کال کې ۲۵ تنو ته راښکته شوه. د هيواد په داخل کې د زېږيدنې په ميلان کې د پام وړ توپير شتون لري، دا ښکاره ده چې لږ ترلږه لس ايالاتونو (ten state/ UT) خالص د بدليدو کچه ترلاسه کړې ده چې بيلگې يې عبارت دي له: ډهلی، تاميل نادو، چانديګرا، ميزورام، کيرالا، ګوا او نورو څخه.

د 14 state /UT ايالاتونو ټوليزه د اميدواری، کچه د ۱،۲ څخه زياته ده مګر د ۰،۳ څخه لږه ده لکه اندراپراديش، مهاراشترا، کارتتکا، اوريسا، ګجرات، پنجاب، غربي بنگال، هيمچل پراديش (Hemachal Pradesh) او نور. که څه هم نه (۹) ايالاتونه شتون لري چې ټوليزه د اميدواری، کچه يې د ۰،۳ څخه پورته ده کوم چې عبارت دي له:

بیهار، اوتارپرادیش، مدیاپرادیش، هاریانا، اسام، راجستان، او نورو خخه.
لاندې شپږمه ګڼه انځور د هند په سترو ایالاتونو کې د نه خپرل شوی امیدواری
اندازه او ټولیزه د امیدواری اندازه راښی.



شپږمه ګڼه انځور:

په لاندې ۱۷ او ۱۸ ګڼه جدولونو کې په هند کې اوسني اټکل شوي د امیدواری
اندکاتورونه او وصفي عمري د امیدواری اندازه ښودل شوي ده.

امیدواری اندکاتورونه.

اوه لسمه ګڼه جدول: په ټول هند کې د

اندکاتور	کلیوالي سیمې	ښاري سیمې	ټولگه
General Fertility Rate (GFR)	۱۱۲،۸	۷۷،۶	۱۰۳،۲
General Marital Fertility Rate (GMFR)	۱۴۷،۸	۱۱۲،۳	۱۳۸،۹
Total Fertility Rate (TFR)	۳،۵	۲،۳	۳،۲
Total Marital Fertility Rate (TMFR)	۴،۹	۴،۲	۴،۷
Gross Reproductive Rate (GRR)	۱،۷	۱،۱	۱،۵

اتلسمه گڼه جدول: ټول هند کې په ځانگړي عمر کې د امیدواری کچه په زرو ښځو کې.

عمری ډله	ښاري سیمې	کلیوالي سیمې
۱۹-۱۵	۳۰	۲۰
۲۴-۲۰	۱۶۶	۲۳۲
۲۹-۲۵	۱۵۴	۱۹۳
۳۴-۳۰	۷۴	۱۱۵
۳۹-۳۵	۳۲	۶۴
۴۴-۴۰	۱۱	۲۹
۴۹-۴۵	۳	۱۰

د زیږیدنې او مړینې اندازې

د وگړو د زیاتوالي ډیرې غوره برخې د زیږیدنې او مړینې د اندازو څخه عبارت دي. په هند کې د زیږیدنې او مړینې کچه په لاندې ۱۹ گڼه جدول کې ښودل شوې ده. ۱۹ گڼې جدول ته په کتنې سره دا جوتیږي چې د مړینې کچه د ۱۹۵۱م کال څخه تر ۲۰۰۲م کال پورې د ۲۷،۴ څخه ۸،۱ ته په هرو زرو تنو کې راښکته شویده. همدارنگه د زیږیدنې په کچه کې هم د ۱۹۵۱م څخه تر ۲۰۰۲م کال پورې په ترتیب سره د ۳۹،۹ څخه ۲۵ تنو ته په هرو زرو تنو کې لږوالی منځته راغلی دی. د پنځم پنځه کلن (۱۹۷۴-۱۹۷۹م) پلان موخې دا وې چې د زیږیدنې کچه د پلان د پیل په وخت کې په زرو تنو کې د ۳۵ څخه تر ۱۹۷۸-۷۹م کال پورې ډیرشو تنو ته راښکته

شي.

د ۱۹۷۹م کال څخه تر ۱۹۸۴م کال پورې د زېږېدنې کچه يا Birth_rate ۳۳ په زرو تنو کې وه او کوم ښکاره لږوالي پکې شتون نه لرلو. که څه هم په ۱۹۹۰م کال کې د زېږېدنې په کچه کې لږ کموالی راغی چې په زرو تنو کې ۲، ۳۰ اټکل شوي وه. وروسته نور لږوالي هم پکې منځته راغی چې تر ۱۹۹۸م کال پورې د زېږدنې کچه په زرو تنو کې ۲، ۴ وه. اوسنی اټکل داسې دی چې په هند کې د زېږېدنې او مړينې دواړه کچې مخ په کمیدو دي.

نولسمه گڼه جدول: په هند کې د زېږېدنې او مړينې کچې.

د مړينې کچه	د زېږېدنې کچه	کال
۲۷،۴	۳۹،۹	۱۹۵۰-۱۹۴۱
۲۲،۸	۴۱،۷	۱۹۶۰-۱۹۵۱
۱۹،۰	۴۱،۲	۱۹۷۰-۱۹۶۱
۱۴،۸	۳۷،۲	۱۹۸۰-۱۹۷۱
۱۲،۵	۳۳،۹	۱۹۸۱
۹،۸	۵،۲۹	۱۹۹۱
۹،۰	۲۸،۳	۱۹۹۵
۹،۰	۲۷،۵	۱۹۹۶
۸،۹	۲۷،۲	۱۹۹۷
۹،۰	۲۶،۴	۱۹۹۸
۸،۷	۲۶،۱	۱۹۹۹
۸،۱	۲۵،۰	۲۰۰۲

د زېږېدنې لوړه اندازه (High birth rate)

هند هم لکه د نورو مخ پر ودې هیوادونو په شان د زیږیدنې د اندازې زیاتوالي او د مړینې اندازه کموالي ته مخامخ دی. دا یوه ناوړه دایره ده او ددې دایرې ماتول اسان کار نه دی. د زیږیدنې د لوړې اندازه لاملونه عبارت دي له:

- د ودونو دود کیدل یا Universality of marriage: ودونه دود شوي دي. زر یا په کراره (په دودیز ډول زر تر زره) ټول خلک ودونه کوي او په بچي زیږونې کې برخه اخلي، چې د خلکو اقتصادي حالت او روحي پوخوالی د واده کولو لپاره برابر نه وي.
- وختي واده کول یا Early marriage: ودونه په ډیر وختي ډول سره کیږي، معلوماتو بنسټی ده چې ۶۰ سلنه هغه انجونې چې عمر یې ۱۵-۱۹ کلونو پورې وي وختي واده شوي وي.
- وختي بلوغت یا Early puberty: هندي انجونې ډیر ژر (د ۱۲-۱۴ عمر کې) بلوغ یا پیغلته ته رسیږي.
- د ژوند د کچې ټیټوالی: کوم ځای کې چې د ژوند کچه ټیټه وي هلته د زیږیدنې اندازه لوړه وي.
- د زده کړې لږوالی: د ۲۰۰۱م کال سرشمیرنې یا census وبنسټه چې یوازې ۲۵،۳۸ سلنه وگړي زده کړه لري. د بنسټو د زده کړې کچه اوس هم ډیره بنسټه ده په ځانگړي ډول کلیوالو سیمو کې.
- پخواني رواجونه او عادتونه: داسې رواج دی چې هره بنسټه باید واده وکړي او هر سړی باید ځوی ولري. ماشومان د خدای پاک ډالی گنل کیږي او د دوي زیږونه باید بنده نه شي.
- د کورني تنظیم د عادتونو نه شتون: کورنی تنظیم پدې نژدې وخت کې منځته راغلی دی او لاتر اوسه پورې د خلکو د واده کولو عادت ندی گړځیدلی.

د مړینې د اندازې کمیدل

د مړینې په کچه کې لږوالی منځته راغلی دی ځکه چې:

۱. د طبیعي پېښو یا Natural checks نشتوالی: د بیلګې په توګه لوږه (قحطي) او په غټې کچې اپیدیمي ګانې.

۲. د ناروغیو کتلوي کنټرول: لکه small pox، طاعون، کولرا، ملریا او نور.

۳. د طبیعي ساینس او هنر پرمختګ: لکه په پراخه کچه د کیمیاوي درملو، د میکروب ضد درملو او حشره وژونکو موادو کارونه.

۴. د روغتیايي اساتیاوو بڼه والی: د بیلګې په توګه د لومړني روغتیايي مرکزونو او نورو معالجوي مرکزونو رامنځته کیدل.

۵. د ملي روغتیايي پروګرامونو اغیزمنتوب.

۶. د غذايي موادو په ویشنه کې د ښه والي او پرمختګ منځته راتلل.

۷. په بیلابیلو اړخونو کې نړیواله همکاري او مرسته.

۸. په زیاتره خلکو کې د ټولنیز شعور وده کول.

وګړي پیژندونکي پدې آند دي چې په راتلونکې کې به د هند د مړینې په اندازه کې کوم چټک لږوالی رامنځته نه شي. ځکه زیاتره د مړینې د کموالي معیارونه لکه د واکسینونو پراخه کارول، د میکروب ضد درمل، حشره وژونکې مواد، او نور د ژوند ژغورلو معیارونه اوس پوره شوي دي. اوس وخت کې د موخې وړ شی چې ډیر ستونزمن هم دی هغه د چاپیریالي روغتیا ساتنې اود تغذیې د ښه والي او د غیراتناني او جنیتکي ناروغیو د کنټرول څخه عبارت دی.

د وګړو د زیاتوالي اندازه

د هند د وګړو د زیاتوالي اندازه په شپږمه ګڼه جدول کې ښودل شوي ده. د ۱۹۲۱م

کال څخه مخکې د هند وګړي په ډیر ورو ډول زیاتیدل او دغه په ورو ډول زیاتیدل له دې کبله وه چې طبیعي پیښې لکه وچکالي، قحطي او اپیديمي ګانې به ډیرې پیښیدلي چې د ډیرو انسانانو ژوند به یې اخستلو. د ۱۹۲۱م کال څخه وروسته ستر بدلون دا وه چې وچکالي او اپیديمي ګانې کنترول شوې ځکه چې په غذايي حالت او روغتیايي خدمتونو کې ښه والی منځته راغی او دا ددې لامل شول چې د مړینې په کچه کې قدم په قدم د زیږیدنې د کچې څخه لږوالي منځته راشي چې په پایله کې د زیږیدنې کچه د مړینې د اندازه څخه زیاته شوه او دا د وګړو د چټک زیاتوالي لامل شو کوم چې د ۱۹۵۱م کال کې د ۱،۲۵ سلنې څخه ۱،۹۲ سلنې ته په ۱۹۶۱م کال کې، ۲،۲۰ سلنې ته په ۱۹۷۱م کال کې، ۲،۲۲ سلنې ته په ۱۹۸۱م کال کې، ۲،۱۴ سلنې ته په ۱۹۹۱م کال کې، او ۱،۹۳ سلنې ته په ۲۰۰۱م کال کې بدلون وکړو (شپږمه ګڼه جدول).

هند اوس په نړۍ کې دوهم هیواد دی چې ډیر وګړي لري. که څه هم ډیر نژدې معلومات او ارقام دا ښی چې د هند د وګړو په زیاتوالي کې لږوالی راغلی دی خو بیا هم هر کال ددې هیواد په ۱۰۲۷ میلیونه وګړو کې چې په ۲۰۰۱ کال کې شمیرل شوي وه ۱۲ میلیونه نور وګړي ورزیاتېږي.

په اوس وخت کې ملي روغتیايي موخه داده چې باید زیږیدنه یوویشت (۲۱) او مړینه نه (۹) تنه په هرو زرو تنو کې وي. او دغه موخه باید تر ۲۰۰۷ کال پورې ترلاسه شي، دا ددې سره برابره ده چې د هند د وګړو د کلني زیاتوالي کچه باید ۱،۲ سلنه شي کوم چې په راتلونکي ۵۰ کلونو کې د هند د وګړو د ثابت ساتلو لپاره ډیره غوره ده.

کورنی تنظیم (Family planning)

د کورنی تنظیم څو تعریفونه شتون لري. د نړیوالې روغتیايي ادارې ماهرې کمیټې په ۱۹۷۱م کال کې کورنی تنظیم پدې ډول تعریف کړی دی چې:

د ژوند کولو هغه لاره ده چې افراد او جوړې د پوهې، پاملرنې او مسؤلیت پر بنسټ په خپلواکه توګه د کورنۍ او ډلې د روغتیا د پرمختګ او ښه والی لپاره پریکړه کوي او په دې ډول د خپل هیواد په ټولنیز پرمختګ کې په فعال ډول برخه اخلي.

یوې بلې ماهرې کمیټې کورنی تنظیم په لاندې ډول تعریف او تشریح کړی دی:

کورنی تنظیم د هغه عملیو څخه عبارت دی چې د افرادو او جوړو سره مرسته کوي ترڅو ځانګړي موخې لاس ته راوړي لکه:

- د ناخوښه بچې راوړلو څخه ځان وساتي.
- د خپلې خوښې سره سمې زیږیدنې وکړي.
- ترڅو د امیدوارو ترمنځ واټن منظم کړي.
- د مور او پلار د عمر په پام کې نیولو سره د وخت د کنټرول لپاره په کوم کې چې زیږیدنه رامنځته کیږي.
- ترڅو په کورنۍ کې د ماشومانو شمیر ځانګړی شي.

د انسانانو بنسټیز حقونه

په ۱۹۲۸م کال کې د ملګرو ملتونو کنفرانس چې د انساني حقوقو په اړوند کې په تهران کې جوړ شوی وو کورنی تنظیم د یو بنسټیز انساني حق په ډول وپېژنده.

د ۱۹۷۴م کال د اګسټ په میاشت کې Bucharest کنفرانس چې د نړۍ د وګړو په برخه کې جوړ شوی وه همدا خبره تأیید کړه او پدې یې ټینګار وکړو چې د عملي کولو پلان یې جوړ شي. دوي وویل چې دا د ټولو وګړو او جوړو بنسټیز حق دی چې د خپلو ماشومانو د شمیر او ترمنځ واټن په برخه کې مسؤلیت درک کړي او ازادانه پریکړه

وکړي، او همدارنگه پدې برخه کې معلومات، تعلیم او ښودنه چې څه باید وکړي د دوي حق گڼل کېږي.

د نړۍ کانفرانس د ښځو نړیوال کال په نوم په ۱۹۷۵م کال کې همدا اعلان وکړو چې دا د هرې ښځې حق دی ترڅو د خپلو ماشومانو د شمیر او ترمنځ واټن په برخه کې مسؤلیت امیزه او ازادانه پریکړه وکړي او ددې حق د عملي کولو لپاره د معلوماتو ترلاسه کول هم د دوي حق گڼل شوی دی. پدې ډول په تیرو څو کلونو کې کورنی تنظیم په لومړني ډول رامنځته شو او د انسان د بنسټیز حق په ډول د نړیوالو د پام وړ وگرځیدو او د کورنۍ روغتیا او ټولنیز ښه والي غوره برخه گڼل کېږي.

د کورني تنظيم د خدمتونو موخه (Scope)

د کورني تنظيم اصطلاح د زیږیدنو د کنترول اصطلاح سره برابره نه ده بلکه په دې کې د زیږیدنو د کنترول څخه پرته نور ډیر شیان هم گډون لري. په ۱۹۷۰م کال کې د نړیوالې روغتیايي ادارې ماهرې کمیټې پدې باندې ټینگار وکړو چې په کورني تنظيم کې په ځانگړي ډول لاندې کړنې گډون لري:

۱. د زیږیدلو ترولکې لاندې راوستل او د هغې ترمنځ مناسب واټن
۲. د شنډتوب لپاره سپارښتنه کول.
۳. د مور او پلاروالي لپاره تعلیم او ښودنه
۴. د جنسي نږدیوالي په اړه پوهه
۵. د ناروغتیا یا پتالوژیک حالتونو لپاره پلټنه یا Screening کوم چې د تناسلي سیستم پورې اړه لري (د رحم د غاړې کنسر)
۶. Genetic مشوره ورکول (counseling)
۷. مخکې د مور کیدو څخه مشوره کول او د طبي کتنې ترسره کول

۸. د امیدواری د ازمونو تر سره کول

۹. د واده کولو په اړوند مشوره کول

۱۰. د لومړي ماشوم د زیږولو لپاره د جوړې یا couple برابرول

۱۱. د غیر واده شوو میندو لپاره د خدمتونو برابرول

۱۲. د کورني اقتصاد او تغذیه په اړه پوهه ورکول

۱۳. او د توافق د خدمتونو برابرول

دهغه ملي موخو او تگلارو په پام کې نیولو سره چې د کورني تنظیم په اړه جوړې شوي وي دغه کړنې د یو هیواد څخه و بل ته توپیر لري. دا د کورني تنظیم نوی معنا او مفکوره ده.

د کورني تنظیم روغتيايي اړخونه

د کورني تنظیم او روغتيا ترمنځ دوه اړخيزه اړیکه شتون لري. د کورني تنظیم بنسټيزې روغتيايي پایلي د نړيوالې روغتيايي ادارې د يوې علمي ډلې له خوا چې د کورني تنظیم د روغتيايي اړخونو په اړه ټاکل شوي ده په دې ډول لست شوي دي:

دغه پایلي کولی شو چې د لاندې سرلیکونو لاندې په لنډ ډول وڅیړو.

• د میندو روغتيا

د ماشوم راوړونکو میندو اخته کیدل او مړینه، غذايي حالت يي (د وزن بدلونونه، د هیموگلوبین کچه او نور)، د امیدواری د مخنیوي وړ اختلاطات او زیان.

• د جنین روغتيا

د جنین مړینه (وختي او وروستنی جنیني مړینه)، غیر نورماله دوه.

• د تي رودونکي او ماشوم روغتيا

د نوي زيږيدلي ماشوم، تې رودونکې ماشوم، او د بسوونچې څخه مخکې عمر کې مړينه، د زيږيدنې په وخت کې د تي رودونکې روغتيا (د زيږيدنې وزن)، د ناروغيو لپاره برابروالی.

الف: د بسو روغتيا

اميدواري کيدايي شي چې د ميندو لپاره گڼ شمير خطرناکې ستونزې پيدا کړي، کيدايي شي چې د مور روغتيا د گواښ سره مخامخ کړي او يا هم ژوند ته يې خطر پيښ کړي. په زياتره مخ پرودي هيوادونو کې د مړينې خطر چې د اميدواري له کبله پيدا کېږي ۱۰-۲۰ ځلي نسبت پرمختللو هيوادونو ته لوړ دی. د مور د عمر د زياتوالي سره او د دري يا څلور ځله اميدواري کيدو څخه وروسته خطر زياتېږي.

کورني تنظيم چې د بسو د بچي زيږونې په دوران کې مداخله کول دي، د ميندو سره مرسته کوي چې د اميدواري او زيږيدنو شمير، واټن، او وخت کنترول کړي او پدې ډول د ميندو مړينه او اخته کيدنه کمه او روغتيا يې غښتلي او ښه کړي.

د کورني تنظيم روغتيايي اغيزې په لومړني ډول د لاندې شيانو له کبله منځته راځي.

i. د ناخوښه اميدواريو څخه لري والی

ii. د زيږدنو د شمير تر ولکې لاندې راوستل او ځانگړی واټن

iii. او د زيږيدنې د وخت تعينول په ځانگړي ډول د لومړنۍ او وروستنۍ زيږيدنې

وخت چې نظر د مور عمر ته ټاکل کېږي.

I: ناخوښه يا نامطلوبه اميدواري:

د کورني تنظيم غوره موخه داده چې د ناخوښه يا نامطلوبه اميدواريو څخه مخنيوي وکړي، ناخوښه اميدواري کيدای شي چې زيان يا زيان ته لاره هواره کړي، د روغتيا له پلوه د طبي څارنې څخه پرته زيان (جنایي زيان) د ناخوښه اميدواري د

خطرناکو پایلو له جملې څخه دی په ځانگړي ډول باید د هغه میندو څخه یادونه وکړو چې واده شوي نه دي او د زیاتو روغتیايي خطرونو سره مخ دي. داسې نښې نښانې شتون لري چې هغه میندې چې ناخوښه امیدواري ولري په دماغی بې موازنکیو باندې ډیرې اخته کیږي.

II: د زیږیدنو د شمیر ترولکې لاندې راوستل او ځانگړی واک:

بیاییا یا تکراري امیدواري د مور د مړینې او اخته کیدلو خطر زیاتوي، دغه خطر تر درې ځلې امیدواره کیدو وروسته د هرې امیدواری سره ډیر په روښانه او ښکاره ډول زیاتېږي لکه څرنگه چې د امیدواری سره د توکسیمیا، اکلامپسیا (Eclampsia) او پري اکلامپسیا (placenta priva) خطر زیاتېږي، دغه شان د رحم د خیرې کیدو او Atony کیدو خطر هم د امیدواری د شمیر سره زیاتېږي. هغه میندې چې زیات ماشومان وزېږوي وینه لږې یې غټه ستونزه ده، همدارنگه د امیدواری د شمیر د زیاتوالي سره د مړو زیږیدنو یا still birth شمیر هم په ښکاره ډول سره زیاتېږي. د بیا بیا امیدواره کیدو جسماني اغیزې کیدای شي په دې ډول ونښودل شي لکه د رحم د غاړې سرطان د پېښو او بیا بیا امیدواره کیدو ترمنځ اړیکه شتون لري.

کورنی تنظیم یوازینی لاره ده چې کولی شو د زیږیدنو شمیر او ترمنځ واکن پری کنترول کړو او پدې ډول د میندو په روغتیا کې ښه والی رامنځته شي.

III: د زیږیدنو وخت:

په عمومي ډول هغه میندې د مړینې لوړ خطر ته مخامخ دي چې عمر یې د ۲۰ کلونو څخه کم او یا د ۳۰-۳۵ کلونو څخه زیات وي. په زیاتره هیوادونو کې د امیدواری او زیږیدنې د اختلاطاتو خطر یوشان ښه لري یعنی د ۲۰ کلنۍ څخه کم عمر کې او د ۳۰-۳۵ کلنۍ څخه پورته عمر کې یې کچه زیاته ده.

ب: د جنين روغتيا

زياتره ولادي انومالي گانې (لکه Down's syndrome) د مور د عمر د زياتوالي سره يو ځای وي. ولادي انومالي گانې کولی شو چې د زيږيدنو د وخت پر تعينولو باندې نظر د مور عمر ته وقايه کړو، او بله دا چې د وگړو څرنگوالي کولی شو يوازې د ناخوښه زيږيدنو څخه لرې والي او د ټولو هغه کاهلانو د شنډولو په وسيله چې ځانگړې ناروغۍ ولري ښه کړو.

ځمونږ د شته علم او پوهې په وسيله دا ډيره ستونزمنه ده چې د کورني تنظيم ټولې جنيتيک اغيزې وڅيړو.

ج: د ماشوم روغتيا

د کورني تنظيم موضوع د کوچنيانو پورې ډيره اړه لري. داسې معلوميږي که چيرې د کورنۍ کچه او د زيږيدنو ترمنځ واټن مناسب وي نو د ماشوم روغتيا ته به ډيرې غښتلې گټې ورسېږي چې عبارت دي له:

۱. د ماشوم مړينه:

دا معلومه شوې ده چې که چيرې اميدواري ژر ژر پيښه شي نو د ماشوم مړينه ورسره زياتيږي. د دوه زيږيدنو ترمنځ بايد ۲-۳ کاله واټن شتون ولري چې د ماشوم مړينه کمه شي، نو ځکه کورني تنظيم په يوه کورنۍ کې د ماشومانو د ژوند يا ژوندي پاتې کيدو لپاره تضمين او غوره لاره ده.

۲. د ماشوم وده، نشونما او تغذيه:

د ماشوم په وده او نشونما کې د زيږيدنو ترمنځ واټن او د کورنۍ کچه غوره

فکتورونه گنل کيږي. کله چې د زيږيدنو ترمنځ واټن مناسب وي او د کورنۍ کچه يا شمير کم وي نو ماشوم کولی شي چې په پوره کچه مينه، څارنه او خواږه چې دا ورته اړتيا لري ترلاسه کړي، يا په بله اصطلاح کورنی تنظيم د خواږخواکۍ په وړاندي اغيزمنه مخنيوونکې لاره ده.

۳. انتاني ناروغۍ:

هغه ماشوم چې په غټو کورنيو کې ژوند کوي زيات د انتاناتو خطر ته مخامخ وي. په ځانگړي ډول د هاضمي سيستم، تنفسي سيستم او پوستکي انتانات.

۴. هونبیاړي:

څيړنو بنودلې ده کوم هغه ماشومان چې په غټو کورنيو کې ژوند کوي د هغوي د هونبیاړۍ درجه يا IQ ټيټه وي.

د بڼه والي مفکوره

کورنی تنظيم د گڼ شمير ناسمو مفکورو سره يوځای دی. يوه ناسمه مفکوره چې د کورني تنظيم په اړه د خلکو په ماغزو کې ځای لري د شنډيدو مفکوره ده او نور خلک يې د زيږيدنو د کنترول سره برابره گڼي. د کورني تنظيم د بڼه والي او گټې مفکوره ددې د منځته راتگ څخه يوه نيمه لسيزه وروسته منځته راغله کله چې کورنی تنظيم د کورنۍ د بڼه والي د پروگرام په نوم ونومول شو.

د بڼه والي مفکوره ډيره پراخه مفکوره ده او په بنسټيز ډول د خلکو د ژوند د څرنگوالي پورې اړه لري. د کورنۍ د بڼه والي پروگرام موخې ډيرې اوچتې دي او هغه دا چې د خلکو د ژوند د څرنگوالي بڼه والی دی.

د کوچنۍ کورنۍ قانون

د کورنۍ په کچه کې په کمه توگه توپير د زيږيدنو په کچه کې ستر توپير منځته

راوړي. یوازې د یوې لسیزې په موده کې د یوې کورنۍ په سر د یو ماشوم لږوالی د وگړو په زیاتوالي (GR) باندې ستره اغیزه لري.

په هند کې د کورنۍ د ښه والي پروگرام موخه داده چې خلک باید د کوچنۍ کورنۍ د قانون سره ځان برابر کړي چې تر ۲۰۵۰ کال پورې د هند وگړي د ۱۵۳۳ میلیونو په کچه ثابت وساتل شي کوم چې د سرچپه سور رنگه مثلث په ډول نمونیز شوی دی. په پیل کې دغه پروگرام د دري ماشومانو لرونکې کورنۍ قانون ومنلو. د حالتونو په خطرناک کیدو سره د ۱۹۸۰م کال هلوځلو د دوه ماشومانو لرونکې کورنۍ قانون منځته راوړو. اوس وخت کې په دري شیانو باندې ډیر ټینګار کیږي.

۱. ځامن یا لورګانې یوازې باید دوه تنه وي (two will do)

۲. دوهم ماشوم باید درې کاله وروسته د لومړي ماشوم څخه منځته راشي.

۳. پراخه معافیت (Universal immunization)

په هند کې د کورنۍ د ښه والي پروگرام غټه لاس ته راوړنه داوه چې د امیدواری کچه یې د ۲،۴ څخه په ۱۹۵۰م کال کې تر ۲۰۰۲م کال پورې ۱،۳ ته راښکته کړه. ملي موخه داده چې تر ۲۰۰۲م کال پورې باید $Net\ Reproductive\ Rate = 1$ ترلاسه شي کوم چې نژدې د دوه ماشوم لرلو د قانون سره برابر او ترلاسه کیدای شي. ټوله هڅه او کوبښښ دادی چې د کتلوي پوهونې په وسیله خلک باید دې ته وهڅول شي چې د کوچنۍ کورنۍ قانون ومني، ورسره ځان برابر کړي او د خپل ژوند په تگلاره کې یې ځای په ځای کړي.

وړ جوړې (Eligible couples)

د وړ جوړو اطلاق واده شوو جوړو ته کیږي چې ښځه باید پکې د بچي زیږونې عمر

کې وي او په دوديز ډول دغه عمر د ۱۵-۴۵ کلنۍ پورې منل شوی دی. په هند کې لږ تر لږه په هرو زرو تنو کې ۱۵۰-۱۸۰ داسې جوړې شتون لري. دغه جوړې د کورني تنظيم خدمتونو ته اړتيا لري. د دغه وړ جوړو يوازې ۲۰ سلنه داسې جوړې دي چې عمري ۱۵ او ۲۴ کلونو ترمنځ دی. په ۱۹۹۹م کال کې د مارچ په يوديرشمه په هيواد کې ۱۲۸ ميلونه وړ جوړو شتون درلوده. په منځني ډول هر کال ۲،۵ ميلونه جوړې د بچي زيږونې ډلې خلکو سره يوځای کيږي. د کورني تنظيم دکارونو د بڼه تنظيم لپاره د وړ جوړو ثبتول بنسټيز کار دی، دا په منظم ډول د کورني تنظيم پروگرام د هر کارکوونکي په وسيله دده د لوړو مقاماتو ترلازېدونې سره سم نوی (Update) کيږي.

د موخې وړ جوړې

دا د هغه جوړو څخه عبارت دي کوم چې په وړ جوړو کې د لومړي توب حق لري، دې جوړو ته د موخې وړ جوړو اصطلاح کارول شوې ده. هيترتو (Hitherto) دغه اصطلاح يعنی د موخې وړ جوړې هغه جوړو ته کارولې ده چې دوه يا درې ژوندي ماشومان ولري او کورني تنظيم د دغسې جوړو سره ډيره اړيکه لري. د موخې وړ جوړو اصطلاح ورو ورو پراخه شوه او اوس يو ماشوم لرونکې جوړې آن دا چې نوې واده شوې جوړې هم په دغه جوړو کې گډون لري. د کله نه چې د کورني تنظيم د نظريې منل زيات شول نو د موخې وړ جوړو اصطلاح خپله اصلي معنی د لاسه ورکړه او اوس د وړ جوړو يا Eligible couple اصطلاح په پراخه ډول کارول کيږي.

د جوړو د ساتنې اندازه

د جوړو د ساتنې اندازه په ټولنه کې د اميدواری ضد عمليو د خپريدو

بنودونکې یا اندکاتور دی او په دې ډول تعریفیږي چې: دهغه وړ جوړو د سلنې څخه عبارت دی کوم چې د کورني تنظيم د یو یا څو منل شوو لارو (لکه شنډتوب، د رحم دنۍ آلې، کانډم، Pill او نورو) په وسیله په اغیزمنه توګه د ماشوم د راوړلو څخه ساتل شوي وي. د ۲۰ سلنې څخه زیاتې جوړې د شنډتوب یا Sterilization په وسیله په اغیزمنه توګه ساتل شوي دي. وګرپیښندونکې په دې اند دي چې دیموګرافیک موخه یعنی $NRR=1$ یوازې هغه خت ترلاسه کیدای شي چې د جوړو د ساتنې اندازه ۲۰% سلنې ته لوړه شي.

د جوړو ساتنې اندازې بنسټ پدې ولاړ دی چې په کال کې ۵۰-۲۰ سلنه زیږیدنې داسې وي چې مخکې یې درې یا زیات ماشومان شتون لري. پدې ډول د ۲۰ سلنې جوړو ساتنې اندازې لاس ته راوړل ددې سره برابر دي چې ټولې دریمې او یا ددې څخه زیاتې زیږیدنې بندې شي او یوه جوړه باید دوه یا کم ماشومان ولري.

په دې ډول د وګړو مخکنۍ ملي تګلاره داسې وه چې تر ۱۹۹۰م کال پورې (د اوم پنځه کلن پلان تر پای پورې) د جوړو د ساتنې اندازه باید ۴۲ سلنه وي او تر ۲۰۰۰م کال پورې باید ۲۰ سلنې ته لوړه شي. په لنډ ډول ویلی شو چې د NRR یا Net Reproduction Rate په کمولو کې د جوړو د ساتنې اندازه غوره فکتور دی.

د ۲۰۰۰م کال د مارچ د میاشتې تر یو دیرشمې نیتې پورې ۷۹ میلیونه جوړې (۲،۴۶ سلنه وړ جوړې چې د بچي زیږونې عمر یې د ۱۵-۴۴ کلونو پورې وو) په اغیزمنه توګه د یو یا څو کورني تنظيم لارو په وسیله د امیدواری څخه ساتل شوي وې.

تر ۲۰۰۲-۲۰۰۳م کال پورې د کورني تنظيم د بیلابیلو لارو مننونکو شمیر په لاندې ډول وو.

۴،۷۳ میلیونه

شنډتوب یا sterilization

د رحم د د نټی آلو کاروونکي	۶،۱۱ ميلونه
د کانډم کارونکي	۱۶،۵۴ ميلونه
د خولې د لارې د گوليو کارونکي	۸،۲۴ ميلونه

بيا هم د ۵۴ سلنې په شاوخواکې وړ جوړې اوس هم د اميدواری په وړاندې ساتل شوي نه دي. د ايالاتونو په شمير ځينې ايالاتونو دا بڼه ماته کړې ده، داسې بڼې چې ځينې ايالاتونه لکه پنجاب، گوجرات، کرتاکا، هاريانا، ماراشترا، او تاميل نادو هغه ايالاتونه دي چې د خپلو وگړو د پنځوس سلنې څخه زياتې زېږيدنې يې د اميدواری ضد عمليو په وسيله تر پوښښ لاندې راوستي دي.

ځينې نور ايالاتونه لکه بيهار، اوتارپراډيش، اسام، راجستان، غربي بنگال، جموکشمير او نور ډير وروسته پاتې دي او د هيلې برخلاف د اميدواری ضد عمليو د منلو کچه يې ډيره ښکته ده.

شلمه گڼه جدول د هغه وړ جوړو سلنه بڼې چې د هيواد په ځينو ايالاتونو کې د اميدواری ضد ټولو لارو په وسيله په اغيزمنه توگه ساتل شوي دي.

شلمه گڼه جدول: په موثره توگه د جوړو د ساتنې سلنه (د ټولو لارو او sterilization په وسيله) د ۲۰۰۰م کال د مارچ په ۳۱ نيټه.

