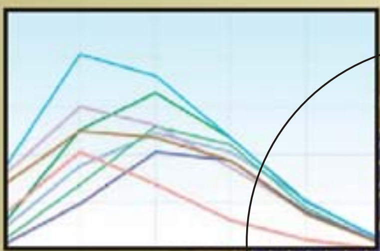
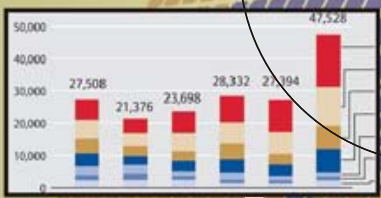
ډيموګرافي او کورنی تنظيم

پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

In Pashto PDF
2010

Nangarhar University
Medical Faculty





ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

Ketabton.com

Demography

Dr. M. Ibrahim Shirzai

Download: www. nu.edu.af

Funded by DAAD

(c) ketabton.com: The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحیم

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لوړو زده کړو وزارت
ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځي
د وقايوي او اجتماعي طب څانګه

ډيموګرافي او کورنی تنظيم

مولف: .... K.PARK
ژباړ ونکی : پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)
لارښود استاد : الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسین (یار)

کال : ۱۳۸۹

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کتاب ځانګړتیاوې:

د کتاب نوم:	ډ یموګرافي او کوروني تنظیم
لیکوال:	پوهیالې دوکتور محمد ابراهیم (شیرزي)
خپروندوی:	د ننګرهارطب پوهنځی
چاپ ځای:	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر:	۱۰۰۰ ټوکه
د چاپ نېټه:	۱۳۸۹ لمریز
ډانلوډ:	www.nu.edu.af

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالی دولت له پانګې څخه تمویل شوی دی. اداری او تخنیکی چارې یې په آلمان کې د افغان طب پرسونل عمومي ټولنې (DAMF e.V.) او افغانیک (Afghanic.org) لخوا ترسره شوې دي.
د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسولیت نه لري.

د طبي تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسی:
ډاکتر یحیی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل
تیلفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴ ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ISBN: 978 993 621 1377 :ای اس بي ان

(c) ketabton.com: The Digital Library

یادونه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو !

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګڼل کیږي. ددې ستونزې د هوارۍ لپاره موږ تېر کال د ننګرهار پوهنتون د طب پوهنځي د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (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 پوهنځیو ته هم وغځوو.

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

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او محصلینو ته د نویو، 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 انګلیسي 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، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځیو 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 میتود ډېر زوړ دی. محصلین له کتابونو او هغه چېپټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپی کېږي. لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځیو ته لازیاته پاملرنه وشي.

ددې ستونزې د حل لپاره هغه ګټور کتابونه چې د طب پوهنځیو د استادانو لخوا لیکل شوي، باید راټول او چاپ شي. په دې لړ کې مو د ننګرهار، کندهار، مزار او خوست له طب پوهنځیو څخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب یې یوه نمونه ده.

څرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام یوه 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 وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځی یوازې د یو پراجیکټور درلودونکي وو، چې په ټول تدریس کې به ترې ګټه اخیستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوریکي شکل درس ورکاوه. په کال ۲۰۱۰ م کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځیو په ټولو تدریسي صنفونو کې پروجکټرونه نصب کړو.

- د هېدل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

په نظر کی ده چې د هېواد د طب پوهنځیو د عامې روغتیا د څانګو استادان د جرمني هیدل برګ پوهنتون ته د ماسترۍ لپاره ولېږل شي.

- د اړتیاوو ارزونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضيعت (او سنۍ ستونزې او راتلونکي چلنجونه) وارزول شي، او بيا ددې په بنسټ په منظمه توګه اداري، اکادميک کارونه او پرمختيايي پروژې پلې شي.

- کتابتونونه

په انګليسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړيوال معياري کتابونه د پوهنځيو کتابتونونو ته وسپارل شي.

- لابراتوارونه

په هره طب پوهنځۍ کې بايد په بېلا بېلو برخو کې لابراتوارونه موجود وي.

- کادري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هېواد هره طب پوهنځۍ بايد کادري روغتون ولري او يا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلينو لپاره د عملي زده کړو زمينه برابره شي.

- ستراتيژيک پلان

دا به ډېر ګټور وي، چې د طب هره پوهنځۍ د اړونده پوهنتون د ستراتيژيک پلان په رڼا کې خپل ستراتيژيک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، يا يې وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه اډېټ او د بيا چاپولو لپاره تيار کړي. او زموږ په واک کې يې راکړئ، چې په ښه کيفيت چاپ او بيا يې په وړيا توګه د محصلينو په همدارنګه د پورته يادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړانديزونه موږ ته په لاندې آدرس واک کې ورکړو. وسپارئ، څو په ګډه مؤثر ګامونه واخلو.
له ګرانو محصلينو هيله کوم، چې په يادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.

د آلمان د اکاډميکو همکاريو ټولنې DAAD مؤسسې څخه ډېره مننه کوو، چې د کتابونو د چاپ او د پروجکټرونو لګښت يې په غاړه اخيستی. همدارنګه يې زموږ له کاري پروګرام څخه ملاتړ ښوودلی او د لانورو مرستو وعده يې کړې ده. په المان کې د افغان طبي پرسونل چتري ټولنې (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 ګرانو همکارانو په تيره بيا د پوهاند صابر خويشکي لارښونه او ملاتړ، د پوهنتونونو او پوهنځيو رييسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او له خپلو نږدې همکارانو بهار صابر او روح الله وفا څخه هم منندوی يم.

ډاکتر يحيی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۰ م کال، دسمبر
موبايل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
ايميل: yahya_wardak@hotmail.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

فهرست

شماره	عنوان	مخ
۱	د اتلسم ایډیشن د مولف سریزه	الف
۲	د ژباړونکي سریزه	ب
۳	دیموګرافي او کورنی تنظیم	۱
۴	دیموګرافیک دوران	۲
۵	لومړی پړاو (د اوچت ځای په ځای پړاو)	۲
۶	دویم پړواو (د وختي زیاتوالي پړاو)	۲
۷	دریم پړاو (دوروستي زیاتوالي پړاو)	۲
۸	څلورم پړاو (ټیټ یاښکته ځای په ځای پړاو)	۳
۹	پنځم پړاو (دکمیدو پړاو)	۳
۱۰	دنړۍ دوګړو میلان	۳
۱۱	دزیږیدنې اومړینې کچې	۷
۱۲	د وګړو د زیاتوالي کچه	۹
۱۳	ډیموګرافیک میلان په هند کې	۱۱
۱۴	دعمر او جنس جوړښت	۱۳
۱۵	عمري اهرامونه	۱۵
۱۶	د جنس نسبت	۱۵
۱۷	د اتکا یا په بل پورې تړلی نسبت	۱۷
۱۸	د وګړو ګڼوالی	۱۸
۱۹	دکورنۍ غټوالی	۱۸
۲۰	ښاریتوب	۲۰
۲۱	لیک لوست او زده کړه	۲۳
۲۲	د ژوندي پاتې کیدو موده	۲۶

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴۷	د امیدوارۍ میلان	۳۸
۴۸	د زیږیدنې او مړینې اندازې	۴۰
۴۹	د مړینې د اندازې کمیدل	۴۳
۵۰	د وګړو د زیاتوالي اندازه	۴۴
۵۱	کورنۍ تنظیم	۴۵
۵۲	د انسانانو بنسټیز حقونه	۴۵
۵۳	د کورنۍ تنظیم د خدمتونو موخه (Scope)	۴۲
۵۴	د کورنۍ تنظیم روغتیایي اړخونه	۴۷
۵۵	: د ښځو روغتیا	۴۸
۵۵	د جنین روغتیا	۵۰
۵۲	د ماشوم روغتیا	۵۰
۵۷	د ښه والي مفکوره	۵۱
۵۸	د کوچنۍ کورنۍ قانون	۵۲
۵۹	وړ جوړې (Eligible couples)	۵۳
۲۰	د موخې وړ جوړې	۵۳
۲۱	د جوړو د ساتنې اندازه	۵۴
۲۲	د وګړو ملي تګلاره ۲۰۰۰ م کال	۵۲
۲۳	د امیدوارۍ ضد لارې (Contraceptive methods)	۲۰
۲۴	د مخنیونې لارې (Barrier methods)	۲۲
۲۵	فزیکي لارې	۲۳
۲۲	د کانډم کارول	۲۳
۲۷	ښځینه کانډم	۲۵
۲۸	پرده یا دیافرام (Diaphragm)	۲۵
۲۹	مهبلي سفنج (Vaginal sponge)	۲۷

(c) ketabton.com: The Digital Library

۷۰	کیمیاوي لارې	۶۷
۷۱	د رحم دننني آلې (intra uterine devices)	۶۹
۷۲	لومړی جنیریشن د رحم دننني آلې	۷۰
۷۳	Lippes loop	۷۰
۷۴	دویم جنیریشن د رحم دننني آلې	۷۱
۷۵	دریم جنیریشن د رحم دننني آلې	۷۳
۷۶	د رحم د دننني آلو د عمل میخانیکیت	۷۴
۷۷	اغیزمنتوب (Effectiveness)	۷۴
۷۸	د رحم د دننني آلې بدلول	۷۵
۷۹	د رحم د دننني آلو ګټې	۷۶
۸۰	د رحم د دننني آلو مضاداستطباب	۷۷
۸۱	مطلق مضاداستطباب	۷۷
۸۲	نسبي مضاداسطباب	۷۷
۸۳	د رحم د دننني آلې لپاره وړ کاندید	۷۸
۸۴	د دننه کولو لپاره یې سم وخت	۷۹
۸۵	بیاکتنه (Follow up)	۸۰
۸۶	ناوړه اړخیزې اغیزې او اختلاطات	۸۱
۸۷	وینه بهیدنه	۸۱
۸۸	درد	۸۲
۸۹	د حوصلې انتانات	۸۳
۹۰	د رحم څیرې کیدل	۸۴
۹۱	امیدواري	۸۵
۹۲	په بل ځای کې یا بې ځایه امیدواری (ectopic pregnancy)	۸۶
۹۳	په خپل سر خارجیدل (Expulsion)	۸۷

(c) ketabton.com: The Digital Library

۹۴	د ویستلو څخه وروسته بیا امیدواري	۸۸
۹۵	کنسر او تیراتوجنیسس	۸۸
۹۶	مړینه	۸۹
۹۷	د امیدوارۍ ضد هارموني درمل (Hormonal contraceptives)	۹۰
۹۸	ګوناډل سټرایدونه (Gonadal steroids)	۹۰
۹۹	جوړ شوي استروجنونه (synthetic oestrogens)	۹۰
۱۰۰	جوړ شوي پروجستوجونونه (Synthetic progestogens)	۹۱
۱۰۱	د امیدوارۍ ضد هارموني درملو ډلبندي	۹۱
۱۰۲	د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل	۹۲
۱۰۳	ګډې ګولۍ (Combined pill)	۹۲
۱۰۴	د pill ډولونه	۹۳
۱۰۵	یوازې پروجستوجن لرونکې ګولۍ(Progestogen only pill (POP	۹۴
۱۰۶	Post coital contraception	۹۴
۱۰۷	میاشت کې یوځل (اوږد عمل لرونکی) pill	۹۶
۱۰۸	نارینه پیل (pill)	۹۶
۱۰۹	د خولې دلارې امیدوارۍ ضد درملو د اغیزې لاره	۹۷
۱۱۰	اغیزمنتوب	۹۷
۱۱۱	خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو خطرونه او ګټې	۹۸
۱۱۲	الف: ناوړه اړخیزې اغیزې	۹۹
۱۱۳	د زړه او رګونو اغیزې	۹۹
۱۱۴	سرطاني اغیزې (Carcinogenesis)	۱۰۱
۱۱۵	استقلابي اغیزې	۱۰۱
۱۱۶	نورې ناوړه اړخیزې اغیزې	۱۰۲
۱۱۷	د ځګر ګډوډۍ	۱۰۲

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۱۸ شیدي ورکول ۱۰۲
۱۱۹ وروستنۍ امیدواري (Subsequent fertility) ۱۰۲
۱۲۰ بې ځایه امیدواري (ectopic pregnancy) ۱۰۳
۱۲۱ د جنین نشونما ۱۰۳
۱۲۲ دوديزې ناخوښه اغیزې ۱۰۳
۱۲۳ د تیونو حساسوالی ۱۰۳
۱۲۴ د وزن زیاتوالی ۱۰۳
۱۲۵ سردرد او نیم سری (headache and migraine) ۱۰۳
۱۲۶ د وینې بهیدنې ګډوډی ۱۰۴
۱۲۷ ب : ګټورې اغیزې ۱۰۴
۱۲۸ مضاد استطبابات ۱۰۴
۱۲۹ الف: مطلق مضاد استطباب ۱۰۴
۱۳۰ ب : ځانګړې ستونزې چې طبي کتنې ته اړتیا لري ۱۰۵
۱۳۱ د کارونې موده ۱۰۵
۱۳۲ طبي څارنه (Medical supervision) ۱۰۵
۱۳۳ ب : د هارمون ورو ازادونکې درمل (Depot formulation) ۱۰۷
۱۳۴ د امیدوارۍ ضد زرقي درمل ۱۰۷
۱۳۵ اول: یوازې پروجستوجن لرونکي د امیدوارۍ ضد زرقي درمل ۱۰۷
۱۳۶ الف :DMPA ۱۰۸
۱۳۷ ب :NET-EN ۱۰۹
۱۳۸ تطبیق (Administration) ۱۰۹
۱۳۹ ناوړه اړخیزې اغیزې ۱۱۰
۱۴۰ مضاد استطباب ۱۱۰
۱۴۱ ګډ ډول د امیدوارۍ ضد زرقي درمل (Combined Inject able Contraceptives) ۱۱۱

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۴۲	د پوستکي لاندې غرس کیدونکي (Sub dermal implants)	۱۱۲
۱۴۳	مهبلي کړۍ (vaginal rings)	۱۱۳
۱۴۴	د زیږون څخه وروسته لارې (د امیدوارۍ پا ی) (Post conceptional methods)	۱۱۳
۱۴۵	د میاشتني عادت تنظیم	۱۱۳
۱۴۶	د میاشتني عادت تنبه کول	۱۱۴
۱۴۷	زیان (Abortion)	۱۱۴
۱۴۸	د زیان خطرونه	۱۱۵
۱۴۹	د زیان قانوني کیدل (Legalisation)	۱۱۶
۱۵۰	په طبي ډول د امیدوارۍ پای ته رسولو قانون (۱۹۷۱م)	۱۱۷
۱۵۱	په طبي ډول د امیدوارۍ د پای ته رسولو قاعدې	۱۱۹
۱۵۲	د کمیټې یا شورې له پلوه تائیدیدل	۱۱۹
۱۵۳	زده کړه او وړتیا چې د زیان عملیې د تر سره کولو لپاره اړینه ده	۱۱۹
۱۵۴	هغه ځای چې دزیان عملیه هلته ترسره کیدای شي	۱۲۰
۱۵۵	د زیان د ازادیدو اغیزې	۱۲۰
۱۵۶	نورې بیلابیلې لارې (Miscellaneous)	۱۲۱
۱۵۷	د جنسي عمل نه ترسره کول	۱۲۱
۱۵۸	د انزال څخه مخکې د جنسي آلې د باندې ویستل (Coitus interrupts)	۱۲۱
۱۵۹	خوندي موده (منظمه لاره)	۱۲۲
۱۶۰	د کورني تنظیم طبیعي لارې	۱۲۴
۱۶۱	Basal body temperature method	۱۲۵
۱۶۲	Cervical mucus method	۱۲۶
۱۶۳	Symptothermic method	۱۲۶

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۸۴	د لومړني روغتیایي مرکز په کچه	۱۴۹
۱۸۵	د کلي په کچه	۱۵۰
۱۸۶	د ټولنې د اړتیاؤ د ارزونې کړنلاره	۱۵۱
۱۸۷	د خصوصي سکتور شریکول	۱۵۳
۱۸۸	Incentives and disincentives	۱۵۴
۱۸۹	د زیږېدون څخه وروسته پروګرام	۱۵۵
۱۹۰	د خلکو پوهاوی	۱۵۶
۱۹۱	د کورني تنظیم سوسیالوژي (Sociology of family planning)	۱۵۷
۱۹۲	خپلواکه اداري (voluntary organization)	۱۵۹
۱۹۳	د کورني ښه والي ملي پروګرام (NATIONAL FAMILY WELFARE PROGRAMME)	۱۶۰
۱۹۴	د کورني تنظیم ارزونه (Evaluation of Family Planning)	۱۶۴
۱۹۵	د اړتیاوو ارزونه	۱۶۵
۱۹۶	د پلان ارزونه	۱۶۵
۱۹۷	د کړنو یا فعالیتونو ارزونه	۱۶۵
۱۹۸	د اغیزمنتوب ارزونه	۱۶۵
۱۹۹	د اغیزو ارزونه	۱۶۵
۲۰۰	ماخذونه	۱۶۷

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اتلسم ایډیشن د موٴلف سریزه

په ویاړ سره باید وویل شي چې د دغه کتاب اوه لس (۱۷) ایډیشنه په بریالیتوب سره خپاره شوي دي او اوس یې دادې اتلسم (۱۸) ایډیشن ته چې پراخ او نوي معلومات لري داخلیږو. دغه نوی ایډیشن چې د خپریدونکو ایډیشنونو د منظم زماني واټن په مراعت کولو سره خپریږي موخه یې د هر اړتیا وړ بدلون په وړاندې ځواب دي.

کتاب په ټولیزه توګه نوي (update) شوی دی. په دغه ګڼه کې د ځنډنیو غیر ساري ناروغیو او حالاتو داپیډیمولوژي بشپړ اصلاح شوي څپرکي شتون لري. او د قلبي وعایي ناروغۍ، شکري ناروغۍ، سرطان، چاغوالی (Obesity)، ړوندوالی، تصادمات او جروحات، برخې د نویو اضافي معلوماتو سره یوځای لیکل شوي دي. په هند کې د روغتیایي پروګرامونو څپرکی بشپړ نوی شوی دی، د ساري ناروغیو اپیډیمولوژي څپرکی د SARS په څیر نوو موضوعاتو په علاوه کولو سره نوی (Update) شوی دی. د نهم پنځه کلن پلان د موضوعاتو پرځای، د لسم پنځه کلن پلان د روغتیا 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 زیات تړاو لري، له مخې یو د نظر وړ هیواد دی نو ددې موضوع په اړه مفصل معلومات، بستیزې موخې، هندي معیارات او موجوده حالت په یوویشتم (۲۱) څپرکي (د ټولني روغتیایي پاملرنې) کې تري یادونه شوې ده.

زه هیله لرم چې دغه کتاب نه یوازې د طب محصیلینو ته چې دغه کتاب ورته لیکل کیږي بلکه نورو خلکو ته هم چې په اړوند مسلک کې کار کوي یو دوامداره مرستندویه واوسي.

زه د ښاغلي Brij Mohan Bhanot څخه چې ددغه کتاب په خپریدو کې یې مرسته کړیده د زړه له کومې مننه کوم.

K. Park
Jabalpur
2005 January

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ژباړونکي سريزه

نن ورځ دا پرمختللې نړۍ کوم چې مونږ پکې ژوند کوو ګورو او د اسانتياوو څخه يي ګټه اخلو دا ټول د علم او زده کړې برکت دی. د نړې د هر قوم او اولس پرمختګ د پوهې څخه الهام اخلې او د هر هيواد د وګړو د سوکالۍ او هوساينې راز په همدې اصل کې نغښتی دی. دا چې کوم قوم او ولس ولی او څنګه پرمخ تللی او ولی ئي د ژوند د خوښيو پسرلي په برخه دې ؟ دا هر څه د علم او پوهې دکچې د لوړيدو پورې اړه لري، او د ژوند د کچې او څرنګوالي لوړوالی د زده کړې سره نيغه اړيکه لري.

د نړۍ پوهان د خپلي سيالۍ نيلی د علم او پوهنيز نوښت په ډګر کې ځغلوي او زيار ګالي چې خپله وړتيا او لاس ته راوړنه په عمل کې ثابته کړي.

زمونږ په ټولنه کي د علمي کتاب ليکنه ستر نوښت دی او ډير ارزښت لري. ځکه چې په تيرو څه دپاسه دوه لسيزوکې مونږ خپلې ډيرې مادي او معنوي هستۍ دجګړو 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.

څرنګه چې د وقايوي او ټولنيز طب څانګې تر اوسه پورې د ديموګرافي او کورني تنظيم په برخه کې نوی علمي آثر نه درلوده. او د بل پلوه نن ورځ په نړۍ کې د وګړو زياتوالی دعامې روغتيا له نظره ستر روغتيايي مشکل دی. ځکه چې د وګړو زياتوالی د ډول ډول ساري او غيرساري ناروغيو د منځته راتګ لپاره زمينه برابروي، د روغتيايي، اقتصادي او ټولنيز پرمختګ 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 زمونږ په ګران 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

دي چې د ډيرو زيږيدنو لپاره لاره هواروي. او د زيږيدنو نه کنترول د دغه پورته يادو شوو ستونزو عمده تشديدونکی فکتور دی. نو د وقايوي او ټولنيز طب څانګې دا لازمه وګڼله اوماته يې دنده راکړه چې دمحترم استاد الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسين (يار) دمستقيمې لارښوونې 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 ټولګي لپاره په پورته موضوع باندې رساله دمنل شوي کريکولم سره سمه وليکم.
دا کتاب دوه عمده برخې لري چې يو د يموګرافي يا د وګړپيژندنې برخه، او بله يې د کورنې تنظيم برخه ده.دا علمي رساله د منل شوي نړيوال کتاب څخه په خپله مورنۍ ژبه ترجمه او د لوی څښتن تعالی په مرسته پدې بريالی شوم چې خپلې ټولنې ته يې وړاندې کړم.
دغه علمي رساله سربيره پردې چې په روانه ژبه ليکل شوې ده، تر خپلې وسې پورې مې زيار ګاللی چې دانګريزي لغات سوچه پښتو ته واړوم او د ليکنې مفهوم په اسانه او ساده ژبه درنولو ستونکو ته وړاندې کړم. خو په ځينې ځايونو کي طبي ترمينالوژي ته په پام سره ځينې لغات په خپل حال پاتې دي چې دايوه اړتيااو مصلحت دی.
داچې د طبابت د علم په ډګر کې د تيوري او عمل له نظره نوې څيړنې او موضوعات رامنځته کيږي. نو په دغه علمي اثر کې نوي او تازه معلومات راټول شوي .ترڅو د کتاب د منځپانګې ځولۍ د ګټورو او غوره معلوماتو څخه ډکه کړي.
په علمي اثر کې د مفهوم د افادي لپاره انځورونه اوجدولونه ځای په ځای شوي دي. او د محترم استاد الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسين (يار) څخه چې ددې علمي رسالې په ليکلو او د ناسميو په سمون کې د ډيرو بوختياو سره سره له ماسره مرسته کړې، منندوی يم او د لوی څښتن تعالی څخه ورته اجرونه غواړم.
په پای کې د درنو لوستونکو څخه په ډير درناوي هيله کوم چې ددې علمي رسالې د املائي اوانشائي ناسميو د سمون په هکله له ما سره مرسته وکړي تر څو په راتلونکي کې د هغې د تکرار څخه مخنيوی وشي.   په درنښت

(c) ketabton.com: The Digital Library

ديموګرافي او کورنۍ تنظيم

Demography and family planning

نن ورځ ديموګرافي داسي تعريفيږي چې: د انساني وګړو علمي څيړنې ته ديموګرافي وايي. ديموګرافي د انسان پورې تړلې درې پيښو سره زيات تړاو لري چې عبارت دي له :

١. د وګړو په کچه کې بدلون (زياتوالی يا کموالی)
٢. د وګړو په جوړښت کې بدلون
٣. په سيمه کې دوګړو ويشنه

دغه پورته يادې شوې پيښيې د پنځه ديموګرافيک عمليو سره سر خوري چې عبارت دي له: زيږيدنې، مړينې، واده کول، کډوالي، اوټولنيز خوځښت څخه. دغه پنځه پيښې دتل لپاره رواني وي او د وګړو کچه ، جوړښت او په سيمه کې ويشنه ټاکي.

ټولنيز طب د وګړو سره نژدې اړيکې لري ځکه د يوې ډلې روغتيا د خلکو په شمير، هغه سيمه چې خلکو اشغال کړيده، اوهغه پوهه چې دوي د خپلو ستونزو د هواري لپاره ترلاسه کړې ده، ترمنځ د يو ډيناميک اړيکې پورې اړه لري.

په هند کې د ديموګرافيک شميرنې سترې سرچينې عبارت دي له: د وګړو شميرنه ، د ملي نمونې اخيستنې سروې ګانې، د ژوند د پيښو راجستر کول او اډوک ديموګرافيک څيړنې (Adhoc demographic study) څخه.

ديموګرافيک دوران

د وګړو د تاريخچې څخه دا جوتيږي چې د ١٢٥٠م کال څخه تر اوسه پورې د نړۍ په ديموګرافيک دوران کې پنځه پړاونه منځته راغلي دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱. **لومړی پړاو (اوچت 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 ختیزې اسیا او افریقا زیاتره هیوادونه اوس هم په همدې پړاو کې ځای لري. د دغه هیوادونو ځخه په ځینو کې د زیږیدنې په شمیرکې زیاتوالی منځته راغلی دی چې شونې ده دغه زیاتوالی د روغتیایي حالت د ښه والي او د تې رودلو مودې د کموالي له کبله وي.

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

پدې پړاو کې دمړینې 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 چټک ډول یې د زیږیدنې په کچه کې کموالی منځته راغی.

۴. **څلورم پړاو (ټیټ یاښکته ځای په ځای پړاو) (Low stationary)**

پدې پړاو کې د زیږیدنې او مړینې کچې راټیټې 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وختـي لاصـفر ده (۱۹۸۰ـ ۱۹۸۵). او پـه همـدې کـال کـې د انګلـستان، ډنمـارک، سويډن، او بلجيم هيوادونو د وګړو د زياتوالي کچه ۱، ۰ ثبت شويده. په لنډ ډول وايـو چې په زياتره صنعتي هيوادونو کې ديموګرافيـک بدلون منځتـه راغـی يعنـې د زيـاتې زيږيدنې او مړينې کچې ځخه يې د لږې زيږيدنې او مړينې کچې خوا ته بدلون وکړو.

۵. پنځم پړاو (د وګړو د کميدو پړاو) (Declining)

د نړۍ په وګړو کې کموالی پيل شو ځکه چې د زيږيدينې کچه د مړينـې د کچـې ځخـه کمه شوه. ځنې ختيځ اروپايي هيوادونه لکه جرمني او هنګري پدې پړاو کې د يـادولو وړ دي.

د نړۍ د وګړو ميلان

د عيسوي زمانې په پيل کې نژدې دوه زره کاله وړانـدې، د نـړۍ وګـړي **۲۵۰** ميلونـه شميرل شوي وه. وروسته د نړۍ د وګړو اټکلي زياتوالی په لاندې لـومړۍ ګڼه جـدول کـې ښودل شويدی.

د لاندې جدول ځخه جوتيږي چې د نړۍ وګړي په ۱۸۰۰ م ميلادي کال کې يـو بيلـون تـه ورسـيده. پـه ۱۳۰ کلونـو کـې د نـړۍ وګـړي دوه بيلونـه شـول (۱۹۳۰م شـاوخواکې). د ديرش کلونو پـه مـوده کې د وګړو دريـم بيلـون منځتـه راغـی (۱۹۲۰ م شـاوخواکې). د پنځـه لـس (۱۵)کلونـو پـه مـوده کـې ځلـورم بيلـون (۱۹۷۴م شـاوخواکې)، د دولـس(۱۲) کلونو په موده کې پنځم بيلون (۱۹۸۷م شـاوخواکې)، او شـپږم بيلـون هـم د دولـس (۱۲) کلونـو پـه مـوده کـې منځتـه راغـی (۱۹۹۹م شـاوخواکې). د ۱۹۹۹م کـال د اکتـوبر پـه دولسه نيټه د نړۍ وګړي شپږ بيلونو ته ورسيدل او داسې اټکـل شـويده چـې تـر **۲۰۲۵**م کـال پـورې بـه دا شـمير اتـه (۸) بيلونـو تـه ورسيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړۍ ګڼه جدول : د نړۍ د وګړو شمیر

کال	وګړي په میلون	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 **۷۴۲** میلونو وګړو په اندازه شتون لري.

ملګرو ملتونو داسې اټکل کړیده چې د **۱۹۹۰_۲۰۰۰**م کلونو ترمنځ د نړۍ د وګړو

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کلني زياتوالي کچه په سلوکې ۱،۴ وه. او په همدې موده کې (۱۹۹۰_۲۰۰۰م) د چين هيواد په ډيره ټيټه کچه د وګړو کلنی زياتوالی درلوده (۱%). په داسې حال کې چې دغه کچه په پرتليز ډول په هند کې ۱،۹۳وه. په اوس وخت کې چين د وګړو د کلني زياتوالي له مخې د امريکا د متحده ايالاتونو سره د پرتله کيدو وړ هيواد دی (۰،۹ په سلوکې).

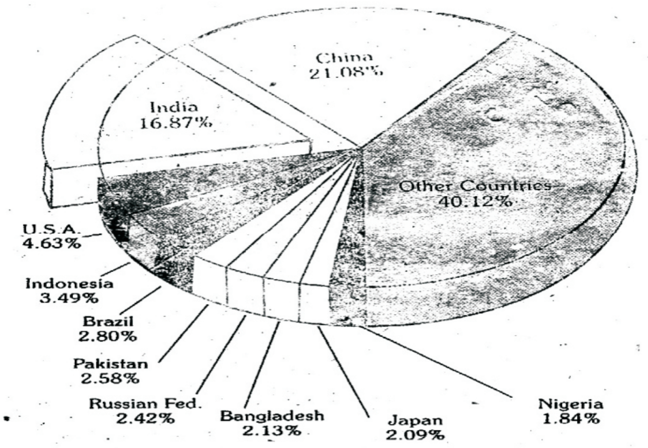


FIG. 1

لومړی ګڼه انځور:

د سهيل ختيځې اسيائي حوزې (SEAR) درې هيوادونه هند (۱۲،۸۷%)، اندونيزيا(۳،۴۹%) او بنګله ديش (۲،۱۳%) د نړۍ د لسو ډيرو وګړو لرونکو هيوادونو له ډلې څخه دي. اوس وخت کې هند د چين څخه وروسته دويم هيواد دی چې ډير وګړي لري. د ملګرو ملتونو د وړاندوينې له مخې د هند وګړي به تر ۲۰۵۰ ميلادي کال پورې ۱،۵۳ بيلونو ته ورسيږي او دا به په نړۍ کې تر ټولو زيات وګړي لرونکی هيواد وي.

د سهيل ختيځې اسيائي حوزې د هيوادونو د وګړو د زياتوالي ميلان په لاندې دويمه ګڼه جدول کې ښودل شويدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دویمه ګڼه جدول: د سهیل ختیځې اسیایي حوزې د هیوادونو د وګړو د زیاتوالي میلان

(په زرګونو باندې)

هیواد	۱۹۸۵	۲۰۰۲	۲۰۰۵ (اټکلي)
هند	۷۶۷۹۴۰	۱۰۴۹۵۴۹	۱۰۸۲۱۸۴
بنګله دیش	۹۹۳۱۰	۱۴۳۸۰۹	۱۳۹۹۱۱
بوتان	۱۴۵۱	۲۱۹۰	۲۳۱۳
کوریا	۱۸۹۴۲	۲۲۵۴۱	۲۵۴۱۶
اندونیزیا	۱۶۷۳۳۲	۲۱۷۱۳۱	۲۲۶۹۳۸
مالدیویس	۱۸۴	۳۰۹	۳۵۵
ماینمار	۳۷۵۴۴	۴۸۸۵۲	۵۳۴۷۹
نیپال	۱۶۵۰۳	۲۴۶۰۹	۲۷۴۳۹
سریلانکا	۱۶۰۶۰	۱۸۹۱۱۰	۱۹۸۵۸
تایلینډ	۵۱۱۲۸	۶۲۱۹۳	۶۲۶۱۲
ټولګه	۱۱۷۶۳۹۴	۱۵۸۹۲۹۳	۱۶۴۰۵۰۵

د زیږیدنې او مړینې کچې

په ټاکل شوو هیوادونو کې د زیږیدنې او مړینې د کچو ترمنځ ښکاره توپیر په دریمه ګڼه جدول کې ښودل شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دریېمه ګڼه جدول : په ټاکل شوو پرمختللواو پرمختلونکو هیوادونوکې د زیږیدنې اومړینې ناتصفیه
شوې کچې (۲۰۰۲ میلادي کال)

هیواد	د زیږیدنې ناتصفیه شوی اندازه	د مړینې ناتصفیه شوی اندازه
هند	۲۴	۹
بنګله دیش	۲۹	۸
پاکستان	۳۶	۱۰
سریلانکا	۱۷	۷
تایلنډ	۱۸	۷
میانمار	۲۴	۱۱
نیپال	۳۳	۱۰
چین	۱۵	۷
جاپان	۹	۸
سینګاپور	۱۰	۵
انګلستان	۱۰	۱۰
د امریکا متحده ایالات	۱۵	۸

د ۱۹۷۵ میلادي کلونو په شاوخوا کې د لومړي ځل لپاره د نړۍ د زیږیدنې کچه په هرو زرو تنو کې د دیرشو(۳۰) شخه راټیټه شوه. او په ۲۰۰۲ عیسوي کال کې دا کچه (۲۲) ته راښکته شوه. چې دا کموالی د زیږیدنې د کموالي، او د نړۍ په زیاتره برخو کې د کوچنیو کورنیو خواته د میلان له کبله منځته راغلی دی. د زیږیدنې د کموالي ښې بیلګې د سینګاپور او تایلینډ د هیوادونو څخه عبارت دي. په سینګاپورکې په ۱۹۷۰م کال کې د زیږیدنې کچه په هرو زرو تنو کې ۲۳ وه چې په ۲۰۰۲م کال کې دغه کچه لسو(۱۰) تنو ته راښکته شوه او په تایلینډ کې هم په همدې موده کې دغه کچه د اوه دیرش (۳۷) تنو څخه اته لس (۱۸) تنو ته په هرو زرو تنو کې را ټیټه شوه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

شلورمه ګڼه جدول : په ټاکل شوو هیوادونوکې د زیږیدنې اومړینې نه څیړل شوې کچې او د هغوي کموالی ښودل شویدی (۱۹۷۰ او ۲۰۰۲ کلونوکې)

هیواد	ناتصفیه شوی د زیږیدنې اندازه		ناتصفیه شوی د مړینې اندازه	
	۱۹۷۰	۲۰۰۲	۱۹۷۰	۲۰۰۲
بنګله دیش	۴۶	۲۹	۲۱	۸
نیپال	۴۲	۳۳	۲۲	۱۰
هند	۴۰	۲۴	۱۷	۹
سریلانکا	۲۹	۱۷	۸	۷
تایلینډ	۳۷	۱۸	۹	۷
سینګاپور	۲۳	۱۰	۵	۵
چین	۳۳	۱۵	۸	۷
پاکستان	۴۳	۳۶	۱۸	۱۰

په دغه ټولو هیوادونو کې د زیږیدنې د کموالي غوره کلیدي فکتورونه عبارت دي له: د وګړو زیاتوالي ته د دولتونو پاملرنه، د تعلیماتوخپرول، د امیدواری ضد درملو اسانه پیداکېدل، د کورنې تنظیم د پروګرامونو او خدمتونو وړاندي کول، او د ودونو په کړن لاره کې د بدلون د منځته راتګ څخه.

همدارنګه په تیرو څو لسیزو کې په نړۍ کې د مړینې کچه را ټیټه شویده. د مړینې نړیواله اندازه د ۱۹۷۵_۱۹۸۰م کلونو ترمنځ په هرو زرو تنو کې یولس (۱۱) تنه وه مګر په ۲۰۰۲م کال کې دغه کچه نه (۹) تنو ته را ټیټه شوه چې اتلس (۱۸) سلنه کموالی پکې منځته راغلی دی. د سهیل ختیځې اسیائي حوزې د مړینې په نه څیړل شوي اندازه کې هم د پام وړ کموالی منځته راغلی دی چې په هرو زرو تنو کې د ۱۴،۱ څخه ۸،۲ تنو ته راټیټ شویدی. هغه هیوادونه چې ډیر شمیر ځوانان لري د مړینې ناتصفیه شوې کچه یې د کوچنیانو او تې رودونکو د مړینې له کبله اغیزمنه

(c) ketabton.com: The Digital Library

شویده. مگر د مور او ماشوم روغتیایي خدمتونه، د واکسین کولو پراخه پروګرامونه، او د نس ناستي، تنفسي او نورو انتاني ناروغیو د کنترول په پروګرامونوکې ښه والی، د ماشوم او تي رودونکو د مړینې کچه راکمه کړیده چې د غه کموالی په خپل وار د مړینې ناتصفیه شوی اندازه هم کموي.

د وګړو د زیاتوالي اندازه (Growth rates)

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

د کلني زیاتوالي او د وګړو د زیاتوالي کچو ترمنځ تړاو په لاندې پنځمه ګڼه جدول کې ښودل شویدی.

پنځمه ګڼه جدول :

کچه	د زیاتوالي کلنۍ کچه %	د هغه کلونو شمیر چې د وګړو د دوه برابره کیدو لپاره ضرور ګڼې
ثابته کچه وګړي	زیاتوالی نشته	
لږ زیاتوالی	د ۵، ۰ څخه کم	د ۱۳۹ څخه زیات
منځنۍ کچه زیاتوالی	د ۵، ۰ څخه تر ۰، ۱	۷۰_۱۳۹
تیز زیاتوالی	د ۰، ۱ څخه تر ۱،۵	۴۷_۷۰
ډیر تیز زیاتوالی	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

(c) ketabton.com: The Digital Library

داسې ويل کېږي چې د وګړو د زياتوالي اندازې ډيروالی د اورګاډي د حرکت په شان دی، کوم چې په ورو ډول پيل کيږي او بيا تيزوالی پيدا کوي او د حرکت څخه وروسته يې د کنترول لاندې راوستل ډير وخت غواړي. د اورګاډي په پيښه کې د کنترول فکتورونه د کتلې او جبري قوې څخه عبارت دي، او د وګړو په برخه کې دغه فکتورونه له عمري ويشنې، واده کولو، رواجونو، ګڼ شمير کلتورونو او ټولنيز اقتصادي فکتورونو څخه عبارت دي.

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

د وګړو د زياتوالي کچه په نړۍ کې يو ډول نده. ډير داسې هيوادونه شتون لري (لکه اروپايي هيوادونه) چې د کلني زياتوالي کچه يې ۰،۵ سلنه ده. د ودې په حال هيوادونو کې د وګړو د کلني زياتوالي کچه زياته ده چې په افريقا کې ۲،۸ سلنه، په لاتين امريکا کې ۱،۵ سلنه، په اروپا کې ۰،۵ سلنه او په اسيا کې ۱،۹ سلنه ده. هغه هيوادونه چې د کلني زياتوالي کچه يې په سلو کې ۰،۵ وي په ۱۴۰ کلنو کې يې د وګړو شمير دوه برابره کيږي، او هغه هيوادونه چې د کلني زياتوالي کچه يې په سلو کې درې (۳) وي په ۲۰_۲۵ کلنو کې يې د وګړو شمير دوه برابره ته رسيږي (پنځمه ګڼه جدول). د وګړو د زياتوالي دغه توپير په بيلابيلو هيوادونو کې د زيږيدنې او مړينې د ښې پورې اړه لري.

د وګړو د زياتوالي کچې ته په لاندې ډول لنډه اشاره شوې ده.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په اوس وخت کې د نړۍ يو پر دري (۱/۳) برخه وګړي د پنځه لس (۱۵) کلنو څخه کم عمر لري چې دوي به ډير ژر د بچي زيږيدنې پړاو ته داخل شي او پدې توګه د نړۍ وګړي به ډير زيات شي.

- UNFPA داسې اټكل كړيده چې د نړۍ وګړي به تر ۲۰۵۰م كال پوري لس (۱۰) بيلونه شي او يوه سليزه وروسته به ۷،۲۰ بيلونو ته ورسيږي.