ایالت	د ټولو لارو په وسیله	د شنډتوب په وسیله
اندراپرادیش	۵۲،۸	۴۵،۵
اسام	۱۵،۲	۱۲،۵
بیهار	۲۱،۲	۱۶،۷
گجرات	۵۲،۸	۳۵،۴
هاریاننا	۴۹،۴	۳۲،۳
کارناتاکا	۵۶،۳	۴۴،۸
کیرالا	۳۹،۶	۳۴،۵
ماډیاپرادیش	۴۵،۹	۲۸،۰
ماهاراشترا	۳،۴۹	۴۰،۰
پنجاب	۲۵،۵	۳۵،۲
راجستان	۳۶،۱	۲۲،۹
تامیل نادو	۳۰،۴	۳۹،۳
اوتارپرادیش	۳۸،۰	۱۷،۳
غربي بنگال	۳۲،۲	۲۷،۲
اوريسا	۳۷،۶	۲۶،۵
ټول هند	۴۶،۲	۲۹،۰

د وګړو ملي تګلاره ۲۰۰۰م کال

په عمومي ډول د وګړو ملي تګلاره ټولو هغو تګلارو ته راجع ده چې اراده او قصد يې د زيږيدنو يا Birth rate اود وګړو د زياتوالي يا Growth rate کموالی وي. موخې او هدفونه په ملي تګلاره کې نغښتې وي.

د ۱۹۷۲ کال په اپريل کې په هند کې لومړنۍ ملي تګلاره جوړه شوه، دغې تګلارې د واده کولو د عمر د زياتوالي غږ وکړو، په دې ډول چې په قانوني ډول د واده کولو په وخت کې لږ تر لږه انجونې بايد ۱۵-۱۸ کلونه او هلکان بايد ۱۸-۲۱ کلونه عمر ولري.

خرنګه چې د ۱۹۷۲م کال دغې تګلارې د زیاتره برخو سره اړیکه درلوده، نو هماغه وه چې په ۱۹۷۷ کال کې تغیر پکې منځته رامنځته شو. نوې تګلاره داسې وه چې د کوچنۍ کورنۍ قانون پکې ډیر غوره ګڼل شوی وه (بغیر د زیانونو څخه) او د پروګرام سرلیک د کورنۍ د ښه والي پروګرام په نوم ونومول شو.

هغه ملي روغتیايي تګلاره چې په ۱۹۸۳م کال کې د پارلمان له خوا ومنل شوه اوږد مهاله دیموګرافیک موخې یې ټاکلې وې چې تر ۲۰۰۰م کال پورې NRR باید یو (۱) وي (کوم چې ترلاسه نه شوې).

په دغه برخه کې د ۲۰۰۰م کال د وګړو ملي تګلاره تر ټولو وروستۍ تګلاره ده. دغې تګلارې د بې موخې تګلارې په اړه د دولت وعدې د کورني تنظیم په اداري خدمتونو کې اصلاح کړلې، دغې تګلارې خلکو ته خوښه ورکړه چې په خپلواکه توګه د بچي زیږونې د روغتیا څارنې خدمتونه ترلاسه کړي.

د ۲۰۰۰م کال نوې تګلاره د زیږیدنې او مړینې د کچو څخه پرته نور ډیر څه هم لري، دا تګلاره د ښځو زده کړه، د ښځو غښتلې کول چې روغتیايي او غذايي حالت یې ښه شي، د ماشوم ژوند او روغتیا، د کورنۍ ښه والي خدمتونو نه ترلاسه شوي اړتیاوې، د هغه ډلې خلکو لپاره د روغتیايي خدمتونو برابرول چې لږ خدمت ورته شوي (لکه ښاري پس کوڅې، قبیلوي وګړي، د غرونو خلک، بې ځایه شوي او کډوال خلک)، د نوي بالغو یا Adolescent روغتیا او زده کړه، پلان شوو موراوېلار کې د سړي د برخې اخیستنې زیاتوالی، او د غیر دولتي ادارو سره هم‌هانګي په برکې نیسي.

د ۲۰۰۰م کال د وګړو ملي تګلاره دا موخه لري چې تر ۲۰۱۰م کال پورې د امیدواری ټولیزه اندازه یا total fertility rate بدله کړي، او اوږد مهاله موخه یې داده چې د مناسب اقتصادي ودې، ټولنیز پرمختګ، او چاپیریال ساتنې لپاره اړتیاوې

ترلاسه کړي.

ملي ديموگرافیک ټولنيز موخې چې تر ۲۰۱۰م کال پورې به ترلاسه شي په لاندې ډول دي.

۱. د بنسټيزو نه ترلاسه شوو اړتياؤ تعينول: د بچي زيږونې، او ماشوم روغتيايي خدمتونو د جوړښت او غښتلتيا لپاره.
۲. تر ۱۴ کلنۍ پورې بايد زده کړه وړيا وي، د لومړنۍ او دوهمۍ زده کړې قيمت بايد دواړو هلکانو او جينکيو ته تر ۲۰ سلنې پورې رابښکته شي.
۳. د تي رودونکو ماشومانو د مړينې کچه په هرو زرو ژونديو زيږيدنو کې بايد د ۳۰ څخه کمه شي.
۴. د مور د مړينې نسبت په هرو سلو زرو زيږيدنو کې بايد د سلو (۱۰۰) څخه رابښکته شي.
۵. د واکسين په وسيله د وقايه کيدونکو ناروغيو په وړاندې بايد پراخه معافيت ترلاسه شي.
۶. د انجونو د واده کولو عمر بايد وروسته شي، د ۱۸ کلنۍ څخه بايد مخکې نه وي او د ۲۰ کلنۍ څخه وروسته عمر ته بايد غوره والی ورکړل شي.
۷. ۸۰ سلنه زيږيدنې بايد مسلکي وي يعنی په روغتون کې وي او سل په سلو کې زيږيدنې بايد د تربيه شوي پرسونل په وسيله ترسره شي.
۸. خلک بايد د خپلې خوبې سره سم د زيږيدنې د منظم والي او اميدواری د مخنيوي په باره کې معلوماتو، مشوره کولو، او خدمتونو ته پراخه لاس رسى ولري.
۹. زيږيدنه، مړينه، واده کول او اميدواری بايد سل په سلو کې ثبت شي.
۱۰. د AIDS د خپريدو مخه بايد ونيول شي او د تناسلي سيستم د اتانانو، د

جنسي نږدې والي په وسيله ليرېدونکو اتاناتو او AIDS ، د کنترول ملي ادارو ترمنځ بايد غښتلي همکاري شتون ولري.

۱۱. د ساري ناروغيو کنترول او وقايع

۱۲. د هند د طبي سيستم هم غږي کول د بچي زيږونې او ماشوم روغتيايي خدمتونو سره، او هرې کورنۍ ته د دغه خدمتونو رسول.

۱۳. د کوچنۍ کورنۍ د قانون غښتلي کول ترڅو د ټوليزې زيږيدنې اندازه يا TFR بدله شي.

۱۴. د اړونده ټوليز سکتوري پروگرامونو رامنځته کول او عملي کول ترڅو د کورنۍ د ښه والي پروگرام د خلکو مرکزي پروگرام وگرځي.

که چيرې د ۲۰۰۰م کال د وگړو ملي تگلاره په بشپړه توگه عملي شي نو داسې هيله شتون لري چې تر ۲۰۱۰م کال پورې به د هند وگړي د ۱۱۲۲ ميلونو پرځای چې د وگړو د اټکل د تخنيکي ډلې په وسيله اټکل شوي دي، ۱۱۰۷ ميلونه وي.

په همدې ډول داسې اند شتون لري چې د زيږيدنې نه خپرل شوې اندازه يا Crude death rate به په هرو زرو تنو کې ۲۱ ، د تي رودونکي ماشوم مړينه به په هرو زرو ژونديو زيږيدنو کې ۳۰، او ټوليزه د اميدواری اندازه يا TFR به ۱، ۲ وي.

د وگړو د ثابت ساتلو هڅې به يوازې هغه وخت اغيزمنې وي چې بنسټيز خدمتونه د کليو او کورونو په سطحه ترتيب او ترپوښښ لاندې راشي. د شته روغتيايي جوړښت نابشپړ والی ددې لامل کيږي چې د اميدواری ضد خدمتونو نه ترلاسه شوې اړتياوې ۲۸ سلنه، د روغتيايي مرکز څخه د باندې (out reach) سيمو او د اميدواری ضد پوښښ ترمنځ واټن زيات شي. د ۲۰۰۰م کال تگلاره بايد په ټول هيواد کې د ايالاتونو په گډه مرسته په پراخه ډول عملي شي.

د امیدواری ضد لاري

(Contraceptive methods)

د تعريف له مخې د امیدواری ضد لاري هغه مخ نیوونکې لاري دي چې د بنځې سره مرسته کوي ترڅو د ناخوښه امیدواریو څخه ځان وساتي. په دې کې ټول هغه معیارونه گډون لري کوم چې د جنسي نږدیوالي له کبله د امیدواری د منځته راتگ څخه مخنیوی کوي.

دا وروستي څو کلونه د امیدواری ضد لارو له پلوه د بدلون (انقلاب) سره یوځای دي، په دې معنا چې هڅه کېږي ترڅو د تخمې د ازادیدو په دوران کې مداخله وشي. په عمومي ډول داسې پیژندل شوې ده چې د امیدواری ضد لارو څخه یوه هم مناسبه یا idial لاره نده. یعنی داسې د امیدواری ضد لاره نشته چې هغه ساتل شوې، اغیزمنه، د منلو وړ، ارزانه، د بیرته گرځیدنې وړ، کارول یې اسانه، د جنسي عمل پورې یې اړیکې، د اوږد وخت لپاره دوام لرونکې، د بیابیا کارولو لپاره اړتیا ونه لري او په پای کې ډیر کم یا هیڅ طبي کتنه ونه غواړي.

بله دا چې کیدای شي یوه لاره د یوې ډلې خلکو لپاره د منلو وړ لاره وي مگر د بلې ډلې خلکو لپاره د منلو وړ نه وي. د بیلابیلو کلتوري، مذهبي، عقیدوي، ټولنیز اقتصادي اړخونو له پلوه هیڅ یوه داسې د امیدواری ضد لاره شتون نه لري چې د ټولو وگړو او ټولنو د ټولنیز، کلتوري، اخلاقي، او د خدمتونو د اړتیاؤ سره برابره وي.

د یوې منل شوې امیدواری ضد لاري د پیدا کیدو لپاره پلټنې روانې دي. د کورني تنظیم پروگرامونو اوسنۍ تگلاره داسې ده چې د خلکو لپاره د خپلې خوښې سره سمه لاره برابره کړي. پدې ډول چې ټولې لاري خلکو ته وړاندې کړي او بیا خلک د خپلې خوښې او اړتیا له مخې یوه ورڅخه وټاکي او پدې ډول کورني تنظیم د خپل ژوند یوه برخه وگرځوي.

د معمولي يا conventional اميدواری ضد لارې اصطلاح هغه لارو ته کارول کېږي کوم چې د جنسي نږدوالي په وخت کې ورڅخه گټه اخستل کېږي لکه کانډم، سپرم وژونکي او نور.

د اميدواری ضد هره لاره خپلې گټې او تاوانونه لري، د هر اميدواری ضد لارې کاميابي يوازې پدې پورې اړه نه لري چې د اميدواری په مخنيوي کې څومره اغيزمنه ده بلکه ددې د دوامداره ځانگړي کارولو پورې هم اړه لري.

د اميدواری ضد لارې کولی شو چې په پراخه ډول په دوه ډلو باندې وويشو، يو د واټن يا spacing لارې، او بل نهايي يا terminal لارې دي. چې په لاندې ډول بنسټل شوي دي.

I. د واټن رامنځته کوونکي لارې

۱. د مخنيونې لارې

- فزيکي لاره
- کيمياوي لاره
- يوځاي يا combined لاره

۲. د رحم دننۍ آله يا intra uterine device

۳. هارموني لاره

۴. د جنسي عمل څخه وروسته يا post conceptional لاره

۵. او داسې نور يا miscellaneous

II. نهايي يا Terminal لارې

۱. د سړي عقيم کول يا Male sterilization

۲. د بنځې عقيم کول يا Female sterilization

د مخنيونې لارې (Barrier methods)

گڼ شمير د مخنيونې لارې چې د بنځې او نردواړو لپاره د منلو وړ وي شتون لري. د دغو لارو موخه داده چې د بنځينه تخمې يا اوم سره د ژوندي سپرم د يوځای کيدو څخه مخنيوی وکړي.

د مخنيونې لارې پدې تړدې وختونو کې ډيرې مشهورې شويدي ځکه چې گڼ شمير د اميدواری، ضد او پرته د اميدواری، ضد گټې لري. غوره د اميدواری، ضد گټه يې داده چې هيڅ کومه ناوړه اړخيزه اغيزه نه لري کوم چې د اميدواری، ضد گوليو (درملو) او د رحم د دننۍ الې سره يوځای وي. او غوره غير د اميدواری، ضد گټې يې دادي چې د جنسي نږديوالي په وسيله ليرديدونکو ناروغيو د ليرېد څخه مخنيوی کوي، د حوصلي د التهابي ناروغيو پيښيدل کموي، او څه ناڅه د رحم د غاړې سرطان څخه هم مخنيوی کوي.

د مخنيونې لارو لپاره په لوړه کچه د خلکو هڅونه په کار ده ترڅو کارول يې زيات شي. په دوديز ډول د گوليو او د رحم د دننۍ الې په نسبت لږې اغيزمنې دي، يوازې هغه وخت اغيزمنې تماميږي چې په کلک ډول او پوره پام سره وکارول شي.

الف: فزيکي لارې

۱: د کانډم کارول

په نړۍ کې ډيره کارويدونکې لاره چې نران ورڅخه گټه اخلي د کانډم د کارونې څخه عبارت ده. په هند کې دا د تجارتي NIRODH په نوم بڼه پيژندل کيږي چې يو sanskrit لغت دی او د مخنيوي معنی لري.

د کانډم کارونې نن ورځ نوې معنی خپله کړېده، پدې ډول چې یوه اغیزمنه، ساده، د امیدواری ترمنځ واټن پیدا کونکې لاره ده چې اړخیزې اغیزې نه لري، او د امیدواری د مخنیوي ترڅنګ کانډم دواړه یعنی نر او بنځه د جنسي نږدیوالي په وسیله لیرېدونکو ناروغیو څخه ساتي.

کانډم د جنسي نږدیوالي څخه مخکې یو انتعاذي قضیب ته اغوستل کېږي. د څوکه لرونکي نهایت څخه یې باید هوا ونه وځي ترڅو د انزال لپاره ساحه برابره کړي او کله چې د مهبل څخه ویستل کېږي باید په پوره پام سره ونیول شي ترڅو د جنسي عمل څخه وروسته په مهبل کې د سپرم د خپریدلو څخه مخنیوی وشي او د هر ځل جنسي عمل لپاره باید نوې کانډم وکارول شي.

کانډم په مهبل کې د مني یا semin د راټولیدو څخه مخنیوی کوي. که چیرې د کانډم سره یوځای د جنسي عمل څخه مخکې د مهبل په دننه کې سپرم وژونکې جیل وکارول شي نو اغیزمنتوب به یې زیات وي. دغه سپرم وژونکي مواد یوه زیاته شوې مخنیونه ده چې که چیرې کانډم ووځي یا وشلیږي نو د ناخوښه حالت د رامنځته کیدو څخه به مخنیوی وکړي.

کانډم کیدای شي د امیدواری ضد ډیره اغیزمنه لاره وي خو که چیرې د هرځل جنسي عمل لپاره په سم ډول وکارول شي. د پاتي راتللو کچه یې ډیره توپیر لرونکې ده، سروې بنودلې ده چې د امیدواری کچه یې په هرو سلو بنځو کې د یو کال په موده کې (women year ۱۰۰)، د ۲-۳ څخه تر څوارلس (۱۴) پورې توپیر لري او زیاتره عدم کفایه یې د ناسمې کارونې څخه منځته راځي.

د کانډم گټې عبارت دي له:

۱. په اسانۍ سره پیدا کېږي.

۲. خوندي او ارزانه دی.

۳. کارول یې اسانه دی او کومې طبي کتنې ته اړتیا نه لري.

۴. ناوړه اړخیزې اغیزې نه لري.

۵. لږ متکاثف دی او یوازې یو ځل کارول کیږي.

۶. یوازې د امیدواری ضد اغیزه نه لري بلکه د جنسي نږد یوالي په وسیله لیرېدونکو

ناروغیو د لیرېدو څخه هم مخنیوی کوي.

د کانډم تاوانونه عبارت دي له:

۱. کیدای شي چې د ناسمې کارونې له کبله د جنسي عمل په وخت کې ووځي یا وشلېږي.

۲. په ځایي ډول جنسي حس (sex sensation) کې لاس وهنه کوي، یو څه خلک دا گڼله کوي مگر نور یې کاروي.

د کانډم ستر محدودیت دادی چې زیاتره نران یې په منظم ډول او پوره پام سره نه

کاروي که څه هم د ناخوښه امیدواری او جنسي ناروغیو خطر زیات وي.

کانډم په هند کې د Hindustan latex (په تړاونډرم کې) او London rubber_

industries (په چینایي کې) په وسیله جوړېږي. درې ډوله کانډم په هند کې پیدا کیږي:

ډیلوکس نایرود (Deluxe Nirodh)، ډرای نایرود (Dry_Nirodh) او سوپر ډیلوکس

نایرود (Super deluxe Nirodh). د تجارتي ډول ترڅنګ کانډم د ټولنیز مارکیټنګ

پروگرام له اړخه هم ویشل کیږي.

بنځینه کانډم

بنځینه کانډم یو pouch دی چې د پولی یوریتان (polyurethane) څخه جوړ شوی

دی کوم چې په مهبل کې ایښودل کیږي. دنتنۍ حلقه یې د رحم د غاړې سره تړلې

اړیکه لري او هغه پوښوي، او باندنۍ حلقه یې د مهبل څخه د باندې پاتې کیږي. دا

دمخکې څخه د سلیکان په وسیله بنویه شوی وی او د سپرم وژونکو موادو کارولو ته اړتیا نه لیدل کیږي.

بنځینه کانډم د جنسي انتاناتو په وړاندې یوه اغیزناکه مخنیونه ده، خو بیا هم لوړ قیمت او د منلو وړتیا ددی ډول کانډم غټې ستونزې دي. د عدم کفایي کچه یې د یو کال کارونې سره په هرو سلو بنځو کې د پنځو (۵) څخه تر یوویشت (۲۱) پورې توپیر لري.

۲: پرده یا دیافرام (Diaphragm)

پرده یوه مهلبلي مخنیونکې آله ده چې د Dutch cap په نامه هم یادېږي. دا په ۱۸۸۲م کال کې د یو جرمني ډاکتر په وسیله جوړه شوې ده.

دیافرام یو سطحی پیالی ته ورته جوړښت دی چې د Synthetic رابري یا پلاستيکي موادو څخه جوړ شوی دی، قطر یې د ۵-۱۰ سانتی متره (۲-۴ انچې) پورې توپیر لري. دا یوه قاتیډونکې یا Flexible خنډه لري کوم چې د فلز یا سپرنګ څخه جوړه شوې ده. دا ډیره غوره خبر ده چې هره بنځه باید په ټاکلې اندازه دیافرام وکاروي.

دیافرام په قسمي ډول د سپرنګ د فشار له کبله او په قسمي ډول د مهبل د دیوال د فشار له کبله په خپل ځای پاتې کیږي. پدې ډول د کامیابه کارونې لپاره مهبل باید بشپړ غښتلتیا یا ټون ولري، پرته له دې د سایتوسیل (Cystocele) په شدیدې درجه پېښو کې کیدای شي چې ګرده حلقه (Rim) یې ښکته راوښویږي.

دیافرام د جنسي نږدیوالي څخه مخکې په مهبل کې دننه ایښودل کیږي او لږترلږه د جنسي نږدیوالي څخه وروسته د شپږ ۲ ساعتونو لپاره په مهبل کې باید پریښودل شي. د دیافرام سره یوځای سپرم وژونکي جیل هر وخت کارول کیږي چې د دیافرام په وسیله د رحم د غاړې د پاسه ساتل کیږي. په عملي ډول کومه ناوړه اړخیزه اغیزه نه

لري او د عدم کفایي کچه یې د سپرم وژونکي جیل سره یوځای په هرو سلو بنڅو کې د ۱۲-۲ پورې توپیر کوي.

گټې:

د دیافرام غوره گټه داده چې په بشپړ ډول هیڅ خطر او طبي مضاد استطباب نه لري.
تاوانونه:

د لومړي ځل لپاره ډاکټر یا بل تربیه شوي کس ته اړتیا ده ترڅو د مهبل په دننه کې د دیافرام د ننویستلو تخنیک وښی چې سم کارولو څخه یې ډاډ ترلاسه شي. د زیږیدني څخه وروسته هغه وخت یې کارولی شو کله چې رحم په بشپړ ډول بیرته لومړني حالت ته راوگرځي.

د ننویستلو د تخنیک یاد لرل چې ځانگړي پاملرنه ورته اړینه ده، او د وینځلو او زیرمه کولو لپاره د اسانتیاؤ برابرول هغه څه دي چې په زیاتره هندي کورنیو کې یې په ځانگړي توگه په کلیوالو سیمو کې ددې آلې کارول ناشوني کړي دي. نو ځکه دیافرام ډیر زیات او په پراخه ډول نه کارول کېږي.

که چیرې دیافرام د مهبل په دننه کې تر ډیره وخته پورې پاتې شي نو د توکسیک شاک سندروم منځته راتگ شونی دی کوم چې د محیطي یا peripheral شاک هغه ډول دی چې بیا ژوندې کولو (Ressociation) ته اړتیا لري.

دیافرام د Vimule cup, Vault cup, Cervical cup په گډون د زیات بدلون له کبله دغه اله هم د کورني تنظیم د بڼه والي په ملي پروگرام کې د کارونې لپاره نه وړاندې کېږي.

۳: مهبلې سنج (Vaginal sponge)

یوه بله مخنیوونکې اله چې د کلونو راهسې کارول کېږي د مهېلي سفنج څخه عبارت ده. مگر یوازې پدې اوس وختونو کې د امریکا په متحده ایالاتونو کې د امیدواری د مخنیوونکې آلې په ډول د کارونې لپاره د TODAY په نوم تجارتي مارکیټ ته وړاندې شوې ده. دا یو وړوکی د پولې یوریتان څخه جوړ شوی سفنج دی چې پنځه (۵) سانتي متره \times ۲،۵ سانتي متره غټوالی لري چې د Non oxynol-9 سپرم وژونکې په وسیله مشبوع شوی وي.

مهېلي سفنج د دیافرام څخه لږ اغیزمن دی مگر بیا هم د نیشته څخه ښه دی. د عدم کفایي کچه یې په څو ځلي امیدواره شوو ښځو کې ۲۰-۴۰ او په یوځل امیدواره شوو ښځو کې ۲۰-۹ په هرو سلو ښځو کې د یو کال په موده کې ده.

ب: کیمیاوي لارې

په ۱۹۶۰م کال کې د رحم دتننۍ آلې او گولپو د منځته راتگ څخه مخکې سپرم وژونکي (مهېلي کیمیاوي د امیدواری ضد) توکي په پراخه ډول کاریدل. دا په څلورو ډلو باندې ویشل شوي دي چې عبارت دي له:

۱. Foams: فوم تابلیت، Foam aerosol

۲. کریم: Jellies او Squeessed from a tube ← Pastes

۳. Suppositories: چې په لاس باندې دننه کېږي.

۴. Soluble films: C.films چې په لاس باندې داخلېږي.

سپرم وژونکي د بنسټ لرونکي وي په کوم کې چې سپرم وژونکي مواد راټول وي. په اوس وخت کې ډیر کاریدونکي سپرم وژونکي توکي د برسیرن فعال عواملو یا Surface active agents څخه عبارت دي، کوم چې د سپرم سره ځان نښلوي او د سپرم په وسیله د اکسیجن اخستلو مخه نیسي او په پای کې سپرم وژني.

د سپرم وژونکو غټ تاوانونه عبارت دي له:

۱. د عدم کفایي کچه يي زیاته ده.

۲. هر وخت باید د جنسي عمل څخه مخکې ډیر ژر وکارول شي او د هرځل جنسي عمل لپاره باید بیابیا وکارول شي.

۳. دا باید د مهبل په هغه ځایو کې ووهل شي په کوم ځای کې چې سپرمونه ځای په ځای کېږي.

۴. د عدم کفایي ترڅنګ کیدای شي چې په کمه کچه سوزیدنه او تخریشدنه پیدا کړي.

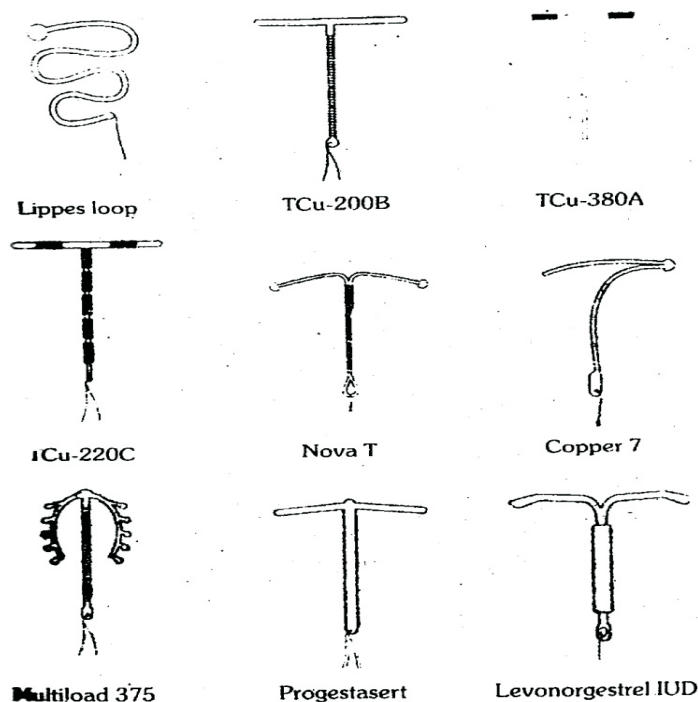
سپرم وژونکي باید سیستميک زهرجنې اغیزې ونه لري، همدارنګه باید د مهبل په دیوال او یا د رحم په غاړه التهابي او کنسري اغیزې هم ونه لري. هیڅ یو سپرم وژونکی تراوسه ندی پیژندل شوی چې کارول یې خوندي وي او په یوازې ډول کارولو سره ډیره ګټوره د امیدواری ضد اغیزه ولري. نو ځکه سپرم وژونکي مواد د ماهرینو له اړخه د امیدواری د مخنیوي لپاره نه وړاندې کېږي. که چېرې سپرم وژونکي درمل د مخنیوي د لارو سره په یوځای ډول وکارول شي نو غوره کار دی. پدې تړدې وختونو کې داسې اند شتون لري چې شونې ده سپرم وژونکي مواد په جنین باندې هم تیراتوجینک اغیزې ولري خو بیا هم دا اغیزه یې لایقیني نه ده.

د رحم دنننۍ آلې (Intra Uterine Devices)

د رحم د دنننۍ الو دوه بنسټیز ډولونه شتون لري چې عبارت دي له طبیي یا Medicated او غیرطبیي یا Non medicated ډولونو څخه. دواړه ډوله د پولي ایتالین یا نورو پولي میرونو څخه جوړې شوې دي. ددې ترڅنګ طبیي یا Bioactive ډول فلزي ایونونه (مس)، یا هارمونونه (Progestogens) او یا دواړه ازادوي.

غير طبي د رحم دتننۍ آلې په دوديز ډول لومړۍ جنيريشن د رحم دتننۍ آلو ته اطلاق كېږي. مس لرونكي د رحم دتننۍ آلې دوهم جنيريشن او هارمون ازادونكي د رحم دتننۍ آلې دريم جنيريشن جوړوي.

په لاندې اومه گڼه انځور كې د رحم دتننۍ آلو بيلابيل ډولونه ښودل شوي دي.



اومه گڼه انځور:

طبي د رحم دتننۍ آلې ددې لپاره جوړې شوې چې ناوړه اړخيزې اغيزې يې لږې او د اميدواری ضد اغيزه يې زياته شي، مگر دا ډيرې قيمته دي او د يو څه وخت څخه وروسته بايد بدلې شي ترڅو اغيزمنتوب يې وساتل شي. په اومه گڼه انځور كې د رحم دتننۍ آلو بيلابيل ډولونه چې په هند كې كارول كېږي ښودل شوي دي. په هند كې د كورني تنظيم د ښه والی ملي پروگرام له اړخه د Cu-T-200B ډول

کارول کیپرې او د ۲۰۰۲م کال څخه راپدېخوا د Cu-T-380 A ډول کارول زیات شوي دي.

لومړی جنیریشن د رحم دنننۍ آلې

لومړی جنیریشن د رحم دنننۍ آلې عبارت دي له Inert یا غیرطبي آلو څخه، چې په دودیز ډول د پولي ایتایلین یا نورو پولي میرونو څخه جوړې شوې دي. په بیلابیلو ډولونو او کچو سره پیدا کیږي لکه Rings, Coils, Spirals, Loops او Bows. په دغه ټولو ډولونو کې یې د Lippes loop ډول بڼه پیژندل شوی دی او په مخ پر ودې هیوادونو کې ډیره کاریدونکې آله ده.

Lippes loop

Lippes loop یو ډبل S انځور لرونکې آله ده چې د پولي ایتایلین پلاستيکي موادو څخه کوم چې غیر زهرجن مواد دي جوړه شوې ده، د نسجونو سره عکس العمل نه بڼی او د اوږد وخت لپاره دوام کوي.

دا آله لږه اندازه باریوم سلفیت هم لري ترڅو د X وړانګې په وسیله ولیدل شي. دغه لوپ د یو نازک تار سره چې د نایلون څخه جوړ شوی دی نښتی وی کوم چې د ننویستلو څخه وروسته په مهیل کې پرینسودل کیږي. دغه لکۍ په اسانۍ سره لمس کیږي او ددې څخه ډاډ تر لاسه کیږي چې لوپ په خپل ځای کې شته دی او که نه؟ همدارنګه کله چې مو خوبڼه وي لوپ وباسو نو ددې تار یا لکۍ په وسیله د لوپ ویستل اسانه کیږي.

Lippes loop په څلورو کچو سره پیدا کیږي چې عبارت دي له C, B, A او D څخه، چې وروستی یو د ټولو څخه غټ دی. غټه کچه لرونکی لوپ ډیره زیاته د

امیدواری ضد اغیزه لري، همدارنگه د خپل سر و تنې کچه يې ډیره کمه ده مگر د لري کولو يا Removal کچه يې د اختلاطاتو لکه درد او وينې بهيدنې له کبله زیاته ده. غټه کچه لرونکی لوپ (C, D) د خو ځلې لنگو شوو يا multiparous بنځو لپاره ډیره وړ آله ده.

دویم جنیریشن د رحم دنننۍ آلې

گڼ شمیر پلټونکو دا وینودله چې یوه د منلو وړ د رحم دنننۍ آله په ساده ډول نه شي جوړیدلی لکه چې د هغې په دودیز انځور او کچه کې بدلون راوستل شي. په ۱۹۷۰م کال کې یوه نوې تگلاره په کار واچول شوه، او هماغه وو چې د رحم د دنننۍ آلې سره مس یوځای شول او داسې وموندل شوه چې فلزي مس د امیدواری ضد غښتلې اغیزه لري. د مسو په یوځای کولو سره شونې ده چې وړوکی د رحم دنننۍ آله جوړه شي کوم چې کارول يې اسانه وي، په یوځل لنگو شوو يا Nuli parous بنځو کې هم. په اوس وخت کې په تجارتي ډول گڼ شمیر د رحم دنننۍ آلې شتون لري چې عبارت دي له:

مخکنۍ آلې يا *earlier devices*

Copper- 7 •

Copper T- 200 •

نوې آلې يا *Newer devices*

Variants of the T devices •

TCu- 220 C .۱

TCu- 380 A or Ag .۲

Nova T •

Multi load devices •

ML- Cu- 250 .۱

۲. ML- Cu- 375

کوم عدد چې د آلې ترڅنګ لیکل شوی دی دا په هر ملي متر مربع سطحه باندې د مسو کچه (surface area) رابښی کوم چې په دغه آله کې شتون لري. Nova T او TCu- 380Ag د نورو سره توپیر لري، هغه دا چې دا آلې د پاسه د سلور پوښ لري کوم چې مسي سیم یې پوښلی وي.

نوې مس لرونکي آلې د امیدواری د مخنیوي لپاره نسبت مخکنۍ یا Inert د رحم دننۍ آلو ته ډیرې اغیزمنې دي.

نوې مس لرونکي د رحم دننۍ آلې لکه Multiload devices او Variants of the T devices نورې گټې هم لري لکه لږ تر لږه تر پنځه کلونو پورې اغیزمنې پاتې کیدلی شي او کولی شو چې تر ډیرې مودې پورې یې په خپل ځای کې پریږدو ترڅو چې کوم طبي یا بل ځانگړی دلیل یې د وختي ویستلو لامل نه شي. د مس لرونکو آلو گټې عبارت دي له:

۱. د خپل سر ویستلو کچه یې ټیټه ده.
۲. اختلافات لکه درد او وینه ورکول یې کم دي.
۳. کارول یې ساده دی، په Nuli para بنځو کې هم.
۴. د Nule para بنځو په وسیله بڼې زغمل کیږي.
۵. د امیدواری ضد لوړه اغیزه لري.
۶. د جنسي عمل څخه وروسته اغیزمنه د امیدواری ضد آله ده خو که چیرې د غیرخوندي جنسي عمل څخه وروسته تر ۳-۵ ورځو پورې وکارول شي.

دریم جنیریشن د رحم دننۍ آلې

دریم جنیریشن د رحم دتننی آلی په یو بل بنسټ باندې ولاړې دي لکه د هارمونونو ازادول کوم چې په تړلې کچه په دغو آلو کې شتون لري.

ډیره کاریدونکې هارموني آله د Progestasert څخه عبارت ده چې T انځور لرونکي آله ده او د ۳۸ ملي گرامه طبیعي هارمون پروجسترون څخه ډکه وي. دغه هارمون په ډیر کرار ډول د ورځې ۲۵ ملي گرامه رحم ته ازادېږي چې دا د رحم په دیوال، د رحم د غاړې په مخاط، او شونې ده چې په سپرم باندې نیغ په نیغه اغیزه ولري. څرنگه چې د هارمون ازادیدل په کراره کراره ډول کمیږي نو ځکه په منظم ډول د دغې آلی بدلول اړین دي.

یوه بله هارمون لرونکي آله د LNG – 20 (Mirena) څخه عبارت ده کومه چې T انځور لرونکي آله ده او د ورځې شل (۲۰) مایکروگرامه لیونارجیستريل (غښتلی synthetic سټرایډ دی) ازادوي. دا ډیره لږه د امیدواری کیدو کچه (۲، ۰ سلنه) او هم ډیر لږ د بي ځایه امیدواری (ectopic- pregnancy) د پېښیدلو چانس لري. د اوږدې مودې کلینکي څیړنو ښودلې ده چې هغه د رحم دتننی آله چې لیونارجیستريل (Levonorgestrel) ورڅخه ازادېږي د مس لرونکي آلی په نسبت د میاشتنی عادت د لږې اندازې وینې او د کمو ورځو لپاره د وینې بهیدلو سره یوځای وي. د لیونارجیستريل لرونکي آلی تر لس (۱۰) کلونو پورې اغیزمنې دي. دغه هارمون ازادونکي آلی د هغه ښځو لپاره ډیر ارزښت لري کوم چې د ودې په حال هیوادونو کې ژوند کوي ځکه چې دوي د مسي آلو په کارولو سره ډیره وینه د لاسه ورکوي او په ښکاره وینه لږې باندې اخته کیږي، مگر دغه آلی ډیرې قیمتي دي او په پراخه ډول نشي کاریدلی.

د رحم دتننی آلو د عمل میخانیکیت

په اوس وخت کې پراخه منل شوې نظریه داده چې د رحم دتننی آله د رحم په دننه کې

د یو پردې یا باندني جسم په ډول عمل کوي او د رحم په مایعاتو او اندومیتريوم کې د حجروي او بیو شیمیک بدلونونو لامل کیږي. داسې عقیده شتون لري چې دغه بدلونونه د گامټ (Gamete) وده او نشو نما کموي او پدې ډول د القاح کیدو او غرس کیدو چانس یې کمیږي.

طبي یا Medicated د رحم دننۍ آلې د نورو ځایي اغیزو د پیدا کیدو لامل کیږي کوم چې شونې ده ددې آلې د امیدواری ضد اغیزې نورې هم زیاتې کړي. داسې معلومیږي چې مس د اندومیتريوم حجروي ځواب (cellular resps) غښتلی کوي، همدارنگه دا د رحم د غاړې د مخاط په بیوشیمیک جوړښت کې د بدلون له کبله د رحم انزایمونه هم اغیزمن کوي. د مس ایونونه کیدای شي چې د سپرم حرکت، توان مندي او د ژوند موده اغیزمنه کړي.

هارمون ازادونکي آلې د رحم د غاړې د مخاط غلظت یا لزوجیت زیاتوي او په دې ډول د سپرم د ننوتلو څخه د رحم غاړې ته مخنیوی کوي. همدارنگه دا په اندومیتريوم کې د لوړې کچې پروجسترون او کمې کچې ایستروجن اندازه رامنځته کوي او پدې ډول اندومیتريوم داسې ساتي چې د تخمې د غرس کیدو لپاره برابر نه وي.

اغیزمنتوب (Effectiveness)

د رحم دننۍ آلې د اغیزمنو بیرته گرځیدو وړ د امیدواری ضد لارو د ډلې څخه دي. د تیوري له مخې د رحم دننۍ آلې د خولې او زرقي هارموني امیدواری ضد درملو څخه لږې اغیزمنې دي مگر څرنگه چې د رحم د دننۍ آلو د پایښت موده د هارموني گوليو او پیچکاریو په نسبت زیاته ده نو ځکه د کورني تنظیم په پروگرامونو کې د رحم دننۍ آلې او د خولې د لارې کاریدونکي د امیدواری ضد درمل په برابره کچه اغیزمن گڼل کیږي.

په لاندې ۲۱ گڼه جدول کې د ځینو د رحم دننۍ آلو د امیدواری کچه، د خپل سر

وتلو کچه، او د لري کولو يا ويستلو کچه بنودل شوي ده.

د ۲۱ گڼې جدول څخه داسې جوتيري چې مس لرونکي د رحم دننۍ آلې نسبت لippes loop ته د اميدواری په مخنيوي کې ډيري اغيزمنې دي او د خپل سر وتلو کچه يې هم کمه ده. څيړنو بنودلې ده چې د مس لرونکو آلو د اغيزمنتوب کچه نيغ په نيغه د دغې آلې د سربيره ساحې د مسو د کچې پورې اړه لري (چې په دوديز ډول ۲۰۰ يا ۲۲۰ ملي متر مربع وي).

يوويشتمه گڼه جدول: په بچي زېړونکو ميندو کې د لومړي کال کلينيکي تجربه:

آله	د اميدواری کچه (%)	د خپل سر وتلو اندزه (%)	په خپله د لري کولو کچه (%)
Lippes لوپ	۳	۱۲،۲۰	۱۲،۱۵
Cu 7	۲،۳	۶	۱۱
Tcu- 200	۳	۸	۱۱
Tcu- 380A	۰،۸_۰،۵	۵	۱۴
پروجسترون آله	۱،۲_۱،۳	۲،۷	۹،۳
ليونارجستريل آله	۰،۲	۶	۱۷

د رحم د دننۍ آلې بدلول

Inert IUD کيدای شي چې په خپل ځای کې تر ډيري مودې پورې څومره چې اړتيا وي پريښودل شي، پدې شرط چې ناوړه اړخيزې اغيزې يې شتون ونلري. مس لرونکي آلې نه شوکولی چې د ناکاډل شوي مودې لپاره وکاروو ځکه چې د مسو دپاسه د مسو ورو ورو تخريبيدل او پر ځای يې د منرال ځای په ځای کيدل د دغې آلې څخه د مسو ازاديدل اغيزمن کوي نو ځکه بايد په وخت په وخت بدله شي او همدا شان کړنه د هارمون لرونکو آلو سره هم کيږي. دا د طبي آلو ستر تاوان دي کله چې د کورني تنظيم په سترو

پروگرامونو کې کارول کېږي.

د TCu – 380 A کارول د لس (۱۰) کلونو لپاره منل شوي دي که څه هم داسې معلومه شوې ده چې TCu _ 380 A لږ تر لږه خپل اغیزمنتوب تر دولس (۱۲) کلونو پورې ساتلې شي. د TCu_200 کارول د څلورو کلونو لپاره او د Nova T کارول د پنځه کلونو لپاره منل شوي دي.

پروجسترون ازادونکي آلې باید هر کال بدلې شي ځکه چې د پروجسترون زیرمه یې په ۱۲-۱۸ میاشتو کې کمیږي.

د لیونارجیستریل لرونکي د رحم دننۍ آلې کولی شو لږ تر لږه د اوه (۷) کلونو لپاره وکاروو او که شونې وي تر لسو کلونو پورې یې کارولی شو. د پروجسترون لرونکو آلو د عدم کفایې کچه لږه زیاته ده مگر لیونارجیستریل لرونکي آلې چې د ورځې ۱۵-۲۰ مایکروگرامه لیونارجیستریل ازادوي لکه د نوې مس لرونکو آلو په شان اغیزمنې دي.

د د رحم د دننۍ آلو گټې

د رحم دننۍ آلې گڼ شمیر گټې لري چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کوو:

۱. ساده والی: د بیلگې په توگه د آلې دننه کول کوم پیچلي عمل او بستر کیدو ته اړتیا نه لري.

۲. دننه کول یې یوازې یوڅو دقیقې وخت غواړي.

۳. یوځل چې دننه شوه نو ترهغې پورې یې په خپل ځای پریښودلی شو چې اړینه وي.

۴. ارزانه ده.

۵. د امیدواری ضد اغیزې یې د آلې په وستلو سره د بیرته گرځیدو وړ دي.

۶. په حقیقت کې د سیستمیک میتابولیک ناوړه اړخیزو اغیزو څخه خالي وي کوم

چې د هارمون لرونکو گوليو سره يوځای وي.

۷. د پايښت موده يې زياته ده.

۸. دوامداره هڅونې ته پکې اړتيا نشته لکه هر وخت بايد ورځنی pill واخستل شي،

او يا په کلک او سم ډول د مخنيونې لاره وکارول شي. د هڅولو لپاره يې يوازې همدا يوه کړنه بسنه کوي.

بيا هم لکه د نورو اميدواری، ضد لارو په ډول د رحم دننۍ آلې هم ناوړه اړخيزې

اغيزې پيدا کوي لکه زياته وينه بهيدنه او درد.

د رحم د دننۍ آلو مضاد استنباطات

مطلق مضاد استنباط:

الف: شکمنه اميدواری،

ب: د حوصلي التهابي ناروغۍ.

ج: د نامعلوم لامل له کبله مهيلي وينه بهيدنه

د: د رحم د غاړې، رحم او Adenexia کنسر او نور حوصلي تومورونه

ه: مخکنۍ بي ځايه اميدواري يا Ectopic pregnancy

نسبي مضاد استنباط:

الف: وينه لږي

ب: زياته وينه بهيدنه يا Menorrhagia

ج: د تيرې اميدواری راهسې د حوصلي د التهابي ناروغيو تاريخچې

د: د رحم د غاړې زوه لرونکي يا قيحي افراغات

ه: د ولادي گډوډيو يا Fibroid له کبله د رحم د تشې بدلیدل (distortion)

و: نه هڅول شوی يا غير مناسب تن.

د رحم د دننۍ آلې لپاره وړ کاندید

Planned Parenthood Federation _ د امریکا پلان شوي مورپلار کیدو ادارې يا (PPFA) of America د رحم د دننۍ آلې د کارولو لپاره وړ بنځې په دې ډول بنودلې دي چې:

- هغه بنځې چې لږ تر لږه یو ماشوم یې زیږولی وي.
- د حوصلي د ناروغیو تاریخچه ونه لري.
- د میاشتنی عادت موده یې نورماله وي.
- ددې وړتیا ولري چې د رحم د دننۍ آلې د لکۍ کتنه وکړي.
- د غښتلو ستونزو درملنې او بیا کتنې ته لاسرسی ولري.
- هغوي چې د یو نفر سره جنسي اړیکه ولري (monogamous).

دغې ادارې که څه هم هغه بنځې چې په دغه یاد شوې لست کې ګډون ونه لري، د رحم د دننۍ آلې د نه کارولو لپاره ندې بیلې کړي.

مهه خبره چې پدې تږدې وختونو کې منځته راغلې ده هغه داده چې د رحم دننۍ آلې د Nuli para بنځو لپاره لومړنۍ ټاکنیزه لاره نده، دوي د رحم د دننۍ آلې د کارولو له کبله نسبت نورو بنځو ته ډیرې ستونزې پیدا کوي لکه په خپل سر د آلې وتن، د ګیدې د ښکته برخې درد، او د حوصلي اتانات.

هغه د رحم دننۍ آلې چې وړوکی غټوالی او د راټولیدلو ځانګړتیا ولري د Nuli para بنځو لپاره چې وړوکی رحم لري او د امیدواری ضد بله لاره نشي کارولی یا ورته دمنلو وړ نه وي، مناسبې آلې دي.

په ۱۹۸۵م کال کې د امریکا نساي ولادي پوهنځي يا _ the American college of Obstetricians and Gynecologists پدې ټینګار وکړو چې هغه بنځې کومې چې

هېڅ ماشوم ونه لري او يا گڼ شمير د جنسي عمل ملگري ولري بايد د رحم دتننۍ آلې ونه کاروي ځکه په دوي کي د حوصلي د التهابي ناروغيو يا PID خطر زيات دی او هم شونې ده چې شنډې شي.

د دننه کولو لپاره يې سم وخت

که څه هم د بچي زيږونې په وخت کې بنځې کولی شي چې هر وخت د رحم دتننۍ آلې وکاروي (پرتله د اميدواری څخه). مگر بيا هم د رحم دتننۍ آلې د دننه کولو لپاره ډير وړ وخت د مياشتني عادت د وخت څخه عبارت دی (د مياشتني عادت د پيل په اولو لسو ورځو کې).

د تخنيکي اړخه د رحم دتننۍ آلې دننه کول د مياشتني عادت په وخت کې اسانه وي ځکه چې د رحم د غاړې قطر پدې پړاو کې نسبت افرازي پړاو ته پراخه وي، رحم د استرخا په حالت کې وي او د مایومترיום تقلصیت کوم چې شونې ده د آلې د خپل سر وتلو لامل شي هم کم وي، او همدارنگه د مياشتني عادت په وخت کې د اميدواری د شتون خطر هم له منځه ځي.

د رحم دتننۍ آلې کيدلی شي چې يوه اونۍ وروسته د زيږيدنې څخه مخکې له دې چې بنځه روغتون پرېږدي وکارول شي. مگر وروسته د زيږيدنې څخه په لومړۍ اونۍ کې د رحم دتننۍ آلې دننه کول ځانگړې پاملرنه غواړي ځکه چې پدې وخت کې د رحم د څيرې کيدو خطر زيات وي. بله دا چې وختي دننه کول د لوړ خپل سر وتلو کچې (expulsion rate) سره يوځای وي.

د لوپ داخلولو لپاره دوديز وخت ۲-۸ اونۍ وروسته د زيږيدنې څخه دی. په دغه وخت کې د رحم دتننۍ آلې کارول ډيرې گټې لري. دا کولی شو چې د بنځې او ماشوم د بيا يا تکراري کتنې سره يوځای کړو. همدارنگه د رحم دتننۍ آلې کولی شو

چې د لومړني ترايمستر د قانوني زيان څخه وروسته وکاروو مگر د دوهم ترايمستر زيان څخه وروسته ژر يا په چټک ډول د رحم د دننۍ آلې کارول نه سپارښت کېږي. زياتره ډاکتران د غيرقانوني زيان څخه وروسته د رحم د دننۍ آلې کارول نه مني ځکه چې پدې وخت کې د انتان د منځته راتگ خطر زيات وي.

بيا کتنه يا Follow up

د د رحم دننۍ آلو د دننه کولو غوره اړخ د هغو د بيا کتنې څخه عبارت دی چې زياتره هير شوی وي. د بيا کتنې موخې يې عبارت دي له:

الف: چې د بنځو د هڅونې او روحي غښتلتيا لپاره مرسته (support) برابره کړي.

ب: چې د رحم د دننۍ آلې د شتون څخه ډاډ ترلاسه شي.

ج: او چې کومه ناوړه اړخيزه اغيزه يا گډوډي پيدا کېږي هغه تشخيص او درملنه کړي.

د رحم د دننۍ آلو کارونکو بنځو کتنه بايد د لومړي مياشتني عادت څخه وروسته ترسره شي ځکه چې پدې وخت کې د لوپ د خپل سر وتلو چانس زيات وي، او دوهم ځل د دريم مياشتني دوران څخه وروسته بايد بيا کتنه تر سره شي ترڅو درد او د وينې بهيدنې ستونزې وارزول شي او تر دې وروسته د شپږ مياشتو يا يو کال په واټن چې د ناروغ د هوسايې او اسانتيا د شتون پورې اړه لري، بايد بيا کتنه تر سره شي.

د رحم د دننۍ آلو کارونکو بنځو ته بايد لاندې سپا رښتنې وشي:

الف: هغه بايد په منظم ډول د آلې لکۍ يا تار وگوري ترڅو ډاډ ترلاسه کړي چې آله په رحم کې په سمه توگه ځای په ځای ده، او که چيرې يې ونه شو کړای چې د آلې تار پيدا کړي نو بايد د ډاکتر سره مشوره وکړي.

ب: کله چې هم کومه ناوړه اړخيزه اغيزه لکه تبه، د حوصلې درد، او وينه بهيدنه ورته پيدا کېږي نو بايد د کتنځي څخه ليدنه وکړي.

ج: که چیرې ښځې د آلې موده د یاده وویستله نو باید د ډاکتر سره مشوره وکړي.

ناوړه اړخیزې اغیزې او اختلالات

۱. وینه بهیدنه

هغه ښځې چې د رحم د نننۍ آلې (طبي او غیرطبي) کاروي دودیزه گیله یې د زیاتې مهېلي وینې بهیدنې څخه عبارت ده. دا د ټولو د رحم د نننۍ آلود لري کولو ۱۰-۲۰ سلنه جوړوي. دغه وینه بهیدنه کیدای شي چې یو یا ډیر لاندې شکلونه ونیسي:

د میاشتنی عادت په موده کې د ډیرې وینې د لاسه ورکول، د میاشتنی عادت د مودې اوږدوالی، او د میاشتنی عادت په منځ کې د وینې بهیدنه.

د ښځې له انده غیر منظمه وینه بهیدنه د هغې د ځاني ناراحتۍ لامل کیږي مگر د طب له پلوه د اوسپنې د کموالي وینه لري پیدا کوي په ځانگړي ډول هغه وینه بهیدنه چې د ۱-۲ میاشتو په موده کې ورته پیدا شي. کومې ښځې چې وینه بهیدنه ورته پیدا شوې وي نو باید د اوسپنې گولۍ وکاروي (T. Ferrous sulfate 200mg د ورځې درې ځله).

څیرنو ښودلې ده چې د ډیرې وینې د لاسه ورکول د غټې اندازې لرونکي غیرطبي یا Non-medicated آلې له کبله منځته راځي. مس لرونکي آلې معلومېږي چې لږه په منځنۍ کچه وینه بهیدنه منځته راوړي او که چیرې هارمون ازادونکي آلې وکارول شي نو د میاشتنی عادت وینه بهیدنه به کمه وي.

که چیرې وینه بهیدنه زیاته یا دوامداره وي او یا ناروغ د اوسپنې دمستحضراتو سره سره وینه لري پیدا کړي نو د رحم د نننۍ آلې باید وویستل شي. څرنګه چې د وینې بهیدنې او د رحم د نننۍ آلې د غټوالي ترمنځ نیغ په نیغه اړیکه شتون لري نو زیاتره وخت د رحم د نننۍ آلې Lippes loop ډول په مس لرونکي آلې باندې د بدلولو

سپارښتنه کيږي. زياتره ښځې د رحم د دننۍ آلې په ويستلو سره بيرته نورمال مياشتني عادت ته راگرځي. که چيرې يو غير نورمال حالت باقي پاتې شي نو بشپړه نسايي کتنه اړينه ده ترڅو ډاډ تر لاسه شي چې په حوصله کې کومه پتالوژي شتون نلري.

۴. درد

درد دوهم غټه ناوړه اړخيزه اغيزه ده چې د رحم د دننۍ آلې د ويستلو لامل کيږي. نړيوالې روغتيايي ادارې داسې اټکل کړې ده چې ۱۵-۴۰ سلنه ښځې چې د رحم دننۍ آلې يې ويستلې وي يوازې د درد له کبله وي. درد کيدای شي د آلې د دننه کولو په وخت کې او يا د دننه کولو څخه وروسته ترڅو ورځو پورې، او يا هم د مياشتني عادت په وخت کې شتون ولري. دا دردونه زياتره د ملا د ښکتنۍ برخې درد، د گيډې د لاندنۍ برخې درد او يا هم کله کله د ورانه د لاندې برخې درد په ډول منځته راځي. دغه گيډه په دوديز ډول تر درې مياشتو پورې له منځه ځي.

که چيرې د آلې د دننه کولو په وخت کې شديد درد شتون ولري نو شونې ده چې آله په رحم کې په سم ډول نه وي ايښودل شوې او يا به هم د آلې د غټوالي او د رحم د تشې ترمنځ توپير شتون ولري.

همدارنگه ډير شديد درد د رحم د خيرې کيدو ښودنکې هم وي. درد د انتاناتو له کبله هم پيدا کيږي او په دوديز ډول په Nuli para ښځو کې او هغه ښځو کې زيات وي چې د څو کلونو لپاره يې ماشوم زيږولی نه وي.

د آلې د دننه کولو په وخت کې کم درد کيدای شي د درد ضد درملو لکه اسپرين او کودين په وسيله کنترول شي او که چيرې درد د زغملو وړ نه وي نو د رحم دننۍ آله بايد وويستل شي او د Lippes لوپ په ځای مس لرونکي آلې کيدای شي وازمايو، او

که چیرې بنځه وغواړي چې د رحم دتننۍ آله نه کاروي نو د امیدواری ضد بلې لارې
څخه باید گټه واخستل شي.

۴. د حوصلې انتانات

د حوصلې التهابي ناروغۍ یوه گډه اصطلاح ده چې د تخمدانونو، تیوبونو، رحم،
منظم انساجو، او د حوصلې پریټونیوم حاد، تحت الحاد، او ځنډني التهاب پکې
گډون لري چې په دودیز ډول د انتان له کبله منځته راځي.

څیرنو بنودلی ده چې د رحم دتننۍ آلو کارونکو بنځو کې د حوصلې التهابي
ناروغیو چانس نسبت د دغه آلو نه کارونکو بنځو ته ۲-۸ برابره زیات دی او دغه خطر
په هغه بنځو کې نور هم زیاتیري چې گڼ شمیر جنسي ملگري ولري، شونې ده چې د
جنسي نږدیوالي په وسیله د لیریدونکو ناروغیو یا SDT له کبله وي. د حوصلې د
التهابي ناروغیو غټ خطر کیدای شي چې رحم ته د رحم دتننۍ آلي د دننه کولو په
وخت کې رحم ته د بکتیریاوو د ننوتلو له کبله رامنځته شي.

اوس داسې اند شتون لري چې د حوصلې التهابي ناروغۍ د هغه ارگانیزمونو له
کبله منځته راځي کوم چې د رحم دتننۍ آلي د تار یا لکۍ د لارې د بنکته نه پورته
رحم او تیوبونو ته لیردول کیږي. دغه ارگانیزمونه عبارت دي له:

An aerobic streptococcus, Bacterioids, Gardnerella, Coliform bacilli

Actinomycetes څخه. داسې معلومیږي چې د حوصلې د التهابي ناروغیو خطر د
رحم دتننۍ آلي د دننه کولو څخه وروسته په اولوڅو میاشتو کې زیات وي.

د حوصلې د التهابي ناروغیو کلینکي نښې عبارت دي له: مهېلي افراغات، د
حوصلې درد او حساس والی، غیر منظمه وینه بهیدنه، لږزه او تبې څخه.

په زیاتره حالتونو کې انتان کیدای شي چې غیر عرضي او یا په کمه کچه اعراض

ولري، بيا هم د PID يوه يا دوه حملې کولی شي چې شنه توب منځته راوړي او Fallopian تيوبونه د تل لپاره بند کړي. د دې لپاره ځوانې بنځې د رحم د دننۍ آلې د ټاکلو څخه مخکې بايد د حوصلې التهابي ناروغيو په خطرونو باندې پوهې شي. کله چې د حوصلې التهابي ناروغي په گوته شي نو بايد ژر تر ژره د پراخه ساحه اغيزو لرونکو میکروب ضد درملو په وسيله درملنه شي. زياتره ډاکتران وايي چې که چيرې د میکروب ضد درملنې سره سره اتتان په ۲۴-۴۸ ساعتونو کې ځواب ورنه کړي نو د رحم دننۍ آله دې وويستل شي.

د حوصلې د التهابي ناروغي د خطر د شتون له کبله د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو په وخت کې بايد ځينې ځانگړي حالتونه په پام کې ونيول شي لکه د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو لپاره د ځانگړو بنځو ټاکنه، بڼه د پاکوالي (تعقيم) شرايط، بڼه د دننه کولو تخنيک، او د داسې يوې آلې منځته راتگ چې لکۍ يا تارونه لري.

۴. د رحم څيرې کيدل

زياتره کارکوونکو د رحم د دننۍ آلې د کارولو له کبله د رحم د څيرې کيدلو راپور ورکړي دي. د راپور ورکړل شوو پيښو کچه يو پر ۱۵۰ څخه تر يو پر ۹۰۰۰ دننه شوو آلو پورې توپير لري چې د دننه کولو د وخت، د رحم د دننۍ آلې انځور، د دننه کولو تخنيک، او د دننه کوونکي په پوهې پورې اړه لري. که چيرې د يو اوچت ډاکتر په وسيله وکارول شي نو دا خطر به د ۳، ۱ سلنې څخه زيات نه وي. آله کيدای شي چې د پريټوان تشې ته لاره شي او شديد اختلاطات لکه د کلمو بندوالي پيدا کړي.

مس لرونکي آلې د انساجو يو غښتلی عکس العمل پيدا کوي کوم چې د پريټوان د نښليدلو لامل کېږي. په دوديز ډول د رحم څيرې کيدل هغه وخت ډير پيښېږي چې د زيږيدنې څخه وروسته د ۴۸ ساعتونو څخه تر شپږ اونیو پورې د رحم دننۍ آله

وکارول شي. په زړه پورې خبره داده چې کيدای شي د رحم خيري کيدل بشپړ غيرعرضي وي او يوازې هغه وخت په څوته شي چې کله د رحم د دننۍ آلې د معلومولو لپاره کتنه ترسره شي.

قناعت ورکونکې او د رحم د خيري کيدلو سم تشخيص د حوصلې د عکس اخستلو يا X ray په وسيله ترسره کېږي. خپرونو بنودلې ده چې کله رحم خيري شي نو رحم بايد وويستل شي ځکه چې کيدای شي د رحم په دننه کې التهابي عکس العمل پيدا شي او لدې کبله د گيډي داخلي غړي يو د بل سره ونښلي او يا خيري شي چې د دې خطر نسبت د رحم د دننۍ آلې د ويستلو خطر څخه زيات دی.

۵. اميدواري

د ټولو د رحم دننۍ آلو په يوځای ډول د عدم کفايي حقيقي کچه په لومړي کال کې ۳ % سلنه ده. دغه د عدم کفايي کچه په بيلابيلو د رحم دننۍ آلو کې توپير لري. د رحم دننه اميدواريو پنځوس سلنه چې د رحم دننۍ آله په خپل ځای پريښودل شي په زيان يا Abortion باندې خاتمه پيدا کوي. که چيري د اميدواري په لومړي وخت کې د رحم دننۍ آله وويستل شي د دغه زيان خطر به نيمایي ته راکم شي. هغه ښځې چې د د رحم د دننۍ آلې په شتون کې اميدواري ته دوام ورکوي څلور برابره پکې د مخکې د وخت څخه زيږيدنې چانس نسبت نورو ښځو ته زيات دی.

لومړي داسې فکر کيدلو چې د رحم د دننۍ آلې په شتون کې اميدواري خوندي او تاوان نلري او تر ډيره وخته پورې دوام نه کوي. مگر د رحم د دننۍ آلې په شتون کې اميدواري بايد يو غښتلی طبي اختلاط وگڼل شي کوم چې د اتتان او په خپل سر زيان يا Abortion خطر منځته راوړي. پدې برخه کې لاندې کرني شتون لري.

الف: که چيري ښځه وغواړي چې خپل اميدواري زيان کړي نو دا ددې قانوني حق دی.

ب: که چیرې بنځه وغواړي چې امیدواری ته دوام ورکړي او د رحم د دننۍ آلې تار د جس کیدلو وړ وي نو باید د رحم دننۍ آلې په پوره پام باندې د تار په کښولو سره وویستل شي.

ج: که چیرې بنځه وغواړي امیدواری ته دوام ورکړي او د رحم د دننۍ آلې تار د جس کیدلو وړ نه وي نو د منځته راتلونکو اختلاطاتو لپاره باید په پوره پام سره کتنه ترسره شي. که چیرې د رحم د دننۍ آلې د اتان او Sepsis یوه نښه هم ولیدل شي نو د پراخه ساحه اغیز لرونکو میکروب ضد درملو د درملنې لاندې د رحم تشول غوره دي.

که چیرې یوه بنځه د رحم د دننۍ آلې په شتون کې امیدواري پیدا کړي نو هغې ته باید وویل شي چې په ۲۵٪ سلنه پیښو کې امیدواري کیدای شي چې بریالی پایله ولري.

۶. په بل ځای کې یا بی ځایه امیدواري (ectopic pregnancy)

کله چې د رحم د دننۍ آلې کارونکې بنځه امیدواري واخلي نو شونې ده چې په بل ځای کې یا بی ځایه امیدواري منځته راشي. د لیونارجستريل او TCu – 380 A آلو په کارولو سره د بی ځایه امیدواري کچه په هرو زرو بنځو کې په کال کې ۲، ۰ ده په داسې حال کې چې د امیدواري ضد لارو د نه کاروونکو بنځو سره پرتله شي په هغوي کې ۳-۵، ۴ پورې ده. په پروجسترون لرونکو آلو کې دغه کچه لوړه او تر ۸، ۶ پورې ده ځکه د دوي عمل یوازې د اندومیتريوم د ځایي اغیزو پورې تړلی دی.

د لیونارجستريل لرونکو آلو په کارولو سره د بی ځایه امیدواري چانس کم دی ځکه دا د گونادوتروفین (Gonadotrophin) افراز په څه نا څه ډول کموي او په پایله کې د فولیکول نارمل وده خرابوي او په زیاتره دورانونو کې د تخمې د ازادیدلو څخه مخنیوی کوي.

هغه ښځې چې د رحم د نننۍ آله کاروي د بې ځايه اميدواري، نښې نښانې بايد ورته وښودل شي چې عبارت دي له: د گيډې د لاندې برخې درد، تياره او ټکۍ ټکۍ مهبلي وينه بهيدنه، او يا د مياشتني عادت د وينې بنديدلو (Amenorrhea) څخه.

هغه ښځې چې مخکنۍ د حوصلې التهابي ناروغۍ، تيوبولر اميدواري يا په بل ځای کې بې ځايه اميدواري ولري نو په دوي کې د بې ځايه اميدواري د منځته راتگ خطر زيات وي او که چيرې د اميدواري ضد بله لاره عملي کولی شي نو بايد د رحم د نننۍ آلې د کارولو څخه ځان وساتي.

۷. په خپل سر خارجيدل (Expulsion)

د خپل سر خارجيدو کچه د ۱۲-۲۰ سلنې ترمنځ توپير لري (۲۱ گڼه جدول).
Expulsion کيدای شي چې په څه نا څه يا بشپړ ډول وي. څه نا څه په خپل سر وتنه د سپيکولم د کتنې سره په گوته کيږي کوم چې د رحم د نننۍ آلې تنه د رحم د غاړې څخه د باندې ليدل کيږي. کلينکې پوهه، د دننه کولو وخت، د کارونکې ښځې عمر او د اميدواري شمير ټول هغه څه دي چې د رحم د نننۍ آلې په خپل سر وتنه باندې اغيزه کوي.

په خپل سر وتنه په دوديز ډول د دننه کولو څخه وروسته په اولو څو اونيو کې او يا د مياشتني عادت په وخت کې منځته راځي. په خپل سر وتنه زياتره په هغه ښځو منځته راځي چې ځوانې وي، اول باري وي، او هغوي چې د زيږيدنې څخه وروسته يې ژر آله کارولې وي.

د مس لرونکو آلو د خپل سر وتني کچه نسبت غير طبي آلو ته کمه ده. د ۲۰ سلنې څخه زيات په خپل سر وتنه نه په گوته کيږي. په عمومي ډول په خپل سر وتنه کومه خطرناکه ستونزه نده خو که چيرې ورڅخه خبر نه شو نو کيدای شي چې په ښځه کې

امیدواری رامنخته شي.

۸. د ویستلو څخه وروسته بیا امیدواری

که چیرې د رحم دتننې آله په خپل ځای کې په سمه توګه پرته وي او د حوصلې التهابې ناروغۍ کله رامنخته شوي نه وي نو د ویستلو څخه وروسته یې په امیدواری کې کوم توپیر یا کموالی منځته نه راځي. ۷۰ سلنه مخکې د رحم دتننې آلې کارونکې ښځې که چیرې د رحم دتننې آله وباسي د یو کال په موده کې امیدواره کیږي. اوس دا ثابت شوی چې د حوصلې التهابې ناروغۍ د ښځې د امیدواری لپاره خطر دی او تر اوسه پورې کوم د معنی څخه ډک معلومات نه دي ترلاسه شوي چې د اوږد وخت لپاره د رحم دتننې آلې کارول، وروسته په امیدواری باندې کومه اغیزه لري.

۹. کنسر او تیراتوجنیس

تراوسه پورې داسې ښې ښانې نشته دي چې د رحم دتننې آلې کارول د کنسر خطر زیاتوي. همدارنګه هغه ښځې چې د رحم دتننې آلې په شتون کې امیدواره کیږي، او یا مخکې یې د رحم دتننې آله کارولې وي د هغوي په ماشومانو کې د غیرنورمال حالت یا د زیریدنې د ګډوډیو ښې ښانې ندي لیدل شوي.

۱۰. مړینه

د رحم دتننې آلې د کارولو له کبله مړینه ډیره نادره ده او داسې اټکل شوی ده چې یو په سل زره (۱/۱۰۰۰۰۰) کارونکو ښځو کې به وي. مړینه په دودیز ډول د اختلاطاتو له کبله منځته راځي لکه منتن په خپل سر

زیان او یا بې ځایه امیدواری. په ریښتیا توګه پدې برخه کې د رحم دتننۍ آلې نسبت د خولې د لارې د امیدواری، ضد درملو څخه خوندي دي په ځانګړي ډول په زړو او زیات خطر لرونکو ناروغانو کې.

په ټولو امیدواری، ضد لارو کې د رحم دتننۍ آلې ډیرې اغیزمنې دي چې منځنۍ د امیدواری، کچه یې د یو کال کارولو څخه وروسته په سلو ځانګړو بنځو کې ۳-۵ تنه ده. د نورو لارو سره د پرتله کېدو په صورت کې د رحم دتننۍ آلې د امیدواری، ضد ارزانه لاره ده ځکه د اغیزې موده یې زیاته ده، نه لکه د مخنیوونې لارو په ډول د رحم دتننۍ آلې کارول د جنسي عمل د وخت پورې تړلي نه دي. د رحم دتننۍ آلې نسبتاً زیاته د دوام موده لري، غیر طبي او مس لرونکي آلې د خولې د لارې امیدواری، ضد ګولپو په ډول سیسټمیک استقلابي اغیزې نه لري.