- په ښځو کې اټكل شوې د زيږيدنې کچه په اوس وخت (۲۰۰۲م کال) کې پدې ډول ده: د صنعتي هيوادونو لپاره ۱،۷، د ودي په حال هيوادونو کې دري (۳) او په لږ پرمختللو هيوادونو کې ۵،۲ ده. چې پدې ډول د نړيوالې اميدوارۍ کچه ۸،۲% سلنه اټكل شوې ده.

- د نړۍ وګړي په دقيقه کې ۱۷۲تنه، په ساعت کې ۱۰۵۲۴ تنه، په ورځ کې ۲۵۳۵۴۲ تنه، او په کال کې ۹۲۵۴۳۰۰۰ تنه زياتيږي.

دغه د نړۍ د وګړو بې کنترولە زياتوالی په لږ پرمختللو هيوادونو کې د ټولنيز او اقتصادي پرمختګ په وړاندې ستر خنډ جوړوي.

ډيموګرافيک ميلان په هند کې

په ۲۰۰۲ م کال کې د هند وګړي ۱۰۴۹ ميلونه وه او په نړۍ کې د چين څخه وروسته دويم ډير وګړي لرونکی هيواد وشميرل شو چې د ځمکني پراخوالي له مخې تر چين اوه ځلې کم دی. هند د نړۍ د ځمکني پراخوالي ۴،۲ سلنه جوړوي مګر د نړۍ د وګړو ۸۷،۱۲ سلنه جوړوي. د ۱۹۰۱م کال څخه راپدېخوا د هند د وګړو کلنی منځنی زياتوالی او د لسيزې زياتوالی په لاندې شيږمه ګڼه جدول کې ښودل شوی دی:

(c) ketabton.com: The Digital Library

شپږمه ګڼه جدول: د ۱۹۰۱_۲۰۰۱م کال پورې د هند وګړي

کال	ټول وګړي (په میلون)	منځنۍ کلنۍ زیاتوالی (%)	لس کلیز زیاتوالی (%)
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 راپه ېخوا د هند وګړي په پرله پسې توګه زیاتیږي. ۱۹۲۱م کال ته ستر ویشونکی (divid) کال وایي ځکه د دې کال څخه وروسته په هره لسیزه کې د هند په وګړو کې یو مطلق شمیر وګړي ورزیاتیږي. د هند وګړي اوس هم په کال کې ۱۶ میلونه تنه زیاتوالی مومي.

په ۱۹۰۱م کال کې د هند وګړي ۲۳۸ میلونه وه چې د شپیته (۶۰) کلونو په موده (۱۹۶۱م) کې دوه برابره یعنی ۴۳۹ میلونه شول، بیا د دیرش (۳۰) کلونو په موده (۱۹۹۱م) کې دوه برابره یعني ۸۴۶ میلونه شول، او د ۲۰۰۰م کال دمئ د میاشتې په یولسمه نیټه یو بیلون ته ورسیدل. داسې اټکل شویده چې د هند وګړي به تر ۲۰۵۰م کال پورې ۱،۵۳ بیلونو ته ورسیږي او دا به تر چین وړاندې د نړۍ ډیر وګړي لرونکی هیواد وي.

په لاندې اومه ګڼه جدول کې د هند د ځینو ایالاتونو وګړي ښودل شویدي چې اوتارپرادیش د **۱۶۶،۰۵** میلونو وګړو په درلودلو سره لومړی، مهاراشترا (Maharashtra) د **۹۶،۷۵** میلونو وګړو په درلودلو سره دویم او بیهار (Bihar) د **۸۲،۸۷** میلونو وګړو په درلودلو سره دریم ځای خپل کړیدی.. داسې معلومیږي چې دغه لاندې لس ایالاتونه د هند د ټولو وګړو **۷۶،۳۴**٪ سلنه وګړي جوړوي.

اومه ګڼه جدول: د هند زیات وګړي لرونکي ایالاتونه د وګړو د شمیر له مخې درجه بندې شوي دي
(۲۰۰۱م)

درجه	ایالت	وګړي (په میلون) ۱-۳-۲۰۰۱	دهند د ټولو وګړو سلنه. ۱-۳-۲۰۰۱
۱	اوتارپرادیش	۱۶۶,۰۵	۱۶،۱۷
۲	مهاراشترا	۹۶،۷۵	۹،۴۲
۳	بیهار	۸۲،۸۷	۸،۰۷
۴	غربي بنګال	۸۰،۲۲	۷،۸۱
۵	اندراپرادیش	۷۵،۷۲	۷،۳۷
۶	تامیل نادو	۶۲،۱۱	۶،۰۵
۷	مادیاپرادیش	۶۰،۳۸	۵،۸۸
۸	راجستان	۵۶،۴۷	۵،۵۰
۹	کارنتاکا	۵۲،۷۳	۵،۱۴
۱۰	ګجرات	۵۰،۵۹	۴،۹۳

دعمر او جنس جوړښت

د هند د وګړو د عمر او جنس جوړښت د کورنۍ روغتیا د دویمې ملي سروې (National family health survey-2) له مخې چې په **۱۹۹۸_۱۹۹۹**م کلنو کې تر سره شویده، په لاندې اتمه ګڼه جدول کې ښودل شوی دی:

د هغه خلکو تناسب چې عمر یې د پنځه لس (**۱۵**) کلونو څخه کم دی مخ په کمیدو

(c) ketabton.com: The Digital Library

مګرد 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 ګڼه جدول: د هند د کورنۍ روغتیا د دویمې ملي سروې له مخې د عمر او جنس د جوړښت له پلوه د وګړو ویشنه په سلنه ۱۹۹۸_۹۹م. کلونو کې

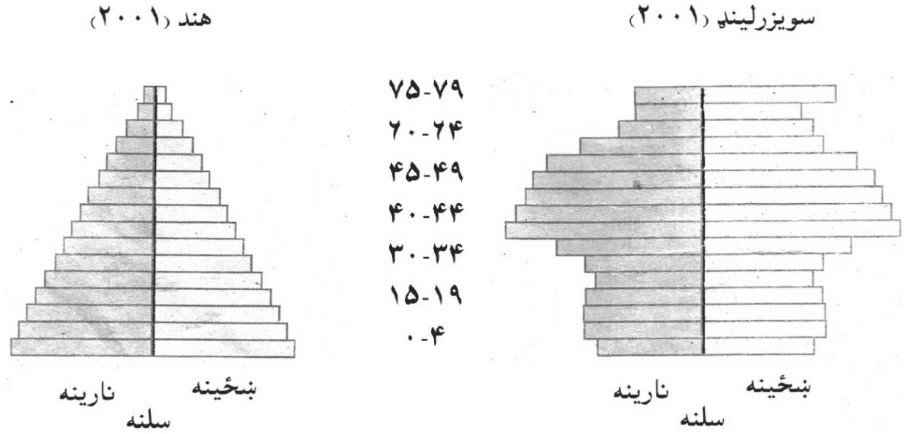
عمر	نارینه	ښځینه
۰_۴	۱۱،۲	۱۱،۱
۵_۹	۱۲،۸	۱۲،۴
۱۰_۱۴	۱۲،۱	۱۱،۸
۱۵_۱۹	۱۰،۴	۱۰،۳
۲۰_۲۴	۸،۵	۹،۳
۲۵_۲۹	۷،۸	۸،۷
۳۰_۳۴	۲،۷	۷،۱
۳۵_۳۹	۲،۲	۲،۴
۴۰_۴۴	۵،۱	۴،۷
۴۵_۴۹	۴،۵	۴،۲
۵۰_۵۴	۳،۴	۳،۱
۵۵_۵۹	۲،۲	۳،۳
۲۰_۲۴	۲،۹	۳،۰
۲۵-۲۹	۲،۰	۲،۰
۷۰+	۳،۳	۲،۸
ټولګه	۱۰۰،۰	۱۰۰،۰

عمري اهرامونه (**Age pyramids**)

د عمر له مخې د وګړو جوړښت په لاندې دویمه ګڼه انځور کې ښه څرګند دی. دا ډول ښودنې ته عمري اهرام وایي. د هند او سویټزرلنډ (Switzerland) په

(c) ketabton.com: The Digital Library

وګړو کې د ښځو او نرانو تر منځ د عمر له مخې توپیر ډیر ښکاره دی. د هند د وګړو عمري اهرام د مخ پرودي هیوادونو څخه استازي توب کوي چې یو ځانګړی اهرام دی پدې ډول چې پراخه بنسټ (قاعده) او پرله پسې نری ځوکه لري. مګر په پرمختللو هیوادونو لکه سویټزرلنډ کې عمري اهرام په منځنۍ برخه کې پراخه دی او قاعده یې نری ده.



دویمه ګڼه انځور:

د جنس نسبت (Sex ratio)

د جنس نسبت پدې ډول تعریفیږي چې د زر (۱۰۰۰) تنه نرانو په سر د ښځو د شمیر څخه عبارت دی. د وګړو د ارزښت لرونکو دیموګرافیک ځانګړتیاووڅخه یوه یې هم د جنسي جوړښت څخه عبارت ده. ځکه د وګړو په هره خیړنه کې د عمر څیرل ژوندی رول لوبولی دی. د وګړو جنسي جوړښت د ښځې او نر د مړینې تر منځ توپیر، د ځانګړي جنس کډه کیدل، او د زیږیدنې پر مهال د جنسي نسبت له کبله اغیزمن کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په هیواد (هند) کې د جنس نسبت د ۱۹۰۱م کال څخه راپدیخوا په لاندې نهمه ګڼه جدول کې ښودل شویدی.

په هند کې د جنس نسبت په عمومي ډول د ښځو لپاره کم دی یعنې د زر تنه نرانو په سر د ښځو شمیر د زرو څخه کم دی. همدارنګه د هرې لسیزې په تیریدو سره د ښځو په شمیر کې نور کموالی هم منځته راځي. کیرالا (Kerala) دهند یوازینی ایالت دی چې د ښځو نسبت یې د نرانو څخه زیات دی یعني د هر زر تنه نرانو په سر ۱۰۵۸ تنه ښځې لري.

نهمه ګڼه جدول: د هند جنسي نسبت راښیئ.

کال	د ۱۰۰۰ نرانو په سر د ښځو شمیر
۱۹۰۱	۹۷۲
۱۹۱۱	۹۶۴
۱۹۲۱	۹۵۵
۱۹۳۱	۹۵۰
۱۹۴۱	۹۴۵
۱۹۵۱	۹۴۶
۱۹۶۱	۹۴۱
۱۹۷۱	۹۳۰
۱۹۸۱	۹۳۴
۱۹۹۱	۹۲۷
۲۰۰۱	۹۳۳

د اتکا یا په بل پورې تړلی نسبت

د پنځه شپیته (۶۵) کلونو څخه زیات عمر لرونکي (زاړه) او د پنځه لس (۱۵) کلونو

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځخه کم عمر لرونکي (ماشومان) خلک، د اقتصاد توليدونکي ډلې خلکو (۱۵_۲۴ کلن) پورې تړلي خلک ګڼل کيږي. د ۰_۱۴ کلونو او ۲۵ کلن يا زيات عمر لرونکو خلکو نسبت، ۱۵_۲۵ کاله عمر لرونکو خلکو ته د تړوليز اتکايي نسبت (total dependency ratio) په نوم يادېږي. دې ته تړولنيز اتکايي نسبت (Societal dependency ratio) هم وايي ځکه تړولنه اړه ده چې د خپلو کوچنيانو او زړو خلکو اړتياوې پوره کړي.

د اتکا نسبت کيداى شي چې په ځوان عمر لرونکو(۰_۱۴) اتکايي نسبت او زوړ عمر لرونکو(۲۵ کاله يا زيات) اتکايي نسبت باندې وويشل شي. دغه نسبتونه نه ځيرل شوي (crude) نسبتونه دي ځکه چې ځنې وخت کم عمر لرونکي (ماشومان) يا زيات عمر لرونکي (زاړه) خلک کار او دنده لري او په چا پورې تړلي نه وي مګر توليدي ډله خلک (۱۵_۲۵ کلن) کيداى شي چې کار او دنده ونلري.

لاندې لسمه ګڼه جدول په هند کې د اتکا نسبت راښيئ.

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

کال	ټوليزه اتکا	د کوچنيانو اتکا	د زړو خلکو اتکا
۱۹۹۰	۲۹	۲۱	۷
۲۰۰۰	۲۲	۵۴	۸
۲۰۱۰ (اټکل شوی)	۵۴	۴۵	۹

د وګړو ګڼوالی

د وګړو د غوره اندکاتورونو (indices) ځخه يو هم د وګړو ګڼوالی دی. د هند د وګړو

(c) ketabton.com: The Digital Library

شمرينې لـه مخې د وګړو ګڼوالی پدې ډول تعريفيـږي چې: د هغـه خلکو د شـمير څخـه عبارت دی چې په يو کيلومترمربع سيمه کې ژوند کوي.

په هيواد (هند) کې د وګړو ګڼوالی د ۱۹۰۱م کال څخه راپديخوا پـه لاندي يولـسمه ګڼه جدول کې ښودل شوی دی.

يولسمه ګڼه جدول: د هند د وګړو ګڼوالی (۱۹۰۱_۲۰۰۱م)

کال	په هر کيلو متر مربع سيمه کې
۱۹۰۱	۷۷
۱۹۱۱	۸۲
۱۹۲۱	۸۱
۱۹۳۱	۹۰
۱۹۴۱	۱۰۳
۱۹۵۱	۱۱۷
۱۹۶۱	۱۴۲
۱۹۷۱	۱۷۷
۱۹۸۱	۲۱۶
۱۹۹۱	۲۶۷
۲۰۰۱	۳۲۴

د کورنۍ غټوالی

په عـامه وينا د کورنۍ غټوالی د ټولو هغه وګړو د شمير څخه عبارت دی چې پـه يـوه کـورنۍ کـې ژونـد کـوي. مګـر د ديمـوګرافي لـه پلـوه د کـورنۍ غټـوالی د ټولـو هغـه ماشومانو د شمير څخه عبارت دی چې يوه ښځه يې په يوه نقطـه د وخت کې زيـږوي. پـه ټوليز ډول دکورنۍ غټوالی د ټولو ماشومانو د شمير څخه عبارت دی چې يوه ښـځه يـې

(c) ketabton.com: The Digital Library

د خپل بچي زیږوني په موده کې زیږوي چې په دوديز ډول دا پړاو د ۱۵_۴۵ کلنۍ عمر پورې منل شوی دی.

ټولیزه د امیدواری کچه (total fertility rate) په اټکلي ډول د بشپړې کورنۍ اندازې غټوالی ښيئ.

د کورنۍ غټوالی د ګڼ شمیر فکتورونو پورې اړه لري لکه د واده کولو موده، د ښځې او میړه زده کړه، د ژوندیو زیږیدنو او ماشومانو شمیر، نارینه ماشومانو ته غوره والی ورکول، د زړه د خوښې کورنۍ اندازه او داسې نور.

د کورنۍ د غټوالي پوښتنه بې له شکه د دیموګرافي له پلوه ډیر ارزښت لري. د کورني تنظیم د پروګرام د هلوځلو بنسټ اوس د دوه ماشوم لرونکې کورنۍ په قانون باندې ولاړ دی، ترڅو د اوږدې مودې دیموګرافیک موخه چې NRR= 1 (Net Reproductive Rate) ده، ترلاسه شي.

کورنۍ تنظیم 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 زیږیدنو د ترلو لپاره مناسبه تګلاره.

په لاندې دولسمه ګڼه جدول کې په ټاکل شوو هیوادونو کې د امیدواری ټولیزه کچه (بشپړه د کورنۍ غټوالی) ښودل شوی دی.

د کورنۍ د غټوالي کموالی د زیږیدنو د کموالي له کبله منځته ندی راغلی مګر داسې معلومیږي چې د کورني تنظیم د کړنو پایله ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

هیواد	۱۹۹۰	۲۰۰۲
هند	۳،۹	۳،۱
بنگله دیش	۴،۲	۳،۵
نیپال	۵،۲	۴،۳
سریلانکا	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
سویسزرلنډ	۱،۵	۱،۴

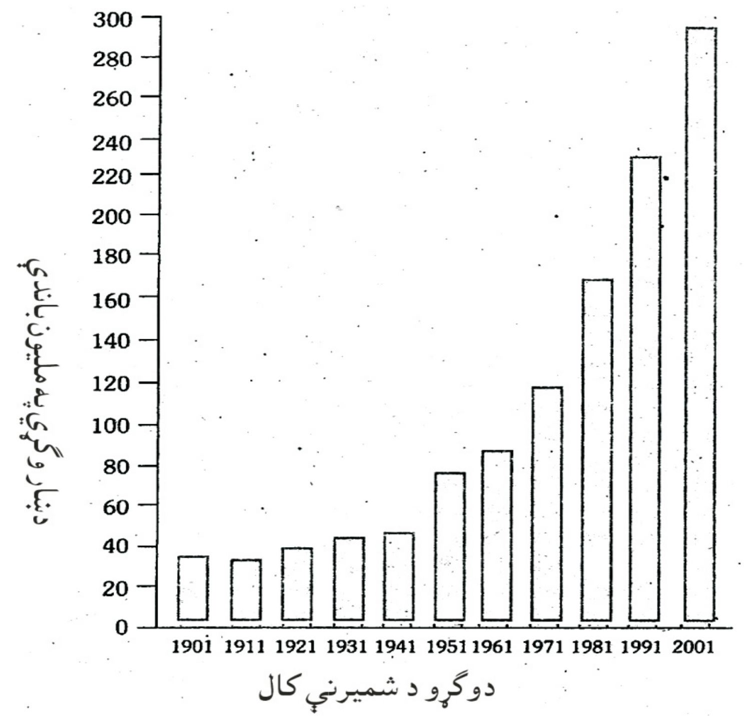
ښاریتوب

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

شمیرل شوي وه.

لاندي دریمه ګڼه انځور کې د هند د وګړو ښاریتوب ښودل شوی دی.



دریمه ګڼه انځور:

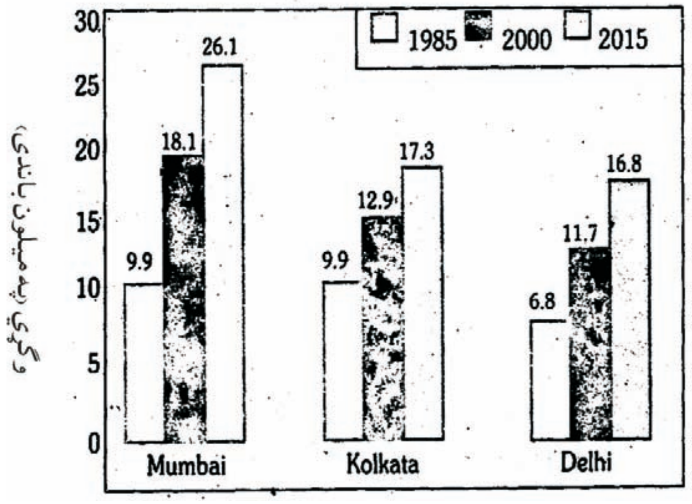
د هغه خلکو سلنه چې په ښاري سیمو کې ژوند کوي په ډراماتیک ډول لوړه شوې ده، د ښاري سیمو شمیر د **۴۲۱۵** څخه د **۱۹۹۱** کال څخه تر **۲۰۰۱** م کال پورې **۵۱۲۱** ته لوړ شوی دی. د هند په ښارونو کې دغه ښاري وګړي په بیلابیلو کچو سره ویشل شوي دي.

په **۱۹۵۰**م کال کې کلکته (kalkata) یوازنی ښار وو چې د نړۍ په پنځه لس (**۱۵**) سترو وګړو لرونکو ښارونو کې شمیرل کیده. په **۱۹۹۵**م کال کې د بمبئ (Mumbai) او

(c) ketabton.com: The Digital Library

ډهلي (Delhi) ښارونه هم پدې لست کې شامل شول.

په لاندې څلورمه ګڼه انځور کې د هند په دغه درې سترو ښارونو کې د ښاريتوب ميلان ښودل شويدی.