هغه بنځې چې د خولې د لارې امیدواری، ضد درملو ناوړه اړخیزې اغیزې نه شي زغملی نو د رحم دتننۍ آلې یې دمنلو وړ تبدیلونکې لاره ده. د رحم دتننۍ آلې د شیدو ورکولو عمل نه اغیزمن کوي.

د خپل سر وټنې او ناوړه اړخیزو اغیزو لکه غیرمنظم میاشتني عادت د درلودلو له کبله د رحم دتننۍ آلې باید یوازې هغه ځایونو کې وکارول شي چې د بیا کتنې - اسانتیا یې شتون ولري.

اوس نښې نښانې دا نښې چې د یوې نښې پوهه شوې بنځې لپاره د رحم دتننۍ آلې کارول یوه بڼه د امیدواری، ضد لاره ده ځکه قناعت ورکوونکې، زیاته اغیزمنه او نسبتاً کم خطر لرونکې لاره ده.

د امیدواری، ضد هارموني درمل (Hormonal contraceptives)

د امیدواری، ضد هارموني درمل کله چې په ځانګړي ډول وکارول شي نو د

امیدواری ضد لارو څخه اغیزمنه لاره ده. د گډ (combined) ډول کارول د امیدواری په مخنیوي کې سل په سلو کې اغیزمنتوب لري. دا د دوه ماشومانو ترمنځ د واټن د رامنځته کولو لپاره بڼه لاره ده. داسې اټکل شوی ده چې په نړۍ کې تر ۶۵ میلیونو زیات خلک د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل (pill) کاروي چې له دې جملې څخه اټکلاً لس میلیونه یې په هند کې دي.

ګوناډل سټرایډونه (Gonadal steroids)

په عمومي طب کې ډاکټر د سټرایډ اصطلاح Adrenocortical هارمونونو ته کاروي مګر په نسایي کې دا اصطلاح ګوناډل سټرایډونو ته کارول کیږي لکه استروجن او پروجسترون.

الف: جوړ شوي استروجنونه (synthetic oestrogens)

د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو کې دوه ډوله synthetic استروجن کارول کیږي چې عبارت دي له ایتینایل استراډیول (Ethinyl oestradiol) او مسترانول (Mestranol) څخه، چې دواړه یې اغیزمن دي. په حقیقت کې مسترانول ترڅو چې په ځکر کې په ایتینایل استراډیول بدل نه شي غیرفعال وي.

ب: جوړ شوي پروجستوجونونه (Synthetic progestogens)

دا په درې ګروپونو باندې ویشل شوي دي چې عبارت دي له پریګنایس (pregnanes)، اُسترانایس (oestrans) او ګونانایس (gonanes) څخه.

i. پریګنایس (pregnanes) : پدې ډله کې megestrol ، chlormadinone او medroxy progesterone ګډون لري. پریګنایس پروجسترون اوس د امیدواری ضد درملو په ډول نه کارول کیږي ځکه چې په بنکاري سپیو کې د تیونو د سرطان خطر زیاتوي.

- .ii. أسترانيس (oestrans) : دا د ۱۹ نان تيستوستيرون (19 non testosterone) په نامه هم يادېږي، د بيلگې په توگه Norethisterone acetate ، Norethisterone ، Lynestrenol ، Ethynodiol diacetate او Norethynodrel . دغه ټول د فعاليدو څخه وړاندې په Norethisterone استقلال کېږي. د ځينې بنځو لپاره استرانيس د گونانيس په نسبت ډير د منلو وړ وي.
- .iii. گونانيس (gonanes) : ډير ځانگړي گونان د ليونارجستريل څخه عبارت دي.

د اميدوارۍ ضد هارموني درملو ډلبندي

د اميدوارۍ ضد هارموني درمل چې په اوس وخت کې کارول کېږي او يا تر څيړنې لاندې دي په لاندې ډول کيدای شي چې ډلبندي شي.

الف: oral pill

- ۱. Combined pill
- ۲. Progestogen only pill
- ۳. Post coital pill
- ۴. Once a month (long acting) pill
- ۵. Male pill
- ب: Depot (slow release) formulation
 - ۱. Injectables
 - ۲. Subcutaneous implants
 - ۳. Vaginal rings

الف: د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درمل (Oral pills)

۱. گډې گولۍ (Combined pill)

کمباينډ pill د اميدوارۍ ترمنځ د واټن رامنځته کوونکې او اميدوارۍ ضد يوه

ستره لاره ده. اصلي يا original pill کله چې د ۱۹۶۰م کال په لومړنيو کې مارکیت ته وړاندې شول د ۱۰۰-۲۰۰ مايکروگرامه Synthetic استروجن او لس (۱۰) ملي گرامه پروجستوجن لرونکي وه. له دې څخه وروسته ډير پرمختگ او بڼه والی رامنځته شو ترڅو د دغه گوليو ناوړه اړخيزې اغيزې د استروجن او پروجستوجن دواړو د دوز په کمولو سره لږې کړي.

په اوس وخت کې د گډو گوليو زياتره فارمولې د ۳۰-۳۵ مايکروگرامه څخه زيات سينتيتک استروجن او د ۵، ۱۰-۱ ملي گرام څخه زيات پروجستوجن نه لري. په پرله پسې توگه هڅه روانه ده چې د پروجستوجن کم دوز لرونکې گولۍ رامنځته شي کوم چې لږ استقلابي تشوشات پيدا کوي.

دغه گولۍ د ۲۱ پرله پسې ورځو لپاره ورکول کېږي چې د مياشتني عادت په پنځمه ورځ پيل کېږي او ورپسې اوه ورځې دمه وي په کومه موده کې چې مياشتني عادت رامنځته کېږي. کله چې وينه بهيدل پيل شي نو دا د بل مياشتني عادت لومړنۍ ورځ شميرل کېږي. کومه وينه بهيدنه چې رامنځته کېږي د نورمال مياشتني عادت په ډول نه وي بلکه دا د نابشپړ جوړ شوي اندوميتريوم له کبله د رحم وينه بهيدنه ده کوم چې د باندني هارمونونو د ناڅاپي بنديدلو (withdrawal) له کبله منځته راځي. نو ځکه دې ته withdrawal وينه بهيدنه هم وايي او د مياشتني عادت څخه کمه وي. بله داچې د وينې کچه چې په دې وينه بهيدنه کې د لاسه ورکول کېږي د هغې وينې کچې نيمايي ده چې په تخمه ازادونکې بنځو کې منځته راځي.

که چيرې وينه بهيدل رامنځته نه شي نو بنځې ته لارښونه کېږي چې د وروستۍ گولۍ څخه يوه اونۍ وروسته دې دوهم دوران پيل کړي، چې په دوديز ډول بنځي د دوهم دوران په اخستلو سره مياشتني عادت پيدا کوي. د خولې د لارې گولۍ بايد هره ورځ په ټاکلي وخت وخورل شي چې د شپې له پلوه بستر ته د تللو څخه مخکې يې

خوړل غوره دي او لومړنۍ دوز يې بايد په مطلقه توګه د مياشتني عادت په پنځمه ورځ پيل شي.

د دغه پورته يادو شوو لارښونو څخه هر ډول سرغړونه د اميدواری مخنيوی نه شي کولی. که چيرې د pill کاروونکې ښځه د ګولۍ خوړل هير کړي نو کله چې ورپه ياد شي بايد ژر تر ژره يې وځوري او د بلې ورځې ګولۍ دې په خپل ټاکلي وخت سره وځوري.

د pill ډولونه

د هند د دولت د روغتيا او کورنۍ د ښه والی وزارت، د کورنۍ د ښه والی په څانګه کې دوه ډوله کم دوز لرونکې د خولې د لارې ګولۍ شتون لري چې د MALA.N او MALA.D په نومونو يادېږي. دغه ګولۍ ۰،۳، ۰،۳، ۰،۳ ملي ګرامه نارجسترون او ۰،۳، ۰،۳، ۰،۳ ملي ګرامه ايتینايل استيرايډايول لري.

د MALA.D يو پاکټ اته ويشته (۲۸) دانې ګولۍ لري (چې ۲۱ يې د اميدواری ضد ګولۍ دي او اوه نښواري رنگه ګولۍ يې د اوسپنې لرونکي ګولۍ دي) په بازار کې د دوه (۲) هندي کلدارو په قيمت شتون لري. او MALA.N په وړيا ډول ټولو لومړني روغتيايي مرکزونو او ښاري د کورنۍ د ښه والی (Urban family welfare) مرکزونو ته ويشل کېږي.

۲ يوازي پروجستوجن لرونکې ګولۍ (POP) Progestogen only pill

دا ګولۍ د کوچنۍ ګولۍ يا mini pill او يا micro pill په نامه يادېږي. دا يوازي پروجستوجن لري کوم چې په کم دوز سره د مياشتني عادت په اوږدو کې ورکول کېږي. هغه پروجستوجن چې عموماً ډير کارول کېږي د نارتيستيرون (Norethisterone) او ليونارجستريل څخه عبارت دي.

يوازې د پروجستوجن لرونکي ګولۍ هيڅکله ډيره نه کارول کېږي ځکه چې د

مياشتني عادت کنترول يي خراب او د اميدواری کچه يي زیاته ده خو بيا هم دا په نن ورځ د اميدواری ضد درملو کې ځانگړي ځای لري. هغه زړې بنځې چې د زړه او رگونو د ناروغيو له کبله کمباینډ pill پکې مضاداستطباب وي کولی شي چې ددې گوليو څخه استفاده وکړي. همدارنگه هغه ځوانې بنځې چې د نیوپلازیا (Neoplasia) خطري فکتورونه ولري دا گولی ورته مناسبې گڼل کېږي. داسې نښې نښانې شته دي چې پروجستوجن د HDL يا (High Density Lipoprotein) سويه کموي.

۳ Post coital contraception

د جنسي عمل څخه وروسته يا Post coital يا Morning after د اميدواری ضد درمل د غیر خوندي (غیر محفوظ) جنسي عمل د تر سره کولو څخه وروسته تر ۴۸ ساعتونو پورې ورکول کېږي. دوه ډوله لارې يي شتون لري.

- د رحم دننۍ آلې يا Intra Uterine Device : ساده تخنيک يي دادی چې د رحم دننۍ آلې په ځانگړي ډول مس لرونکي آلې (copper device) وکارول شي خو که چيرې د منلو وړ وي.

- هارموني: په زیاتره حالتونو کې هارموني لارې ته غوره والی ورکول کېږي. مخکې به په ډیر لوړ دوز باندې استروجن (diethyl stilbestrol) د ورځې ۵۰ ملي گرامه په څو دوزونو د پنځه ورځو لپاره، ورکول کیدو، چې پایله يي هم بڼه وه مگر داسې لوړ دوز د پام وړ ناوړه اړخيزې اغيزې پيدا کوي.

د Yuzpe او Lancee د کار څخه وروسته کمباینډ د خولې د لارې گولی د جنسي عمل څخه وروسته اميدواری ضد لپاره بڼه مستحضر ومنل شو. ځکه چې دا لارې ناوړه اړخيزې اغيزې منځته راوړي. کړنلاره يي پدې ډول ده چې د ستندرد کمباینډ گوليو دوه برابره دوز باید ورکړل شي. څرنگه چې زیاتره کمباینډ گولی به پنځوس

(۵۰) مایکروگرامه استروجن درلوده، نو کاریدونکی رژیم پدې ډول وه چې دوه گولۍ. سم د لاسه ژر وروسته د جنسي عمل څخه او دوه گولۍ به ۱۲ ساعته وروسته ورکول کیدلې. اوسنۍ گولۍ چې په پراخه ډول موندل کیږي ۳۰-۳۵ مایکروگرامه استروجن لري او په بیړني ډول د امیدواری د مخنیوي لپاره باید بنځه د هر دوز لپاره د دوه گولیو په ځای څلور گولۍ وڅوري.

د جنسي عمل څخه وروسته د امیدواری ضد لاره یوه بیړنۍ لاره گڼل کیږي د بیلگې په توگه د غیرمحفوظ جنسي عمل ، rap ، او د امیدواری ضد د عدم کفایي څخه وروسته. داسې اند شتون لري چې که چیرې دغه لاره پاتې راشي نو په جنین باندې به اغیزه ولري.

که څه هم د جنسي عمل څخه وروسته د امیدواری ضد لارو د پاتې راتللو کچه د ۱% څخه کمه بنودل شوې ده ځینې ماهرین په دې اند دي که چیرې د امیدواری ضد لاره پاتې راشي نو بنځه ترڅو چې د زیان کولو اراده ونه لري باید هارموني د امیدواری ضد لاره ونه کاروي. داسې نښې نښانې شته دی چې د جنین اېنارملتي به رامنځته شي مگر یو شک باقي پاتې دی.

۴ میاشت کې یوخل (اوبه عمل لرونکی) pill

تجربو بنودلې ده چې که چیرې په میاشت کې یوخل pill کوم چې د اوبدې اغیزې لرونکي استروجن (quinestrol) او لنډې اغیزې لرونکي پروجستوجن سره یوځای وي، باید ونه کارول شي ځکه چې د امیدواری کچه یې د منلو وړ کچې څخه ډیره اوچته ده او بله دا چې غیر منظمه وینه بهیدنه پیدا کوي.

۵ نارینه pill

د ۱۹۵۰ کال څخه راپدېخوا د نارینه و لپاره د امیدواری ضد لازو د پیدا کولو پلټنه پیل شوه. د څلورو تگ لازو لپاره څیړنې ترسره شوي.

- د Spermatogenesis مخنیوی
- د سپرم په زیرمه کیدو او پوخوالي کې لاس وهنه
- په منوي قنات کې د سپرم د لیریدنې څخه مخنیوی
- د منوي مایع د جوړښت اغیزمن کول

زیاتره څیړنې د Spermatogenesis په مخنوي باندې راټولې دي. د نارینه و لپاره د منلو وړ د امیدواری ضد لازه هغه لازه ده چې د سپرم شمیر کم کړي مگر د تیستوستیرون کچه یې نورماله پاتې شي. خو هغه هارمونونه چې د سپرم منځته راتلل کموي د تیستوستیرون دکموالي لامل هم کیږي او په دې ډول جنسي ځواک او غوښتنې ورسره کمیږي.

نارینه pill د gossypol څخه چې د پنبه دانې د تیلو مشتق دی جوړ شوي دي. دا د Azoospermia یا شدیدې Olegospermia په منځته راتگ کې ډیره اغیزمنه ماده ده. مگر د ۱۰% سلنې څخه زیات نارینه چې د شپږ میاشتو لپاره دا درمل واخلي په تل پاتې ډول Azoospermic پاتې کیږي. بله دا چې gossypol زهرجن هم دی. حیواني

خپرنو بنودلې ده چې د زهرجن او اغيزمن دوز ترمنځ واټن يې ډير کم دی. په اوس وخت کې gossypol د نارينه و لپاره د اميدواری ضد مادې په ډول په پراخه توگه نه کارول کېږي.

د خولې دلارې اميدواری ضد درملو د اغيزې لاره

د کمباينډ اورال pill د اغيزې ميخانیکيت دادی چې د تخمدان څخه د تخمې د ازاديدلو مخه نيسي. او دا د نخاميه غدې څخه د گونادوتروفين د افراز په مخنيونې باندې ترلاسه کېږي کوم چې د تخمې د ازاديدو لپاره اړين دی. يوازې پروجستوجن لرونکی pill د رحم د غاړې مخاط غليظ او سرينبناکه کوي او په دې ډول د سپرم د دننه کيدلو يا تيريده څخه مخنيوی کوي. همدارنگه پروجستوجن د تيوبونو د حرکت مخه نيسي او پدې ډول د رحم تشې ته د سپرم او تخمې ليرديدل په ځنډ غورځوي.

اغيزمنتوب

که چيرې د ټاکل شوي رژيم سره سم واخستل شي نو کمباينډ اورال pill زياتره وخت سل په سلو کې د اميدواری په مخنيوي کې اغيزمن دي. ځينې بنځې په منظم ډول دغه pill نه کاروي نوځکه دغه ريښتيني کچه يې هم کمه وي. په پرمختللو هيوادونو کې يې د اميدواری کلنی کچه يو په سلو (۱/۱۰۰) بنځو کې ده مگر په زياتره نورو هيوادونو کې دغه کچه لوړه ده.

کلينيکي خپرنو دا بنودلې ده چې د پروجستوجن يوازې pill اغيزمنتوب لکه د کمباينډ اورال pill په شان دی مگر د کورني تنظيم په سترو پروگرامونو کې يې اغيزمنتوب کم دی. همدارنگه دغه اغيزمنتوب کيدای شي د ځينو درملو

لکه ریفامپیسین، فینوباربیتل، او امپیسیلین په وسیله هم خراب شي.

د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو خطرونه او گټې

د تاریخ له مخې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل په ۱۹۶۰م کال کې وپیژندل شول. د دوي د کارولو په لومړۍ لسيزه کې ډیر پام دې ته وه، چې د دوي گټه د امیدواری په مخنیوي کې او د دوي خطر د غیر منظمي وینې بهیدني له کبله څومره دی؟

د ۱۹۷۰م کال په جریان کې د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو د پراخه کارولو له کبله دا معلومه شوه چې دا درمل ځینې ناوړه اړخیزې اغیزې هم لري. په بنسټیزه توگه د زړه او رگونو په سیستم باندې (لکه د زړه د عضلې مړینه، د ژورو وریدونو ترومبوسیس او نور) او دغه ناوړه اړخیزې اغیزې د گوليو د استروجن برخې له کبله منځته راځي. نو ځکه دا ناوړه اړخیزې اغیزې ددې لامل شوې چې د دغه گوليو د استروجن کچه باید کمه شي. لکه چې په اوس وخت کې د ۳۰-۳۵ میکرو گرامه استروجن لرونکې گولۍ کارول کیږي.

تر ۱۹۸۰م کال پورې د پروجستوجن له کبله ډیرې لږې ناوړه اړخیزې اغیزې راپور ورکړل شوې وې.

څرنګه چې مونږ د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو د کارولو په دریمه لسيزه یعنی ۱۹۸۰ کال کې دننه شوو نو د دوي د گټو او تاوانونو په برخه کې ډیر معلومات د دوه سترو برطانوي څیړنو څخه په لاس راغلي وه. دغه څیړنې عبارت دي له Royal Collage of General Practitioners څیړنه او Oxford University Family Planning Association څیړنې څخه.

دغه دواړه یادې شوې څیړنې په ۱۹۶۸م کال کې پیل شوې وې (۷۳، ۷۴، ۷۵).

دغه څيړنې پدې برخه کې د خولې د لارې د اميدواری ضد درملو گټې او خطرونه په لاندې ډول را لندوي.

الف: ناوړه اړخيزې اغيزې

۱. د زړه او رگونو اغيزې

هغه معلومات چې د لومړنۍ case control څيړنې (۷۲، ۷۷)، د RCGP د خولې د لارې د اميدواری ضد درملو څيړنې (۷۳)، او د Oxford څيړنې (۷۴، ۷۵) څخه په لندن کې لاس ته راغلل دا خبره په ډاگه کړه چې د کمباينډ اورال pill کارول د لوړې مړينې سره يوځای وي.

د پورته يادوو شوو څيړنو څخه داسې راپور ورکړل شو چې هغه بنځې چې کمباينډ pill کاروي د هغه بنځو په نسبت چې pill نه کاروي ۴۰% سلنه د مړينې لوړ چانس لري. په ريښتيني ډول دغه لوړه مړينه د زړه او رگونو د ناروغيو له کبله منځته راځي لکه د زړه د عضلې انفارکشن يا مړينه، عصبي ترومبوسيس، او د رگونو ترومبوسيس چې د سږو د امبولې سره يوځای وي يا نه وي. دغه خطر د عمر د زياتوالي او سگرت څکولو سره نور هم زياتيږي (۲۲ گڼه جدول).

څيړنو دا اوبنودله چې د زړه او رگونو اختلاطات ډير د گولۍ د استروجن برخې پورې اړه لري.

دوه ويشتمه گڼه جدول: د عمر، سگرت څکولو او د خولې د لارې اميدواری ضد درملو په پام کې نيولو سره د يو کال په موده کې په ۱۰۰۰ بنځو کې د دوراني ناروغيو له کبله مړينه.

عمر	په کاروونکو بنځو کې د مړينې کچه	د کنترول کچه
۲۴-۱۵	۰،۰ ۱۰،۵	۰،۰ ۰،۰
۳۴-۲۵	۴،۴ ۱۴،۲	۲،۷ ۴،۲۳
۴۴-۳۵	۲۱،۵ ۲۳،۴	۲،۴ ۱۵،۲
۴۵ څخه پورته کلونه	۵۲،۴ ۲۰۲،۷	۱۱،۴ ۲۷،۹

دغه پورته يادوو شوو لاس ته راوړنو دا اوبنودله چې د خولې د لارې د اميدواری ضد درملو د استروجن کچه بايد دومره کمه شي چې يوازې د اميدواری ضد اغيزه ولري. د دغه کموالي سره سره تر ۱۹۸۰م کال پورې دا وليدل شول چې د رگونو ناوړه اړخيزې اغيزې (لکه د وينې لوړ فشار) د استقلابي اغيزو سره يوځای چې د پروجستوجن برخې له کبله منځته راځي باقي پاتې دي. نو دا خبره روښانه شوه چې د خولې د لارې د اميدواری ضد گوليوو د پروجستوجن کچه هم بايد کمه شي ترڅو د کارولو له کبله يې منځته راتلونکي اختلاطات کم کړای شي.

۳. سرطانې اغيزې (Carcinogenesis)

د نړيوالې روغتيايي ادارې د څيړنو له مخې چې ترسره شوې دي د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد کمباينډ درملو او سرطان ترمنځ کومه مثبتې يا منفي اړيکه نده ليدل شوې.

د نړيوالې روغتيايي ادارې د Multicentre case control څيړنې له مخې چې د اميدوارۍ ضد هارموني درملو او سرطان ترمنځ شونې اړيکه يې وڅيړله، دې خبرې ته ميلان اوبنودلو چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درملو په پرله پسې توگه کارول د رحم د غاړې د سرطان چانس زياتوي چې دا موندنې نورې هم وڅيړل شوې.

۴. استقلابي اغيزې

په اوس وخت کې هغه استقلابي اغيزو ته چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درملو له کبله پيدا کېږي زيات پام اوختی دی. دغه اغيزې عبارت دي له: د وينې د فشار لوړوالی، د سيروم د ليپيد بدلونونه په ځانگړي ډول د High density Lipoprotien يا HDL د سويې کموالی، د وينې لخته کيدل، د سيروم د گلوکوز او انسولين د اوچتوالي سره د قندونو د استقلال زياتوالی او داسې نورو څخه. دغه اغيزې د گولۍ د پروجستوجن برخې د دوز سره مثبتې اړيکه لري. د کورني تنظيم متخصصينو داسې نظر ورکړی دی چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درمل کيدای شي د دوي کارونکو ته د اوږدې مودې ستونزې پيدا کړي لکه کيدای شي چې اتيروجنيسيس (Atherogenesis) زيات کړي او په پايله کې کلينکي ستونزې لکه د زړه د عضلې اسکيميا او ستروک ورته پيدا شي.

۴. نورې ناوړه اړخيزې اغيزې

i. د خکر ګوډۍ.

د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درملو کارول کيدای شي د ځگر د حجراتو اډينوما او د صفرا د کڅورې ناروغۍ پيدا کړي. په ځينو pill کارونکو بنځو کې کيدای شي چې کولي ستاتيک (Cholestatic) ژبړی پيدا شي.

ii. شيدې ورکول

هغه مستحضرات چې د استروجن زياته کچه ولري د تيونو د شيدو په کچه او جوړښت باندې اغيزه درلودلې شي او لږ دوديز په تيريدونکي ډول د شيدو ورکولو د بنديدلو لامل کېږي. د نړيوالې روغتيايي ادارې د څيړنو له مخې هغه بنځې چې کمباينډ ګولۍ کاروي د اتلس (۱۸) اونيو کارولو څخه وروسته د شيدو په کچه کې يې ۴۲% سلنه کموالی منځته راغلی وه، هغه بنځې چې يوازې پروجستوجن لرونکي ګولۍ کاروي ۱۲% سلنه يې د شيدو کچه کمه شوې وه او هغه بنځې چې غيرهارموني مستحضرات کاروي ۱۲، ۰ سلنه يې د شيدو کچه کمه شوې وه. هغه بنځې چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درمل اخلي، هر ډول چې وي، يوه کمه کچه هارمون په شيدو کې افراغوي خو په ماشوم باندې يې اغيزې کمې ښودل شوې دي.

وروستنۍ اميدواري (Subsequent fertility)

په عمومي ډول دا معلومه شوې ده چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درمل د کم وخت لپاره د اميدوارۍ په رامنځته کيدو کې ځنډ منځته راولي، زياتره بنځې د درملو د بنديدلو څخه وروسته تر دوه مياشتو پورې بيرته اميدواره کېږي چې کيدای شي ۱۵-۳۵% سلنه بنځې وي. دا معلومه نده چې د ګوليو دوامداره کاريدنه تر ۵-۱۰ کلونو پورې وروستنۍ اميدواري خرابوي او که نه؟

iii. بل های امیدواری (ectopic pregnancy)

دا په هغه بنځو کې چې یوازې پروجستوجن لرونکې گولۍ کاروي نسبت هغه بنځو ته چې د خولې د لارې د امیدواری ضد گډې گولۍ کاروي ډیره دودیزه پېښه ده.

iv. د جنین نشونما:

ډیرو راپورونو دا بنودلې ده چې هغه بنځې چې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل د امیدواری په دوران کې (یا لږ مخکې) اخلي کیدای شي چې په جنین کې د ولادې نیمگړتیاؤ د پیدا کیدو لامل شي. خو دا تر اوسه پورې ثابت شوي نه ده.

۵. دودیزې ناخوښه اغیزې

الف: د تیونو حساسوالی: هغه بنځې چې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل اخلي د تیونو حساسوالی، ډکوالی او ناراحتی پکې لیدل شوي ده. داسې ویل کیږي چې د تیونو غټوالی او ډکوالی د گولۍ د پروجستوجن پورې، او درد او حساسوالی یې د استروجن پورې اړه لري.

ب: د وزن زیاتوالی: پنځه ویشته (۲۵) سلنه هغه بنځې چې د خولې د لارې د امیدواری ضد گولۍ (Orall pill) کاروي د وزن د زیاتوالي څخه ځپله کوي. دا زیاتوالی په دودیز ډول د دوه کیلوگرامه څخه کم وي او زیاتره د گولیو د کارولو په اولو شپږو میاشتو کې منځته راځي. دا د وزن زیاتوالی د اوبو د راتولیدو له کبله وي. ځکه نو د مالگې کمول ددې د مخنیوي لپاره اغیزمن کار دی.

ج: سردرد او نیم سري (headache and migraine): د نیم سر درد کیدای شي د pill (گولۍ) په وسیله ډیروالی ومومي. د هغه چا نیم سري چې د vasoconstrictor لکه ارگوتامین (ergotamine) درملنې ته اړتیا ولري باید د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل ونه کاروي.

د: د وينې بهيدنې گډوډي: کم شمير بنځې چې د خولې د لارې د اميدواری ضد درمل کاروي کيدای شي د مياشتني دوران په وختي پړاو کې د ټکي ټکي وينه بهيدنې يا spotting څخه گيله وکړي. يو څه بنځې کيدای شي د مياشتني عادت په اخر کې د گوليو د بنديدلو له کبله (withdrawal) وينه بهيدنه ونلري. بنځې بايد ددې حالت د رامنځته کيدو څخه خبرې شي.

ب: گټورې اغيزې

د خولې د لارې گوليو يوازینی غوره گټه داده چې د اميدواری په مخنيوي کې سل په سلو کې اغيزمنتوب لري او پدې ډول د ناخوښه اميدواری د رامنځته کيدو ويره له منځه وړي. سربيره پر دې د خولې د لارې د اميدواری ضد گولی يو څه نورې گټې هم لري چې عبارت دي له:

دواړو ادارو يعنی Royal collage of general practationers، او Oxford_ family planning association په برطانويانو کې د خولې د لارې د اميدواری ضد گوليو د کارولو د اوږدې مودې prospective څيړنې ترسره کړې او دا يې اوبنودله چې گولی کيدای شي د شپږ ناروغيو د منځته راتگ څخه مخنيوی وکړي دغه ناروغی د تيونو سلیمې گډوډيانې د fibrocystic ناروغيو او fibroadenoma په گډون، د تخمدانونو سيسته، د اوسپنې د کموالي وينه لري، د حوصلې اتتاني ناروغی، بي ځايه اميدواری، او د تخمدانونو د سرطان څخه عبارت دي.

مضاد استنطابات

الف: مطلق مضاد استنطاب

د تیونو او جنسي غړو سرطان، د ځگر ناروغۍ، د ترومبوامبولیزم مخکنۍ یا اوسنۍ تاریخچه، د زړه اېنارمېلې ګانې، ولادي هایپرلیپیدیمیا، ناتشخیص شوي غیرنورمال د رحم وینه بهیدنه.

ب: ځانګړي ستونزې چې طبي کتنې ته اړتیا لري

د څلویښت کلنۍ څخه پورته عمر، د ۳۵ کلنۍ څخه پورته عمر چې د سګرېټ څکولو سره یوځای وي، په کمه اندازه د وینې لوړ فشار، د پښتورګو ځنډنۍ ناروغۍ، میرګي (epilepsy)، نیم سری (migraine)، د زیږون څخه وروسته په اولو شپږو میاشتو کې شیدې ورکوونکي میندي، د شکرې ناروغۍ، د صفراکڅورې ناروغۍ، د غیر دودیزې وینې بهیدنې تاریخچه، Amenorrhoea، او داسې نور.

د کارونې موده

د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل په لومړني ډول باید په ځوانو ښځو کې د امیدواری ترمنځ د واټن د زیاتولو لپاره وکارول شي. هغه ښځې چې د ۳۵ کلنۍ څخه پورته عمر ولري باید د امیدواری ضد بله لاره وکاروي. د څلویښت کلنۍ څخه وروسته عمر کې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل ونه کارول شي ځکه چې د زړه او رګونو د اختلاطو خطر یې په تیزی سره لوړېږي.

طبي څارنه (Medical supervision)

هغه ښځې چې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل اخلي باید سپارښتنه ورته وشي چې خپلې کلنۍ طبي کتنې ترسره کړي. همدارنګه مخکې له دې څخه چې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل وکاروي ښځو ته د طبي کتنو ترسره کول اړین دي ترڅو:

الف: هغه بنځې معلومې کړي چې pill (گولی) کارول پکې مضاد استتباب دي.
 ب: هغه ځانگړي حالتونه معلوم کړي چې طبي کتنې او لاس وهنې ته اړتیا لري.
 لاندې ۲۳ گڼه جدول کې د کتنې یو لست د هغه بنځو د پلټنې لپاره بنودل شوی دی چې د روغتيايي کارکوونکو له خوا د خولې د لارې د اميدواری ضد درمل ورکول کيدلی شي.

درويشتمه گڼه جدول: د خولې د لارې د اميدواری ضد درملو لپاره د کتنې لست:

نه	هو	لاندې شيان د تاريخچې يا کتنې په وسيله وگورئ:
-----	----	د څلويښت کلونو څخه پورته عمر
-----	----	د ۳۵ کلونو څخه پورته عمر او زيات سگرت څکول
-----	-----	جټکې يا seizures
-----	----	په پنډيو يا ورونونو کې سخت درد
-----	----	په پنډيو کې واريکوز واین چې گيلې يې ورکړي وي
-----	-----	د سينې شديد درد
-----	-----	د تمرين څخه وروسته غير دوديزه ساه لنډې
-----	----	سخت سردرد او يا د ليدلو نيمگړتياوې
-----	-----	شيدې ورکول (هو= د شپږ مياشتو څخه کم وخت)
-----	-----	د مياشتني عادت ترمنځ وينه بهيدنه او يا د جنسي عمل څخه وروسته وينه بهيدنه
-----	-----	د مياشتني عادت بنديدل يا Amenorrhoea
-----	-----	د پوستکي او سترگو غيرنورمال ژيروالي
-----	-----	د وينې فشار (هو= سيستولیک د ۱۴۰ او ډياستولیک د ۹۰ ملي متره ستون سيماب څخه پورته)
-----	-----	په نيونو کې د کتلې شتون
-----	-----	پرسيدلې پنډۍ (اډيما)
-----	-----	لارښونه: که چيرې پورتنی ټول شيان منفي وي نو بنځې ته د خولې د لارې د اميدواری ضد درمل ورکول کيدای شي، خو که چيرې يو حالت هم ورڅخه مثبت وي نو بنځه اول بايد د ډاکټر په وسيله وکتل شي.

ب: د هارمون ورو ازادونکي درمل (Depot formulaion)

د depot formulation شتون ځکه اړین دی چې:

- ډیر اغیزمن دي.
 - د امیدواری ضد اغیزې یې د بیرته گرځیدو وړتیا لري.
 - د اوږدې مودې لپاره اغیزه کوي.
 - د امیدواری ترمنځ د واټن رامنځته کولو لپاره د استروجن څخه خالي دي.
 - یو دوز یې د څو میاشتو یا کلونو لپاره بسنه کوي.
- پدې ډله درملو کې زرقې د امیدواری ضد درمل، د پوستکي لاندې غرس کیدونکي او مهېلي رینګ گډون لري.

۱. د امیدواری ضد زرقې درمل

د امیدواری ضد زرقې درملو دوه ډولونه شتون لري. چې یو یوازي پروجستوجن لرونکي درمل دي، او بل د نوي په میاشت کې یو ځل په گډ ډول د امیدواری ضد زرقې درملو څخه عبارت دي.

اول: یوازي پروجستوجن لرونکي د امیدواری ضد زرقې درمل

دوه ډوله د امیدواری ضد زرقې درمل چې د دواړو بنسټ پروجستوجن جوړوي تر اوسه پیژندل شوي دي او د کارولو لپاره د منلو وړ درمل دي. دغه درمل نسبت پخوانیو د مخنیوني لارو ته د ناخوښه امیدواری د مخنیوي لپاره په رینتیني ډول ډیر

اغیزمن دي.