څلورمه ګڼه انځور:

هغه ښارونه چې د ګړو شمير يې د لس ميلونو څخه زيات وي ملګرو ملتونو د سترو ښارونو يا Mega city په نوم نومولي دي. تر ۱۹۵۰م کال پورې يوازې نيويارک د Mega city په نوم نومول شوی وه، په ۱۹۹۵م کال کې د دغه لويو ښارونو شمير څوارلسو (۱۴) ته لوړ شو، چې د بمبئ، کلکتې او ډهلي ښارونه هم پدې لست کې وشميرل شول او د وګړو د اټکل له مخې داسې اټکل شويده چې تر ۲۰۱۵م کال پورې به د حيدراباد ښار هم پدې لويو ښارونو کې وشميرل شي.

د ښاريتوب او ښاري سيمو زياتوالی د دوه ډوله فکتورونو له کبله منځته راغلی دی. يو په طبيعي ډول د زيږيدنو زياتوالی، او بل د کليو څخه ښارونو ته د کډوالۍ له کبله، ځکه چې په ښارونو کې د دندې پيداکول، د ژوند کولو ښې اسانتياوې، د

(c) ketabton.com: The Digital Library

ټولنيز خدمتونو شتون لکه زده کړه، روغتيايي خدمتونه، د تګ راتګ اسانتيا، تفريحي ځايونه او نور هغه شيان دي چې خلک ښاري ژوند کولو ته هڅوي. د کليو څخه ښارونو ته د خلکو پر له پسې کډه کيدنې په هند کې يو ټولنيز بحران يا crisis پيدا کړی دی، او ددې ويره شتون لري چې په پای کې په ښارونو کې به د ژوند څرنګوالی 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 وګړی د زده کړې کولو حق لري. مګر تر اوسه پورې، نن ورځ هم د دغه اصل څخه په ميلونونو ماشومان بې برخې دي.

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

زده ګړه د وګړو د پرمختګ لپاره باارزښته کړونی لوبوي ترڅو دوي خپل ټولنيز، سياسي او کلتوري چاپيريال ښه کړي او سم ځواب ورته ووايي. د زده کړې او ليک لوست د کچې لوړوالي ستر بدلون منځته راوړې دی او د اقتصادي پرمختګ سره ډيره مرسته کوي. همدارنګه د ليک لوست د کچې لوړوالی د مهارتونو د لاس ته راوړلو سره يوځای وي او د روغتيايي خدمتونو څخه ښه ګټه اخستل کيږي.

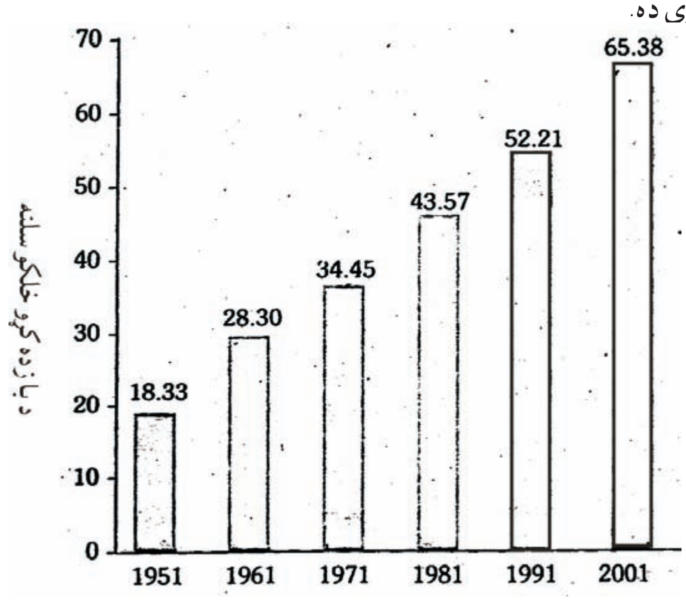
په ۱۹۹۱م کال کې داسې پريکړه وشوه، هغه خلک چې عمر يې د اوه (۷)کلونو او يا له دې څخه پورته وي بايد د ليک او لوست د کچې (Literacy rate) ټکی ورته وکارول

(c) ketabton.com: The Digital Library

شي. زده کړه لرونکی کس هغه چاته ویل کیږي چې لیکل او لوستل دواړه وکولی شي دا چې په هره ژبه وي. هغه څوک چې یوازې لوستل کولی شي مګر لیکل نه شي کولی زده کړه لرونکی نه شمیرل کیږي.

د زده کړې کچه په ټولو وګړو کې د نه څیړل شوې زده کړې کچې (Crude Literacy Rate) په نوم یادیږي. د ۲۰۰۱ م کال یوه د پام وړ پیښه داوه چې د نازده کړو خلکو شمیر د ۱۹۹۱م کال څخه تر ۲۰۰۱م کال پورې د ۳۲۸،۱ میلونو څخه ۲۹۲،۲ میلونو ته راښکته شو. د هند د ازادۍ څخه وروسته دا لومړی ځل وه چې په هیواد کې د نازده کړو خلکو کچه ډیره راښکته شوه او دا د هند د زده کړې د حالت ستر ښه والی وه.

په لاندې پنځمه ګڼه انځور کې د هند د زده کړې کچه د ۱۹۵۱م کال څخه تر ۲۰۰۱م کال پورې ښودل شوی ده.



پنځمه ګڼه انځور:

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ملي کچه د هند د لويو ښارونو ترمنځ د زده کړې په منځنۍ کچه کې زيات توپير شتون نلري. په لاندې ديارلسمه ګڼه جدول کې د هند د بېلابېلو لويو اېالاتونو د زده کړې کچه ښودل شويده. د ۱۹۹۱م کال څخه راپديخوا د زده کړې کچه ښه شويده مګر د نارينه ؤ او ښځينه ؤ د زده کړې په کچه کې ښکاره توپير ليدل کيږي. په ملي کچه د اوه کلنۍ څخه پورته عمر لرونکو خلکو د زده کړې کچه ۶۵،۳۸ سلنه ده، په داسې حال کې چې په نارينه ؤ کې **۷۶** سلنه او په ښځينه ؤ کې **۵۴** سلنه ده.

ديارلسمه ګڼه جدول د هند د سترو اېالاتونو د زده کړې کچه راښئ ـ ۲۰۰۱م.

ايالت	د نرانو د زده کړې کچه	د ښځو د دزه کړې کچه	ټوليزه د زده کړې کچه
اوتارپراديش او اوتارزانګل	۷۱	۴۴	۵۸
بيهار او جهارکهند	۶۲	۳۵	۴۹
راجستان	۷۶	۴۴	۶۱
ماديا پراديش او چهاتيسګهر	۷۷۹	۵۱	۶۴
هاريانا	۷۹	۵۶	۶۹
اسام	۷۲	۵۶	۶۴
ګجرات	۸۰	۵۹	۷۰
اوريسا	۷۶	۵۱	۶۴
ماهاراشترا	۸۶	۶۸	۷۷
پنجاب	۷۶	۶۴	۷۰
غربي بنګال	۷۸	۶۰	۶۹
کارناټاکا	۷۶	۵۶	۶۷
اندراپراديش	۷۱	۵۱	۶۱
تاميل نادو	۸۲	۶۵	۷۳
کيرالا	۹۴	۸۸	۹۱
هند	۷۶	۵۴	۶۵،۳۸

(c) ketabton.com: The Digital Library

د دیارلسمې ګڼې جدول څخه دا جوتیږي چې کیرالا د هند د ټولو ایالاتونو په سر کې ځای لري کوم چې ۹۱ % سلنه خلک یې زده کړه لري. همدارنګه 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، جمواوکشمیر، 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 کېدو موده (Life Expectancy)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زیږیدنې 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 ګډ ډول یعنې د نارینه ؤ او ښځینه ؤ لپاره ۴۲،۵ کلونه شمیرل شوې وه او پنځه لسیزې وروسته په ۲۰۰۲م کال کې دغه موده ۶۵ کلونه وشمیرل شوه، چې پدې ډول ۱۲،۵ 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 دواړه جنسونو یعنی نارینه ؤ او ښځینه ؤ کې باید ۶۴ کلونو ته لوړه شي.

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

د ژوندي پاتې کیدو مودې میلان دا راښيئ 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 روغتیایي تګلارو جوړونکي دې ته اړتیا لري چې دیموګرافیک بدلونونه وپیژني 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 راښيئ.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لري چې دا موده په نارینه ؤ کې ۷۷،۷ کلونه او په ښځینه ؤ کې ۸۴،۷ کلونه شمیرل شوې ده.

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

کال	نارینه	ښځېنه
۱۹۰۱	۲۳،۶۳	۲۳،۹۶
۱۹۱۱	۲۲،۵۹	۲۳،۳۱
۱۹۲۱	۱۹،۴۲	۲۰،۹۱
۱۹۳۱	۲۶،۹۱	۲۶،۵۶
۱۹۴۱	۳۲،۰۹	۳۱،۳۷
۱۹۵۱	۳۲،۴۵	۳۱،۶۶
۱۹۶۱	۴۱،۸۹	۴۰،۵۵
۱۹۷۱	۴۶،۴۰	۴۴،۷۰
۱۹۸۱	۵۰،۹۰	۵۰،۰۰
۱۹۹۱	۵۸،۱۰	۵۹،۱۰
۲۰۰۱	۶۲،۸۰	۶۴،۰۰

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

مخ پر ودې هیوادونه	۲۰۰۱ نارینه	۲۰۰۱ ښځینه	پرمختللي هیوادونه	۲۰۰۱ نارینه	۲۰۰۱ 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

هند	۸،۲۲	۲۴،۰	سویسزرلنډ	۷۵،۸	۸۲،۲
سریلانکا	۲۹،۲	۷۵،۵	د روسیې فدراسیون	۶۰،۲	۷۲،۹
تایلینډ	۲۴،۹	۷۳،۲	جاپان	۷۷،۷	۸۴،۷

امیدواري (Fertility)

امیدواري د ماشومانو حقیقي زیږولو ته وايي. ځینې وګړي پیژندونکې د امیدوارۍ (Fertility) په ځای د Natality کلیمه غوره بولي. د ښځو د بچې زیږولو موده د **۱۵** کلنۍ څخه تر **۴۵** کلنۍ پورې منل شویده، یعنی په منځنۍ ډول د **۳۰** کلونو لپاره بچې زیږولی شي. که چیرې یوه ښځه 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 مګر دا اوچترینه کچه کله کله ترلاسه کیږي. په هند کې هغه دیموګرافیک څیړنې چې په امیدوارۍ باندې ترسره شویدي دا ښيي چې یوه ښځه 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 امیدوارۍ د لوړې کچې سره ګڼ 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 امیدوارۍ ضد درملو تړلي کارونه او پخوانۍ د ژوند کولو تګلاره.

په هند کې په **۱۹۹۸_۱۹۹۹**م کلونو کې د کورنۍ روغتیا دویمه ملي سروې یا National Family Health Survey 2 ترسره شوه چې د امیدوارۍ پورې اړوند ځینې ارزښتناک معلومات پکې راټول شول کوم چې په لاندې شپاړسمه ګڼه جدول کې ښودل شوي دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

شپاړسمه ګڼه جدول: د ځانګړو ځانګړتیاؤ له مخې د امیدوارۍ تولیزه اندازه (۱۹۹۲_۱۹۹۸م).

اصلي ځانګړتیاوې	د امیدوارۍ تولیزه کچه
د اوسیدو ځای	
• ښاري	۲.۲۷
• کلیوالي	۳.۰۷
زده کړه	
• بې زده کړې	۳.۴۷
• زده کړه لږ < د منځني ښوونځي تکمیلول	۲.۲۴
• منځنی ښوونځی یې تکمیل کړی وي	۲.۲۲
• لیسه او د هغې څخه لوړې زده کړې یې کړې وي	۱.۹۹
مذهب	
• هندو	۲.۷۸
• مسلمان	۳.۵۹
• عیسوي	۲.۴۴
• سیک	۲.۲۲
• **Jain**	۱.۹۰
• بودیست/ نیوبودیست	۲.۱۳
• نور	۲.۳۳
• بې مذهبه	۳.۹۱
قبیله / قوم	
• جدول شوې قبیله	۳.۱۵
• جدول شوې قوم	۳.۰۲
• نورې وروسته پاتې ډلې	۲.۸۳
• نور	۲.۶۲
د ژوند د کچې انډکس	
• ښکته	۲.۳۷
• منځنی	۲.۸۵
• اوچت	۲.۱۰
ټولګه	۲.۸۵

ځینې د یادلو وړ فکتورونه چې د وګړ پېژندونکو پام یې د ډېرې مودې څخه ځانته ته اړولی دی په لاندې ډول ورڅخه یادونه کوو.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱. د واده کولو په وخت کې عمر

د ښځې هغه عمر چې دا پکې واده کوي او د بچي زیږونې پړاو ته داخلیږي په امیدوارۍ (Fertility) باندې ستره اغیزه لري. د هند عمومي ثبتونې یا راجستریشن، په ملي کچه د امیدوارۍ اړوند ډېر ګټور معلومات راټول کړل او دا یې وښودله چې کومې ښځې د اته لس (۱۸) کلنۍ څخه مخکې واده وکړي نسبت هغه ښځو ته چې وروسته عمر کې واده کوي ډېر شمیر زیږېدنې کوي. د هند ځینو وګړو پیژندونکو داسې اټکل کړیده که چیرې د واده کولو موده د شپاړس (۱۲) کلنۍ څخه ۲۰_۲۱ کلنۍ ته وروسته شي نو د امیدوارۍ په کچه کې به ۲۰_۳۰ % سلنه کموالی رامنځته شي.

په وختي عمر کې واده کول د هندوستان د زړو رواجونو څخه دي. آن ډېر وختي د ۱۹۲۹م کال څخه د سارادا قانون (Sarada Act) اېښودل شوی دی چې د ماشومانو واده کول پکې بند شوي دي. د وګړشمیرنې معلومات دا ښئ چې د ۱۹۵۱م کال څخه وړاندې په هند کې د واده په وخت کې د جینکیو منځنی عمر دیارلس (۱۳) کلونه وو، مګر وروسته په کراره کراره توګه د واده کولو په عمر کې زیاتوالی راغی.

په ۱۹۷۸م کال کې د ماشومانو د واده مخنیونې قانون (_The child marriage restraint Act) کېښودل شو چې د واده کولو وړ عمر یې د انجونو لپاره ۱۵_۱۸ کلونه او د هلکانو لپاره ۱۸_۲۱ کلونه وښودلو.

څېړنو ښودلې ده چې د هیواد په زیاتره برخو کې د ښځو د واده کولو عمر په منځنې ډول ۱۹،۵ کلونو ته رسیدلی دی او د هیواد ډېرې برخې دې عمر ته نژدې شوي دي. پرته د راجستان، مدیاپرادیش، او اوتارپرادیش د کلیوالو سیمو څخه چې اوس هم زیاتره انجونې پکې د پنځه لس (۱۵) کلنۍ شاوخوا عمر کې واده کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲. د واده کيدنې څخه وروسته د ژوند موده

څېړنو ښودلې ده چې ۱۰_۲۵ سلنه زېږېدنې د واده څخه وروسته په اولو ۱_۵ کلونو کې منځته راځي او ۵۰_۵۵ سلنه زېږېدنې د واده څخه وروسته په ۵_۱۵ کلونو کې منځته راځي. د واده کولو څخه پنځه ويشت (۲۵) کلونه وروسته ډيرې لږې زېږېدنې پېښېږي. دغه پايله دا ښئ چې د کورنې تنظيم کارونه او هڅې بايد د واده کولو څخه وروسته اولو څو کلونو ته ډيرې راټولې شي ترڅو يوه قناعت ورکونکې پايله په لاس راشي.

۳. د ماشومانو ترمنځ واټن

څېړنو ښودلې ده چې که چيرې د ماشومانو ترمنځ واټن په هر عمر خلکو کې د يو کال څخه زيات شي نو د اميداوارۍ په کچه کې به د پام وړ لږوالی راشي. که چيرې د ماشومانو ترمنځ واټن ته پاملرنه وشي نو د اميدوارۍ په کچه کې به ستر بدلون او لږوالی منځته راشي.

۴. زده کړه (Education)

د اميدوارۍ او زده کړې ترمنځ سرچپه اړيکه شتون لري، د کورنۍ روغتيا دويمې ملي سروې دا وښودله چې په بې زده کړه ښځو کې د اميدوارۍ کچه نسبت زده کړه لرونکو ښځو ته ۵، ۱ ماشومان زياته ده. (۱۲ گڼه جدول).

۵. شتمني

کومې علمي څېړنې چې ترسره شوي دي داسې ښئ چې شتمني د اميدوارۍ د کچې سره سرچپه اړيکه لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۶. قوم او مذهب (Caste and religion)

په مسلمانانو کې نسبت هندوانو ته د امیدوارۍ کچه لوړه ده. د کورنۍ روغتیا دویمې ملي سروې دا وښودله چې په مسلمانانو کې د امیدوارۍ ټولیزه کچه **۳،۵۹** سلنه ده. په داسې حال کې چې دا کچه په هندوانو کې ۲،۷۸ سلنه او په عیسویانو کې **۲،۴۴** سلنه ده. په هندوانو کې په ښکته ژوند لرونکو قومونو کې د امیدوارۍ کچه نسبت اوچت ژوند لرونکو قومونو ته زیاته وي.

۷. خواړه (Nutrition)

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

۸. کورنۍ تنظیم

د امیدوارۍ په لږوالي کې یو بل د پام وړ فکتور د کورنې تنظیم څه عبارت دی. په زیاتره مخ پر ودې هیوادونو کې کورنۍ تنظیم د زیږیدنې په لږوالي کې کلیدې ارزښت لري (۴ ګڼه جدول). د کورنې تنظیم پروګرامونه په تیزۍ سره مخې ته ځي او د نورو فکتورونو په نسبت یوازې ترلو سرچینو ته اړتیا لري.

۹. نور فکتورونه

امیدوارۍ د بیلابیلو فزیکي، بیولوژیکي، ټولنیزو او کلتوري فکتورونو له کبله اغیزمنه کیږي لکه د ښځې مقام او ځاي 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 روغتیایي حالت، د ښځې او ټولنې د برخې اخستنې زمینه، او نور. دغو فکتورونو ته د خلکو پام اړول ډیر اوږد مهاله دولتي پرګرامونو ته اړیتا لري او د پیسو ډیر لګښت

(c) ketabton.com: The Digital Library

غواړي.

د زیږیدنې پورې تړلي شمیرنه

(Fertility Related Statistics)

زیږیدنه کیدای شي د ګڼ شمیر اندیکاتورونو په وسیله اندازه ګیري شي چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه شوېده. که څه هم Feotal death ، مړ ماشوم پیدا کیدل او زیانونه په ټولنه کې د امیدوارۍ په اندازه کې ګډون نه لري.

۱. د زیږیدنې اندازه

د زیږیدنې اندازه د امیدوارۍ ساده ترین اندکاتور دی او پدې ډول تعریفیږي چې: په ورکړل شوي کال کې په زرو اټکل شوو د کال منځ وګړو کې د ژوندیو زیږدنو د شمیر څخه عبارت دی. دغه تعریف د لاندې فرمول په وسیله په ښه ډول ښودل کیږي.

د یوکال په موده کې ژوندۍ زیږیدنې

د زیږیدنې اندازه =-- x 1000

اټکلي د کال منځ وګړي

د زیږیدنې اندازه د امیدوارۍ یو غیرقانع کوونکی معیار دی ځکه چې ټول وګړي امیدوارۍ ته مخامخ نه وي نو ځکه دا په وګړو کې د زیږیدنې د کچې سم ښکارندوي نه دی.

۲ د امیدوارۍ عمومي اندازه

دا د بچې زیږونې عمر لرونکو (۱۵_۴۴ یا ۴۹ کلونه) ۱۰۰۰ ښځو کې د ژوندیو زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی.

په ټاکلي سیمه کې د یوکال په موده کې ژوندۍ زیږیدنې

GFR= ---

په کټ مټ سیمه اوموده کې د کال منځ ۱۵_۴۴ یا ۴۹ کلونه عمر لرونکې ښځې

(c) ketabton.com: The Digital Library

د امیدوارۍ عمومي اندازه د نه ځیرل شوي زیږیدنې اندازې یا Crude birth rate څخه د امیدوارۍ د اندازه کولو لپاره ښه معیار دی. ځکه چې مخرج یې نسبت ټولو وګړو ته یوازې هغه ښځو پورې تړلی دی چې د بچې زیږونې په پړاو کې وي خو ددې کچې ستره کمزورتیا په دې کې ده چې بیا هم ټولې ښځې د بچي راوړلو خطر ته مخامخ نه وي.