د امیدواری ضد زرقی درمل عبارت دي له:

Depot medroxy progesterone acetate یا DMPA .a

Noregthisterone enantate یا NET_EN .b

الف: DMPA

DMPA یا ډیپو پرو ویرا (Depoprovera) د ۱۹۶۰م کال څخه راپدېخوا کارول کېږي. معیاري دوز یې ۱۵۰ ملي گرامه د هرو درې میاشتو لپاره دی چې باید په عضله کې پیچکاري شي. دا په ۹۹ سلنه بنځو کې لږ تر لږه د درې میاشتو لپاره د امیدواری مخنیوی کوي. دا درمل خپلې د امیدواری ضد اغیزې په لومړني ډول د تخمې د ازادولو یا ovulation د مخنیوي په ډول نښي. همدارنگه دا په اندومتريوم باندې غیرمستقیمه او په فالوپین تیوبونو او د رحم د غاړې مخاط په جوړیدو باندې نیغ په نیغه اغیزه کوي، او دا ټول هغه څه دي چې د امیدواری د منځته راتگ څخه مخنیوی کوي.

داسې موندل شوي ده چې DMPA خوندي، اغیزمن او د منلو وړ د امیدواری ضد درمل دي کوم چې ډیر لږ یا هیڅ هڅونې ته اړتیا نه لري. بله گټه یې داده چې په شیدې ورکولو یا lactation باندې کومه اغیزه نه لري. نو ځکه په زیاتره هیوادونو کې د زیږیدني څخه وروسته د نفاس (post partum) په موده کې DMPA منل شوي لاره ده ترڅو د امیدواریو ترمنځ واټن رامنځته کړي.

ناوړه اړخیزې اغیزې یې (لکه د وزن زیاتوالی، غیرمنظمه وینه بهیدنه، او د کارونې څخه وروسته د اوږد وخت لپاره شنډوالی) د هغه نقصانونو څخه عبارت دي چې ددې کارول یې په هره ډله عمر لرونکو بنځو کې بند کړي دي. لکه اوس په زیاتره هیوادونو کې دا بنودل شوي ده چې دا د امیدواری ضد درمل په هغو څو ځلې

امیدواره شوو (multiparae) بنځو کې چې عمر یې د ۳۵ کلنو څخه پورته وي او خپله کورنۍ یې پوره کړي وي ډیر گټور درمل دي.

په ځینو هیوادونو کې د DMPA کارولو ته په راتلونکي امیدواری باندې د اغیزو د منځته راتگ له کبله اجازه نه ورکوي. شته څیړنې دا بڼه چې د Depot پیچکاریو سره د زړه او رگونو د ناروغیو خطر نشته دی او دا هم ښکاره شوېده چې د تیونو د سرطان لپاره هم ډیر خطر نه لري.

ب: NET-EN

د ۱۹۶۰م کال څخه راپدیخوا (NET-EN) Norethisterone Enantate د امیدواری ضد زرقی درملو په ډول کاریدنه لري که څه هم د DMPA په نسبت لږ پراخه کارول کیږي. دا درمل د عضلې د لازې ۲۰۰ ملي گرامه هر ۲۰ ورځې وروسته ورکول کیږي. د دې درملو د امیدواری ضد اغیزې د تخمې د ازادولو څخه د مخنیوي او د رحم غاړې پر مخاط د پروجستوجنیک اغیزو له کبله منځه راځي. د DMPA سره په پرتله کولو دا درمل لږڅه زیات د امیدواری د رامنځته کیدو چانس (۴، ۰) لري.

تطبیق (Administration)

د DMPA او NET-EN دواړو لومړنۍ پیچکاری باید د میاشتنی عادت په پنځمه ورځ تطبیق شي. دا موده ځکه ډیره غوره ده چې د امیدواری شتون پکې ردیږي. دواړه درمل په ژور ډول په Gluteus Maximus عضله کې زرق کیږي. د زرق ساحه باید د زرق د تطبیق څخه وروسته مساژ نه شي. که څه هم منظم کارول یې ستونزمن دي، دواړه درمل یعنی DMPA او NET-EN دوه اونۍ مخکې یا دوه اونۍ وروسته د خپلې ټاکلي مودې څخه کارول کیدلی شي.

ناوړه اړخيزې اغيزې

دواړه درمل DMPA او NET-EN يو شان ناوړه اړخيزې اغيزې لري چې ډيره دوديزه اړخيزه اغيزه يې د نورمال مياشتني عادت مختلوالی دی. چې د اوږدې مودې لپاره په کمه وينه بهيدنې او يا په غير نورمال ډول زياتې وينې بهيدنې سره منځته راځي. همدارنگه ډيرې بنځې چې DMPA او NET-EN کاروي کيدای شي مياشتنۍ ناروغۍ يې بنده شي (Amenorrhoeic).

کمه وينه بهيدنه هم کيدای شي چې ددې درملو د کارونکو لپاره ناراحت کوونکي وگرځي، او د وينې بنديدل هم کيدای شي چې د anxiety لپاره خبرتيا وي. څيړنو بنسټلی ده هغه بنځې چې د DMPA کارول بند کړي د درملنې د مودې څخه ۵،۵ مياشتې وروسته اميدواري اخلي او ۹۰ سلنه مخکنۍ کارونکې بنځې د دوه کلونو په موده کې بيرته اميدواري اخلي. په هند کې داسې څيړنې روانې دي چې په هغه بنځو کې کوم چې د NET-EN کارول يې بند کړی وي بيرته د اميدواري کيدو حالت ته راگرځيدل معلوم کړي. تراوسه پورې د DMPA او NET-EN دواړو د اوږدې مودې اغيزې معلومي نه دي.

مضاد استطباب

مضاد استطبابات يې عبارت دي له: د تيونو سرطان، ټول د تناسلي سيستم سرطانونه، ناتشخيص شوې غير نورماله د رحم وينه بهيدنه، او د شکمن سرطاني حالت څخه.

د DMPA او NET-EN ځانگړې گټه داده چې دا درمل د اوږدې مودې لپاره ډير اغيزمن دي، او د بيرته گرځيدو وړ د اميدواري ضد اغيزې لري. يوازمايښتي لست جوړ شوی دی تر څو د هغه بنځو پلټنه وکړي چې په لومړني ډول

د ډاکټر د کتنې څخه پرته کولی شي د امیدواری ضد زرقی درمل وکاروي. دوي کولی شي چې په تکراري لیدنو کې هم درمل وکاروي.

دوهم: گډ ډول د امیدواری ضد زرقی درمل :

دا زرقی درمل هم پروجستوجن او هم استروجن لري. دا د یوې میاشتي په واټن درې ورځې کم یا زیات، ورکول کیږي.

گډ ډول د امیدواری ضد درمل په بنسټیز ډول د تخمې د ازادیدو د مخنیوي له کبله د امیدواری ضد اغیزه منځته راوړي. د رحم د غاړې مخاط په ریښتیا سره د پروجستوجن په وسیله اغیزمن کیږي او د سپرم د تیریدو په وړاندې خنډ جوړوي. همدارنگه په اندومتريوم کې بدلون منځته راوړي تر څو چې که چیرې تخمه القاح شي ددغه القاح شوي تخمې د غرس لپاره برابر نه اوسي.

په کلینکي څیړنو کې بنودل شوي ده چې Cyclofem/ Cyclo- provera او Mesigyna دواړه درمل د ۱۲ میاشتو لپاره ډیر اغیزمن دي. د Cyclofem/ Cycloprovera د پاتې راتللو کچه ۲، ۰ سلنه او د Mesigyna لپاره ۴، ۰ سلنه ده. ناوړه اړخیزې اغیزې یې د پروجستوجن یوازي زرقی درملو په څیر دي مگر ډیرې لږې رامنځته کیږي. امیدواری ته د بیرته راگرځیدو او د تخمې د ازادیدو معلومات یې نیمگړي دي.

مضاد استطببات یې عبارت دي له: په گوته شوي یا شکمنه امیدواری، د شته یا پخوانۍ ترومبوابولیک گډوډیو نښې نښانې، د عصبي رگونو او یا د زړه د رگونو ناروغۍ، ځایي نیم سری (Migraine)، د تیونو سرطان، او د شکرې ناروغي چې د رگونو د اختلاطاتو سره یوځای وي.

په گډ ډول د امیدواری ضد درمل د هغه بڼو لپاره سم او وړ درمل نه دي کوم

چې د زیږون څخه وروسته د شیدو ورکولو په اولو شپږو میاشتو کې وي، همدارنگه د هغه بنځو لپاره لږ وړ درمل دي کوم چې د استروجن له کبله خطر ورته مخامخ وي.

۴. د پوستکي لاندې غرس کیدونکي (Subdermal implants)

په نیویارک کې د وگړو ادارې د اوږدې مودې امیدواری ضد اغیزې د رامنځته کولو لپاره د پوستکي لاندې غرس کیدونکي د نارپلانټ (Norplant) په نوم منځته راوړي دي. دا د شپږ عددده سیلاستیک (سلیکان رېر) کپسولونو څخه چې هر یو یې د ۳۵ ملي گرامه لیونارجستریل درلودونکی دی جوړ شوي دي.

پدې نژدې وخت کې جوړې شوې آلې د لیونارجستریل د دوه واړه راډونو د Norplant (R)_2 په نوم درلودونکې دي. کوم چې په پرتلیز ډول دننه کول او ویستل یې اسانه دي. د سیلاستیک کپسولونه یا راډونه د لیچو او یا مټ په پوستکي کې دننه ایښودل کیږي. د پنځه کلونو څخه زیات وخت لپاره اغیزمنه د امیدواری ضد اغیزه منځته راوړي. د نارپلانټ د امیدواری ضد اغیزې د کپسول په ویستلو سره بیرته گرځیدونکي دي.

ستري گڼ شمیر مرکزي څیړنې چې د امیدواری ضد پلټنو نړیوالې کمیټې یا ICCR (International Committee for Contraception Research) تر سره کړلې داسې راپور یې ورکړلو چې د غرس کیدونکو درملو کارونکو بنځو کې د درې کلونو په موده کې ۷، ۰ سلنه امیدواری منځته راځي. غټ زیان یې دادی چې ځینې وخت د غیز منظمي وینې بهیدنې لامل کیږي او هم کیښودل یې جراحي عملیې ته اړ لري.

۴. مهبلې کړۍ (vaginal rings)

داسې موندل شوي ده چې هغه مهلې کړې کومه چې د لیونارجستريل درلودونکي وي اغيزمنه ده. هغه هارمون چې د مهلې مخاط له لارې په قرار ډول جذبېږي، د هاضمي سيستم او ځگر څخه تیرېږي او په ډیر غبټلي کم دوز سره باقي پاتې کېږي. کړې په مهل کې د میاشتنې عادت د لومړنيو درې اونيو لپاره اینودل کېږي او په څلورمه اونۍ ورڅخه بیرته باید وویستل شي.

د زیږون څخه وورسته لارې (د امیدواری پای)

(Post conceptional methods)

د میاشتنې عادت تنظیم

په نسبي ډول سره د زیږیدنو د کنټرول لپاره ساده لاره د میاشتنې عادت د تنظیم څخه عبارت ده، چې دا په یاده شوې موده یعنی ۲-۱۴ ورځو پوری د رحم د محتویاتو ویستل دي مگر د ټولو څخه د مخه د امیدواری لپاره باید ازموینه ترسره شي ترڅو دا په بشپړه توګه معلومه کړي چې ایا بنځه امیدواره ده او که نه؟ د رحم د غاړې پراخوالی یوازې په اول باري بنځو او خطرناکو حالتونو کې استطباب لري. د یوې قاعدې په ډول لدې وروسته هیڅ کوم ډول څارنو ته اړتیا نشته دی.

ددې عملې بیرني او ناڅاپي اختلاطات د رحم څیرې کیدل او تروما څخه عبارت دي. او وروستني اختلاطات یې (وروسته د شپږ اونيو څخه) د زیان لور ته د میلان زیاتوالی، د وخت څخه د مخه زیږیدنې، شنډوالي، د میاشتنې عادت بی نظمي، د بې ځایه امیدواری زیاتوالی، او هم د Rh isoimmunization څخه عبارت دي.

ځینې پوهان پدې اند دي چې د میاشتنې عادت تنظیم یو وختي زیان یا Abortion دی خو ځینې بیا وايي چې دا د وروستۍ دورې لپاره یوه درملنه ده. د میاشتنې عادت تنظیم د زیان څخه په دريو شیانو کې توپیر لري.

A: د تشخیص او تائید کموالی چې ایا امیدواری پای موندلې ده یا نه ده؟ د رحم څخه د ویستل شوي موادو مایکروسکوپیک کتنه د امیدواری تائید کوي. خو دا حتمې نده چې ترسره شي.

B: د قانونی بندیز نشتوالی

C: د وختي عمليې د خوندي توب زیاتوالی.

د میاشتنې عادت تنبه کول

دا په بنسټیز ډول د پروجسترون او پروستاگلاندين ترمنځ د موازینې او بیلابیلو د ګډوډولو په وسیله منځته راځي. پداسې ډول چې د رحم په دننه کې د پروستاگلاندين د محلول ۱،۵ ملي ګرامه یا ۲-۲،۵ ملي ګرامه (pellet) ایښودل کېږي. د پروستاگلاندين د محلول د تطبیق څخه څو دقیقې وروسته اغیزې یې پیل کېږي چې د رحم د پروستاگلاندين د تطبیق په وړاندې په پرله پسې توګه تقبض کوي. وروسته بیا په وقفوی ډول سره تقلصات پیلوي او تر ۳-۴ ساعتونو پورې پرله پسې والی پیدا کوي. په پایله کې وینه بهیدنه پیلېږي او تر څو ورځو پورې پایښت مومي (په دودیز ډول تر ۷-۸ ورځو پورې).

زیان (Abortion)

په نظري لحاظ سره د زیان تعریف پدې ډول دی چې مخکې لدې څخه چې جنین د ځانته او جدا ژوند کولو وړتیا پیدا کړي، د امیدواری پای ته رسول دي. چې دا د اته ویشت (۲۸) اونیو د رحم دنننۍ مودې سره سر خوري او د جنین وزن په اټکلي ډول زر (۱۰۰۰) ګرامه وی.

د ګني شمیر بنځوله خوا د زیربڼو د کنترول په ګډون د بیلابیلو دلایلو له

مخې زیان منځته راځي. په ریښتیني ډول د نړۍ په ځینو هیوادونو لکه هنگري کې د قانونی زیان شمیر د ژوندیو زیږیدنو څخه زیات دی. زیان په دوو کتگوریو ویشل شوی دی یو په خپل سر یا Spontaneous ډول او بل د اندکشن یا تنبه او تحریک په وسیله زیان دی. د خپل سر زیانو نو شمیر په هر پنځه لس (۱۵) امیدواریو کې یو دانه دی. چې د زیږیدنو د کنترول دپاره یوه طبیعي لاره گڼل کیږي.

Induce abration د خپل سر زیان څخه په بل ډول، د تنبه او تحریک په وسیله منځته راځي. دا کیدای شي چې قانوني یا هم غیر قانوني وي. غیر قانوني زیان ډیر خطرناک وي. دا وروستنی کړنه ده چې بنځې کله چې د دوي ژوند په خطر کې وي خپلي امیدواری ته پای ورکوي.

د زیان پېښې په دقیق ډول سره په ټوله نړۍ کې معلومې ندي. خو په اټکلي ډول سره په کال کې د (۵۵-۳۰) ملیونه پورې رسیږي. یا په بل عبارت د زیان پېښې په هرو زرو (۱۰۰۰) بنځو کې چې د بچي زیږونې په عمر کې وي ۷۰-۴۰ پورې شمیرل شويدي. او د زرو ژوندیو زیږیدنو په سر یې شمیر د ۲۲۰-۴۵۰ پورې رسیږي.

په هندوستان کې هر کال د زیان (۲) ملیونه پېښې منځته راځي لدې جملې څخه څلور (۴) ملیونه یې د تنبه په وسیله (induced) او پاتې (۲) ملیونه یې په خپل سر ډول پېښیږي.

د زیان خطرونه

زیان که په خپل سر ډول وي او یا هم په قصدي ډول وي، که د یو پوهه لرونکي کس د خوا او یا هم د ناپوه کس په وسیله تر سره شي، د خطر سره مل وي چې په پایله کې د میندو د ناجوړیدو او مړینې لامل کیږي. په پرمختللو هیوادونو کې هغه زیانونه چې قانوني وي او معلومات یې هم سم دي د مړینې نسبت پکې د یو څخه تر

۵، ۳ پورې په هر سل زره (۱۰۰۰۰۰) پېښو کې توپیر لري.

په هندوستان کې د زیان له کبله د مړینې کچه ۷، ۸ په هرو زرو (۱۰۰۰) دودیزو زیانونو کې ده ځکه چې په هند کې زیاتره زیانونه په غیرقانوني ډول سره منځته راځي.

د زیان وختي اختلاطات عبارت دي له:

وینه بهیدنه، شاک، sepsis، د رحم څیرې کیدل، د رحم دغاړې زخمي کیدل، ترومبوا مبولیزم، انسیتیک او نور عقلي اختلاطاتو څخه.

وروستنۍ پاتې شونې يې عبارت دي له:

شندتوب، بې ځایه امیدواری، د خپل سر زیانونو د خطر زیاتوالی او د زیریدنې پر مهال د ماشوم د وزن کموالي څخه.

معلوماتو داسې بنودلې ده چې د امیدواری د پای ته رسولو لپاره ډیر ښه او وړ وخت د امیدواری اومه او اتمه اونۍ ده. څیړنو داسې هم بنودلې ده چې د مړینې خطر په هغه ښځو کې چې د امیدواری تر دوهم تر ایمیستر پورې صبر کوی او (۷) برابره زیات دی. د هند حکومت یوازې د امیدواری تر شلمې اونۍ پورې د زیان ورکولو ته اجازه ورکوي.

د زیان قانونی کیدل (Legalisation)

په تیرو (۲۵) کلونو کې په ټوله نړۍ کې په کراره کراره ډول سره د زیان منځته راوړلو قانوني آزادي پیدا کړه. تر ۱۹۷۱م کال پورې په هند کې زیان یوازې د Indian Penal Code 1860 او Code of Criminal Procedure 1898 په وسیله اداره کیدلو او پرته د هغه حالت څخه چې د ښځې ژوند به په خطر کې وو، دا یو جرم گڼل کیدلو. په طبي ډول د امیدواری پای ته رسولو قانون په ۱۹۷۱م کال کې د هند د پارلمان د خوا ومنل شو (pass) او د ۱۹۷۲م کال د اپریل په میاشت کې عملی شو. په طبي ډول سره

د امیدواری، پای ته رسول یوه غوره روغتیايي څارنه ده کوم چې د میندو د مړینې او اخته کیدو کچه یې ټیټه کړې ده.

په طبي ډول د امیدواری پای ته رسولو قانون (۱۹۷۱م).

په طبي ډول د امیدواری، د پای ته رسولو قانون په لاندې ډول دی (۱۹۷۱).

۱- هغه حالتونه چې دهغې لاندې امیدواری، ته پای ورکول کیږي.

۲- شخص یا شخصیتونه څوک چې کولای شي امیدواری، ته پای ورکړي.

۳- هغه ځای چیرته چې د امیدواری، پای ته رسول ترسره کیدلی شي.

۱- هغه شرائط چې د هغې لاندې امیدواری پای موندلی شي (MTP ACT 1971)

الف: طبي: هغه حالتونه چې د امیدواری، دوام د مور ژوند په خطر کې اچوي او یا هم د هغې د فزیکي یا دماغي روغتیا د خرابوالي لامل شي.

ب: ایوجینیک (eugenic): په هغه صورت کې چې د دې خطر شتون ولري چې ماشوم کیدای شي د فزیکي او یا دماغي اېنارملي له کبله د سخت معیوبیت سره پیدا شي.

ج: Humanitarian: په هغه صورت کې چې امیدواری د زور سره جنسي عمل (Rape) په پایله کې منع ته راغلې وي.

د: Socio – economic: په داسې یو چاپیریال کې چې په ریښتیا سره د زور او فشار لاندې وي (که اقتصادي وي او که ټولنیز) او د مور ژوند او روغتیا ته پکې خطر شتون ولري.

ه: چې د امیدواری، ضد درملو د پاتې راتللو له کبله امیدواری رامنځته شي. د امیدواری، ضد د هرې آلې یا لازې پاتې راتلل چې د امیدواری، پایښت د مور د سختې دماغي صدمې لامل شي.

دغه حالت په هند کې د امیدواری د پای ته رسولو لپاره ډیر کارول شوی دی او وروسته چې معلومه شوې ده نو امیدواری د امیدواری ضد درملو د پاتې راتللو له کبله منځته نه وي راغلې.

د اته لس (۱۸) کلنی څخه په کم عمره ښځو کې او هم په لیونیو ښځو کې چې عمر یې د اته لس کلنو څخه پورته هم وي، مخکې لدې څخه چې زیان تر سره شي د پایواز یا ساتونکي څخه باید لیکل شوی خوښوالی واخیستل شي.

۲- هغه شخص یا شخصیتونه چې د زیان عملیه تر سره کولای شي:

د زیان قانون د مور ژوند ساتي. دغه عملیه باید د یو طبي متخصص په وسیله چې په نسائي او ولادي کې بشپړه تجربه ولري باید تر سره شي، په هغه صورت کې چې د امیدواری د پایښت موده یې تر دولس (۱۲) اونیو څخه زیاته تیره شوې نه وي. او که د امیدواری د پایښت موده یې د دولس اونیو څخه زیاته او د شل (۲۰) اونیو څخه کمه وي نویدې صورت کې د دوه طبي متخصصونو شتون اړین دی ترڅو زیان تر سره او امیدواری ته د پای ټکی کنسیردي.

۳- د زیان عملیه باید چیرته تر سره شي:

پدې قانون کې راغلي دي چې د زیان عملیه باید د روغتون څخه پرته چې د حکومت د خوا جوړ شوی وي، بل چیرته تر سره نشي. یا په داسې یو ځای کې چې د حکومت له اړخه د همدې موخې لپاره ټاکل شوی وي باید تر سره شي.

په طبي ډول د امیدواری د پای ته رسولو قاعدې

هغه قوانین او قاعدې چې په لومړي وخت کې جوړې شوې وې، د ۱۹۷۵م کال د

اکتوبر په میاشت کې بدلون پکې رامنځته شو. په دې ډول چې هغه عملیې چې په طبي ډول د امیدواری پای ته رسولو کې گډون درلوده او ډیر وخت یې نیولو، د منځه یوسي او پر ځای یې داسې خدمتونه برابر کړي چې هر وخت د منلو وړ وي. دا بدلونونه په دريو ادارې برخو کې رامنځته شول چې عبارت دي له:

۱- د کمیټې یا شورای له پلوه تائیدیدل:

د نوي قواعدو لاندې داسې راغلي دي چې د اولسوالۍ مشر طبي ډاکتر د دې وړتیا لري چې د دې خبرې تائید وکړي، هغه ډاکتر څوک چې د زیان عملیه تر سره کوي په نسائي ولادي کې بشپړه تجربه او زده کړه لري او که نه؟ او پدې ډول د شورای په وسیله د ډاکترانو تائیدول رد شول.

۲- زده کړه او وړتیا چې د زیان عملیې د تر سره کولو لپاره اړینه ده:

د نوی قانون پر بنسټ یوازې هغه ډاکتران چې زده کړه ولري او په وخت سره تربیه شوي وي کولی شي چې د زیان عملیه تر سره کړي. پدې ډول چې لږ تر لږه په طبي ډول د امیدواری پای ته رسونې په پنځه ویشټ (۲۵) عملیاتونو کې یې په یو ثبت شوي او تائید شوي انستیتوت کې برخه اخستې وي.

همدارنگه هغه ډاکتران چې که چیرې د لاندنیو وړتیاو څخه یوه یا زیاتې ولري، کولی شي چې په طبي ډول امیدواری ته پای ورکړي کوم چې د پخواني قانون سره ورته والی لري.

- په نسائي ولادي کې (۲) میاشتی عملی کار کول
- د فراغت څخه وروسته ولادي کې زده کړه او وړتیا په.
- په ولادي کې درې کاله عملي کار، د هغه ډاکترانو د پاره چې د ۱۹۷۱م کال او په طبي ډول د امیدواری د پای ته رسولو قانون د منل کیدو څخه وړاندې راجستر شوی وي.

- يو كال عملي کار د هغه ډاکټرانو د پاره چې د دغه قانون د منل کيدو څخه وروسته راجستر شوی وي.

۳- هغه ځای چې د زیان عملیه هلته ترسره کيدای شي

د نوي قانون لاندې غیر دولتي روغتونونه چې د اولسوالۍ د مشر ډاکټر څخه د کار کولو اجازه ولري، کولی شي چې د زیان عملیه ترسره کړي. په شخصي کننځيو کې د زیان د عملیې ترسره کول باید د شورای له خوا اجازه لیک ولري.

د زیان د ازادیدو اغیزې

که څه هم د زیان ترسره کول په ستره کچه ازادي لري. خو بیا هم د قانونی زیان کلنی. پېښې د ۲، ۰ ميلونو څخه نه زیاتېږي. چې د ټولو زیانونو یوازې لس (۱۰) سلنه جوړوي. یعنی که څه هم په طبي ډول د امیدواری پای ته رسولو د قانون د ایښودل کيدو څخه دیرش (۳۰) کلونو تیر شوي دي اوس هم په هیواد کې د غیر قانوني زیانونو پېښې ډیرې زیاتې دي. پوهان په دې اند دي چې د خوندي او قانونی زیان اسانتیاوي باید ټولو خلکو ته په عمومي ډول سره ورسېږي.

بیا بیا زیانونه د بنځو د روغتیا لپاره سم نه دي. دوي باید پدې پوه کړې شي چې زیان د پخوانۍ امیدواری ضد لارې ځای نه شي نیولی. گڼ شمیر د زیان اختلاطات شتون لري کوم چې ورڅخه یادونه وشوه. او بنځې ته باید خیرتیا ورکړل شي چې زیان د هر ډول اغیزمندو حالتونو لاندې بیا هم د امیدواری ضد د نورو لارو په ډول خوندي لاره نده.

نورې بیلابیلې لارې (Miscellaneous)

۱. د جنسي عمل نه ترسره کول

د زیرېدنې د کنترول د پاره یوازینی لاره چې سل په سلو کې اغیزمنه ده، د جنسي عمل مطلق نه تر سره کول دي. د دې خبرې کول اسانه دي مگر عملي کول یې ستونزمن کار دی. دا د طبیعي ځواک کمزوري کول غواړي او سړي ته باید بلې خوا ته لارښونه وشي. همدارنگه د عصبي تنبه ماتول هم ترسره کیدای شي. نو ځکه ویل کېږي چې دې لاره عملي کول ستونزمن کار دی.

۲. د انزال څخه مخکې د جنسي آلې د باندې ویستل (Coitus interrupts)

دایه خپله خوښه د زیرېدنې د کنترول لپاره یوه ډیره پخوانی لاره ده چې هیڅ کوم ډول خرچه ورباندې نه راځي. دایو ډیره پراخه عملي لاره ده چې نارینه مخکې د انزال څخه خپله تناسلي آلې د مهبل څخه بیرون راوباسي. او پدې ډول په مهبل کې د مني (semin) د توئیدو څخه مخنیوی کېږي.

ځینې خلک دا لاره په ډیر بریالیتوب سره ترسره کوي. خو ځینې نورو خلکو ته د دې لاره ترسره کول ډیر ستونزمن وي. د دې لارې ستر زیان دا دی چې د یو نارینه د جنسي عمل څخه د مخه مایع کیدای شي چې سپرم ولري او د مني یو څاڅکی هم د امیدواری د پیدا کیدو لامل کیدای شي. سربیره پر دې د وخت له مخې د نارینه د تناسلي آلې د ویستلو په وخت کې ډیره کمه سهوه هم کیدای شي چې په مهبل کې د مني د توئیدو او زیرمه کیدو لامل شي. نو له دې کبله ددې لارې د پاتې راتللو کچه د ۲۵% سلنې څخه زیاته ده.

ناوړه اړخیزې اغیزې یې لکه د حوصلې Anxiety ، vaginismus ، congestion ، neurosis او داسې نورې مخکې زیاتې پېښیدلې. اوس وخت کې د عالمانو سوچ پدې برخه کې بدل شوی دی. که چیرې یوه جوړه وغواړي چې دا لاره عملي کړي نو د دوي په وړاندې باید هیڅ ډول خنډ او گوته نیونه ونه شي. دا د دې څخه غوره دي چې،

هیش د کورني تنظيم لاره ونه کارول شي.

خپرنو بنودلې ده چې د انزال څخه مخکې د جنسي آلې دباندي ويستل د جنسي عمل د نه ترسره کولو لارې سره يوځای، په پرمختللو هیوادونو کې د اتلسمې او نولسمې پيړۍ په موده کې د زيږيدنې په کچه کې د پام وړ کموالی رامنځته کړی دی.

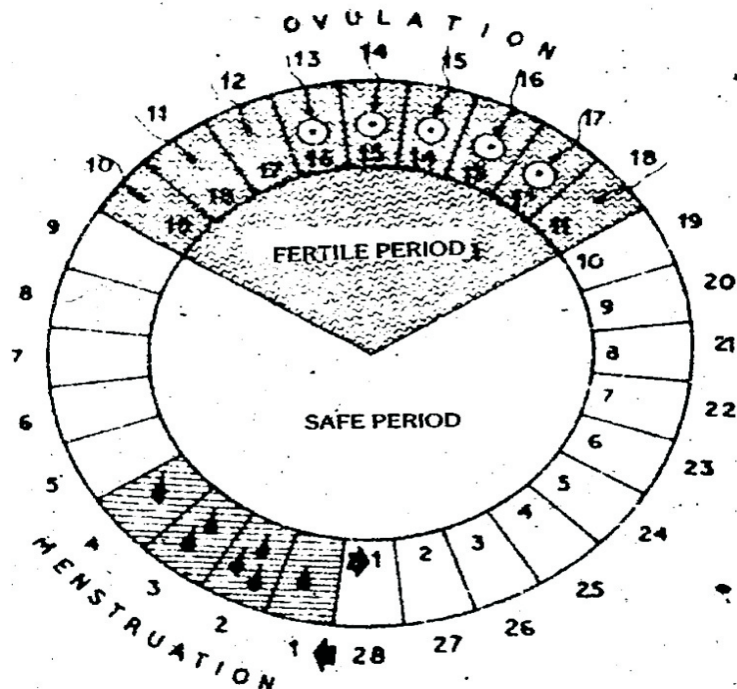
۳. خوندي موده (منظمه لاره)

دا د جنترۍ لارې پنوم هم ياديږی. د لومړي ځل لپاره په ۱۹۳۰م کال کې د Ogino په نوم عالم له خوا تشریح شوه. د دې لارې بنسټ په دي حقيقت ولاړ دی چې د تخمې ازاديدل د مياشتني عادت په ۱۲-۱۶ ورځ منځته راځي (لاتدي اتمه گڼه انځور وگورئ).

هغه ورځې چې د اميدواری د پيښيدو ډير چانس پکې شتون لري په لاتدي ډول شميرل شوي دي.

که چيرې تر ټولو لنډ مياشتني دوران څخه اتلس (۱۸) منفي شي نو دا د تخمې د ازاديدو لومړۍ ورځ رابښی، او تر ټولو اوږد دوران منفي (۱۰) د تخمې د ازاديدو وروستنی ورځ رابښی. د بيلگې په ډول که د يوې ښځې د مياشتني عادت موده د ۲۶-۳۱ ورځو پورې وي، نو د اميدواری اخستلو لپاره ښه موده چې په هغې کې ښځه بايد کورواله ونکړي د مياشتني عادت د ۸-۲۱ ورځو پورې ده.

په لاتدي اتمه گڼه انځور کې د اميدواره کيدو موده او خوندي موده په يو ۲۸ ورځني دوران کې بنودل شوي ده.



اتمه گنه انځور:

که چیرې د دغه شمیر نیول ستونزمن وي او شونې نه وي، نو په لنډ ډول ښځې ته لارښونه کیږي چې د میاشتني عادت د اتمې ورځې څخه تر دوه ویشتې (۲۲) ورځې پورې د جنسي عمل څخه باید ځان وساتي. د وینې بهیدني لومړۍ ورځ د میاشتني عادت لومړۍ ورځ شمیرل کیږي.

د جنتری د لارې نقصان پدې کې دی چې:

۱. د یوې ښځې د میاشتني عادت موده هر وخت منظمه نه وي. که دوران غیر منظم وي نو دا به ډیره سخته وي چې ددې لارې د خوندي توب په باره کې وړاند وینه وکړو.
۲. دا لاره یوازې د زده کړه لرونکو او مسوولیت درک کوونکو جوړو په وسیله عملی کیدای شي چې یو د بل سره همکاري وکړي.

۳. په قصدي ډول سره په هره میاشت کې نژدې نیمه میاشت د جنسی نږد یوالي څخه لاس اخیستل، ستونزمن کار دی.

۴. دا لاره د زیرېدنې څخه وروسته موده کې نه عملي کېږي.

۵. ددې لارې د پاتې راتللو سلنه لوړه ده چې په هرو سلو بنځو کې د یو کال په موده کې نه (۹) ده. د پاتې راتللو کچه د ناسم شمیرلو، د شمیر د نه تعقیبولو، او غیرمنظم کارولو له کبله منځته راځي.

د جنتری د لارې دوه غوره طبي اختلاطات راپور ورکړل شوي دي. چې یو بې ځایه امیدواري او بل د جنین د اېنارملتي گانو څخه عبارت دی.

بې ځایه امیدواري کیدای شي چې د تخمې د بې ځایه کیدو له کبله د هغې امیدواری په پایله کې رامنځته شي کوم چې د میاشتنی عادت په وروستی برخه کې منځته راغلې وي، او جنیني اېنارملتي گانې کیدای شي چې د زیات عمر لرونکي سپرم، او یا زیات عمر لرونکي تخمې له کبله منځته راشي.

که چیرې پورته یادې شوې خبرې سمې وي نو ویلی شو چې خوندي موده په بشپړه توگه خوندي نده.