۳ د امیدوارۍ عمومي مورنۍ اندازه

دا د یو کال په موده کې په زرو واده شوو ښځو کې چې د بچي زیږونې په پړاو (**۱۵_۴۴** یا **۴۹** کلونه) کې وي د ژوندیو زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی.

۴ په ځانګړي عمر کې د امیدوارۍ اندازه

د امیدوارۍ د اندازه کولو ښه معیار د ځانګړي عمري امیدوارۍ د اندازې څخه عبارت دی چې پدې ډول تعریفیږي: د یو کال په موده کې په ځانګړي عمر لرونکو زرو ښځو کې د ژوندیو زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی. په ځانګړي عمر کې د امیدوارۍ اندازه د امیدوارۍ په ښه باندې رڼا اچوي او همدارنګه د کورني تنظیم د موخو د لاس ته راوړلو لپاره ښه اندکاتور دی.

۵ په ځانګړي عمر لرونکو میندو کې د امیدوارۍ اندازه (

دا د یو کال په موده کې په ځانګړي عمر لرونکو واده شوو زرو (۱۰۰۰) تنو ښځو کې د ژوندیو زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۶ د امیدوارۍ تولیزه اندازه

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

۷ د امیدوارۍ تولیزه مورنۍ اندازه (Total Marital Fertility Rate)

د ماشومانو د منځني شمیر څخه عبارت دی چې یوه واده شوي ښځه به یي زیږوي. که چیرې نوموړې ښځه د خپل بچي زیږونې په عمر کې د امیدوارۍ دغه اوسنۍ بڼه وکاروي.

۸ Gross Reproductive Rate (GRR)

دا د انجونو د شمیر څخه عبارت دی چې یوه ښځه به یي زیږوي پدې ډول که چیرې نوموړې ښځه د خپل بچي زیږونې په عمر کې (۱۵_۴۴ یا ۴۹ کلونه) د امیدوارۍ دغه اوسنۍ بڼه 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 یي د خپل ژوند په موده کې زیږوي. د ځانګړي عمري امیدوارۍ اندازه او مړینې په ګډون.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۰ د ماشوم او ښځې نسبت

د زرو ښځو په سر چې د بچي زيږوني په پړاو کې وي (چې عمر يي **۱۵_۴۴** يا **۴۹** کلونه وي) د هغو ماشومانو د شمير څخه عبارت دی چې عمر يي د ۰_۴ کلونو پورې وي. دغه نسبت په هغه ځايونو کې کارول کيږي چيرته چې د زيږيدنو د راجستر کولو شميرنه نابشپړه او يا هيڅ شتون ونلري. دا اندازه د هغه معلوماتو او ارقامو څخه اټکل کيږي چې د سرشميرنې يا Censuses څخه په لاس راځي.

۱۱ د اميدوارۍ اندازه

دا ديو کال په موده کې په واده شوو ښځو کې چې عمر يي د **۱۵_۴۴** يا **۴۹** کلونو پورې وي د اميدوارۍ د نسبت څخه عبارت دی. د اميدوارۍ کچه په ټولو هغه اميدواريو باندې مشتمله ده چې که ژوندي پيدا شوي وي، مړه پيدا شوي وي، زيان شوي وي، او يا هم هغه اميدوارۍ چې لاتراوسه يي پای نه وي موندلی.

۱۲ د زيان اندازه

په ټاکلې 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.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وګړ پیژندونکې دغه اندازه یوه غیر قناعت بخښوونکې اندازه بولي ځکه چې ددې اندازه مخرج د هغه وګړو شخه جوړ شوی دی چې ټول یي د واده کولو لپاره برابر نه دي. ددې په نسبت ډیره حساسه اندازه د د واده کولو د عمومي اندازې (General marriage rate) څخه عبارت ده.

د یو کال په موده کې د ودونو شمیر
General marriage rate = ---X 1000
غیر واده شوي ۱۵_۴۹ کلونه عمر لرونکې ښځې

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

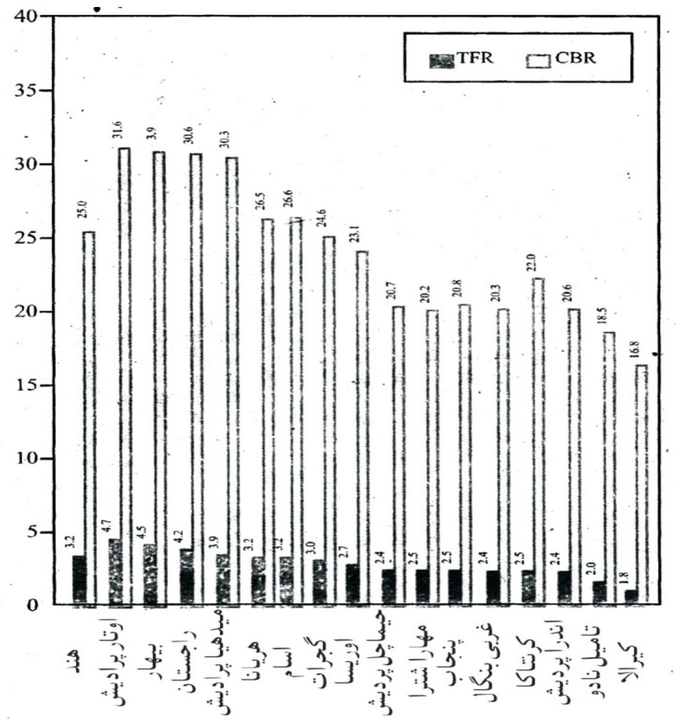
د امیدواری میلان (Fertility trends)

څیړنو ښودلې ده چې د امیدواری کچه په هند کې مخ په کمیدو ده، د نه څیړل شوو زیږیدنو اندازه د ۱۹۰۱_۱۹۱۱م کلونوکې په زرو تنو کې ۴۹۰ وه چې په ۱۹۹۱م کال کې دغه اندازه ۳۱،۳ او په ۲۰۰۲م کال کې ۲۵ تنو ته راښکته شوه.
د هیواد په داخل کې د زیږیدنې په میلان کې د پام وړ توپیر شتون لري، دا ښکاره ده چې لږ ترلږه لس ایالاتونو (ten state/ UT) خالص د بدلیدو کچه ترلاسه کړې ده چې بیلګې یي عبارت دي له: ډهلی، تامیل نادو، چاندیګرا، میزورام، کیرالا، ګوا او نورو څخه.

د 14 state /UT ایالاتونو ټولیزه د امیدواری کچه د ۱،۲ څخه زیاته ده مګر د ۳،۰ څخه لږه ده لکه اندراپرادیش، مهاراشترا، کارنتکا، اوریسا، ګجرات، پنجاب، غربي بنګال، هیماچل پرادیش (Hemachal Pradesh) او نور. که څه هم نه (۹) ایالاتونه شتون لري چې ټولیزه د امیدواری کچه یي د ۳،۰ څخه پورته ده کوم چې عبارت دي له:

بیهار، اوتارپرادیش، مدیاپرادیش، هاریانا، اسام، راجستان او نورو څخه.

لاندې شپږمه ګڼه انځور د هند په سترو ایالاتونو کې د نه څیړل شوی امیدوارۍ اندازه او تولیزه د امیدوارۍ اندازه را ښيئ.



شپږمه ګڼه انځور:

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

اوه لسمه ګڼه جدول: په ټول هند کې د امیدوارۍ اندکاتورونه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اندکاتور	کليوالي سيمې	ښاري سيمې	ټولګه
General Fertility Rate (GFR)	۱۱۲،۸	۷۷،۲	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 ګڼه جدول: ټول هند کې په ځانګړي عمر کې د اميدوارۍ کچه (په زرو ښځو کې).

عمري ډله	ښاري سيمې	کليوالي سيمې
۱۵_۱۹	۳۰	۶۰
۲۰_۲۴	۱۶۶	۲۳۲
۲۵_۲۹	۱۵۴	۱۹۳
۳۰_۳۴	۷۴	۱۱۵
۳۵_۳۹	۳۲	۶۴
۴۰_۴۴	۱۱	۲۹
۴۵_۴۹	۳	۱۰

د زيږيدنې او مړينې اندازې

د وګړو د زياتوالي ډيرې غوره برخې د زيږيدنې او مړينې د اندازو څخه عبارت دي.

په هند کې د زيږيدنې او مړينې کچه په لاندې ۱۹ ګڼه جدول کې ښودل شوې ده.

۱۹ ګڼې جدول ته په کتنې سره دا جوتيږي چې د مړينې کچه د ۱۹۵۱م کال څخه تر ۲۰۰۲م کال پورې د ۲۷،۴ څخه ۸،۱ ته په هرو زرو تنو کې راښکته شويده.

همدارنګه د زيږيدنې په کچه کې هم د ۱۹۵۱م څخه تر ۲۰۰۲م کال پورې په ترتيب 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 زيږيدنې کچه د پلان د پيل په وخت کې په زرو تنو کې د ۳۵ څخه تر ۱۹۷۸_۷۹م کال پورې ديرشو تنو ته راښکته

(c) ketabton.com: The Digital Library

شي.

د ۱۹۷۹م کال څخه تر ۱۹۸۴م کال پورې د زیږیدنې کچه یا Birth_ rate ۳۳ په زرو تنو کې وه او کوم ښکاره لږوالي پکې شتون نه لرلو. که څه هم په ۱۹۹۰م کال کې د زیږیدنې په کچه کې لږ کموالی راغی چې په زرو تنو کې ۳۰،۲ اټکل شوي وه. وروسته نور لږوالی هم پکې منځته راغی چې تر ۱۹۹۸م کال پورې د زیږدنې کچه په زرو تنو کې ۲۲،۴ وه. اوسنی اټکل داسې دی چې په هند کې د زیږیدنې او مړینې دواړه کچې مخ په کمیدو دي.

نولسمه ګڼه جدول: په هند کې د زیږیدنې او مړینې کچې.

کال	د زیږیدنې کچه	د مړینې کچه
۱۹۵۰_۱۹۴۱	۳۹،۹	۲۷،۴
۱۹۶۰-۱۹۵۱	۴۱،۷	۲۲،۸
۱۹۷۰-۱۹۶۱	۴۱،۲	۱۹،۰
۱۹۸۰_۱۹۷۱	۳۷،۲	۱۴،۸
۱۹۸۱	۳۳،۹	۱۲،۵
۱۹۹۱	۵،۲۹	۹،۸
۱۹۹۵	۲۸،۳	۹،۰
۱۹۹۶	۲۷،۵	۹،۰
۱۹۹۷	۲۷،۲	۸،۹
۱۹۹۸	۲۶،۴	۹،۰
۱۹۹۹	۲۶،۱	۸،۷
۲۰۰۲	۲۵،۰	۸،۱

د زیږیدنې لوړه اندازه (**High birth rate**)

(c) ketabton.com: The Digital Library

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 بچې 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 ښودلې ده چې ۲۰ 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 پیغلتوب 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 وښودله چې یوازې ۶۵،۳۸ سلنه وګړي زده کړه لري. د ښځو د زده کړې کچه اوس هم ډیره ښکته ده په ځانګړي ډول کلیوالو سیمو کې.
- پخواني رواجونه او عادتونه: داسې رواج دی چې هره ښځه باید واده وکړي او هر سړی باید ځوی ولري. ماشومان د خدای پاک ډالۍ ګڼل کیږي او د دوی 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 ګرځیدلی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د مړينې د اندازې کميدل

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

۱. د طبيعي پېښو يا Natural checks نشتوالی: د بيلګې په توګه لوږه (قحطي) او په غټې کچې اپيدېمي ګانې.

۲. د ناروغيو کتلوي کنترول: لکه small pox ، طاعون، کولرا ، ملريا او نور.

۳. د طبي ساينس او هنر پرمختګ: لکه په پراخه کچه د کيمياوي درملو، د ميکروب ضد درملو او حشره وژونکو موادو کارونه.

۴. د روغتيايي اسانتياوو ښه والی: د بيلګې په توګه د لومړني روغتيايي مرکزونو او نورو معالجوي مرکزونو رامنځته کيدل.

۵. د ملي روغتيايي پروګرامونو اغيزمنتوب.

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

۷. په بيلابيلو اړخونو کې نړيواله همکاري او مرسته.

۸. په زياتره خلکو کې د ټولنيز شعور وده کول.

وګړ پيژندونکي پدې آند دي چې په راتلونکې کې به د هند د مړينې په اندازه کې کوم چټک لږوالی رامنځته نه شي. ځکه زياتره د مړينې د کموالي معيارونه لکه د واکسينونو پراخه کارول، د ميکروب ضد درمل، حشره وژونکې مواد ، او نور د ژوند ژغورلو معيارونه اوس پوره شوي دي. اوس وخت کې د موخې وړ شی چې ډير ستونزمن هم دی هغه د چاپيريالي روغتيا ساتنې اود تغذيې د ښه والي او د غيراتناني او جنيتکي ناروغيو د کنترول څخه عبارت دی.

د وګړو د زياتوالي اندازه

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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 اپیدیمي ګانې به ډیرې پیښیدلي چې د ډیرو انسانانو ژوند به یې اخستلو. د ۱۹۲۱م کال څخه وروسته ستر بدلون دا وه چې وچکالي او اپیدیمي ګانې کنترول شوې ځکه چې په غذایي 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 ۱۹۲۱م کآل 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 ښيئ چې د هند د وګړو په زیاتوالي کې لږوالی راغلی دی خو بیا هم هر کال ددې هیواد په ۱۰۲۷ میلونه وګړو کې چې په ۲۰۰۱ کال کې شمیرل شوي وه ۱۲ میلونه نور وګړي ورزیاتیږي.

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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

کورنی تنظیم (Family planning)

د کورني تنظيم څو تعريفونه شتون لري. د نړيوالې روغتيايي ادارې ماهرې کميټې په ۱۹۷۱م کال کې کورنی تنظيم پدې ډول تعريف کړی دی چې:

د ژوند کولو هغه لاره ده چې افراد او جوړې د پوهې، پاملرنې او مسؤليت پر بنسټ په خپلواکه توګه د کورنۍ او ډلې د روغتيا د پرمختګ او ښه والی لپاره پريکړه کوي او په دې ډول د خپل هيواد په ټولنيز پرمختګ کې په فعال ډول برخه اخلي.

يوې بلې ماهرې کميټې کورنی تنظيم په لاندې ډول تعريف او تشريح کړی دی:

کورنی تنظيم د هغه عمليو 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 زيږيدنې وکړي.
- ترڅو د اميدواريو ترمنځ واټن منظم کړي.
- د مور او پلار د عمر په پام کې نيولو سره د وخت د کنترول لپاره په کوم کې چې زيږيدنه رامنځته کيږي.
- ترڅو په کورنۍ کې د ماشومانو شمير ځانګړی شي.

د انسانانو بنسټيز حقونه

په ۱۹۶۸م کال کې د ملګرو ملتونو کنفرانس چې د انساني حقوقو په اړوند کې په تهران کې جوړ شوی وو کورنی تنظيم د يو بنسټيز انساني حق په ډول وپيژنده.

د ۱۹۷۴م کال د اګسټ په مياشت کې Bucharest کنفرانس چې د نړۍ د وګړو په برخه کې جوړ شوی وه همدا خبره تأيد کړه او پدې يې ټينګار وکړو چې د عملي کولو پلان يې جوړ شي. دوي وويل چې دا د ټولو وګړو او جوړو بنسټيز حق دی چې د خپلو ماشومانو د شمير او ترمنځ واټن په برخه کې مسؤليت درک کړي او ازادانه پريکړه

(c) ketabton.com: The Digital Library

وکړي، او همدارنګه پدې برخه کې معلومات، تعليم او ښودنه چې څه بايد وکړي د دوي حق ګڼل کيږي.

د نړۍ کانفرانس د ښځو نړيوال کال په نوم په **۱۹۷۵**م کال کې همدا اعلان وکړو چې دا د هرې ښځې حق دی ترڅو د خپلو ماشومانو د شمير او ترمنځ واټن په برخه کې مسؤليت اميزه او ازادانه پريکړه وکړي او ددې حق د عملي کولو لپاره د معلوماتو ترلاسه کول هم د دوي حق ګڼل شوی دی. پدې ډول په تيرو څو کلونو کې کورنی تنظيم په لومړني ډول رامنځته شو او د انسان د بنستيز حق په ډول د نړيوالو د پام وړ وګرځيدو. او د کورنۍ روغتيا او ټولنيز ښه والي غوره برخه ګڼل کيږي.

د کورني تنظيم د خدمتونو موخه (Scope)

د کورني تنظيم اصطلاح د زيږيدنو د کنترول اصطلاح سره برابره نه ده بلکه په دې کې د زيږيدنو د کنترول څخه پرته نور ډير شيان هم ګڼون لري. په ۱۹۷۰م کال کې د نړيوالې روغتيايي اداري ماهرې کميټې پدې باندې ټينګار وکړو چې په کورنی تنظيم کې په ځانګړي ډول لاندې کړنې ګډون لري:

۱. د زيږيدلو ترولکې لاندې راوستل او د هغې ترمنځ مناسب واټن
۲. د شنډتوب لپاره سپارښتنه کول.
۳. د مور او پلاروالي لپاره تعليم او ښودنه
۴. د جنسي نږديوالي په اړه پوهه
۵. د ناروغتيا يا پتالوژيک حالتونو لپاره پلټنه يا Screening کوم چې د تناسلي سيستم پورې اړه لري (د رحم د غاړې کنسر)
۶. Geneticمشوره ورکول (counseling)
۷. مخکې د مور کيدو څخه مشوره کول اود طبي کتنې ترسره کول

(c) ketabton.com: The Digital Library

۸. د امیدوارۍ د ازموینو 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 تګلارو 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 روغتیایي اړخونه

د کورني تنظیم او روغتیا ترمنځ دوه اړخیزه اړیکه شتون لري.د کورني تنظیم بنسټیزې روغتیایي پایلې د نړیوالې روغتیایي ادارې د یوې علمي ډلې له خوا چې د کورني تنظیم د روغتیایي اړخونو په اړه ټاکل شوي ده په دې ډول لست شوي دي:

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

- د میندو روغتیا

د ماشوم راوړونکو میندو اخته کیدل او مړینه، غذایي حالت یې (د وزن بدلونونه، د هیموګلوبین کچه او نور)، د امیدوارۍ د مخنیوي وړ اختلاطات او زیان.

- د جنین روغتیا

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

- د تي رودونکي او ماشوم روغتیا

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نوي زيږيدلي ماشوم، تې رودونكې ماشوم، او د ښوونځي څخه مخكې عمر كې مړينه، د زيږيدنې په وخت كې د تې رودونكې روغتيا (د زيږيدنې وزن)، د ناروغيو لپاره برابروالى.

الف: **د ښځو روغتيا**

اميدواري كيدايي شي چې د ميندو لپاره ګڼ شمير خطرناكې ستونزې پيدا كړي، كيدائ شي چې د مور روغتيا د ګواښ سره مخامخ كړي او يا هم ژوند ته يې خطر پيښ كړي. په زياتره مخ پروديې هيوادونو كې د مړينې خطر چې د اميدوارۍ له كبله پيداكيږي ۱۰_۲۰ ځلي نسبت پرمختللو هيوادونو ته لوړ دى. د مور د عمر د زياتوالي سره او د دري يا څلور ځله اميدواره كيدو څخه وروسته خطر زياتيږي.

كورنى تنظيم چې د ښځې د بچې زيږونې په دوران كې مداخله كول دي، د ميندو سره مرسته كوي چې د اميدوارۍ او زيږيدنو شمير، واټن، او وخت كنترول كړي او پدې ډول د ميندو مړينه او اخته كيدنه كمه او روغتيا يې غښتلې او ښه كړي.

د كورني تنظيم روغتيايي اغيزې په لومړني ډول د لاندي شيانو له كبله منځته راځي.

i. د ناخوښه اميدواريو څخه لري والى

ii. د زيږدنو د شمير تر ولكې لاندي راوستل او ځانګړى واټن

iii. او د زيږيدنې د وخت تعينول په ځانګړي ډول د لومړنۍ او وروستنۍ زيږيدنې وخت چې نظر د مور عمر ته ټاكل كيږي.