۴. د کورني تنظيم طبيعي لاري

د کورني تنظيم د طبيعي لارو اصطلاح درې لارو ته کارول کېږي چې عبارت دي له:

(الف): Basal body temperature لاره

(ب): Cervical mucus method

(ج): Symptothermic method

د پورتنیو لارو بنسټ لکه د جنتری د لارې غوندې دی. خو دلته بنځه خپل ځان د بیلابیلو فزیولوژیکي نښو نښانو څخه کوم چې د تخمې د ازادیدو سره یوځای وي

پیژني او پدې ډول پوهیږې چې د امیدواری، اخستلو موده څه وخت پیل شوې ده. د امیدواری، د مخنیوي لپاره جوړه باید د میاشتنی عادت پدې موده کې ځان د جنسي نږدیوالي څخه وساتي. دوي په بشپړ ډول د امیدواری، ضد درملو او هر ډول آلې د کارولو څخه ځان ساتي. دا کورني تنظیم د طبیعي لارو غوره والی دی.

الف: Basal body temperature method

BBT لاره د یوې معلومی او ځانگړي فزیالوژیکي پینې پورې اړه لري. چې هغه د تخمي د ازادیدو په وخت کې د پروجسترون د جوړیدو د زیاتوالي له کبله، د بدن د تودوخي درجې پورته کیدل دي. په ډیره کمه کچه یعنی ۳، ۰-۵، ۰ درجې سانتی گراد پورې د تودوخي درجه پورته کیږي. او که چیرې د تخمي ازادیدل صورت ونه نیسي لکه د Menarche څخه وروسته یا د شیدو ورکولو په جریان کې، نو د بدن د تودوخي درجه نه پورته کیږي. د بدن د تودوخي درجه باید د سهار وخت کې د خوب څخه د پاخیدو وروسته باید وکتل شي.

د BBT لاره یوازې په هغه صورت کې د اعتماد وړ ده چې جنسي عمل د تخمي د ازادیدو څخه وروسته مرحلې پورې چې امیدواري پکې نه پینېږي وتړل شي. کوم چې د بدن د تودوخي د درجې د پورته کیدو څخه درې ورځې وروسته پیل کوي او د میاشتنی عادت د منځته راتگ پورې پایښت مومي. د دې لارې تر ټولو غټ نقصان دادی چې د تخمي د ازادیدو څخه مخکې باید جنسي عمل ترسره نه شي. نو ځکه یوازې یوڅو جوړې اوس دا لاره کاروي.

ب: Cervical mucus method

داد Billing's method او د تخمې د ازادیدو د لارې په نوم هم یادېږي. د دې لارې بنسټ د رحم د غاړې د مخاط په ځانګړتیاو کې د بدلون منځته راتلو باندې ولاړ دی. د تخمې د ازادیدو په وخت کې د رحم د غاړې مخاط ډیر شفاف او اوبلن بڼکاري لکه د خامې هګۍ د سپینو غونډي نرم او بڼوي وي. خو د تخمې د ازادیدو وروسته د پروجسترون تر اغیزې لاندې د رحم د غاړې مخاط پڼډ او غلیظ کیږي او مقدار یې کمېږي. بڼځه باید د کاغذ تشناب په وسیله د مهبل داخل بڼه پاک کړي ترڅو د مخاط ځانګړتیاوې او اندازه معلومه کړي. هغه بڼځې چې دا لاره عملي کوي باید د مخاط د بیلابیلو ډولونو ترمنځ توپیر وکولی شي.

دا لاره نسبت د نورو ټولو لارو څخه زیاتې هڅونې او همکارۍ ته اړتیا لري. د مخ پر ودې هیوادونو لکه هندوستان کې د دې لاره منځته راتګ او مناسب والی په ځانګړي ډول په دروغو ویونکو خلکو کې، یوه د شک څخه ډکه خبره ده.

ج: Symptothermic method

دا لاره د امیدواری اخستو مودې (Fertile period) د معلومولو لپاره د درې واړو لارو یعنی د تودوخې، د رحم غاړې مخاط، او جنټري لارو ټولګه ده. که چیرې بڼځه یوه نښه په بڼکاره او یقیني ډول سره معلومه نشي کړلې، نو کولی شي چې د بلې نښې په وسیله خپل ځان یقیني کړي. نو لدې کبله دا لاره د Billing لارې څخه ډیره ګټوره ده. په لنډ ډول سره، د کورني تنظیم د طبیعي لارو تطبیقونو نظم او د جنسي نږد یوالي په برخه کې پوره پوهې ته اړتیا لري. د هر چا لپاره مناسبې نډې د دې لارو لپاره زده کړه د نورو ټولو لارو څخه ډیره غوره ده. د نږیوالي روغتیايي ادارې، د بچي زیږونې په برخه کې ځانګړي پروګرام دا وښودله چې د کورني تنظیم طبیعي لارې، په ځانګړي ډول د مخ پر ودې هیوادونو کې ډیر لږ د عمل وړ لارې دي.

۵. شیدي ورکول

لابراتواری او سیمیزو پلټنو دا بنودلی ده چې شیدي ورکول د زیریدني څخه وروسته د میاشتنی عادت نشتوالی اوږدوي او یو څه د امیدواری اخیستلو څخه مخنیوی کوي. د ۵-۱۰ سلنې څخه زیاتې بنځې د شیدي ورکولو په وخت کې امیدواری نه اخلي. او دا خطر د لومړي میاشتنی عادت د پېښیدو په میاشت کې نور هم زیاتېږي. یو ځل چې میاشتنی عادت رامنځته شي نو بیا په دوامدار ډول او اوږد وخت لپاره د شیدو ورکول، د امیدواری، د منځته راتگ مخنیوی نشي کولی. د بچې د زیرولو څخه شپږ میاشتي وروسته په ۲۰-۵۰ سلنه بنځو کې میاشتنی عادت رامنځته کیږي او دوي د امیدواری ضد لارو کارولو ته اړتیا پیدا کوي.

۶. د زیریدني د کنترول واکسين

بیلابیلي امینیولوژیکي تگلارې په سړیو او بنځو کې د زیریدني د کنترول لپاره ترسره شوي دي. تر ټولو ډیره پرمختللي پلټنه د هغه واکسين په ویسله د امیونایزیشن څخه عبارت ده چې د انساني یا هیومن کاربونیکی گونادوتروفین هارمون د بیتا فرعي واحد (beta sub unit) څخه برابر شوی دی کوم چې د امیدواری په وختي مرحله کې منځته راځي. ۴-۲ اونۍ وروسته انتي بادي منځته راځي او په پنځه اونيو کې يي کچه لوړې سويې ته رسيږي، او په ورو ډول يي کچه بیرته بنکته کیږي چې د ۲-۱۱ میاشتنو په موده کې يي سویه صفر ته رسيږي.

د معافیت د پایښت موده کولی شو چې د دوهمې بوستر دوز واکسين په تطبیقولو سره زیاته کړو. په اوس وخت کې د امیدواری ضد دوه ډوله واکسينونه چې دواړه د هیومن کاربونیکی گونادوتروفین هارمون د بیتا فرعي برخې څخه جوړ

شوي دي، تر کلینکي څیړنو لاندې دي. د زیربډنې د کنترول لپاره د واکسین منځته راوړلو هڅې لاروونې دي خو د نه منځته راتګ چانس یې زیات دی.

اخرنی لارې

شنډوالی (Sterilization)

د هغه جوړو لپاره چې نه غواړي نور بچي راوړي، په خپله خوښه د شنډتوب د عملیې ترسره کول ډیره بڼه د امیدواری ضد لاره ده. په اوس وخت کې په هندوستان کې په بڼځو کې د ټولو شنډولو عملیو څخه % ۸۵ سلنه په بڼځو کې او % ۱۵-۱۰ سلنه یې په نارینه و کې منځته راځي. سره لدې چې په نارینه و کې د شنډولو عملیه د بڼځو په نسبت اسانه، ارزانه او خوندي عملیه ده. د شنډولو لاره د نورو امیدواری ضد لارو څخه ډیرې گټې لري. دالاره یوازې یو ځل تر سره کیږي: د اغیزمنتوب لپاره یې په پرله پسې توګه د کارونکو هڅولو ته اړتیا نشته: د امیدواری د مخنیوي لپاره ډیره اغیزمنه لاره ده: که چیرې عملیه د طبی معیار سره سمه ترسره شي نو د اختلاطاتو خطر یې ډیر کم دی: دا ډیره ارزانه عملیه ده. داسې اټکل شوی ده چې هره عملیه د بڼځې په سر د ۱،۵ څخه تر ۲،۵ پورې د بچي راوړل کموي.

د شنډولو لپاره لارښوونې (Guide lines)

په دولتي ادارو کې د شنډولو خدمتونه په وړیا ډول خلکو ته وړاندې کیږي. د شنډولو لارښود د دولت له اړخه وخت په وخت خپریږي چې د دې عملیې بیلابیل اړخونه پکې نغښتي وي چې په لاندې ډول دي:

الف: په عادي ډول سره د سپرې عمر بايد د ۲۵ کلونو څخه تېټ نه وي، او د پنځوس (۵۰) کلونو څخه پورته نه وي.

ب: د بنځې عمر بايد د شل (۲۰) کلونو څخه تېټ نه وي، او د پنځه څلوېښت (۴۵) کلونو څخه پورته نه وي.

ج: د عمليات په وخت کې بايد نوموړې جوړه دوه ژوندي ماشومان ولري.

د: کچيری جوړه درې يا لدې څخه زيات ژوندي ماشومان ولري، نو د ميرې او بنځې د عمر تېټه کچه بايد د جراحي ډاکټر قضاوت ته پريښودل شي.

ه: د عمليات د ترسره کولو لپاره يوازې د ميرې يا بنځې خونوالی بسنه کوي. پرته د کوم باندني فشار څخه چې پرې وارد شي بايد عمليات ترسره شي. او بنځه يا ميرې بايد پدې پوه وي چې دا يوه بيرته نه گرځيدونکې شنډونکې عملیه ده او دوې مخکې دا کار ندي ترسره کړی.

د نارينه و شنډول (Male sterilization)

د نارينه و شنډول يا Vasectomy په پرتليز ډول يوه اسانه عملیه ده چې د يو تربيه شوي ډاکټر په وسيله آن په يو لومړني روغتيايي مرکز کې، د موضوعي انستيزی، لاندې ترسره کيدای شي. که چيرې د پام وړ ضد عفوني شرايطو لاندې ترسره شي نو د مړينې خطر نه لري.

Vasectomy په عملیه کې د غوټې د اچولو څخه وروسته برخه کې ډيره کمه ټوټه د وازپايپ د يو ساتني متر په اندازه غوڅيږي. بيا د پايپ بل سره هم غوټه کيږي او وروسته په خپل ځای باندی بيرته قات او گنډل کيږي. د پايپ غوڅې شوې برخې بايد پدې ډول وچول شي چې خولې يې يو بل ته مخامخ نه وي. او دا کار په راتلونکي کې د بياقنات جوړوني څخه مخنيوی کوي. دا کار ډير ارزښت لري او پکار ده چې ټينگار ورباندې وشي:

د عملیات څخه وروسته سړی په سم دلاسه ډول نه شنډیږي بلکې په اټکلي ډول د دیرش (۳۰) انزالونو پوري وخت په بر کې نیسي. نو په دغه منځنۍ موده کې باید د بل امیدواری ضد لارې څخه کار واخستل شي. که چیرې وازیکتومي په سمه توګه ترسره شي، نو دا عملیه د امیدواری د مخنیوي لپاره سل په سلو کې اغیزمنه ده.

Vasectomy د عملیات څخه وروسته د سپرم او هورمون په جوړیدو کې کوم بدلون منځته نه راځي. کوم سپرمونه چې جوړیږي. د لیومن په دننه کې د فاګوسایت حجراتو په وسیله تخریبیږي. دا د نارینه و په تناسلي جهاز کې یوه نورماله پروسه ده، خو د Vasectomy عملیات څخه وروسته دا تخریبات ډیر په تیزی سره صورت نیسي.

Vasectomy نسبت Tubectomy ته چې بسترکیدو، سامان الات او تربیه شوي ډاکټر ته اړتیا لري، یوه اسانه، ارزانه او ژر ترسره کیدونکي عملیه ده. د قیمت له مخې پنځه وازیکتومي عملیاتونه د یو تیوبیکتومي عملیات سره برابر دي.

اختلاطات

ډیر کم اختلاطات چې لدې عملیې څخه کیدای شي راپورته شي عبارت دي له:

(الف): د عملیات له کبله:

وختي اختلاطات یې د درد، په سکرټوم کې د هیماتوم جوړیدل، او ځایي اتان څخه عبارت دي. د زخم منتن کیدل په درې (۳) سلنه پینسو کې راپور ورکړل شوی دی. د وینې بهیدني بڼه کنترول او د میکروب ضد درملو کارول، د دغو اختلاطاتو خطر راکموي.

(ب): د سپرم ګرانولز:

دا د سپرم د تولیدو له کبله پیداکیږي. دا د Vasectomy یو ډیر دودیز ځایي اختلاط دی. دا اختلاط د عملیات څخه ۱۴-۱۰ ورځې وروسته منځته راځي چې

ډیره غوره گيله يې د درد او پرسوب څخه عبارت ده. د کلینکي بڼې له مخې کتله په جس سره کلکه او غټوالی يې نږدې اوه ملي مترو (7mm) ته رسيږي. د سپرم گرانولز کيدای شي چې د پرې شوو کانالونو د بيا يوځای کيدو (اناستوموزس) لپاره يوه لاره جوړه کړي. د سپرم گرانولز په پای کې له منځه ځي. داسې راپور ورکړل شوی دی که چيرې وړوکی فلزي کلیپ د وازپايپ د تړلو لپاره وکارول شي، نو دا ستونزه به کمه او يا له منځه يوسي.

(ج): په خپل سر د قنات بياجوړيدل:

زیاتره اپیتیلیل تیوبونه د تخریب څخه وروسته دوباره جوړیږي او Vasdeferens کوم ځانگړي تیوب ندی. د کانال بياجوړيدل د صفر څخه تر شپږ سلنې (۰-۲%) پورې توپیر لري. د قنات بيا جوړيدل يوه د پام وړ خبره ده نو ځکه باید جراح ډاکټر د عملیات هر منونکي ته، د دي شوني کيدل مخکې د عملیات د ترسره کيدو څخه روښانه کړي او پکار ده چې ليکل شوی سند ورڅخه واخلي.

په انگلستان کې د بنځو په يوه څيړنه کې چې میرونو يې وازیکتومي ترسره کړې وه د ۱۴۰۴۷ بنځو څخه شپږ (۲) تنه يې د شپاړس میاشتنو دننه او د درې کلونو څخه وروسته امیدواره شوي وي. نو ددې لپاره ناروغ باید تر درې کلونو پورې په منظم ډول په بيا بيا ډول وکتل شي.

(د): Autoimmune response:

وازیکتومي زیاتره وخت د سپرم په وړاندې د یو معافیتي ځواب د پیدا کیدو لامل کیږي. د وازپایب تړل د سپرمونو د بیرته جذبیدو لامل کیږي او په پایله کې د وینې په دوران کې د سپرمونو په وړاندې انتي باډې منځته راځي. په نورمال ډول دوه سلنه

غیرشنه شوي نران د خپل سپرم په وړاندې دوراني انتي بادي لري، مگر د وازيکتومي څخه وروسته دا کچه ۵۴ سلنې ته لوړېږي. پدې برخه کې کوم دليل نشته چې نوموړي انتي بادي گانې به فزيکي روغتيا ته ضررناکې وي. داسې اند شتون لري چې نوموړې دوراني انتي بادي گانې د قنات د يو بريالۍ بيا جوړيدنې څخه وروسته، د اميدواری د منځته راتگ چانس کموي.

(۵):سايکولوژيک:

ځيني سپرمان کيدای شي چې د جنسي غښتلتيا د کموالي، سردرد، سستي اوداسې نورو څخه گيله وکړي. دا شيان په هغه سپرمانو کې ډير پيدا کېږي چې Vasectomy يې د يو روحي فشار لاندې ترسره کړی وي. نو ځکه ډاکټر بايد هر سپري ته چې نوموړی عمليات ترسره کوي، د دې عمليات لاره، قاعدې، گتې، او تاوانونه ټول روښانه کړي او شخص ته بشپړ وخت ورکړل شي ترڅو پدې برخه کې سوچ وکړي او بيا په خپله خوښه د عمليات دپاره خوښوالی وښی.

د پاتې راتللو لاملونه

په عمومي ډول سره د Vasectomy د پاتې راتللو کچه ډيره کمه ده چې د سپري سر د يو کال په موده کې نږدې ۱۵، ۰ سلنې ته رسېږي. د پاتې راتللو ډير غوره لامل د Vasdeference په پيژندلو کې د سهوې کول دي. پدې ډول چې د Vasdeference پرځای بل کوم جوړښت لکه ترومبوتیک ورید يا ضخيم شوی لمفاوي رگ نيول کېږي. نو ځکه په پرمختللي هيوادونو کې د زياتره پوهانو له پلوه د هر وازيکتومي عمليات څخه وروسته د ډاډ لپاره د هستولوژيک ازموينو د ترسره کولو سپارښتنه کېږي. خو په مخ پر ودې هيوادونه کې د دې ازموينو د ترسره کولو لپاره، د اسانتياؤ د نه شتون له کبله دا ازموينې د منځه تللې دي. پدې هيوادونو کې يوه ساده ازموينه ترسره

کیرې. هغه دا چې د Vasdeference څخه په شیشیې سلاید باندې سمیر اخیستل کیرې او د Wrights stain عملیې په وسیله تلوین، او د مایکروسکوپ لاندې کتل کیرې. Vasdeference د استوانه یې اپیتیلیوم له مخې پیژندل کیرې کوم چې د Vasdeference دننۍ لومن یې پوښلی دی.

ځینې وخت پاتې راتلل د خپل سر بیاقنات جوړیدو له کبله هم منځته راځي. ځینې وخت کیدای شي چې په یو اړخ کې د یو څخه زیات Vasdeference شتون ولري. کیدای شي امیدواری د هغه جنسي نږدیوالي له کبله رامنځته شي کوم چې په تناسلي قنات کې د سپرم د منځه تللو څخه مخکې ترسره شوي وي.

د عملیات څخه وروسته لارښوونې

- د دې لپاره چې د زخم د نورمال جوړیدو او د عملیات د بریالیتوب څخه ډاډ تر لاسه کړو نو ناروغ ته باید لاندې لارښوونې وشي.
- ۱ - ناروغ ته باید وویل شي چې هغه د عملیات څخه وروسته په سمدلاسه ډول نه شنډیږي. کم تر کمه دیرش (۳۰) انزالونه مخکې د دې څخه چې منوي کتنه منفی شي، اړین دي.
 - ۲ - تر څو چې سپرم په بشپړ ډول له منځه ځي، هغه باید د امیدواری ضد درمل وکاروي.
 - ۳ - د عملیات څخه وروسته تر څلورویشت (۲۴) ساعتونو پورې پکار ده چې د ځان وینځلو څخه ځان وساتي.
 - ۴ - ناروغ باید تر پنځه لس (۱۵) ورځو پورې T-bandage یا Scrotal support واغوندي. ساحه باید وچه او پاکه وساتي.
 - ۵ - تر پنځه لس (۱۵) ورځو پورې ناروغ ته پکار ده چې د دروند وزن د پورته کولو څخه

ځان وساتي. که څه هم بشپړ استراحت ته اړتيا نشته.

۶- د عمليات څخه پنځه (۵) ورځې وروسته بايد د زخم ټکونه لرې کړي.

No_ Scalpel vasectomy

No scalpel vasectomy يو نوي تخنيک دی چې د نرانو لپاره خوندي، اراموونکې او منونکې لازه ده. دغه نوي لازه د نرانو لپاره د کورني بڼه والی پروگرام لاندې د خپل واک پر بنسټ يوه ځانگړې پروژه ده. د دې پروژې په وسيله په هيواد کې دننه ټول پرسونل بايد تربيه شي. په شاوخوا سيمو کې د دې نوي تخنيک شتون په هيواد کې د نرانو د شنډولو د منلو کچه پورته کوي. دغې پروژې ته بوديجه UNFPA ورکوي.

د بنځينه و شنډول (Female sterilization)

د بنځينه و شنډول يوه واټن لرونکي عمليه ده چې د زيږيدنې څخه وروسته يا د زيان پر وخت ترسره کېږي. دوه ډوله عمليې يې ډيرې مشهورې دي، چې يوه يې د لپراسکوپي (Laparoscopy) او بله يې د minilaparotomy په نوم يادېږي.

(الف): لپراسکوپي

دا د بنځو د شنډولو لپاره د گيډې دلازې د يو ځانگړي سامان په وسيله چې لپراسکوپ نومېږي، يو تخنيک دی. لومړی گيډه د گاز (کاربن ډای اکسايډ، نايترس اکسايډ او يا هوا) په وسيله پرسول کېږي. وروسته بيا گيډې ته لپراسکوپ دننه کېږي ترڅو تيوبونه وکتل شي. کله چې تيوب ته ورسېږي نو د تيوب د تړلو لپاره په تيوب کې

Fallopring یا کلیپ اچول کیږي. دا عملیات یوازې په هغه مرکزونو کې باید ترسره شي چې هلته د نسائي ولادي متخصص ډاکټران شتون ولري. د دې لارې ډیر غوره والی اوښه والی پدې کې دی چې ناروغ په روغتون کې د کم وخت لپاره پاتې کیږي، د عملیات وخت یې لنډ وي، او هم د گیلډې د پاسه ډیر کم سکار یا داغ پریږدي.

د ناروغ ټاکنه:

لپراسکوپي د زیریدني څخه وروسته تر شپږو (۶) اونیو پورې نه تر سره کیږي، که څه هم کولای شو چې دا لاره په طبي ډول د امیدواری د پای ته رسولو لپاره په پرله پسې توگه وکاروو. د هیموگلوبین کچه باید د اته (۸) سلنې څخه ښکته نه وي. د دې سره یوځای باید کومه بله طبي ناروغي لکه د زړه ناروغي، د تنفسي سیستم ناروغي، د شکرې ناروغي او هایپرټنشن شتون ونلري.

د عملیات څخه وروسته ناروغ ته پکار ده چې تر اته څلویښت (۴۸) ساعتونو پورې په روغتون کې پاتې شي. نوموړی عملیات باید د روغتیايي کارکونکو په وسیله بیاکننه شي، اول ځل ۷-۱۴ ورځې وروسته د عملیات څخه او دوهم ځل ۱۲-۱۸ میاشتې وروسته د عملیات څخه باید بیاکننه تر سره شي.

اختلاطات:

که څه هم د دې عملیې اختلاطات دومره دودیز ندي خو که چیرې رامنځته شي نو بیا د پام وړ او سخت وي چې کیدای شي جراحي لاس وهنې ته اړتیا پیدا کړي. د غټو رگونو سوري کیدل او نور غټ اختلاطات چې راپور ورکړل شوي دي، د لپراسکوپي د سترو تاوانونو څخه شمیرل کیږي.

د لپراسکوییک شنډولو عملیه په هندوستان کې ډیره دودیزه ده. د ۲۰۰۰-۲۰۰۱م کال پورې د شنډولو د ټولو عملیاتونو څخه نږدې اته دیرش (۳۸) سلنه یې د لپراسکوپ په وسیله ترسره شوي وه.

(ب) Minilap operation:

Minilapotomy د گیدې د لارې د تیویکتومي سم شوی ډول عملیات دی. دا یوه ډیره ساده عملیه ده چې د ځایي انستیزی لاندې د گیدې د پاسه یوه وړوکې څیرونه د ۲، ۵-۳ ساتي متره په اندازه ترسره کیږي. نوموړی تخنیک د بنځو د شنډولو لپاره یوه بدلونکي (انقلابي) عملیه ده. دا عملیات په لومړنۍ روغتیايي مرکز کې هم یو د ترسره کولو وړ عمل دی. دا لاره د نورو لارو څخه د خوندي توب، اغیزمنتوب، او اسان والي له کبله ډیرې گټې لري. Minilap عملیات د زیریدنې څخه وروسته په بنځو کې د شنډولو لپاره یوه سمه او وړ لاره ده.

د امیدواری ضد لارو ارزونه

د امیدواری ضد لارو اغیزمنتوب په عمومي ډول د غیر پلان شوي امیدواری د شمیر د مخې چې د امیدواری ضد لارو د کارولو په ځانگړې موده کې منځته راځي، ارزول کیږي. دوه لارې چې د هغې له مخې د امیدواری ضد لارو اغیزمنتوب ارزول کیږي عبارت دي له Pearl index او life table analysis څخه.

پیرل انډکس (pearl index) پدې ډول تعریفیږي چې:

دا د یو کال په موده کې په هرو سلو بنځو کې د پاتې راتللو د شمیر څخه عبارت دی. دغه اندازه د لاندې فرمول په وسیله بنودل شوې ده.

ټولیزې ناڅاپي راتلونکې امیدواری

۱۲۰۰ × ----- = په HWY کې د پاتې راتللو کچه

د کارونې ټولې میاشتي

د پورتنی فورمول په عملي کولو سره پکار ده چې په صورت کې ټول هغه ناخاپي راتلونکي امیدواری چې پایله یې هر ډول وي یعنی ژوندی زیږیدنه، Still birth زیان، او هم هغه امیدواری چې لا تراوسه یې پای نه وي موندلې، پکې وشمیرل شي. ثابت عدد (۱۲۰۰) په سل کلونو کې د میاشتو شمیر رابڼی. په مخرج کې د ټولیزو میاشتو شمیر د بشپړې پای ته رسیدلې امیدواری لپاره د لسو (۱۰) څخه او د زیان لپاره د څلورو (۴) څخه منفي کوو.

که په سلو بنځو کې د یو کال په موده کې د پاتې راتللو کچه لس وي، نو دا معنا لري چې د هغې په عمر کې په منځني ډول هره څلورمه امیدواری یا ۵، ۲ امیدواری به په ناخاپي ډول منځته راځي، د دې له مخې چې د بنځو د بچي زیږونې منځنی عمر پنځه ویشته (۲۵) کلونه دی.

د اغیزمنتوب د ارزولو لپاره په منځني ډول د څیړنې لږ تر لږه شپږ سوه (۲۰۰) میاشتي اړینې دي ترڅو یوې قناعت ورکونکې پایلې ته ورسېږو.

د امیدواری ضد زیاتره لارو سره د پاتې راتللو کچه د کارولو د مودې سره بنکته کیږي. پیرل انډکس (pearl index) په دودیز ډول د ځانگړو کارونکو (زیاتره یو کال) پر بنسټ ولاړدی او د دې کبله د بیلابیلې مودې کاروونکو کې یو پاتې راغلی انډکس دی ترڅو بیلابیلې لارې په سمه توگه پرتله کړي. دغه محدودوالی د life table analysis لارې په کارولو سره له منځه ځي.

Life table analysis

life table analysis د امیدواری ضد لارو په هرې میاشت کارولو سره د پاتې راتللو کچه معلوموي او ټولیزه د پاتې راتللو کچه کولی شو چې د هرې کچې اوږدې مودې کارولو سره پرتله کړو. هغه بنځې چې د هره امله څیړنه پریږدې پرته د هغه

بنځو چې غیر ارادي امیدواري پکې رامنځته شوی وي د تحلیل یا analysis څخه ویستل کیږي او د ویستلو تر مودې پورې د دوي د کاریدنې پایلې په څیړنه کې شیمرل کیږي.

د کورني تنظيم نه ترلاسه شوی اړتیا

Unmet need for family planning

د نه ترلاسه شوي اړتیا مفکوره په ریښتني ډول په ۱۹۶۰م کال کې رامنځته شوه. کله چې د امیدواری ضد یوې سروې KAP یا (Knowledge, Attitude, and Practice) دا وښودله چې د ځینو بنځو د بچي راوړلو د ارادې او د امیدواری ضد سلوک ترمنځ واټن شتون لري. هغه اصطلاح چې دغه ډلې خلکو ته په مشهور ډول کارول کیږي د KAP gap په نوم یادېږي. په ۱۹۷۷م کال کې د لومړي ځل لپاره د unmet اصطلاح کاریدل خپور شول.

په ۱۹۷۸م کال کې د پنځه اسیایي هیوادونو څخه د نړیوالې امیدواری سروې د معلوماتو په بنسټ Charles westoff د زیږیدنې تر ولکې لاندې راوستلو لپاره د نه ترلاسه شوي اړتیا لومړنی پرتلیز اټکل خپور کړو.

زیاتره بنځې کومې چې د جنسي عمل له پلوه فعالې دي نه غواړي چې امیدواري واخلي مگر د دوي د جنسي ملګري (pratner) په ګډون دوي هیڅکله کوم د امیدواری ضد لارې څخه کار نه اخلي نو داسې ویل کیږي چې دا بنځې د کورني تنظيم د خدمتونو لپاره نه ترلاسه شوي اړتیا لري.

دغه مفکوره په دودیز ډول د واده شوو بنځو لپاره عملي کیدای شي. همدارنګه هغه بنځې چې د جنسي عمل له پلوه فعالې او حاصل ورکونکې دي ، او بنائي د زرانو لپاره هم وکارول شي مگر د دې کچه کول یوازې د واده شوو بنځو پورې تړلي دي. د نه ترلاسه شوي اړتیا مفکوره کیدای شي چې د کورني تنظيم لپاره یوه غښتلي

مفکوره وي او د کورني تنظيم د پروگرامونو لپاره يو گواښ جوړ کړي ترڅو هغه کچې ته ورسېږي چې ميلونونه ښځې کومې چې د بچي زيږونې په پړاو کې دي او د يو يا څو لاملونو له کبله د اميدواري ضد لارو څخه گټه نه اخلي، د هغه ښځو سره يوشان کړي چې د اميدواري ضد لارې کاروي.

د نه ترلاسه شوي اړتيا ډير ستر لاملونه عبارت دي له: قناعت نه ورکونکي او نارامونکي خدمتونه، د معلوماتو نه شتون، د اميدواري ضد درملو د ناوړه اړخيزو اغيزو څخه ويره او د ميره او کورني سره مخالفت، او نورو څخه.

د دويمي ملي روغتيايي سروې له مخې (۱۹۹۸-۱۹۹۸م) په هند کې همدا اوس شپاړس (۱۶) سلنه واده شوي ښځې د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوي اړتيا لري. د زيږيدنې ترمنځ د واټن او د زيږيدنې تر ولکې لاندې راوستلو لپاره نه ترلاسه شوي اړتيا يو ډول ده.

د شل (۲۰) کلنۍ څخه ښکته عمر کې د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوي اړتيا زياته ده (۲۷ سلنه) او دا د زيږيدنو ترمنځ د واټن لپاره نسبت د زيږيدنې تر ولکې لاندې راوستلو ته زياته ده. همدارنگه په نسبي ډول هغه ښځو کې چې ۲۰-۲۴ کلونه عمر لري هم څه ناڅه زياته ده (۲۴ سلنه) او ۷۵ سلنه د دغې اړتيا د زيږيدنې ترمنځ واټن لپاره ده. هغه ښځې چې ۳۰ کلونه يا پورته عمر لري په دوي کې د کورني تنظيم نه ترلاسه شوي اړتيا د زيږيدنو تر ولکې لاندې راوستلو لپاره وي.

د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوي اړتيا په کليوالو سيمو کې نسبت ښاري سيمو ته زياته ده. همدارنگه دا په زده کړه لرونکو ښځو کې (د ۱۴-۱۷ سلنه په کچه) او په بيلابيلو مذهب لرونکو ښځو کې (هندي او عيسوي ښځې نسبت مسلمانو ښځو ته د نه ترلاسه شوي اړتيا لپاره کمه اړتيا لري) سره توپير لري.

لاندې ۲۴ گڼه جدول کې د ځينو ځانگړتياؤ له مخې په هند کې د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوي اړتيا ښودل شوي ده.

څلورويشتمه گڼه جدول: د ځانگړيو خواصو په نظر کې نيولو سره اوس وخت کې په هند کې د کورني تنظيم لپاره د واده شوو بنځو نه ترلاسه شوي اړتيا (۱۹۹۸-۹۹).

ځانگړي ځانگړتياوې	د واټن لپاره	د زيږيدنو د تر ولکې لاندې راوستلو لپاره	ټوله اندازه
عمر			
• ۱۹-۱۵	۲۵.۲	۱.۲	۲۷.۱
• ۲۴-۲۰	۱۸.۴	۵.۹	۲۴.۴
• ۲۹-۲۵	۸.۱	۱۰.۵	۱۸.۶
• ۳۴-۳۰	۳.۱	۱۱.۱	۱۴.۱
• ۳۹-۳۵	۱.۱	۹.۱	۱۰.۲
• ۴۴-۴۰	۰.۲	۵.۵	۵.۷
• ۴۹-۴۵	۰.۱	۳.۰	۳.۱
اوسيدنه			
• بناري	۶.۷	۶.۷	۱۳.۴
• کليوالي	۹.۸	۷.۸	۱۶.۷
زده کړه			
• بي زده کړې	۷.۸	۸.۵	۱۶.۲
• زده کړه لري > د منځني بنوونځي تکميلول	۸.۴	۶.۱	۱۴.۵
• منځني بنوونځي بي تکميل کړي وي	۱۱.۱	۶.۱	۱۷.۱
• ليسه بي تکميل کړې وي او د هغې څخه پورته	۸.۸	۶.۳	۱۵.۱
مذهب			
• هندو	۸.۰	۷.۱	۱۵.۱
• مسلمان	۱۱.۰	۱۱.۰	۲۲.۰
• عيسوي	۸.۷	۶.۱	۱۴.۸
د ژوند د کچې انډکس			
• بنکته	۹.۰	۸.۸	۱۷.۹
• منځنۍ	۸.۵	۷.۲	۱۵.۷
• پورته	۶.۷	۶.۱	۱۲.۸

په هند کې د بيلابيلو ايالاتونو ترمنځ د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوي اړتيا

سره توپیر لري. دا د هند په سترو ایالاتونو کې د اوه (۷) سلنې څخه (په پنجاب کې) تر ۲۵ سلنې (په اوتارپرادیش او بیهار کې) پورې توپیر لري. په راجستان، مادیپرادیش او اوریسا کې دا اړتیا ۱۲-۱۸ سلنه دی.