I: ناخوښه يا نا مطلوبه اميدواري:

د كورني تنظيم غوره موخه داده چې د ناخوښه يا نامطلوبه اميدواريو څخه مخنيوي وكړي، ناخوښه اميدواري كيداى شي چې زيان يا زيان ته لاره هواره كړي، د روغتيا له پلوه د طبي څارنې څخه پرته زيان (جنايي زيان) د ناخوښه اميدوارۍ د

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

II: د زیږیدنو د شمیر ترولکې لاندې راوستل او ځانګړې واټن:

بیابیا یا تکراري امیدواري د مور د مړینې او اخته کیدلو خطر زیاتوي، دغه خطر تر دريم ځلې امیدواره کیدو وروسته د هرې امیدوارۍ سره ډیر په روښانه او ښکاره ډول زیاتیږي لکه څرنګه چې د امیدوارۍ سره د توکسیمیا، اکلامپسیا (Eclampsia) او پرې اکلامپسیا (placenta priva) خطر زیاتیږي، دغه شان د رحم د څیرې کیدو او Atony کیدو خطر هم د امیدوارۍ د شمیر سره زیاتیږي.

هغه میندې چې زیات ماشومان وزیږوي وینه لږې یې غټه ستونزه ده، همدارنګه د امیدوارۍ د شمیر د زیاتوالي سره د مړو زیږیدنو یا still birth شمیر هم په ښکاره ډول سره زیاتیږي. د بیا بیا امیدواره کیدو جسماني اغیزې کیدائ شي په دې ډول وښودل شي لکه د رحم د غاړې سرطان د پیښو او بیا بیا امیدواره کیدو ترمنځ اړیکه شتون لري.

کورنی تنظیم یوازینۍ لاره ده چې کولی شو د زیږیدنو شمیر او ترمنځ واټن پرې 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 د ي چې عمر یې د ۲۰ کلونو څخه کم او یا د ۳۰_۳۵ کلونو څخه زیات وي. په زیاتره هیوادونو کې د امیدوارۍ 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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب: د جنین روغتیا

زیاتره ولادي انومالي ګانې (لکه Downs syndrome) د مور د عمر د زیاتوالي سره یو ځای وي. ولادي انومالي ګانې کولی شو چې د زیږیدنو د وخت پر تعینولو باندې نظر د مور عمر ته وقایه کړو، او بله دا چې د وګړو څرنګوالی کولی شو یوازې د ناخوښه زیږیدنو څخه لرې والي او د ټولو هغه کاهلانو د شنډولو په وسیله چې ځانګړې ناروغۍ ولري ښه کړو.

څمونږ د شته علم او پوهې په وسیله دا ډیره ستونزمنه ده چې د کورني تنظیم ټولې جنیتیک اغیزې وڅیړو.

ج: د ماشوم روغتیا

د کورني تنظیم موضوع د کوچنیانو پورې ډیره اړه لري. داسي معلومیږي که چیرې د کورنۍ کچه او د زیږیدنو ترمنځ واټن مناسب وي نو دماشوم روغتیا ته به ډیرې غښتلې ګټې ورسیږي چې عبارت دي له:

۱. د ماشوم مړینه:

دا معلومه شوې ده چې که چیرې امیدواري ژر ژر پیښه شي نو د ماشوم مړینه ورسره زیاتیږي. د دوه زیږیدنو ترمنځ باید ۲_۳ کاله واټن شتون ولري چې د ماشوم مړینه کمه شي، نو ځکه کورنی تنظیم په یوه کورنۍ کې د ماشومانو د ژوند یا ژوندي پاتې کیدو لپاره تضمین او غوره لاره ده.

۲. د ماشوم وده، نشونما او تغذیه:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

فکتورونه ګډل کیږي. کله چې د زیږیدنو ترمنځ واټن مناسب وي او د کورنۍ کچه یا شمیر کم وي نو ماشوم کولی شي چې په پوره کچه مینه، څارنه اوخواړه چې دا ورته اړتیا لري ترلاسه کړي، یا په بله اصطلاح کورنی تنظیم د خوارځواکۍ په وړاندې اغیزمنه مخنیوونکې لاره ده.

۳. انتاني ناروغۍ:

هغه ماشوم چې په غټو کورنیو کې ژوند کوي زیات د انتاناتو خطر ته مخامخ وي. په ځانګړي ډول د هاضمي سیستم، تنفسي سیستم او پوستکي انتانات.

۴. هوښیاري:

څیړنو ښودلې ده کوم هغه ماشومان چې په غټو کورنیو کې ژوند کوي د هغوي د هوښیارۍ درجه یا IQ ښکته وي.

د ښه والي مفکوره

کورنی تنظیم د ګڼ شمیر ناسمو مفکورو سره یوځای دی. یوه ناسمه مفکوره چې د کورني تنظیم په اړه د خلکو په ماغزو کې ځای لري د شنډیدو مفکوره ده او نور خلک یې د زیږیدنو د کنترول سره برابره ګڼي. د کورني تنظیم د ښه والي او ګټې مفکوره ددې د منځته راتګ څخه یوه نیمه لسیزه وروسته منځته راغله کله چې کورنی تنظیم د کورنۍ د ښه والي د پروګرام په نوم ونومول شو.

د ښه والي مفکوره ډیره پراخه مفکوره ده او په بنسټیز ډول د خلکو د ژوند د څرنګوالي پورې اړه لري. د کورنۍ د ښه والي پروګرام موخې ډیرې اوچتې دي او هغه دا چې د خلکو د ژوند د څرنګوالي ښه والی دی.

د کوچنۍ کورنۍ قانون

د کورنۍ په کچه کې په کمه توګه توپیر د زیږیدنو په کچه کې ستر توپیر منځته

(c) ketabton.com: The Digital Library

راوړي. يوازې د يوې لسيزې په موده کې د يوې کورنۍ په سر د يو ماشوم لړوالی د وګړو په زياتوالي (GR) باندې ستره اغيزه لري.

په هند کې د کورنۍ د ښه والي پروګرام موخه داده چې خلک بايد د کوچنۍ کورنۍ د قانون سره ځان برابر کړي چې تر ۲۰۵۰ کال پورې د هند وګړي د ۱۵۳۳ ميلونو په کچه ثابت وساتل شي کوم چې د سرچپه سور رنګه مثلث په ډول نمونيز شوی دی. په پيل کې دغه پروګرام د درې ماشومانو لرونکې کورنۍ قانون ومنلو. د حالتونو په خطرناک کيدو سره د ۱۹۸۰م کال هلوځلو د دوه ماشومانو لرونکې کورنۍ قانون منځته راوړو. اوس وخت کې په درې شيانو باندې ډير ټينګار کيږي.

۱. ځامن يا لورګانې يوازې بايد دوه تنه وي (two will do)

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

۳. پراخه معافيت (Universal immunization)

په هند کې د کورنۍ د ښه والي پروګرام غټه لاس ته راوړنه داوه چې د اميدوارۍ کچه يې د ۴،۲ څخه په ۱۹۵۰م کال کې تر ۲۰۰۲م کال پورې ۱،۳ ته راښکته کړه.

ملي موخه داده چې تر ۲۰۰۲م کال پورې بايد Net Reproductive Rate =1 ترلاسه شي کوم چې نژدې د دوه ماشوم لرلو د قانون سره برابر او ترلاسه کيدای شي. ټوله هڅه او کوښښ دادی چې د کتلوي پوهونې په وسيله خلک بايد دې ته وهڅول شي چې د کوچنۍ کورنۍ قانون ومني، ورسره ځان برابر کړي او د خپل ژوند په تګلاره کې يې ځای په ځای کړي.

وړ جوړې (Eligible couples)

د وړ جوړو اطلاق واده شوو جوړو ته کيږي چې ښځه بايد پکې د بچي زيږونې عمر

(c) ketabton.com: The Digital Library

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 تنظیم خدمتونو ته اړتیا لري. د دغه وړ جوړو یوازې ۲۰ سلنه داسې جوړې دي چې عمر يي ۱۵ او ۲۴ کلونو ترمنځ دی. په ۱۹۹۹م کال کې د مارچ په یودیرشمه په هیواد کې ۱۲۸ میلونه وړ جوړو شتون درلوده. په منځني ډول هر کال ۲،۵ میلونه جوړې د بچي زيږوني ډلې خلکو سره یوځای کیږي. د کورني تنظیم دکارونو د ښه تنظیم لپاره د وړ جوړو ثبتول بنسټیز کار دی، دا په منظم ډول د کورني تنظیم پروګرام د هر کارکوونکي په وسیله دده د لوړو مقاماتو تر لاربښونې سره سم نوی (Update) کیږي.

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.

هیترتو (Hitherto) دغه اصطلاح یعنی د موخې وړ جوړې هغه جوړو ته کارولې ده چې دوه یا درې ژوندي ماشومان ولري او کورني تنظیم د دغسې جوړو سره ډیره اړیکه لري. د موخې وړ جوړو اصطلاح ورو ورو پراخه شوه او اوس یو ماشوم لرونکې جوړې آن دا چې نوې واده شوې جوړې هم په دغه جوړو کې ګڼون لري. د کله نه چې د کورني تنظیم د نظریې منل زیات شول نو د موخې وړ جوړو اصطلاح خپله اصلي معنی د لاسه ورکړه او اوس د وړ جوړو یا Eligible couple اصطلاح په پراخه ډول کارول کیږي.

د جوړو د ساتنې اندازه

د جوړو د ساتنې اندازه په ټولنه کې د امیدوارۍ ضد عملیو د خپریدو

(c) ketabton.com: The Digital Library

ښودونکې يا اندکاتور دی او په دې ډول تعريفيږي چې: دهغه وړ جوړو د سلنې څخه عبارت دی کوم چې د کورنې تنظيم د يو يا څو منل شوو لارو (لکه شنډتوب، د رحم دننی آلې، کانډم، Pill او نورو) په وسيله په اغيزمنه توګه د ماشوم د راوړلو څخه ساتل شوي وي. د ۲۰ سلنې څخه زياتې جوړې د شنډتوب يا Sterilization په وسيله په اغيزمنه توګه ساتل شوي دي. وګړپېژندونکې په دې اند دي چې ديموګرافيک موخه يعنی NRR=1 يوازې هغه خت ترلاسه کيدای شي چې د جوړو د ساتنې اندازه ۷۰ % سلنې ته لوړه شي.

د جوړو ساتنې اندازې بنسټ پدې ولاړ دی چې په کال کې ۵۰_۲۰ سلنه زيږيدنې داسې وي چې مخکې يې درې يا زيات ماشومان شتون لري. پدې ډول د ۲۰ سلنې جوړو ساتنې اندازې لاس ته راوړل ددې سره برابر دي چې ټولې دريمې او يا ددې څخه زياتې زيږيدينې بندې شي او يوه جوړه بايد دوه يا کم ماشومان ولري.

په دې ډول د وګړو مخکنی ملي تګلاره داسې وه چې تر ۱۹۹۰م کال پورې (د اوم پنځه کلن پلان تر پای پورې) د جوړو د ساتنې اندازه بايد ۴۲ سلنه وي او تر ۲۰۰۰م کال پورې بايد ۷۰ سلنې ته لوړه شي. په لنډ ډول ويلی شو چې د NRR يا Net Reproduction Rate په کمولو کې د جوړو د ساتنې اندازه غوره فکتور دی.

د ۲۰۰۰م کال د مارچ د مياشتې تر يوديرشمې نيټې پورې ۷۹ ميلونه جوړې (۴۲،۲ سلنه وړ جوړې چې د بچې زيږونې عمر يې د ۱۵_۴۴ کلونو پورې وو) په اغيزمنه توګه د يو يا څو کورنې تنظيم لارو په وسيله د اميدواری څخه ساتل شوې وې.

تر ۲۰۰۲_۲۰۰۳م کال پورې د کورنې تنظيم د بيلابيلو لارو منوونکو شمير په لاندې ډول وو.

شنډتوب يا sterilization	۴،۷۳ ميلونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رحم د د ننی آلو کاروونکې	۲،۱۱ میلونه
د کانډم کارونکي	**۱۲،۵۴** میلونه
د خولې د لارې د ګولیو کارونکې	۸،۲۴ میلونه

بیا هم د **۵۴** سلنې په شاوخواکې ور جوړې اوس هم د امیدوارۍ په وړاندې ساتل شوې نه دي. د ایالاتونو په شمیر ځینې ایالاتونو دا ښه ماته کړې ده، داسې ښئ چې ځینې ایالاتونه لکه پنجاب، ګوجرات، کرنتاکا، هاریانا، ماراشترا، او تامیل نادو هغه ایالاتونه دي چې د خپلو وګړو د پنځوس سلنې څخه زیاتې زیږیدنې یې د امیدوارۍ ضد عملیو په وسیله تر پوښښ لاندې راوستې دي.

ځینې نور ایالاتونه لکه بیهار، اوتارپرادیش، اسام، راجستان، غربي بنګال، جموکشمیر او نور ډیر وروسته پاتې دي او د هیلې برخلاف د امیدوارۍ ضد عملیو د منلو کچه یې ډیره ښکته ده.

شلمه ګڼه جدول د هغه ور جوړو سلنه ښئ چې د هیواد په ځینو ایالاتونو کې د امیدوارۍ ضد ټولو لارو په وسیله په اغیزمنه توګه ساتل شوې دي.

شلمه ګڼه جدول: په موُثره توګه د جوړو د ساتنې سلنه (د ټولو لارو او sterilization په وسیله) د ۲۰۰۰م کال د مارچ په ۳۱ نیټه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ايالت	د ټولو لارو په وسيله	د شنډتوب په وسيله
اندراپراديش	۵۲،۸	۴۵،۵
اسام	۱۵،۲	۱۲،۵
بيهار	۲۱،۲	۱۲،۷
ګجرات	۵۲،۸	۳۵،۴
هاريانا	۴۹،۴	۳۲،۳
کارناټاکا	۵۲،۳	۴۴،۸
کيرالا	۳۹،۷	۳۴،۵
ماډياپراديش	۴۵،۹	۲۸،۰
ماهاراشترا	۳،۴۹	۴۰،۰
پنجاب	۶۵،۵	۳۵،۲
راجستان	۳۲،۱	۲۲،۹
تاميل نادو	۳۰،۴	۳۹،۳
اوتارپراديش	۳۸،۰	۱۷،۳
غربي بنګال	۳۲،۲	۲۷،۲
اوريسا	۳۷،۲	۲۲،۵
ټول هند	۴۲،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 ۱۹۷۶ 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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

څرنګه 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 روغتیایي 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 کورنۍ تنظیم په اداري خدمتونو کې اصلاح کړلې، دغې تګلارې خلکو ته خوښه ورکړه چې په خپلواکه توګه د بچې 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 روغتیایي او غذایي حالت یې ښه شي، د ماشوم ژوند او روغتیا، د کورنۍ ښه والي خدمتونو نه ترلاسه شوي اړتیاوې، د هغه ډلې خلکو لپاره د روغتیایي خدمتونو برابرول چې لږ خدمت ورته شویدی (لکه ښاري پس کوڅې، قبیلوي وګړي، د غرونو خلک، بې ځایه شوې او کډوال خلک)، د نوي بالغو یا Adolescent روغتیا او زده کړه، پلان شوو موراوپلار کې د سړي د برخې اخیستنې زیاتوالی، او د غیر دولتي ادارو سره هماهنګي په بر کې نیسي.

د ۲۰۰۰م کال د وګړو ملي تګلاره دا موخه لري چې تر ۲۰۱۰م کال پورې د امیدوارۍ 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ترلاسه کړي.

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

۱. د بنسټيزو نه ترلاسه شوو اړتياوُ 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 راښکته 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 راښکته 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 خوښې سره سم د زيږيدنې د منظم والي او اميدوارۍ د مخنيوي په باره کې معلوماتو، مشوره کولو، او خدمتونو ته پراخه لاس رسی ولري.

۹. زيږيدنه، مړينه، واده کول او اميدوارۍ بايد سل په سلو کې ثبت شي.

۱۰. د AIDS د خپريدو مخه بايد ونيول شي او د تناسلي سيستم د انتاناتو، د

(c) ketabton.com: The Digital Library

جنسي نږدې والي په وسیله لیږدیدونکو انتاناتو او AIDS ، د کنترول ملي ادارو ترمنځ باید غښتلې همکاري شتون ولري.

۱۱. د ساري ناروغیو کنترول او وقایه

۱۲. د هند د طبي سیستم هم غړي کول دبچې زیږونې او ماشوم روغتیایي خدمتونو سره، او هرې کورنۍ ته د دغه خدمتونو رسول.

۱۳. د کوچنۍ کورنۍ د قانون غښتلي کول ترڅو د ټولیزې زیږیدنې اندازه یا TFR بدله شي.

۱۴. د اړونده ټولینز سکتوري پروګرامونو رامنځته کول او عملي کول ترڅو د کورنۍ د ښه والي پروګرام د خلکو مرکزي پروګرام وګرځي.

که چیرې د ۲۰۰۰م کال د وګړو ملي تګلاره په بشپړه توګه عملي شي نو داسې هیله شتون لري چې تر ۲۰۱۰م کال پورې به د هند وګړي د ۱۱۲۲ میلونو پرځای چې د وګړو د اټکل د تخنیکي ډلې په وسیله اټکل شوي دي، ۱۱۰۷ میلونه وي.

په همدې ډول داسې اند شتون لري چې د زیږیدنې نه څیړل شوې اندازه یا Crude death rate به په هرو زرو تنو کې ۲۱ ، د تې رودونکي ماشوم مړینه به په هرو زرو ژوندیو زیږیدنو کې ۳۰ ،او ټولیزه د امیدوارۍ اندازه یا TFR به ۲،۱ وي.

د وګړو د ثابت ساتلو هڅې به یوازې هغه وخت اغیزمنې وي چې بنسټیز خدمتونه د کلیو او کورونو په سطحه ترتیب او ترپوښښ لاندې راشي. د شته روغتیایي جوړښت نابشپړ والی ددې لامل کیږي چې د امیدوارۍ ضد خدمتونو نه ترلاسه شوې اړتیاوې ۲۸ سلنه، د روغتیایي مرکز څخه د باندې (out reach) سیمو او د امیدوارۍ ضد پوښښ ترمنځ واټن زیات شي. د ۲۰۰۰م کال تګلاره باید په ټول هیواد کې د ایالاتونو په ګډه مرسته په پراخه ډول عملي شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د امیدوارۍ ضد لارې

(Contraceptive methods)

د تعریف له مخې د امیدوارۍ ضد لارې هغه مخ نیوونکې لارې دي چې د ښځې سره مرسته کوي ترڅو د ناخوښه امیدواریو څخه ځان وساتي. په دې کې ټول هغه معیارونه ګډون لري کوم چې د جنسي نږدیوالي له کبله د امیدوارۍ د منځته راتګ څخه مخنیوی کوي.

دا وروستي څو کلونه د امیدوارۍ ضد لارو له پلوه د بدلون (انقلاب) سره یوځای دي، په دې معنا چې هڅه کیږي ترڅو د تخمې د ازادیدو په دوران کې مداخله وشي.

په عمومي ډول داسې پیژندل شوې ده چې د امیدوارۍ ضد لارو څخه یوه هم مناسبه یا idial لاره نده. یعنی داسې د امیدوارۍ ضد لاره نشته چې هغه ساتل شوې، اغیزمنه، د منلو وړ، ارزانه، د بیرته ګرځیدنې وړ، کارول یي اسانه، د جنسي عمل پورې بې اړیکې، د اوږد وخت لپاره دوام لرونکې، د بیابیا کارولو لپاره اړتیا ونه لري او په پای کې ډیرکم یا هیڅ طبي کتنه ونه غواړي.

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

د یوې منل شوې امیدوارۍ ضد لارې د پیدا کیدو لپاره پلټنې رواني دي. د کورنۍ تنظیم پروګرامونو اوسنۍ تګلاره داسې ده چې د خلکو لپاره د خپلې خوښې سره سمه لاره برابره کړي. پدې ډول چې ټولې لارې خلکو ته وړاندې کړي او بیا خلک د خپلې خوښې او اړتیا له مخې یوه ورڅخه وټاکي او پدې ډول کورنۍ تنظیم د خپل ژوند یوه برخه وګرځوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د معمولي یا conventional امیدوارۍ ضد لاري اصطلاح هغه لارو ته کارول کیږي کوم چې د جنسي نږدیوالي په وخت کې ورځخه ګټه اخستل کیږي لکه کانډم، سپرم وژونکي او نور.