د کورنۍ روغتیا د دویمې ملي سروې پایلو دا وښودله که څه هم اوس په هند کې د امیدواری ضد درملو او لاروچارو کارول زیات شوي دي او نه ترلاسه شوي اړتیا مخ په کمیدو ده، مگر د کورني تنظیم د خدمتونو په څرنگوالي او پوښښ کې باید د نظر وړ ښه والی رامنځته شي په ځانگړي ډول په څلورو سترو ایالاتونو یعنی اوتارپرادیش، بیهار، مادیپرادیش، او راجستان کې.

د امیدواری ضد لارې او Adolescence

Adolescence د بلوغت او فزیالوژیک پوځوالي ترمنځ مودې څخه عبارت ده چې د ۱۵-۱۹ کلنۍ ترمنځ عمر کې پېښیږي. په زیاتره مخ پر ودې هیوادونو او ځینو پرمختللو هیوادونو لکه د امریکا متحده ایالاتونو کې په adolescence عمر کې د امیدواری کچه د ټولو امیدواریو ۱۰-۲۰ سلنه جوړوي او په دوامدار ډول شمیري نور هم زیاتیږي.

په Adolescence عمر کې د امیدواری منځته راتلل زیاتره وخت د خطر سره یوځای وي، ډیرې یې ناخوښه امیدواری وي او ډیرې په هغه ښځو کې رامنځته کیږي چې واده شوي نه وي. کوم چې وروسته د قناعت نه ورکونکي طبي خدمتونو لاندې د قانوني یا غیرقانوني زیان لامل کیږي. دغه کار د دغه ځوانو ښځو لپاره د پام وړ روغتیايي او ژوند گواښونکي اختلالات رامنځته کولی شي. د مړینې او اخته کیدنې زیاتوالی (په ځانگړي ډول په دویمې ډول شنډوتوب) هم په دې ښځو کې رامنځته کیدای شي. د روغتیايي تعلیماتو د لارې په ځوانو خلکو کې د ناخوښه امیدواری او د جنسي

نږد یوالي د لارې لیریدونکو ناروغیو مخنیوی د جنسي سلوک د اصلاح کیدو له کبله کیدلی شي. او دا د عامې روغتیا لپاره ستر گواښ دی.

Adolescent د کورني تنظيم په اړه دوه اړخیزه نظر لري. د یو چا جنسي فعالیت د معلومولو لپاره د امیدواری ضد درملو غوښتنه کوي. له دې کبله ځینې وخت Adolescent نجوني د ناخوښه امیدواری او زیان خطر مني.

د مخنیوي لارې:

کانډم بنه د مخنیوي لاره ده، ځکه دا هغه adolescent چې گڼ شمیر د جنسي عمل ملگري ولري د جنسي نږد یوالي په وسیله لیریدونکو ناروغیو او ایډز څخه ساتي. خو بیا هم کانډم باید په سمه توگه وکارول شي او دا د نارینه په سلوک پورې اړه لري. ځوان نارینه د خپل ځان او هم د خپل جنسي ملگري (partner) د روغتیا په غوره والي او ساتلو بنه پوهیږي. د بله پلوه دیا فرام او cervical cap د adolescents لپاره مناسب ندي ځکه چې دا د جنسي عمل څخه وړاندې کارول کیږي او دننه کول یې اختلالات لري نو د همدې کبله ځوانان ورڅخه کرکه لري.

د امیدواری ضد هارموني درمل:

هارموني د امیدواری ضد لارې په ریښتیني ډول د هغه adolescents لپاره وړ لارې دي څوک چې په داسې ستونزو (لکه د زړه او رگونو ناروغیو او نور) باندې اخته نه وي کوم چې د مضاد استطباب لامل کیږي. په ریښتیا چې دا ډیره مناسبه لاره ده ځکه چې په بشپړ ډول د بیرته گرځیدو وړ ده او د هیڅ پلوه په راتلونکي کې د دغه ځوانو بڼځو د شنډیدو لامل نه کیږي.

په پرمختللو هیوادونو کې په دودیز ډول pill ته غوره والی ورکوي مگر دري میاشتنۍ یا یو میاشتنۍ پیچکاري هم مناسبه لاره ده. غرس کول د څو کلونو لپاره یا اوږدې مودې لپاره پوښښ لري او د زیاتره adolescents لپاره د منلو وړ کړنه ده.

د رحم دنننۍ. آله يا IUD :

که څه هم د تيوري له پلوه د رحم دنننۍ آله په adolescents نجونو کې مضاډ استطباب دي ځکه چې د حوصلي اتانات او په دويمي ډول د شنډوالي منځته راوړل يې سترې نيمگړتياوې دي، خو بيا هم ځوانې نجونې د غير قانوني بيا بيا زيان څخه د د رحم دنننۍ آله په وسيله بڼې ساتل کيږي. د دې لازې گټه داده چې يوځل کارول يې د اوږدې مودې لپاره بسنه کوي او د بيا بيا کارولو اړتيا نلري.

نورې لارې:

د مياشتني عادت وقفوي نشتوالی اسان کار ندي، کله چې مياشتني عادت غير منظم وي او جنسي عمل د نوې ملگري سره په ټاکل شوي وخت نه وي. بيا هم دا د مذهبي دليل پر بنسټ يوازینی بڼه لاره گڼل کيږي او نيمگړتيا يې داده چې بشپړ ساتل يا protection نشي رامنځته کولی. همدارنگه withdrawal لاره هم ډيره مناسبه لاره نه ده ځکه چې زياتره نارينه پدې برخه کې بشپړه پوهه نه لري.

سپرم وژونکي مواد هم مضاډ استطباب نه دي مگر دا دوه نيمگړتياوې لري. يو دا چې قيمتي دي، او بله دا چې د جنسي نږدېوالي په وسيله ليرديدونکي ناروغيو او ايډز مخنيوی نه شي کولی.

په ۲۰۰۰م کال کې د نړۍ د وگړو ۴۲ سلنه وگړو د ۲۵ کلونو څخه بنسټه عمر درلوده. ډير زيات شمير ځوان وگړي به خپل د بچي زيږونې کال ته داخل شي او د ديموگرافي راتلونکي د دوي پورې اړه لري، ځنگه دوي پوهيدلی شي او ځنگه بايد دوي خپل مسوليت ته پاملرنه وکړي.

د کورني تنظيم د وړاندې کولو سيستم يا Delivery System

څرنگه چې کورني تنظيم د روغتيايي خدمتونو د سيستم غوره برخه جوړوي، نو په مرکزي برخو او ايالاتونو کې د نورو روغتيايي خدمتونو ترڅنگ د زيږيدنې د خدمتونو برابرول د دولت مسؤليت دی.

په مرکزي کچه

د کورني د بڼه والی پروگرام يوه مرکزي ځواب ورکونکي تگلاره ده او ايالاتونه سل په سلو کې مرسته د مرکزي دولت څخه ترلاسه کوي. څرنگه چې په ريښتيني ډول ټوله خرچه د مرکزي دولت له اړخه ورته برابرېږي نو ځکه د پروگرام پلان کول او مالي تنظيم (لکه د کتنځيو جوړول، د کارکوونکو برابرول، او خرچه، د تربیوي پروگرامونو برابرول، پلټنه او ارزونه، او ډيره غوره خبره داده چې د پروگرام د ټولې تگلارې جوړول هم بايد د مرکزي دولت په وسيله کنترول شي.

اوسنۍ تگلاره داسې ده چې کورني تنظيم د رضاکارانو په پوهولو او په بشپړه ډول د ټولني برخې اخستلو سره غښتلې او بڼه کړي. ډير ټينگار په دوه ماشوم لرلو باندې کيږي. پدې نژدې وخت کې د کورني تنظيم د خدمتونو د وړاندې کولو په تگلاره کې دوه ستر بدلونونه منځته راغلي دي: لومړی د terminal لارې ترڅنگ د زيږيدنو ترمنځ واټن باندې ټينگار کول او دويم دا چې هري دروازې ته د خدمتونو رسول او د خلکو داسې هڅول چې د کوچنۍ کورنۍ د قانون سره ځان برابر کړي.

د کورني بڼه والی پروگرام اداري جوړښت کوم چې په ۱۹۶۶م کال کې د مرکزي روغتيا او کورني بڼه والی وزارت په وسيله منځته راغلی دی، د گني شمير څانگو لرونکی دی. د هند د روغتيا او کورني بهبو وزارت سکرتریت د کورني بڼه والی د دپارتمنت مسؤل دی چې د ځانگړي سکرتریت او نورو سکرتریتونو په وسيله مرسته ورسره کيږي يعنی په گډ ډول کار کوي. ځانگړي سکرتریت (special secratery) د

پروگرام عملي کيدل او د فعاليتونو هم غږي کول تر څارنې لاندې نيسي. اوس دغو څانگو کې زده کړه ورکونکي يا Adviser هم د يو اضافي سکرترت په ډول شته دی (Mass Media and Communication). د روغتيا او کورنې بڼه والی ملي انستيتوت په ټول هيواد کې د روغتيا او کورنې بڼه والی د بڼه والي لپاره د زده کړې، تربیوي خدمتونو، پلټنې او ارزونې له لارې يو اوچت تخنيکي انستيتوت دی. د کورنې بڼه والی مرکزي شوراى هم شتون لري چې د ټولو ايالاتونو د روغتيا وزيرانو څخه جوړه شوې ده او د پروگرام په عملي کيدو باندې پام اچوي. Population Advisory Council په ۱۹۸۲م کال کې منځته راغلی دی چې د روغتيا وزير او د پارلمان د غړو، او هغه څوک چې د وگړو د کنترول په برخه کې کار کوي، په وسيله يې مشري کيږي. دا ارگان د پروگرام عملي کيدل څاري او دولت ته لارمې لارښوونې کوي. د وزيرانو پلاوی چې مشري يې لومړی وزير کوي هم وخت په وخت د کورنې بڼه والی پروگرام د فعاليتونو په پرمختگ باندې پام اچوي.

د کورني تنظيم پروگرام داسې پروگرام ندی چې يوازې د عامې روغتيا وزارت مسؤليت وي بلکه ټول هغه وزارتونه چې د انساني سرچينو او پرمختگ سره اړيکه لري پدې برخه کې مسؤليت لري. پدې اوسني وخت کې دا يوه غوره لاس ته راوړنه ده.

د ايالت په کچه

د هند د دولت تر اساسي قانون لاندې د هر ايالت دولت په هماغه ايالت کې د کورني تنظيم د بڼه والی پروگرام د اداري کارونو او عملي کولو مسؤليت لري. له کومه ځايه چې د تگلارې غوره پريکړه د مرکزي دولت له خوا ترسره کيږي نو د کورني تنظيم د خدمتونو د وړاندي کولو سيستم تنظيم او اداره يو څه نا څه د ايالت په کچه بڼه ترسره کيږي.

د ایالت په کچه د دې ادارې جوړښت د ایالتي کورني تنظيم د ښه والي ادارې څخه جوړ شوی دی کوم چې د هماغه ایالت د روغتیا د ریاست یوه برخه جوړوي. په اوس وخت کې په هیواد (هند) کې ۲۵ ایالتي د کورني تنظيم د ښه والي ادارې کار او فعالیت کوي.

په ۱۹۷۹م کال کې د کورني تنظيم د ښه والي او د ملریا د بیخه منځه وړلو ملي پروگرام ادارې سره یوځای شولې او د روغتیا او کورني ښه والي د سمیز دفتر یا Regional Office for Health and Family Welfare په نوم ونومول شوې.

دغه سمیز دفتر د دې لپاره جوړ شو چې د ایالتي دولت سره په پرله پسې توګه اړیکه وساتي ترڅو د کورني ښه والي او نورو غورو روغتیایي پروگرامونو په عملي کولو کې تخنیکي مرسته ورسره وکړي. د دې لپاره چې د ایالتي او مرکزي دولت ترمنځ د کورني ښه والي کړنې هم غږې شي نو د هر ایالت لپاره یوه د کورني ښه والي اداره جوړه شوه.

د اولسوالۍ په کچه

- د اولسوالۍ په کچه د دې جوړښت د اولسوالۍ کورني ښه والی د ادارې څخه جوړ شوی دی کوم چې دري غوره برخې یا divisions لري. دغه غوره برخې په دې ډول دي.
- اداري برخه یا Administrative division : چې د کورني ښه والي د اولسوالۍ افسر یا District Family Welfare Officer په وسیله یې مشري کېږي.
 - د کتلوي تعلیم ورکولو او مډیا برخه: چې د اولسوالۍ د کتلوي مډیا او زده کړې ورکولو افسر یې مشري کوي.
 - د ارزونې برخه یا Evaluation division : چې احصایوي افسر یا statistical officer یې مشري کوي.

دا برخې د ۱۰۸۳ بناري کورني بڼه والي مرکزونو او ۸۷۱ بناري روغتيايي پوستونو په وسيله غښتلي کيږي. په اوس وخت کې څلور ډوله روغتيايي پوستونه شتون لري.

- Type A: د هغه ساحو لپاره چې د وگړو شمير يې د پنځه زره (۵۰۰۰) څخه کم وي.
 - Type B: د هغه ساحو لپاره چې د وگړو شمير يې د ۵۰۰۰_۱۰۰۰۰ پورې وي.
 - Type C: د هغه ساحو لپاره چې د وگړو شمير يې د ۲۵۰۰۰_۵۰۰۰۰ پورې وي.
- که چيري د وگړو شمير د ۵۰۰۰۰ څخه پورته کيږي نو بيا د ۵۰۰۰۰ په شمير نور گروپونه ورڅخه جوړيږي او د هغې لپاره نوی روغتيايي پوست جوړيږي.
- Type A, B او C روغتيايي پوستونه د روغتون سره اړيکه لري ترڅو د ليردلو او څارنې کارونه ترسره کړي. مگر Type D روغتيايي پوست د روغتون سره د شنډولو يا sterilization، په طبي ډول د اميدواری پای ته رسول، او ليردلو په برخه کې همکاري لري.

لس بناري د کورني بڼه والي ادارې (10 city family welfare bureaus) د کورني بڼه والي د هغه فعاليتونو او خدمتونو د تنظيم، مانيتورنگ او څارنې مسوليت په غاړه لري چې په بناړ کې د بيلابيلو ادارو له اړخه سرته رسيږي.

په اوسني وخت کې د بناري کورني بڼه والي د مرکزونو درې ډولونه شتون لري چې عبارت دي له:

- Type I: د ۱۰۰۰۰_۲۵۰۰۰ وگړو پورې تر پوښښ لاندې نيسي.
 - Type II: د ۲۵۰۰۰_۵۰۰۰۰ وگړو پورې تر پوښښ لاندې نيسي.
 - Type III: د پنځوس زره (۵۰۰۰۰) څخه پورته وگړو لپاره بسنه کوي.
- بناري د کورني بڼه والي مرکزونه او روغتيايي پوستونه د مور او ماشوم روغتيا يا MCH، او د کورني تنظيم لپاره پراخه غښتلي خدمتونه برابروي. د کارکوونکو شمير

د بيلابيلو روغتيايي پوستونو او کورني بڼه والي مرکزونو لپاره ډول ډول دی.

د لومړني روغتيايي مرکز په کچه

خرنگه چې د هند د وګړو ۲، ۷۲ سلنه په کلیوالو سیمو کې ژوند کوي نو د روغتيايي خدمتونو لپاره د بشپړ شمیر روغتيايي مرکزونه کلیوالو سیمو ته غزول شوي دي. کلیوالي د کورني بڼه والي مرکز چې طبي ډاکتر او نور پرسونل ولري د لومړني روغتيايي مرکز غښتلي برخه جوړوي. تر ۱، ۴، ۱۹۸۰ نيتي پورې په هیواد کې ټول ۵۴۳۵ کلیوالي د کورني بڼه والي مرکزونه د PHC تر چوکاټ لاندې جوړ شوي دي. زیاتره ایالاتونو دغه مرکزونه د خپلو لومړني روغتيايي خدمتونو سره یوځای کړل او وروسته له دغه نيتي څخه د کورني تنظیم خدمتونه د لومړني روغتيايي خدمتونو د لارې خلکو ته وړاندي شول.

تر ۲۰۰۳م کال د مارچ تر یو دیرشمې نيتي پورې په هیواد کې ۲۲۹۳۲ لومړني روغتيايي مرکزونو شتون درلوده، چې هر یو یې بیا د کچنیو مرکزونو یا subcentre په وسیله غښتلی کېږي. د ټولو کوچنیو مرکزو شمیر چې فعالیت کوي ۱۳۸۳۲۸ دی.

کله چې لومړنی روغتيايي مرکز په بڼه ډول کارکوونکي ولري (درې ډاکتران د یوې بڼځینه ډاکترې په شمول او نور پرسونل) نو داسې هیله کېږي چې د کورني تنظیم په ګډون ټول بنسټیز روغتيايي خدمتونه په پراخه او بڼه ډول برابرولی شي. طبي ډاکتران معمولا داسې تربیه کېږي چې په طبي ډول د امیدواری پای ته رسول او شنډول وکولی شي. د مس لرونکو T انځور لرونکو د رحم د دنننۍ آلو د دننه کولو پروګرام هم غښتلی وي. لپراسکوپیک خدمتونه کوم چې ډیر عام دي باید د لومړني روغتيايي خدمتونو په کچه په پراخه ډول شتون ولري.

کوچنی مرکز یا subcenter د دې لپاره دی چې د پروگرام بنسټیز کارونه ترسره کړي. هر کوچنی مرکز د یو نارینه او یو ښځینه روغتیایي کارکوونکي څخه جوړ شوی دی. دوي مسؤلیت لري ترڅو لومړني روغتیایي او د مور او ماشوم روغتیایي خدمتونه، د کورني تنظیم لپاره د خلکو هڅول او د ماشومانو ترمنځ واټن لپاره توکي او خدمتونه خلکو ته برابر کړي.

بیلابیلې څیړنې چې ترسره شوې دي دا یې ښودلې ده چې شته خدمتونه په سمه توګه ندې کارول شوي ځکه چې مناسب خدمتونه یې خلکو ته ندې برابر کړي. د دې لپاره چې دا موضوع هواره شي نو د زیاتره ایالتونو په وسیله مشهورې کمیتې جوړې شوې دي ترڅو خلک پدې پروگرام کې ورګډه کړي او د بیلابیلو مسؤلیتونو لپاره بیدار او برابر و اوسي.

د کلي په کچه

دوه لارې د کلي په کچه تطبیقېږي ترڅو د خدمتونو پوښښ او د خلکو برخه اخستنه زیاته کړي.

الف: د کلي روغتیایي لارښود:

یوه نوې یا ابتکاري تګلاره داده چې د هر کلي لپاره یا د ۱۰۰۰ تنه وګړو لپاره د یو لارښود (معمولا ښځه) پیدا کول دي. د دوي مسؤلیت دادی چې د پام وړ جوړو ته پوهه او معلومات ورسوي او هم دوي ته Nirodh او د خولي د لارې د امیدواری ضد درمل ورسوي. نژدې ۳،۲۳ لکه (۳۲۳۰۰۰) روغتیایي لارښوونکي دا کار سرته رسوي.

ب: تربیه شوي دائې:

ملي موخه داده چې د هر ۱۰۰۰ تنو په سر باید یوه تربیه شوی دائې شتون ولري.

دوي په كليوالو سيمو کې بنځو ته زيږيدنې ورکوي، دوي د کورني تنظيم لپاره هم خلک هڅوي او هم ورته مشورې ورکوي، او پدې ډول د کورني تنظيم د خدمتونو د وړاندې کولو سيستم غښتلی کوي. په اوس وخت کې روغتيايي لارښوونکي او تربيه شوي دائي گانې په هند کې د کورني تنظيم د وړاندې کولو د سيستم غوره برخه جوړوي.

د ټولني د اړتياؤ د ارزونې کړنلاره

تر دې نژدې وختونو پورې د کورني ښه والي پروگرام ارزونه د هغه موخو له مخې کيدله چې د وگړو لپاره د اميدواری ضد درملو مرکز له اړخه به ټاکل شوي وي. په پای کې داسې حالت رامنځته شو چې د اميدواری ضد درملو موخې پای ته ورسيدلې. د کلونو په تيريدلو سره دا معلومه شوه چې دلته گڼ شمير زيانونو په top down target تگلارې کې شتون درلوده، کوم چې د لوړو چارواکو له خوا پريکړه وشوه ترڅو د اميدواری ضد درملو په ډول او اندازه باندې بايد غور وشي. لومړی دا چې د کارونکو له خوا غوره والی ورکول موخې نه منعکسوي. که چيرې د کاروونکي د خوښې سره سم د اميدواری ضد لاره ونه موندل شي نو موخه نه شي ترلاسه کيدلی. دلته يو سم او پيژندل شوی سيستم د ځواب ورکونې لپاره شتون نه لري چې کوم ډول د اميدواری ضد درمل په کوم ځای او کوم عمر لرونکو ډله خلکو لپاره بايد وکارول شي.

دوهم دا چې د خدمتونو څرنگوالی بايد ښه شي. مثلاً که چيرې د رحم دننۍ آلې د دننه کولو موخې د ترلاسه کولو لپاره هڅه وشي نو د خدمتونو څرنگوالی تر خطر لاندې راځي (په ځانگړي ډول د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو څخه مخکې د بنځو ښه پلټنه ترڅو مخکښني د تناسلي جهاز انتانات يا د جنسي نږديوالي په وسيله ليرېدونکي ناروغۍ ونه لري) او د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو پروگرام د منلو کچه کمه او د

بندیدو کچه یی لوړیږي.

دریم دا چې خلک کیدای شي ناسم راپور ورکول پټ کړي ترڅو د پروگرام د موخو د ترلاسه کولو دعوه وکړي. په بله اصطلاح د امیدواری ضد موخه ترلاسه کول د نقدو پیسو په هڅولو سره د کارکولو په شمیرنه او د خدمتونو په څرنگوالي کې بدلون او ناسموالی رامنځته کوي.

د هند دولت په ملي او ایلاتي کچه د موخو د ترلاسه کولو او ساتلو لپاره غوره تگلاره ټاکلې ده. په ۱۹۹۵ او ۹۶م کال کې د اته لس (۱۸) ایلاتونو څخه (د کیرالا او تامیل نادو د لومړني project په ګډون) یوازې یوې اولسوالۍ د موخې د ترلاسه کولو وړتیا پیدا کړه. وروسته د ۱۹۹۶م کال تر اپریل پورې د فردي امیدواری ضد درملو څخه په ګټه اخستلو سره دغه موخې ترلاسه شوې. دا د دې معنی نه لري چې نور دي څوک کار نه کوي. د خلکو موخې لکه د مخکي غوندي هماغسې پاتې دي. داسې هیله کېږي چې روغتیايي کارکوونکي د کال په پیل کې کورنیو او ټولنو ته مشوره ورکړي ترڅو د کال په پیل کې خپلې اړتیاوې معلومې کړي او کومې یوې ته باید غوره والی ورکړل شي، چې وکولی شي د راتلونکي کال لپاره د پروگرام کارونه په خپله د خپل ځان لپاره ترسره کړي. د هر کلي لپاره دا اړینه خبر ده چې خپل کار معلوم کړي ترڅو د ANM لپاره کار کولو ته ځان ورسولی شي او دا به د ANM لپاره د راتلونکي کال لپاره موخه وي. د بیلابیلو ANM د کارکول د یوې PHC لاندې، د هماغې PHC کار کول معلوموي. په همدې ډول د اولسوالۍ اړتیاوې باید د ټولو PHC اړتیاو له مخې معلومې شي.

وروسته دا معلومه شوه چې د اړتیاو د پیچلې شمیرلو له کبله روغتیايي کارکوونکي ددې وړ نه دي چې د خپل ځان لپاره د کار کولو کومه لاره جوړه کړي. نو ځکه داسې پریکړه وشوه چې Target free manual باید اصلاح او د Community

Needs Assessment Approach Manual په نوم دې ونومول شي.

د خصوصي سکتور شريکول

ددې لپاره چې د کورني تنظيم پروگرام بريالی و اوسي نو بايد د دولتي وړاندې کوونکي سيستم څخه تر خصوصي سکتور پورې پراخه شي. د خپلواکه او صنعتي ادارو لپاره ملي بودیجه ورکول کيږي ترڅو د کورني تنظيم او postpartum مرکزونه ورباندې وچلوي. د کورني ښه والي پروگرام سره د خصوصي طبي ډاکترانو د يوځای کولو نقشه تر يوځای طبي ډاکترانو (integrated medical practitioner) پورې پراخه شوله. دولت هم په ملي کچه د مرستندويه کانډمونو د خرچ کولو لپاره ځايونه جوړ کړي دي.

Incentives and disincentives

په زیاتره مخ پر ودې هیوادونو کې د incentives او disincentives کارول د جوړو د هڅولو لپاره چې کورنی تنظیم عملي کړي یوه عامه تگلاره ګرځیدلې ده. د هغه وګړو اقتصادي تاوان چې د شنډتوب یا sterilization عملیه ورته ترسره کیږي د لومړي ځل لپاره په ۱۹۲۶م کال کې وپیژندل شو او بیا د کلونو په تیریدلو سره زیاتیدلو. اوس د معمولي tubectomy لپاره ۱۵۰ هندي کلداری او لپراسکوپیک tubectomy لپاره ۱۴۵ هندي کلداری او د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو لپاره شل (۲۰) هندي کلداری د دې کاروونکو ته ورکول کیږي. همدارنګه یوه کمه کچه پیسې هغه چاته هم ورکول کیږي چې دوي یې ددې کار لپاره هڅولي دي لکه د رحم د دننۍ آلې په سر لس هندي کلداری، د تیوبونو د پرې کولو لپاره شل هندي کلداری او د vasectomy لپاره شلوینت (۴۰) هندي کلداری ددې کار هڅونکي ته ورکول کیږي. د هند دولت هغه ایالاتي کارکوونکي چې د دوه یا درې ماشومانو د راوړلو څخه وروسته د شنډتوب عملیه ترسره کوي ځانګړې رتبه یا ترفیع ورکوي (د دوه ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عملیې ترسره کولو په سر دوه رتبه او د درې ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عملیې ترسره کولو په سر یوه رتبه). همدارنګه د مرکزي دولت کارکوونکي د شنډتوب د عملیې څخه وروسته یوه رتبه ترلاسه کوي. هغه قانون چې په ۱۹۷۹م کال د ډسمبر په میاشت کې کینودل شو داسې لیکلې دي:

د دې لپاره چې د کوچنۍ کورنۍ قانون ته پرمختګ ورکړل شي نو هغه کارکوونکي چې د ۵۰ کلونو څخه کم او بنځه یې د ۴۵ کلونو څخه کم عمر ولري نو دوي ته به ځانګړې رخصتې ورکول کیږي (د بنځې لپاره ۱۴ ورځې او د سړي لپاره اوه (۷) ورځې). مګر د درې ماشومانو د راوړلو څخه وروسته هیڅ رخصت نه ورکول کیږي.

که چیرې د شنډتوب د عملیې، د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو او recanalization څخه وروسته مړینه رامنځته شي نو پاتې ژوندۍ بنځې یا میره ته یې باید شل زره هندي کلداری ورکړل شي.

د ایالاتونو دولتي ادارو داسې غوښتنه کړې ده چې هغه د امیدواری ضد منونکي چې وروسته د دوه ماشومانو څخه تل پاتې د امیدواری ضد لاره وکاروي باید شین کارډ (Green card) ورته ورکړل شي ترڅو په هغه پروژو کې چې امتیازي درملنه ترسره کیږي دوي وپیژندل شي او د لومړي توب حق ورکړل شي. نقدي امتیاز هم هغه ایالاتونو ته ورکول کیږي چې ښه کارکول ولري او دغه پیسې باید د کورني ښه والي پروگرام په ښه کولو باندې خرچ کړي.

د بیړني حالتونو څخه پرته disincentives په سیستمیک ډول نه کارول کیږي. بلکه زیاتره ایالاتونه د دولتي کارکوونکو گټې ته د کوچنۍ کورنۍ سره زیاته اړیکه ورکوي. ماهراشتر (Maharashtra) د disincentives په تگلاره کې د یادولو وړ دی (په ۱۹۲۷م کال کې پیل شوه) چې کور، قرضه او وړیا طبي درملنې ته د کورنۍ د کچې سره اړیکه ورکوي.

د زیږون څخه وروسته پروگرام

د هند په ټولو روغتونونو کې د زیږون څخه وروسته پروگرام یا An All India Hospital Postpartum Programme (ALHPP) په ۱۹۶۹م کال کې منځته راغی. دا د روغتون په بنسټ مرکزي مورنۍ تگلاره ده. د زیږون څخه وروسته پروگرام لومړنۍ موخه داده چې د مور او ماشوم روغتیا د مور او ماشوم روغتیايي خدمتونو (MCH) او د کورني ښه والي پروگرام د لارې ښه کړي کوم چې دا خدمتونه د زیږون څخه مخکې (Antenatal)، د زیږون پر مهال (Neonatal) او د زیږون څخه وروسته

(Postnatal) خدمتونو، مور او ماشوم ته دمعافیت ورکولو خدمتونو، او د وینه لږی، او وړندوالي څخه د مخنیوي په خدمتونو باندې ګډ خدمتونه دي. دا پروګرام د لاندې دلیلونو له مخې د ارزښت وړ دی.

الف: هغه ښځې چې په نژدې وخت کې یې زیږیدنه کړي وي د امیدواری لپاره برابري دي او کیدای شي چې ډیر ژر امیدواره شي.

ب: د زیږون پر مهال او د نفاس په دوره کې په عمومي ډول دوي ډیري منوونکي دي چې د یو نه یو کورني تنظیم لارې سره ځان برابر کړي.

د زیږون څخه وروسته پروګرام داسې ښځو ته اړینې اسانتیاوي وړاندې کوي. دا د کورني تنظیم خدمتونو د وړاندې کولو لپاره اغیزناکه لاره ده. دغه پروګرام اوس مهال (۵۵۰) طبي ادارې په ملي، ایالاتي او د اولسوالۍ په کچه، د ۱۰۰ طب پوهنځیو یا کالجونو او دوه post graduate ادارو په شمول تر پوښښ لاندې لري.

له هغې پلوه چې د مور او ماشوم روغتیايي خدمتونه (MCH) او د کورني ښه والي خدمتونه کلیوالو او نیمه کلیوالو سیمو ته د مور او ماشوم د روغتیا د ښه والي لپاره برابر شي نو د زیږون څخه وروسته پروګرام sub divisional او sub district روغتونونو ته پراخه شو. اوس مهال ۱۰۱۲ دغسي مرکزونه په هیواد کې کار او فعالیت کوي.

د خلکو پوهاوی

د خلکو پوهاوی په دې ډول تعریفیږي چې: دا یو د زده کړې پروګرام دی کوم چې د ټولني، هیواد، او نړۍ د وګړو د حالتونو د څیړنې لپاره برابرېږي د دې په خاطر چې د زده کوونکو پام او سوچ د دغه حالتونو خواته وګرځي او په دې برخه کې مسؤلیت وپيژني. د وګړو د زده کړې پروګرام منځ پانګه د ځانګړو ملي حالتونو لکه سیاسي او تعلیمي موخو په وسیله اغیزمنه کیږي.

د هند له پلوه د وگړو د زده کړې پروگرام مفکوره د دې لپاره منځته راغلې ده چې د بنوونځي او پوهنتون په کچه زده کوونکو ته دا وښودل شي چې د نه کنترول شوو وگړو زیاتوالي اغیزې، د کوچنۍ کورنۍ د قانون گټې، د وگړو د زیاتوالي اقتصادي، ټولنیز، او احصایوي اغیزې، د وگړو ویشنه او د دوې اړیکه د ژوند د کچې سره څه شی ده.

د کورني تنظيم سوسيالوژي

(Sociology of family planning)

د کورنۍ جوړښت په خپله د یو انسان په شان دی. کورنۍ د ټولني بنسټیز واحد دی. د دې د تنظیم اړینتوب په دې تړدې وخت کې منځته راغلی دی ځکه چې د نړۍ په اقتصادي، ټولنیز او کلتوري بڼه کې بدلون منځته راغلی دی او دغه ټول شيان ځکه غوره دي چې د ژوند د څرنگوالي یا quality of life کړتیریاوي ټاکي. سوسيالوژیست او اقتصادپوه دا ښودلی ده چې دا به ستونزمنه وي چې د ټولني د ژوند کچه د وگړو د پرله پسې زیاتوالي د نه کنترول سره اوچته شي. د پنځه کلن پرمختیایي پلان لاس ته راوړنې د بنسټیزو اړتیاؤ لپاره لکه خواړه، کور، جامې، زده کړه، او طبي خدمتونه د وگړو د تیز زیاتوالي له کبله د منځه تللي دي.

د سلوک یوې سروې ښودلې ده چې د کورني تنظيم په اړه خبرتیا ډیره پراخه ده. د شپيته (۲۰) سلنې په شاوخوا وگړي داسې سلوک لري چې د خپل ماشومانو زیږیدنه تر ولکې لاندې راولې او یا ترمنځ یې واټن منځته راوړي. په عمومي ډول ټول خلک د کورني تنظيم سره زړه خواله لري او کوم منظم مخالف والی یې په وړاندې شتون نه لري. د دې سره سره د امیدواری ضد درملو کارول د جوړو په وسیله په مخ پر ودې هیوادونو کې ډیر ښکته دی. د جاپان او چین سره په پرتلیز ډول چې د امیدواری ضد

درملو کارول پکې ۸۷ سلنه دی په پاکستان کې شپږ سلنه، په بنگله دیش کې ۲۷ سلنه او په هند کې ۴۳،۵ سلنه دی. دا د کورني تنظيم ستره ستونزه ده. څیرنو دا بنودلې ده چې د وگړو ستونزه د ژورو مذهبي او نورو عقیدو او روشونو له کبله چې غټه کورنۍ خوبوي (لکه نارینه اولاد ته غوره والی ورکول) او د امیدواری ضد درملو په وړاندې د مخالفت کولو په وسیله نوره هم پیچلې شوې ده. یوه عامه عقیده داسې ده چې ماشوم د الله پاک ډالی ده، د ماشومانو شمیر الله پاک تعینوي، هر هندو باید هلک ماشوم ولري، ماشومان د غریب سړي لپاره شتمني ده، ماشومان هغه شتمني ده چې مور او پلار یې هغه وخت لیدلی شي کله چې دوي بیچاره او زړه شي نو دوي بیا د خپلو بچيو پورې تړلي وي، او داسې نورې عقیدې. زیاتره دغه عقیدې په ریښتیني ډول د پوهې د نه شتون له کبله منځته راځي.