د امیدوارۍ ضد هره لاره خپلې ګټې او تاوانونه لري، د هر امیدوارۍ ضد لارې کامیابي یوازې پدې پورې اړه نه لري چې د امیدوارۍ په مخنیوي کې څومره اغیزمنه ده بلکه ددې د دوامداره ځانګړي کارولو پورې هم اړه لري.

د امیدوارۍ ضد لارې کولی شو چې په پراخه ډول په دوه ډلو باندې وویشو، یو د واټن یا spacing لارې، او بل نهایي یا terminal لارې دي. چې په لاندې ډول ښودل شوي دي.

I. د واټن رامنځته کوونکي لارې

۱. د مخنیونې لارې

- فزیکي لاره
- کیمیاوي لاره
- یوځاي یا combined لاره

۲. د رحم دننی آله یا intra uterine device

۳. هارموني لاره

۴. د جنسي عمل څخه وروسته یا post conceptional لاره

۵. او داسې نور یا miscellaneous

II. نهایي یا **Terminal** لارې

۱. د سړي عقیم کول یا Male sterilization

۲. د ښځې عقیم کول یا Female sterilization

(c) ketabton.com: The Digital Library

د مخنيونې لارې (Barrier methods)

ګڼ شمير د مخنيونې لارې چې د ښځې او نر دواړو لپاره د منلو وړ وي شتون لري. د دغو لارو موخه داده چې د ښځينه تخمې يا اوم سره د ژوندي سپرم د يوځاى کيدو څخه مخنيوى وکړي.

دمخنيونې لارې پدې نژدې وختونو کې ډيرې مشهورې شويدي ځکه چې ګڼ شمير د اميدوارۍ ضد او پرته د اميدوارۍ ضد ګټې لري. غوره د اميدوارۍ ضد ګټه يې داده چې هيڅ کومه ناوړه اړخيزه اغيزه نه لري کوم چې د اميدوارۍ ضد ګوليو (درملو) او د رحم د دننني الې سره يوځاى وي. او غوره غير د اميدوارۍ ضد ګټې يې دادي چې د جنسي نږديوالي په وسيله ليږديدونکو ناروغيو د ليږد څخه مخنيوى کوي، د حوصلې د التهابي ناروغيو پيښيدل کموي، او ځه ناځه د رحم د غاړې سرطان څخه هم مخنيوى کوي.

دمخنيونې لارو لپاره په لوړه کچه د خلکو هڅونه په کار ده ترڅو کارول يې زيات شي. په دوديز ډول د ګوليو او د رحم د دننني 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 کاريدونکې لاره چې نران ورڅخه ګټه اخلي د کانډم د کارونې څخه عبارت ده. په هند کې دا د تجارتي NIRODH په نوم ښه پيژندل کيږي چې يو sanskrit لغت دى او د مخنيوي معنى لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کانډم کارونې نن ورځ نوې معنی خپله کړیده، پدې ډول چې یوه اغیزمنه، ساده، د امیدوارۍ ترمنځ واټن پیداکوونکی لاره ده چې اړخیزې اغیزې نه لري،او د امیدوارۍ د مخنیوي ترټنګ کانډم دواړه یعنی نر او ښځه د جنسي نږدیوالي په وسیله لیږدیدونکو ناروغیو څخه ساتي.

کانډم د جنسي نږدیوالي څخه مخکې یو انتعاذي قضیب ته اغوستل کیږي. د څوکه لرونکي نهایت څخه یي باید هوا ونه وځي ترڅو د انزال لپاره ساحه برابره کړي او کله چې د مهبل څخه ویستل کیږي 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 وژونکی جیل وکارول شي نو اغیزمنتوب به یي 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 امیدوارۍ ضد ډیره اغیزمنه لاره وي خو که چیرې د هرځل جنسي عمل لپاره په سم ډول وکارول شي. د پاتي راتللو کچه یي ډیره توپیر لرونکې ده، سروې ښودلې ده چې د امیدوارۍ کچه یي په هرو سلو ښځو کې د یو کال په موده کې (۱۰۰ women year) د ۲_۳ څخه تر څوارلس (۱۴) پورې توپیر لري او زیاتره عدم کفایه یي د ناسمې کارونې څخه منځته راځي.

د کانډم ګټې عبارت دي له:

۱. په اسانۍ سره پیدا کیږي.

۲. خوندي او ارزانه دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳. کارول يي اسانه دی او کومې طبي کتنې ته اړتيا نه لري.

۴. ناوړه اړخيزې اغيزې نه لري.

۵. لږ متکاثف دی او يوازې يو ځل کارول کيږي.

۶. يوازې د اميدوارۍ ضد اغيزه نه لري بلکه د جنسي نږديوالي په وسيله ليږديدونکو ناروغيو د ليږد څخه هم مخنيوی کوي.

د کانډم تاوانونه عبارت دي له:

۱. کيدای شي چې د ناسمې کارونې له کبله د جنسي عمل په وخت کې ووځي يا وشليږي.

۲. په ځايي ډول جنسي حس (sex sensation) کې لاس وهنه کوي، يو څه خلک دا ګيله کوي مګر نور يي کاروي.

د کانډم ستر محدوديت دادی چې زياتره نران يي په منظم ډول او پوره پام سره نه کاروي که څه هم د ناخوښه اميدوارۍ او جنسي ناروغيو خطر زيات وي.

کانډم په هند کې د Hindustan latex (په ټراونډرم کې) او London rubber_ industries (په چيناي کې) په وسيله جوړيږي. درې ډوله کانډم په هند کې پيدا کيږي: ډيلوکس نايرود (Deluxe Nirodh)، ډرای نايرود (Dry_Nirodh) او سوپر ډيلوکس نايرود (Super deluxe Nirodh). د تجارتي ډول ترڅنګ کانډم د ټولنيز مارکيټنګ پروګرام له اړخه هم ويشل کيږي.

ښځينه کانډم

ښځينه کانډم يو pouch دی چې د پولي يوريتان (polyurethane) څخه جوړ شوی دی کوم چې په مهبل کې اېښودل کيږي. دننئ حلقه يي د رحم د غاړې سره تړلې اړيکه لري او هغه پوښوي، او باندنۍ حلقه يي د مهبل څخه د باندې پاتې کيږي. دا

(c) ketabton.com: The Digital Library

دمخکې څخه د سليکان په وسيله ښويه شوې وی او د سپرم وژونکو موادو کارولو ته اړتيا نه ليدل کيږي.

ښځينه کانډم د جنسي اتناناتو په وړاندې يوه اغيزناکه مخنيونه ده، خو بيا هم لوړ قيمت او د منلو وړتيا ددې ډول کانډم غټې ستونزې دي. د عدم کفايي کچه يې د يو کال کارونې سره په هرو سلو ښځو کې د پنځو (۵) څخه تر يوويشت (۲۱) پورې توپير لري.

۲: پرده يا ديافرام (Diaphragm)

پرده يوه مهبلي مخنيونکې آله ده چې د Dutch cap په نامه هم ياديږي. دا په ۱۸۸۲م کال کې د يو جرمني ډاکټر په وسيله جوړه شوې ده.

ديافرام يو سطحي پيالې ته ورته جوړښت دی چې د Synthetic رابړي يا پلاستيکي موادو څخه جوړ شوی دی، قطر يې د ۵_۱۰ سانتي متره (۲_۴ انچې) پورې توپير لري. دا يوه قاتيدونکې يا Flexible څنډه لري کوم چې د فلز يا سپرنګ څخه جوړه شوې ده. دا ډيره غوره خبر ده چې هره ښځه بايد په ټاکلې اندازه ديافرام وکاروي.

ديافرام په قسمي ډول د سپرنګ د فشار له کبله او په قسمي ډول د مهبل د ديوال د فشار له کبله په خپل ځای پاتې کيږي. پدې ډول د کاميابه کارونې لپاره مهبل بايد بشپړ غښتلتيا يا ټون ولري، پرته له دې د سايتوسيل (Cystocele) په شديده درجه پيښو کې کيدای شي چې ګرده حلقه (Rim) يې ښکته راوښويږي.

ديافرام د جنسي نږديوالي څخه مخکې په مهبل کې دننه ايښودل کيږي او لږترلږه د جنسي نږديوالي څخه وروسته د شپږ ۶ ساعتونو لپاره په مهبل کې بايد پريښودل شي. د ديافرام سره يوځای سپرم وژونکې جيل هر وخت کارول کيږي چې د ديافرام په وسيله د رحم د غاړې دپاسه ساتل کيږي. په عملي ډول کومه ناوړه اړخيزه اغيزه نه

(c) ketabton.com: The Digital Library

لري او د عدم کفايي کچه يي د سپرم وژونکي جيل سره يوځای په هرو سلو ښځو کې د ۲_۱۲ پورې توپير کوي.

ګټې:

د ديافرام غوره ګټه داده چې په بشپړ ډول هيڅ خطر او طبي مضاد استطباب نه لري.

تاوانونه:

د لومړي ځل لپاره ډاکتر يا بل تربيه شوي کس ته اړتيا ده ترڅو د مهبل په دننه کې د ديافرام د ننويستلو تخنيک وښئ چې سم کارولو څخه يي ډاډ ترلاسه شي. د زيږيدنې څخه وروسته هغه وخت يي کارولی شو کله چې رحم په بشپړ ډول بيرته لومړني حالت ته راوګرځي.

د ننويستلو د تخنيک ياد لرل چې ځانګړي پاملرنه ورته اړينه ده، او د وينځلو او زيرمه کولو لپاره د اسانتياؤ برابرول هغه څه دي چې په زياتره هندي کورنيو کې يي په ځانګړي توګه په کليوالو سيمو کې ددې آلې کارول ناشوني کړي دي. نو ځکه ديافرام ډير زيات او په پراخه ډول نه کارول کيږي.

که چيرې ديافرام د مهبل په دننه کې تر ډيره وخته پورې پاتې شي نو د توکسيک شاک سندروم منځته راتګ شونی دی کوم چې د محيطي يا peripheral شاک هغه ډول دی چې بيا ژوندي کولو (Ressociatation) ته اړتيا لري.

ديافرام د Vimule cup, Vault cup, Cervical cup په ګډون د زيات بدلون له کبله دغه اله هم د کورني تنظيم د ښه والي په ملي پروګرام کې د کارونې لپاره نه وړاندې کيږي.

۳: مهبلي سفنج (Vaginal sponge)

(c) ketabton.com: The Digital Library

يوه بله مخنيوونکي اله چې د کلونو راهسې کارول کيږي د مهبلي سفنج څخه عبارت ده. مګر يوازې پدې اوس وختونو کې د امريکا په متحده ايالاتونو کې د اميدوارۍ د مخنيوونکي آلې په ډول د کاروني لپاره د TODAY په نوم تجارتي مارکيټ ته وړاندې شوې ده. دا يو وړوکی د پولي يوريتان څخه جوړ شوی سفنج دی چې پنځه (۵) سانتي متره × ۲،۵ سانتي متره غټوالی لري چې د Non oxynol-9 سپرم وژونکي په وسيله مشبوع شوی وي.

مهبلي سفنج د ديافرام څخه لږ اغيزمن دی مګر بيا هم د نيشت څخه ښه دی. د عدم کفايي کچه يې په څو ځلي اميدواره شوو ښځوو کې ۲۰_۴۰ او په يوځل اميدواره شوو ښځو کې ۹_۲۰ په هرو سلو ښځو کې د يو کال په موده کې ده.

ب: کيمياوي لارې

په ۱۹۶۰م کال کې د رحم دننني آلې او ګوليو د منځته راتګ څخه مخکې سپرم وژونکي (مهبلي کيمياوي د اميدوارۍ ضد) توکي په پراخه ډول کاريدل. دا په څلورو ډلو باندې ويشل شوي دي چې عبارت دي له:

۱. Foams : فوم تابليت، Foam aerosol

۲. کريم : Jellies او Pastes ← Squessed from a tube

۳. Suppositories : چې په لاس باندې دننه کيږي.

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

سپرم وژونکي د بنسټ لرونکي وي په کوم کې چې سپرم وژونکي مواد راټول وي. په اوس وخت کې ډير کاريدونکي سپرم وژونکي توکي د برسيرن فعال عواملو يا Surface active agents څخه عبارت دي، کوم چې د سپرم سره ځان نښلوي او د سپرم په وسيله د اکسيجن اخستلو مخه نيسي او په پای کې سپرم وژني.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د سپرم وژونکو غټ تاوانونه عبارت دي له:

۱. د عدم کفایي کچه یي 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 کیږي.

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

سپرم وژونکي باید سیستمیک 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 امیدوارۍ ضد اغیزه ولري. نو ځکه سپرم وژونکي مواد د ماهرینو له اړخه د امیدوارۍ د مخنیوي لپاره نه وړاندې کیږي.

که چیرې سپرم وژونکي درمل د مخنیونې د لارو سره په یوځای ډول وکارول شي نو غوره کار دی. پدې نژدې 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.

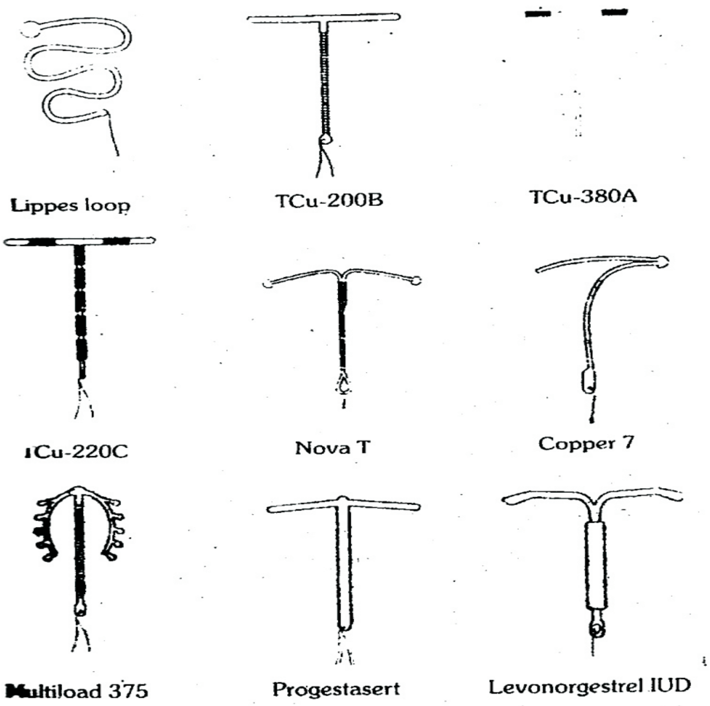
د رحم دننۍ آلې (Intra Uterine Devices)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

غیرطبي د رحم دننني آلې په دوديز ډول لومړي جنيريشن د رحم دننني آلو ته اطلاق کيږي. مس لرونکي د رحم دننني الې دوهم جنيريشن او هارمون ازادونکي د رحم دننني آلې دريم جنيريشن جوړوي.

په لاندې اومه ګڼه انځور کې د رحم د دننني آلو بيلابيل ډولونه ښودل شوي دي.



اومه ګڼه انځور:

طبي د رحم دننني آلې ددې لپاره جوړې شوې چې ناوړه اړخيزې اغيزې يې لږې او د اميدواري ضد اغيزه يې زياته شي، مګر دا ډيرې قيمته دي او د يو څه وخت څخه وروسته بايد بدلې شي ترڅو اغيزمنتوب يې وساتل شي. په اومه ګڼه انځور کې د رحم د دننني آلو بيلابيل ډولونه چې په هند کې کارول کيږي ښودل شوي دي.

په هند کې د کورني تنظيم د ښه والي ملي پروګرام له اړخه د Cu-T-200B ډول

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لومړی جنیریشن د رحم دننني آلې

لومړی جنیریشن د رحم دننني 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 ښه 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 پلاستیکي موادو څخه کوم چې غیر زهرجن مواد دي جوړه شوې ده، د نسجونو سره عکس العمل نه ښئ او د اوږد وخت لپاره دوام کوي.

دا آله لږه اندازه باریوم سلفیټ 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 مهبل کې پرینښودل 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 خوښه 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

امیدواری ضد اغیزه لري، همدارنګه د خپل سر وتنې کچه یې ډیره کمه ده مګر د لرې کولو یا Removal کچه یې د اختلاطاتو لکه درد او وینې بهیدنې له کبله زیاته ده. غټه کچه لرونکی لوپ (C, D) د ځو ځلې لنګو شوو یا multiparous ښځو لپاره ډیره وړ آله ده.

دویم جنیریشن د رحم دننی آلې

ګڼ شمیر پلټېونکو دا وښودله چې یوه د منلو وړ د رحم دننی 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 تګلاره په کار واچول شوه، او هماغه وو چې د رحم د دننی 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 وړوکي د رحم دننی آله جوړه شي کوم چې کارول یې اسانه وي، په یوځل لنګو شوو یا Nuli parous ښځو کې هم.

په اوس وخت کې په تجارتي ډول ګڼ شمیر د رحم دننی آلې شتون لري چې عبارت دي له:

مخکنی آلې یا earlier devices

- Copper- 7
- Copper T- 200

نوې آلې یا Newer devices

- Variants of the T devices
  ۱. TCu- 220 C
  ۲. TCu- 380 A or Ag
- Nova T
- Multi load devices
  ۱. ML- Cu- 250

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲. ML- Cu- 375

کوم عدد چې د آلې ترڅنګ ليکل شوی دی دا په هر ملي متر مربع سطحه باندې د مسو کچه (surface area) راښئ کوم چې په دغه آله کې شتون لري. Nova T او TCu- 380Ag د نورو سره توپير لري، هغه دا چې دا آلې دپاسه د سلور پوښ لري کوم چې مسي سيم يې پوښلی وي.

نوې مس لرونکې آلې د اميدوارۍ د مخنيوي لپاره نسبت مخکنۍ يا Inert د رحم دننۍ آلو ته ډيرې اغيزمنې دي.

نوې مس لرونکې د رحم دننۍ آلې لکه Multiload devices او Variants of the_ T devices نورې ګټې هم لري لکه لږ تر لږه تر پنځه کلونو پورې اغيزمنې پاتې کيدلی شي او کولی شو چې تر ډيرې مودې پورې يې په خپل ځای کې پريږدو ترڅو چې کوم طبي يا بل ځانګړی دليل يې د وختي ويستلو لامل نه شي.

د مس لرونکو آلو ګټې عبارت دي له:

۱. د خپل سر ويستلو کچه يې ټيټه ده.

۲. اختلاطات لکه درد او وينه ورکول يې کم دي.

۳. کارول يې ساده دی، په Nuli para ښځو کې هم.

۴. د Nule para ښځو په وسيله ښې زغمل کيږي.

۵. د اميدوارۍ ضد لوړه اغيزه لري.

۶. د جنسي عمل څخه وروسته اغيزمنه د اميدوارۍ ضد آله ده خو که چيرې د غيرخوندي جنسي عمل څخه وروسته تر ۳_۵ ورځو پورې وکارول شي.

دريم جنيريشن د رحم دننۍ آلې

(c) ketabton.com: The Digital Library

دریم جنیریشن د رحم دننئ آلې په یو بل بنسټ باندې ولاړې دي لکه د هارمونونو ازادول کوم چې په ترلې کچه په دغو آلو کې شتون لري.

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

یوه بله هارمون لرونکې آله د LNG – 20 (Mirena) څخه عبارت ده کومه چې T انځور لرونکې آله ده او د ورځې شل (۲۰) مایکروګرامه لیونارجستریل (غښتلی synthetic سټرایډ دی) ازادوي. دا ډیره لږه د امیدوارۍ کیدو کچه (۲، ۰ سلنه) او هم ډیر لږ د بې ځایه امیدوارۍ (ectopic- pregnancy) د پیښیدلو چانس لري. د اوږدې مودې کلینکي څیړنو ښودلې ده چې هغه د رحم دننئ آله چې لیونارجیستریل (Levonorgestrel) ورڅخه ازادیږي د مس لرونکې آلې په نسبت د میاشتنې عادت د لږې اندازې وینې او د کمو ورځو لپاره د وینې بهیدلو سره یوځای وي. د لیونارجیستریل لرونکې آلې تر لس (۱۰) کلنونو پورې اغیزمنې دي. دغه هارمون ازادونکې آلې 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، مګر دغه آلې ډیرې قیمتي دي او په پراخه ډول نشي کاریدلی.