نو ځکه د کورني تنظيم ستونزه د ټولنیز بدلون لپاره ستر خنډ دی. د امیدواری ضد تکنالوژي ددې ستونزې هواری نه دی. هغه څه چې ډیر غوره دي هغه دا دي چې ټولنیز بدلونونه باید تنبه شي کوم چې امیدواري اغیزمنه کوي لکه د واده د عمر زیاتوالی، د بنځو د زده کړې اوچتوالی او د دندې پیدا کول ورته، د زړو خلکو ساتنه، د ماشومانو په زور سره زده کړه، د اقتصادي بدلونونو منځته راوړل ترڅو د نفرسر شتمني زیاته شي، او داسې نور.

دا اوس منل شوې ده چې اقتصادي پرمختګ بڼه د امیدواری ضد لاره ده. تجربو دا بنودلې ده، د ټولو هغه هیوادونو چې د وگړو بڼه کنترول لري بڼه هڅونکې شی د اقتصاد څخه عبارت دی او هغه شیان چې د ژوند کچې لوړوي. یوه بله د هواري لاره د کتلوي زده کړې او خلکو ته د پوهې ورکول دي ترڅو خلک د کوچنۍ کورنۍ په گټو باندې پوه شي.

خپلواکه ادارې (voluntary organization)

د پیل څخه تر اوسه پورې خپلواکه ادارو د وگړو په کنترول کې ستر رول لوبولی دی. دوي د هرې شونې لارې څخه گټه اخلي ترڅو د دولت هڅې د کورني بڼه والي پروگرام د پرمختگ په برخه کې پوره کړي. د زده کړې او هڅولو ترڅنگ د دوي د کورني بڼه والي د مرکزونو، د زیربڼو څخه وروسته مرکزونو، د ANM د تربیوي بنسټونو، د وگړو د پلټنې مرکزونو، او نورو نوو پروژو په چلولو کې هم برخه اخلي.

د هند یو څو پیژندل شوي خپلواکه ادارې عبارت دي له: Family Planning_ ، Association of India ، Council of India ، او داسې نورې لکه د هند سره میاشت، د هند طبي اداره، روتري کلب، Loins Clubs ، Cetizine Forum ، Christian Missionaries او شخصي روغتونو څخه.

په ملي کچه International Planned Parenthood Fedration د نړۍ ترټولو ستره ځانکړې خپلواکه اداره ده چې د کورني تنظیم خدمتونه په مخ پر ودې هیوادونو کې غښتلي کوي. دا د ازادو کورني تنظیم ادارو یو نړیوال فدراسیون دی چې مشرتابه یې په لندن کې ځای لري.

نورې ادارې چې په دې برخه کې زیاته تجربه لري عبارت دي له United Nation ، United State Agency for ، Fund for population Activities (UNFPA) ، Ford ، Population council ، International Development (USAID) ، د نړیوالې روغتیا یې ادارې او یونیسټر ټرڅنگ Pathfinder Fund او نړیوال بانک څخه. دغه نړیوالې ادارې د کورني تنظیم د پلټنو یا ریسرچ خدمتونو،

تربیوي پروگرامونو او خلکو ته د معلوماتو ورکولو لپاره چې د کورنې کچه کمه کړي،
بودیجه برابروي.

د کورني ښه والي ملي پروگرام

NATIONAL FAMILY WELFARE PROGRAMME

هند په ۱۹۵۲م کال کې په ټول هیواد کې د کورني تنظیم پروگرام په لاره واچولو. دا
په نړۍ کې لومړنی هیواد وه چې دا کار یې وکړو او د ثبتونې څخه معلومه شوې ده چې
د زیربډنې د کنترول مرکزونه په هیواد کې د ۱۹۳۰م کال څخه راپدېخوا کار او
فعالیت کوي. په وختي پړاو کې پروگرام نسبتا وړوکی وه چې په څو کتنځیو، تعلیمي
موادو، تربیوي او د څیړنو پروگرامونو پکې ګډون درلوده.

په دریم پنځه کلن پلان (۱۹۶۱-۶۲م) کې کورنی تنظیم د پلان شوې پرمختګ
لپاره مرکزي پروگرام اعلان شو. او پروگرام د وړو کتنځیو د تګلارې څخه یوې سترې
تعلیمي تګلارې ته بدلون پیدا کړو ترڅو خلک دې ته وهڅوي چې د کوچنۍ کورنۍ
قانون ومنی.

په ۱۹۶۵م کال کې د lippes لوپ منځته راتلل د پروگرام لپاره د سترې ادارې
منځته راتلل اړین وګرځول، هماغه وه چې په ۱۹۶۶م کال کې د روغتیا په وزارت کې
د کورني تنظیم لپاره جلا څانګه منځته راغله. د ۱۹۶۶-۱۹۶۹م کال پورې پروگرام
تینګې رینسې پیدا کړې. د کورني تنظیم جوړښت (لکه لومړني روغتیايي مرکزونه،
کوچني مرکزونه، ښاري د کورني تنظیم مرکزونه، د اولسوالۍ او ایالات ادارې)
غښتلی شو.

د څلورم پنځه کلن په موده کې (۱۹۶۹-۷۴م) د هند دولت دغه پروگرام ته لومړي
توب حق ورکړلو. دغه پروگرام د لومړني روغتیايي خدمتونو او د دې د کوچنیو
مرکزونو د مور او ماشوم روغتیايي فعالیتونو غښتلې برخه شوه. په ۱۹۷۲م

کال کې د an All India Hospital Postpartum Programme او په طبي ډول د اميدواری پای ته رسول يا Medical Termination of Pregnancy (MTP) منځته راغلل.

په پنځم پنځه کلن پلان کې (۱۹۷۵-۸۰م) ستر بدلونونه منځته راغلل. د ۱۹۷۲م کال په اپریل کې هیواد خپله لومړنۍ د وگړو ملي تگلاره (National Population Policy) جوړه کړه. په ۱۹۷۲م کال کې د طبيعی پېښو پر ضد غښتلې هلې ځلې د دې لامل شوې چې د ۱۹۷۷م کال په ټاکنو کې کانگرس ته ماتې ورکړي. د ۱۹۷۷م کال په جون میاشت کې نوې حکومت منځته راغی او دې حکومت نوې د وگړو تگلاره جوړه کړه، چې د هر وخت لپاره سمه او یوه بشپړه تگلاره وه. د کورني تنظیم وزارت د کورني ښه والي وزارت په نوم ونومول شو.

که څه هم په ۱۹۷۷-۷۸م کال کې د پروگرام فعالیتونه ډیر کم وه خو بیا هم دا ښه کال وه ځکه چې د پروگرام نوي روغتيايي ریاست منځته راغی. دوه څلویښتمې (۴۲) ادارې اصلاحې کمیټې د وگړو کنترول او د کورني تنظیم اوسنی مضمون جوړ کړو او دغه جوړ شوی مضمون د ۱۹۷۷م کال د جنورې څخه راپدېخوا اغیزمن وگرځیدو. اوس د پروگرام منل په ځانگړي ډول پر خپلواکه بنسټ باندې ولاړ دی. په ۱۹۷۷م کال کې د کلیوال روغتيايي قانون منځته راتلل او په لویه کچه د ځایي خلکو (لکه روغتيايي ښوونکي، تربیه شوې دایې، نظر لرونکي مشران او نور) ورگډول د کورني ښه والي په پروگرام کې، د دې لپاره وه چې د پروگرام فعالیتونه په تیزی سره پرمخ لاړ شي.

هند په ۱۹۷۸م کال کې د الماتا اعلامیه لاس لیک کړې ده. تر ۲۰۰۰م کال پورې د روغتیا د ټولو لپاره د موخو لاس ته راوړلو په خاطر د لومړني روغتيايي خدمتونو د تگلارې د منلو څخه وروسته هند په ۱۹۸۲م کال کې نوې روغتيايي تگلاره جوړه

کړه. او په ۱۹۸۳م کال کې دغه نوې روغتيايي تگلاره د پارلمان له خوا ومنل شوه. دغې تگلارې د اوږدې مودې ديموگرافیک موخې چې تر ۲۰۰۰م کال پورې بايد $NRR=1$ وي وټاکلې. کوم چې د دوه ماشوم لرلو کورنۍ قانون يې وړاندیز کړلو، چې تر ۲۰۰۰م کال پورې بايد په هرو زرو کسانو کې د زيريدنې کچه يويشت (۲۱) او د مړينې کچه نه (۹) تنه وي، د جوړې د ساتنې کچه يا couple protection rate بايد ۶۰ سلنه وي ترڅو دغه پورته ديموگرافیک موخه لاس ته راشي.

شپږم او اوم پنځه کلن پلانونه د همدې لپاره جوړ شوي وه چې دغه موخې ترلاسه شي. همدارنگه ملي روغتيايي تگلارې د روغتيايي خدمتونو څخه د گټه اخستنې سيستم يا Health Care Delivery System د جوړولو غږ وکړو، ترڅو تر ۲۰۰۰م کال پورې د روغتيا د ټولو لپاره موخې ترلاسه شي او کورنۍ تنظيم پدې ډول د روغتيايي پرمختگ لپاره مرکزي رول لري.

په ۱۹۸۵-۸۲م کال کې نړيوال معافيتي پروگرام پيل شو ترڅو په تې رودونکو او ځوانو ماشومانو کې د واکسين په وسيله مخنيوی کيدونکي ناروغيو له کبله مړينه او پيښې کمې کړي. د خولې د لارې د مايعاتو درملنه هم ددې لپاره پيل شوه چې نس ناستی په ماشومانو کې د مړينې غټ لامل وو. او داسې نور ډير پروگرامونه د مور او ماشوم د روغتيا (MCH) لپاره په اوم پنځه کلن پلان کې ترسره شول.

د دې ټولو پروگرامونو موخې يو ډول يا سره نژدې وې او هغه د ميندو او ځوانو ماشومانو د روغتيا بڼه کول، او د دوي لپاره د اسانتياوو برابرول وه چې د سترو ناروغيو مخنيوی او درملنه وکړي. په ۱۹۹۲ کال کې دغه ټول پروگرامونه د Child Survival and Safe Motherhood (MSSM) تر پروگرام لاندې سره يوځای شول.

د دغه پروگرامونو د يوځای والي پروسه يوقدم نوره هم پرمخ ولاړه، کله چې په ۱۹۹۴م کال کې په قاهره کې د وگړو او پرمختگ نړيوال کنفرانس دا غوښتنه وکړه

چې یو یوځای شوی د بچي زیږونې او ماشوم روغتيايي پروگرام یا Unified Reproductive and Child Health Programme (RCH) باید ترسره شي. دا معلومه خبره ده چې یوځای شوی RCH پروگرام د قیمت په کمولو کې غوره کړونې لري ځکه د زیاتو خرچو کول د ډیر وخت لپاره اړین نه دي او پایله یې هم ښه وي. په دې ډول په نهم پنځه کلن پلان کې د اتم پنځه کلن پلان ټول اړوند پروگرامونه سره یوځای شول. د RCH معنا د اړتیا پر بنسټ، د خلکو په خوښه، د خلکو د غوښتنې سره سم، او د لوړ څرنگوالي یوځای شوي خدمتونو څخه عبارت ده. د هند دولت د ۲۰۰۰م کال کې د وگړو پراخه ملي تگلاره (National Population Policy 2000) جوړه کړه ترڅو د کورني ښه والي پروگرام پرمختگ وکړي. په لاندې ۲۵ گڼه جدول کې د کورني ښه والي پروگرام د بريالي شوو پلانونو خرچ ښودل شوي دي او دا ورڅخه معلومېږي چې خرچ د لږې کچې څخه چې ټولې ۲۵، ۰، کروړه د اول پلان په موده کې وو، تر لسم پلان پورې ډیرې زیاتې کچې یعنی ۲۷۱۲۵ کروړو روپیو ته بدلون کړی دی.

پنځه ويشتمه گڼه جدول: د لومړي څخه تر لسم پنځه کلن پلان پورې د پروگرام مصارف:
(قيمت په کروړ باندې)

مصارف	موده
۰،۲۵	لومړی پلان (۱۹۵۱-۵۲)
۵،۰۰	دوهم پلان (۱۹۵۲-۲۱)
۲۷،۰۰	درېم پلان (۱۹۲۱-۲۲)
۸۲،۹۰	کلنی پلان (د ۱۹۲۲-۲۹ منځ پلان)
۲۸۵،۸	څلورم پلان (۱۹۲۹-۷۴)
۲۸۵،۲	پنځم پلان (۱۹۷۴-۷۹)
۱۰۱،۸	کلنی پلان (۱۹۷۸-۷۹)
۱۱۲،۲	کلنی پلان (۱۹۷۹-۸۰)
۱۳۰۹،۰۰	شپږم پلان (۱۹۸۰-۸۵)
۲۸۲۸،۰۰	اوم پلان (۱۹۸۵-۹۰)
۰۰،۲۷۵	کلنی پلان (۱۹۹۰-۹۱)
۷۴۹،۰۰	کلنی پلان (۱۹۹۱-۹۲)
۲۱۹۵،۰۰	اتم پلان (۱۹۹۲-۹۷)
۱۴۱۷۰،۰۰	نهم پلان (۱۹۹۷-۲۰۰۲)
۲۷۱۲۵،۰۰	لسم پلان (۲۰۰۲-۲۰۰۷)

د کورني تنظيم ارزونه (Evaluation of Family Planning)

ارزونه په دې ډول تعريفېږي چې: هغه پروسه ده چې د ټاکل شوو موخو او پایلو په اړه قضاوت، او د ځانگړو معياري قيمتونو له مخې د دوي پرته کول ترسره کوي، ترڅو د کار کولو يا موخو د لاس ته راوړلو لپاره يو بدله لازه پيدا کړي.

د ارزونې موخه داده چې د کورني تنظيم جوړ شوي او وړاندې شوي خدمتونه ښه کړي.

د نړيوالې روغتيايي ادارې ماهرې کميټې په ۱۹۷۵م کال کې په روغتيايي

خدمتونو کې د کورني تنظيم د ارزونې لپاره پنځه ډوله ارزيا بې پيژندلې ده.

۱. د اړتياو ارزونه

دا د کورني تنظيم لپاره د روغتيايي، ديموگرافيک او ټولنيزو اقتصادي اړتياؤ څخه عبارت ده. د بيلگې په ډول د مور د مړينې اوسنې حالت په ورکړل شوي ساحه کې د کورني تنظيم د اړتيا لپاره يو بنسودونکی دی.

۲. د پلان ارزونه

د پروگرام د پلان د عملي کيدو او بشپړوالي د ارزونې څخه عبارت ده.

۳. د کړنو يا فعاليتونو ارزونه

- خدمتونه: د کتنځي خدمتونه، گرځنده خدمتونه، د زيږون څخه وروسته خدمتونه، د اميدواري ضد درملو ویشنه، د بيا کتنې خدمتونه، تعليمي او د هڅولو کارونه.
- جواب: د نوو منوونکو شمير، د منوونکو ځانگړتياوې.
- د قيمت څيرل
- نور فعاليتونه: ادارې کارونه، فردي قوه، د معلوماتو سيستم او داسې نور.

۴. د اغيزمنتوب ارزونه

په سلوک، مزاج، هڅونه او پوهه کې بدلونونه.

۵. د اغيزو ارزونه

د نړيوالې روغتيايي ادارې څيړونکي ډلې د اغيزو د ارزونې لپاره لاندې بنسټونکي
(انديکاتورونه) ټاکلي دي:

- د کورنۍ کچه يا غټوالی (لکه د ژوند يو ماشومانو شمير).
- د نورو غوښتونکو ماشومانو شمير.
- د زيږيدنو ترمنځ واټن.
- د لومړنۍ او وروستنۍ زيږيدنې په وخت کې د مور عمر.
- د زيانونو (Abortions) شمير.

ددې شيانو څخه کيدای شي چې د زيږيدنې او زياتوالي په شمير کې بدلونونه
رامنځته شي.

ارزونه يوه تخنيکي عمليه ده چې تربيه شوي کارکوونکو، د شميرنې اسانتياوو،
او د اعدادو او معلوماتو بشپړ راتولولو ته اړتيا لري.

په هند کې د کورني بڼه والي پروگرام د اوږدې لارې څخه وروسته يو نه هيله
کوونکی ځای ونيوه، يعنی دا خبره لري نده چې د ډيرو خلکو له خوا به دا د ژوند کولو
تگلاره ومنل شي.

که څه هم د زيږيدنې د کنترول پروسه روانه ده چې په پروگرام کې برابر غوره ځای
ونيسي لکه چې په لومړي وخت کې کاريدلو، اوس پروگرام موخه لري چې خپلې
وروستنۍ موخې ته ورسېږي او هغه دا چې د نورو پرمختيايي پروگرامونو سره په
يوځای ډول د خلکو د ژوند څرنگوالی غوره او بڼه کړي.

(References) : ماخذونه

1. International Planned Parenthood Federation (1981). People 8 (2) 26.
2. United Nations (1982). Demographic Indicators of Countries, as assessed in 1980, Dept. of international Economec and Soceal Affairs, New York.
3. People 1987. 14 (2) 25
4. WHO, Global Health Situation and Projections, 1992.
5. WHO (1997). The World Health Report 1997, Conquering Suffering, Enriching humanity, Report of the Director- General WHO.
6. WHO (1999) World Health Report 1999, making a Difference, Report of the Director General WHO.
7. Govt. of Indei (2001). Census of India 2001, Provisional Population Totals, Paper-1 of 2001.
8. UNDP (2004), Human Development Report 2004, Oxford University Press.
9. WHO (1999). Health Situation in the South East Asia Region 1994-1997, Regional office for SEAR, New York.
10. UNICEF (2004). The State of World's children 2004.
11. WHO (2002) Health Situation in the South East Asia Region 1998-2000, New Delhi
12. Bogue, D.N. (1969). Principles of Demography John Wiley.
13. Registrar General and Census Comminssioner o fIndia, Census of India 1991, Provisional Population Total Paper 1 & 2 of 1991
14. Govt. of India (2000). Annual Report 1999 – 2000, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
15. National Family Health Survey NFHS 2 India 1998 – 99, International institute for Population Sciences, Mumbai, India

MEASURE DHS + ORC & MACRO

16. Govt. of India (1986). Health Information of India 1986, DGHS New Delhi
17. World Bank (1987). World Development Report, 1987, Oxford University Press, New Delhi
18. WHO (1996). Regional Health Report 1996, South East Asia Region, New Delhi
19. Govt. of India (1993). Health Information of India, 1992, DGHS, Nirman Bhavan, New Delhi
20. UNDP (2002). Human Development Report 2002, Deepening democracy in a fragmented world, Oxford University Press
21. UNDP (2003). Human Development Report 2003, Oxford University Press
22. Agrawal, S.N. (1977). India's Population Problems, 2nd Ed., Tata Mc Graw Hill
23. Sadashiviah, K. et al (1981). J. Family Welfare, 27 (3) 39
24. Last, J.M. (1983). A Dictionary of Epidemiology, Oxford Medical Publications.
25. The John Hopkins University (1985). Population Reports, M.8, Sept – Oct. 85, Baltimore, Maryland
26. Govt. of India (1986). Swasth Hind, Aug. 1986 Central Bureau of Health Education New Delhi
27. Hogarth, J. (1978). Glossary of Health Care Terminology, WHO, Copenhagen
28. International Family Planning Perspectives (1983). 9 (3) 84, New Delhi
29. Govt. of India (2004). Annual Report 2003 – 2004, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
30. Govt. of India (2003), Year Book, Family Programme in India 1996 – 97 Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
31. Govt. of India (2003). Health Information of India 2000 & 2001, DGHS, New Delhi

- 32.WHO (1971). Tech. Rep. Ser., No.483
- 33.WHO (1971). Tech. Rep. Ser. No. 476
- 34.Department of Medical and Public Affairs. The George Washington University Medical Centre, Washington DC (1974). Population Reports, No. 1974
- 35.United Nations (1975). World Conference of the International Women's Year: World Plan of Action, document E/Cof. 66/5, 1975. UN Secretariat
- 36.WHO (1970). Techn. Rep. Ser., No. 442
- 37.WHO (1970). Techn. Rep. Ser., No. 569
- 38.Siegel .E. et al (1974). Am. J. Obs & Gyn. 118: 995
- 39.Mohan, M. (1985). J. Family Welfare, 31 (3) 3 – 12
- 40.Centre Calling, June 1987. Department of Family Welfare, Govt. of India
- 41.Mukerji, S. (1987). J. Family Welfare, 33 (3) 14
- 42.Govt. of India (2000). National Population Policy 2000, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
- 43.Skrine, R. (1984). The Practitioner, 229: 441 – 446
- 44.Dalsimer, I. et al, eds (1973). Barrier Methods, Population Report Series H : I
- 45.Sherris, J.D. ed (1982). Barrier Methods, Population Report Series H:6
- 46.Who, USAID (1997). The Essentials of Contraceptive Technology, Population Information Programme. Ed. By Robert A. Hatcher et al.
- 47.Leon Speroff and Philip D. Darney, A Clinical Guide for Contraception, 3rd Ed.
- 48.Govt. of India (2003), Annual Report 2002 – 2003, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
- 49.Hofmann, A.D. (1984). Bull WHO, 2 (2) 331 – 344
- 50.Belsky Raymond, ed (1975). Barrier Methods, George Washington University Medical Centre (Population Report Series B : 3), Washington, DC
- 51.Hawkins, D.F. and Elder M.G. (1979). Human Fertility Control

- : Theory and Practice, Butterworth, London
- 52.WHO (1983). Offset Publication, No. 75
 - 53.Clive Wood (1975). Contraception Explained, Geneva WHO, Geneva
 - 54.Zipper, J.A. et al (1969). Am. J. OBG, 105 : 1275
 - 55.Gray, R.H. et al (1980). Manual for the provision of IUDs, WHO, Geneva
 - 56.Liskin, L. ed (1982).Intra- Uterine Devices, The John Hopkins University (Population Report Series B : 4)
 - 57.WHO (1971). Techn. Rep. Ser., No.473
 - 58.Hutchings, J.E. et al (1985). International Family Planning Perspectives, 11 (3) 77 – 85
 - 59.WHO (1966). Techn. Rep. Ser.m No.322
 - 60.WHO (1968). Techn. Rep. Ser., No397
 - 61.Vassey, M. et al (1981). Lancet, 1 : 841
 - 62.Eschenbach, D.A. et al (1977). Am. J. OBG, 128 (8) 838
 - 63.Sparks, R.A. et al (1981). Brit. Med. J., 282 : 1189 - 91
 - 64.Pedma Rao, K. (1972). J. OBG of India, 22 : 268
 - 65.Snowden R. et al (1977). The IUD, A Practice Guide Croon Helm, London
 - 66.V. Wynn, et al (1979). Lancet, 1 : 1045
 - 67.Spellacy, W.N. (1982) Am. J. OBG, 142 : 717
 - 68.McEwan, J. (1985). The Practitioner, 229 : 415 – 423
 - 69.Yuzpe, A.A. and Lancee, W.J. (1977). Fertility and Serility, 28 : 932
 - 70.IPPF Medical Bulletin, vol. 32, Number 1, Feb. 1998
 - 71.People (1983). 10 (3) 30
 - 72.WHO (1982). Offset Publication No.64
 - 73.Ericsson, R. (1974). Control of Male Fertility , Harper and Row,Hagerstown
 - 74.Royal Collage of General Practitoners (1974). Oral Contraceptives and Health, London, Pitman Medical
 - 75.Vassey, M. et al (1976). Jr. Biosocial Science, 8 : 373
 - 76.Vassey, M and Mann J.I. (1978). Br. Med. Bull, 34 : 157

77. Inman, W.H.W. and Vessey, M.P. (1968). *Brit. Med. J.* 2 : 193
78. Mann, J.I. and Imman, WHW (1975) 2 : 245
79. Stradel, B.V. (1981). *New Eng. J. Med.*, 305 : 612 – 618
80. Kols, A. et al (1982). *Oral Contraceptives*, The Johns Hopkins University (Population – Report Series A : 6)
81. RCGP Study (1981). *Lancet*, 1: 541 – 546
82. WHO (1978). *Techn. Rep. Ser.*, No.619
83. WHO (1974). *The Work of WHO*, 1982 – 83
84. Knopp, R.H. et al (1982). *Am. J. OBG*, 142 : 725
85. Kah, C.R. (1982). *Am. J. OBG* , 142 : 762 – 765
86. Hull, M.G.R. et al (1981). *Lancet*, 1 : 1329
87. Who (1981). *Techn. Rep. Ser.*, No. 657
88. Ambani, L.M. et al (1977). *Fertility and Serility*, 28 : 791
89. Mishall, F.R. (1982) *Am. J. OBG*, 142 : 809
90. Any Questions (1970). *Brit. Med. J.*, 1 : 354
91. WHO (1982). *Offset Publication No.* 65
92. IPPF Medical Bulletin (1996), vol. 30, Number 2, April 1996
93. WHO (1984). *Lancet*, 2 : 1207 – 8
94. Fathalla, M. (1981). *People*, 8 (4) 12
95. WHO (1978). *The work of WHO 1976 – 77*, Biennial Report
96. Robinson, P. (1975). *An Aid to the Teaching of Hman Reproduction, Family Planning and Population Dynamics*, WHO, SEARO, New Delhi
97. International Planned Parenthood Federation (1974). *IPPF Medical Bulletin*, Feb 1974
98. Vlgut, T. et al (1973). *Pregnancy Termination*, The George Washington University (Population Report Series F : 3)
99. International Planned Parenthood Federation (1976). *People*, 3 (2) 30
100. WHO (1978). *Techn. Rep. Ser.*, No.623
101. Lahiri D and Konar, M. (1976). *J. Indian M.A.* 66 : 288
102. WHO (1980). *The Work of WHO 1878 – 79*
103. Zimmerman, M. (1976). *Law and Policy*, The George

Washington University (Population Report Sr. E : 3)

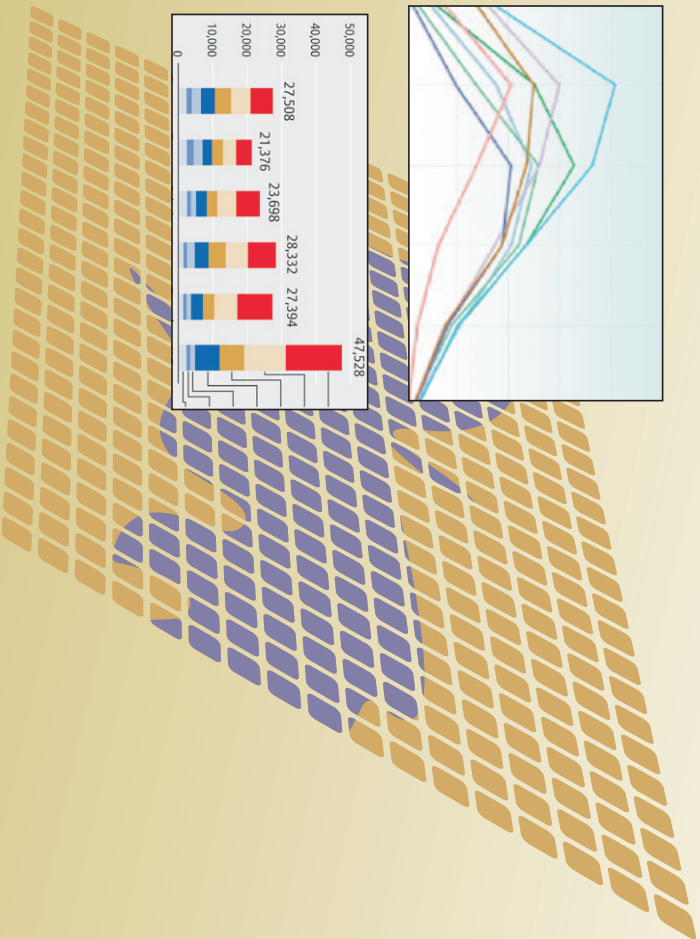
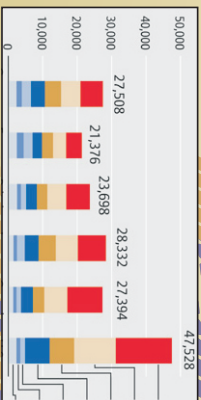
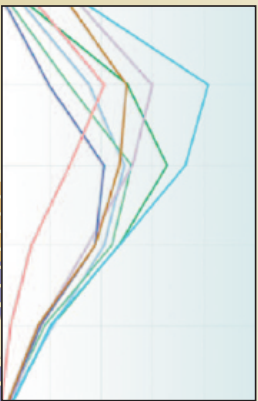
104. Grewal, S. (1975). MTP: Its status, achievements and acunae, Paper Presented at WHO. Workshop on implementation of pregnancy termination at district hospotals and block levels.
105. Grewal, S. (1976). J. Indian M.A., 66 – 269
106. Cook, R.J. (1976). IPPF Bulletin, April 1966
107. Govt. of India (1978). Manual for Health Worker, Female, vol 1, Ministry of Health & Family Welfare, New Delhi
108. Peel, John and Potts Malcom (1970).Textbood of Contraceptive Practice, Cambridge University Press
109. People (1981). 8 (4) 20
110. People (1982). 9 (2) 47
111. Population Reports (J) (1981). 24 : 525
112. Jain, A.K. et al (1981). Stud. Family Plan, 12 : 79
113. ICMR Bulletin, Dec 1983
114. People (19820. 9 (2) 41
115. Gvet. Of India (1984). Year Book – Family Welfare Programme in India, 1983 – 84 Ministry of Health, New Delhi
116. Bhiwandiwalla, PI (1981). People 8 (4) 14 Govt. of India (1978).
117. Govt. of India (1978). Central Calling March 1978. Dep. Of family Welfare
118. Govt. of India (1978). Central Calling, Aug. 78, Dep. Of Family Welfare
119. Elstein, M. (1970). The Practitioner, 205 : 30
120. Kanti Giril (1976). Bibilography on Human Reproduction, Family Planning and Populaton Fynamics, Who, SEARO New Delhi
121. Philip, T. et al (1984). Brit. Med. J. 289 : 77A9
122. France Fonnay, Children in the Tropics, Controlling Fertility, 1991 No. 193 – 194
123. P&P (1997), Population Report, , Meeting Unmet Needs; New Strategies, No. 43 Series J, June 1997

124. Govt. of India (1996), Annual Report 1995 – 96, DGHS, New Delhi
125. Govt. of India (200), Bulletin on Rural Health Statistics in india
March 2002, issued by Rural Health Division, DGHS, New Delhi
126. Govt. of India (1985). Annual Report, 1984 – 85, Ministry of
Health & Family and Welfare, New Dehli
127. Govt. of India (1998), Mannual on Community Needs Assessment
Approach (Formerly Target Free Approach) in Family Welfare
Programme, Ministry of Health and Fmily Welfare, New Delhi
128. Veena Sone (1983). International Family Planning Perspectives, 9
(2) 35
129. Deparment o fFamily Planning (1971). Plan of Operation for the all
India Hospital (postpartum) Family Planning Programme, Ministry of
Health and Family Planning, New Delhi
130. UNISCO. Regional Office for Education in Asia (1979). Regional
Workshop on Population and Family Education, Final Report, Sept/
Oct 1970, Bangkok, Thailand
131. Sherris, J.D. (1982). Population Education in the Schols, Th Johns
Hopkins University, Maryland (Population Rep. Ser. M : 6)
132. Gvot. Of India Annual Report, 1993 – 94, Ministry of Health and
Family Welfare, New Delhi
133. WHO (1976). Techn. Rep. Ser., No. 587

منگهار پوهنتون
طب پوهنځی



ډیموگرافي او کورنی تنظیم



ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)
۱۳۸۹

ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

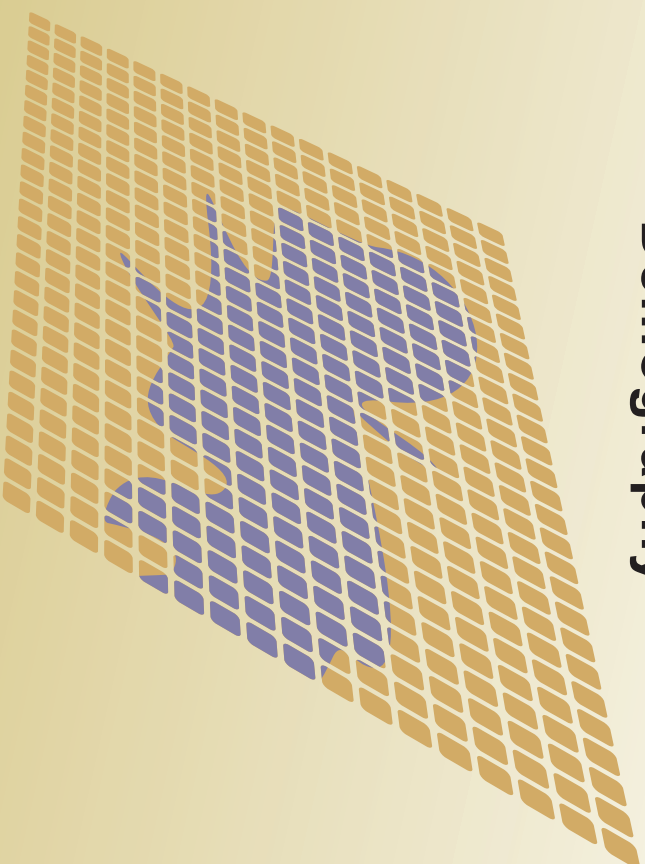
Demography

ډیموگرافي او کورنی تنظیم

Nangarhar University
Medical Faculty



Demography



Dr. M. Ibrahim (Shirzai)
2010



Funded By: **DAAD**
Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service



**Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library**