د رحم د دننئ آلو د عمل میخانیکیت

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

طبي یا Medicated د رحم دننني آلې د نورو ځایي اغیزو د پیدا کیدو لامل کیږي کوم چې شونې ده ددې آلې د امیدوارۍ ضد اغیزې نورې هم زیاتې کړي. داسې معلومیږي چې مس د اندومیتریوم حجروي ځواب (cellular respons) غښتلی کوي، همدارنګه دا د رحم دغاړې 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. همدارنګه دا په اندومیتریوم کې د لوړې کچې پروجسترون او کمې کچې ایستروجن اندازه رامنځته کوي او پدې ډول اندومیتریوم داسې ساتي چې د تخمې د غرس کیدو لپاره برابر نه وي.

اغیزمنتوب (Effectiveness)

د رحم دننني آلې د اغیزمنو بیرته ګرځیدو وړ د امیدوارۍ ضد لارو د ډلې څخه دي. د تیوري له مخې د رحم دننني آلې د خولې او زرقي هارموني امیدوارۍ ضد درملو څخه لږې اغیزمنې دي مګر څرنګه چې د رحم د دننني آلو د پایښت موده د هارموني ګولیو او پیچکاریو په نسبت زیاته ده نو ځکه د کورني تنظیم په پروګرامونو کې د رحم دننني آلې او د خولې د لارې کاریدونکي د امیدوارۍ ضد درمل په برابره کچه اغیزمن ګڼل کیږي.

په لاندې ۲۱ ګڼه جدول کې د ځینو د رحم دننني آلو د امیدوارۍ کچه، د خپل سر

(c) ketabton.com: The Digital Library

وتلو کچه، او د لرې کولو یا ویستلو کچه ښودل شوې ده.

د ۲۱ ګڼې جدول څخه داسې جوتیږي چې مس لرونکي د رحم دننۍ آلې نسبت Lippes loop ته د امیدوارۍ په مخنیوي کې ډیرې اغیزمنې دي او د خپل سر وتلو کچه يې هم کمه ده. څیړنو ښودلې ده چې د مس لرونکو آلو د اغیزمنتوب کچه نیغ په نیغه د دغې آلې د سربیره ساحې د مسو د کچې پورې اړه لري (چې په دوديز ډول ۲۰۰ یا ۲۲۰ ملي متر مربع وي).

یوویشتمه ګڼه جدول: په بچي زیږونکو میندو کې د لومړي کال کلینیکي تجربه:

آله	د امیدوارۍ کچه (%)	د خپل سروتلو اندزه (%)	په خپله د لرې کولو کچه (%)
Lippes لوپ	۳	۱۲،۲۰	۱۲،۱۵
Cu 7	۲،۳	۲	۱۱
Tcu- 200	۳	۸	۱۱
Tcu- 380A	۰،۸_۰،۵	۵	۱۴
پروجسترون آله	۱،۲_۱،۳	۲،۷	۹،۳
لیونارجستریل آله	۰،۲	۲	۱۷

د رحم د دننۍ آلې بدلول

Inert IUD کیدای شي چې په خپل ځای کې تر ډیرې مودې پورې ځومره چې اړتیا وي پریښودل شي، پدې شرط چې ناوړه اړخیزې اغیزې يې شتون ونلري. مس لرونکي آلې نه شوکولی چې د ناټاکل شوې مودې لپاره وکاروو ځکه چې د مسو دپاسه د مسو ورو ورو تخریبیدل او پر ځای يې د منرال ځای په ځای کیدل د دغې آلې څخه د مسو ازادیدل اغیزمن کوي نو ځکه باید وخت په وخت بدله شي او همدا شان کړنه د هارمون لرونکو آلو سره هم کیږي. دا د طبي آلو ستر تاوان دي کله چې د کورني تنظیم په سترو

(c) ketabton.com: The Digital Library

پروګرامونو کې کارول کیږي.

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 دننني 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 مګر لیونارجیستریل لرونکي آلې چې د ورځې ۱۵_۲۰ مایکروګرامه لیونارجیستریل ازادوي لکه د نوې مس لرونکو آلو په شان اغیزمنې دي.

د د رحم د دننني آلو ګټې

د رحم دننني آلې ګڼ شمیر ګټې لري چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کوو:

۱. ساده والی: د بیلګې په توګه 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 ګرځیدو وړ دي.
۶. په حقیقت کې د سیستمیک میتابولیک ناوړه اړخیزو اغیزو څخه خالي وي کوم

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې د هارمون لرونکو ګولیو سره یوځای وي.

۷. د پایبنت موده یې زیاته ده.

۸. دوامداره هڅونې ته پکې اړتیا نشته لکه هر وخت باید ورځنی pill واخستل شي، او یا په کلک او سم ډول د مخنیونې لاره وکارول شي. د هڅولو لپاره یې یوازې همدا یوه کړنه بسنه کوي.

بیا هم لکه د نورو امیدوارۍ ضد لارو په ډول د رحم دننني آلې هم ناوړه اړخیزې اغیزې پیدا کوي لکه زیاته وینه بهیدنه او درد.

د رحم د دننني آلو مضاداستطبابات

مطلق مضاداستطباب:

الف: شکمنه امیدوارۍ

ب: د حوصلې التهابي ناروغۍ

ج: د نامعلوم لامل له کبله مهبلي وینه بهیدنه

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

ه: مخکنۍ بې ځایه امیدواري یا Ectopic pregnancy

نسبي مضاداستطباب:

الف: وینه لږي

ب: زیاته وینه بهیدنه یا Menirrhagia

ج: د تیرې امیدوارۍ راهسې د حوصلي د التهابي ناروغیو تاریخچې

د: د رحم دغاړې زوه لرونکي یا قیحي افراغات

ه: د ولادي ګډوډیو یا Fibroid له کبله د رحم د تشې بدلیدل (distortion)

و: نه هڅول شوی یا غیر مناسب تن.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رحم د دننۍ آلې لپاره وړ کاندید

د امریکا پلان شوي مورپلار کېدو اداري یا _ Planned Parenthood Federation of America (PPFA) د رحم د دننۍ آلې د کارولو لپاره وړ ښځې په دې ډول ښودلې دي چې:

- هغه ښځې چې لږ تر لږه یو ماشوم یې زیږولی وي.
- د حوصلې د ناروغیو تاریخچه ونه لري.
- د میاشتنۍ عادت موده یې نورماله وي.
- ددې وړتیا ولري چې د رحم د دننۍ آلې د لکۍ کتنه وکړي.
- د غبنتلو ستونزو درملنې او بیا کتنې ته لاس رسی ولري.
- هغوی چې د یو نفر سره جنسي اړیکه ولري (monogamous).

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

مهه خبره چې پدې نژدې وختونو کې منځته راغلې ده هغه داده چې د رحم دننۍ آلې د Nuli para ښځو لپاره لومړنۍ تاکنیزه لاره نده، دوي د رحم د دننۍ آلې د کارولو له کبله نسبت نورو ښځو ته ډیرې ستونزې پیدا کوي لکه په خپل سر د آلې وتنه، د ګیډې د ښکته برخې درد، او د حوصلې انتانات.

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

په ۱۹۸۵م کال کې د امریکا نسایي ولادي پوهنځي یا _the American college of Obstetricians and Gynecologists پدې ټینګار وکړو چې هغه ښځې کومې چې

(c) ketabton.com: The Digital Library

هیڅ ماشوم ونه لري او یا ګڼ شمیر د جنسي عمل ملګري ولري باید د رحم دننۍ آلې ونه کاروي ځکه په دوي کي د حوصلي د التهابي ناروغیو یا PID خطر زیات دی او هم شونې ده چې شنډې شي.

د دننه کولو لپاره یې سم وخت

که څه هم د بچي زیږونې په وخت کې ښځې کولی شي چې هر وخت د رحم دننۍ آلې وکاروي (پرته د امیدوارۍ څخه). مګر بیا هم د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو لپاره ډیر ورې وخت د میاشتني عادت د وخت څخه عبارت دی (د میاشتني عادت د پیل په اولو لسو ورځو کې).

د تخنیکي اړخه د رحم د دننۍ آلې دننه کول د میاشتني 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 مایومتریوم تقلصیت کوم چې شونې ده د آلې د خپل سر وتلو لامل شي هم کم وي، او همدارنګه د میاشتني عادت په وخت کې د امیدوارۍ د شتون خطر هم له منځه ځي.

د رحم دننۍ آلې کیدلی شي چې یوه اونۍ وروسته د زیږیدنې څخه مخکې له دې چې ښځه روغتون پریږدي وکارول شي. مګر وروسته د زیږیدنې څخه په لومړۍ اونۍ کې د رحم د دننۍ آلې دننه کول ځانګړې پاملرنه غواړي ځکه چې پدې وخت کې د رحم د څیرې کیدو خطر زیات وي. بله دا چې وختې دننه کول د لوړ خپل سر وتلو کچې (expulsion rate) سره یوځای وي.

د لوپ داخلولو لپاره دودیز وخت ۲ـ۸ اونۍ وروسته د زیږیدنې څخه دی. په دغه وخت کې د رحم د دننۍ آلې کارول ډیرې ګټې لري. دا کولی شو چې د ښځې او ماشوم د بیا یا تکراري کتنې سره یوځای کړو. همدارنګه د رحم دننۍ آلې کولی شو

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې د لومړني ترایمستر د قانوني زیان څخه وروسته وکاروو مګر د دوهم ترایمستر زیان څخه وروسته ژر یا په چټک ډول د رحم د دننني آلې کارول نه سپارښت کیږي. زیاتره ډاکتران د غیرقانوني زیان څخه وروسته د رحم د دننني آلې کارول نه مني ځکه چې پدې وخت کې د انتان د منځته راتګ خطر زیات وي.

بیا کتنه یا Follow up

د د رحم دننني آلو د دننه کولو غوره اړخ د هغو د بیا کتنې څخه عبارت دی چې زیاتره هیر شوی وي. د بیا کتنې موخې یې عبارت دي له:

الف: چې د ښځو د هڅونې او روحي غښتلتیا لپاره مرسته (support) برابره کړي.

ب: چې د رحم د دننني آلې د شتون څخه ډاډ تر لاسه شي.

ج: او چې کومه ناوړه اړخیزه اغیزه یا ګډوډي پیدا کیږي هغه تشخیص او درملنه کړي.

د رحم د دننني آلو کارونکو ښځو کتنه باید د لومړي میاشتني عادت څخه وروسته ترسره شي ځکه چې پدې وخت کې د لوپ د خپل سر وتلو چانس زیات وي، او دوهم ځل د دریم میاشتني دوران څخه وروسته باید بیا کتنه تر سره شي ترڅو درد او د وینې بهیدنې ستونزې وارزول شي او تر دې وروسته د شپږ میاشتو یا یو کال په واټن چې د ناروغ د هوسایې او اسانتیا د شتون پوري اړه لري، باید بیا کتنه تر سره شي.

د رحم د دننني آلو کارونکو ښځو ته باید لاندې سپارښتنې وشي:

الف: هغه باید په منظم ډول د آلې لکۍ یا تار وګوري ترڅو ډاډ ترلاسه کړي چې آله په رحم کې په سمه توګه ځای په ځای ده، او که چیرې یې ونه شو کړای چې د آلې تار پیدا کړي نو باید د ډاکتر سره مشوره وکړي.

ب: کله چې هم کومه ناوړه اړخیزه اغیزه لکه تبه، د حوصلې درد، او وینه بهیدنه ورته پیدا کیږي نو باید د کتنځي څخه لیدنه وکړي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ناوړه اړخیزې اغیزې او اختلاطات

۱. وینه بهیدنه

هغه ښځې چې د رحم دننۍ آلې (طبي او غیرطبي) کاروي دودیزه ګیله یې د زیاتې مهبلي وینې بهیدنې څخه عبارت ده. دا د ټولو د رحم دننۍ آلو د لرې کولو ۱۰_۲۰ سلنه جوړوي. دغه وینه بهیدنه کیدای شي چې یو یا ډیر لاندې شکلونه ونیسي:

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

د ښځې له انده غیر منظمه وینه بهیدنه د هغې د ځاني ناراحتۍ لامل کیږي مګر د طب له پلوه د اوسپنې دکموالي وینه لږې پیدا کوي په ځانګړي 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 ګولۍ وکاروي (T. Ferrous sulfate 200mg د ورځې درې ځله).

څیړنو 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 معلومیږي چې لږه په منځنۍ کچه وینه بهیدنه منځته راوړي او که چیرې هارمون ازادونکي آلې وکارول شي نو د میاشتني عادت وینه بهیدنه به کمه وي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

سپاربښتنه کيږي. زياتره ښځې د رحم د دننني آلې په ويستلو سره بيرته نورمال مياشتني عادت ته راګرځي. 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.

۲. درد

درد دوهم غټه ناوړه اړخيزه اغيزه ده چې د رحم د دننني آلې د ويستلو لامل کيږي. نړيوالې روغتيايي ادارې داسې اټکل کړېده چې **۱۵_۴۰** سلنه ښځې چې د رحم دننني آلې يې ويستلې وي يوازې د درد له کبله وي. درد کيداى 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 ګېډې د لاندنۍ برخې درد او يا هم کله کله د ورانه د لاندې برخې درد په ډول منځته راځي. دغه ګيله 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 اېښودل شوې او يا به هم د آلې د غټوالي او د رحم د تشې ترمنځ توپير شتون ولري.

همدارنګه ډير شديد درد د رحم د څيرې 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 کيداى 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 دننني آله بايد وويستل شي او د Lippes لوپ په ځاى مس لرونکي آلې کيداى شي و ازمايو، او

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرې ښځه وغواړي چې د رحم دننني آله نه کاروي نو د امیدوارۍ ضد بلې لارې څخه باید ګټه واخستل شي.

۳. د حوصلي انتانات

د حوصلي التهابي ناروغۍ يوه ګډه اصطلاح ده چې د تخمدانونو، تیوبونو، رحم، منضم انساجو، او د حوصلې پریتونیوم حاد، تحت الحاد، او ځنډني التهاب پکې ګډون لري چې په دوديز ډول د انتان له کبله منځته راځي.

څیړنو ښودلې ده چې د رحم د دننني آلو کارونکو ښځو کې د حوصلې التهابي ناروغیو چانس نسبت د دغه آلو نه کارونکو ښځو ته ۲_۸ برابره زيات دی او دغه خطر په هغه ښځو کې نور هم زیاتیږي چې ګڼ شمیر جنسي ملګري ولري، شونې ده چې د جنسي نږدیوالي په وسیله د لیږدیدونکو ناروغیو یا SDT له کبله وي. د حوصلې د التهابي ناروغیو غټ خطر کیدای شي چې رحم ته د رحم د دننني آلې د دننه کولو په وخت کې رحم ته د بکتریاوو د ننوتلو له کبله رامنځته شي.

اوس داسې اند شتون لري چې د حوصلې التهابي ناروغۍ د هغه ارګانیزمونو له کبله منځته راځي کوم چې د رحم د دننني آلې د تار یا لکۍ د لارې د ښکته نه پورته رحم او تیوبونو ته لیږدول کیږي. دغه ارګانیزمونه عبارت دي له:

An aerobic streptococcus, Bacteriods, Gardnerella, Coliform bacilli او Actinomycoces څخه. داسې معلومیږي چې د حوصلې د التهابي ناروغیو خطر د رحم د دننني آلې د دننه کولو څخه وروسته په اولو څو میاشتو کې زیات وي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ولري، بیا هم د PID یوه یا دوه حملې کولی شي چې شندتوب منځته راوړي او Fallopian تیوبونه د تل لپاره بند کړي. د دې لپاره ځوانې ښځې د رحم د دننۍ آلې د ټاکلو څخه مخکې باید د حوصلې د التهابي ناروغیو په خطرونو باندې پوهې شي.

کله چې د حوصلې التهابي ناروغۍ په ګوته شي نو باید ژرترژره د پراخه ساحه اغیزو لرونکو میکروب ضد درملو په وسیله درملنه شي. زیاتره ډاکتران وایي چې که چیرې د میکروب ضد درملنې سره سره انتان په ۲۴_۴۸ ساعتونو کې ځواب ورنه کړي نو د رحم دننۍ آله دې وویستل شي.

د حوصلې د التهابي ناروغۍ د خطر د شتون له کبله د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو په وخت کې باید ځینې ځانګړي حالتونه په پام کې ونیول شي لکه د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو لپاره د ځانګړو ښځو ټاکنه، ښه د پاکوالي (تعقیم) شرایط، ښه د دننه کولو تخنیک، او د داسې یوې آلې منځته راتګ چې لکۍ یا تار ونه لري.

۴. د رحم څیرې کیدل

زیاتره کارکوونکو د رحم د دننۍ آلې د کارولو له کبله د رحم د څیرې کیدلو راپور ورکړی دی. د راپور ورکړل شوو پیښو کچه یو پر ۱۵۰ څخه تر یو پر ۹۰۰۰ دننه شوو آلو پورې توپیر لري چې د دننه کولو د وخت، د رحم د دننۍ آلې انځور، د دننه کولو تخینک، او د دننه کوونکي په پوهې پورې اړه لري.که چیرې د یو اوچت ډاکتر په وسیله وکارول شي نو دا خطر به د ۳،۱ سلنې څخه زیات نه وي. آله کیدای شي چې د پریتوان تشې ته لاړه شي او شدید اختلاطات لکه د کلمو بندوالی پیدا کړي.

مس لرونکي آلې د انساجو یو غښتلی عکس العمل پیدا کوي کوم چې د پریتوان د ننښلیدلو لامل کیږي. په دودیز ډول د رحم څیرې کیدل هغه وخت ډیر پیښیږي چې د زیږیدنې څخه وروسته د ۴۸ ساعتونو څخه تر شپږ اونیو پورې د رحم دننۍ آله

(c) ketabton.com: The Digital Library

وکارول شي. په زړه پورې خبره داده چې کیدای شي د رحم څیرې کیدل بشپړ غیرعرضي وي او یوازې هغه وخت په ګوته شي چې کله د رحم د دننني آلې د معلومولو لپاره کتنه ترسره شي.

قناعت ورکوونکې او د رحم د څیرې کیدلو سم تشخیص د حوصلې د عکس اخستلو یا X ray په وسیله ترسره کیږي. څیړنو ښودلې ده چې کله رحم څیرې شي نو رحم باید وویستل شي ځکه چې کیدای شي د رحم په دننه کې التهابي عکس العمل پیدا شي او لدې کبله د ګیډې داخلي غړي یو د بل سره ونښلي او یا څیرې شي چې د دې خطر نسبت د رحم د دننني آلې د ویستلو خطر څخه زیات دی.

۵. امیدواري

د ټولو د رحم دننني آلو په یوځای ډول د عدم کفایي حقیقي کچه په لومړي کال کې ۳ % سلنه ده. دغه د عدم کفایي کچه په بیلابیلو د رحم دننني آلو کې توپیر لري. د رحم دننه امیدواریو پنځوس سلنه چې د رحم دننني آله په خپل ځای پریښودل شي په زیان یا Abortion باندې خاتمه پیداکوي. که چیرې د امیدوارۍ په لومړي وخت کې د رحم دننني آله وویستل شي د دغه زیان خطر به نیمایي ته راکم شي. هغه ښځې چې د د رحم د دننني آلې په شتون کې امیدوارۍ ته دوام ورکوي څلور برابره پکې د مخکې د وخت څخه زیږیدنې چانس نسبت نورو ښځو ته زیات دی.

لومړۍ داسې فکر کیدلو چې د رحم د دننني آلې په شتون کې امیدواري خوندي او تاوان نلري او تر ډیره وخته پورې دوام نه کوي. مګر د رحم د دننني آلې په شتون کې امیدواري باید یو غښتلی طبي اختلاط وګڼل شي کوم چې د انتان او په خپل سر زیان یا Abortion خطر منځته راوړي. پدې برخه کې لاندې کړنې شتون لري.

الف: که چیرې ښځه وغواړي چې خپل امیدواري زیان کړي نو دا ددې قانوني حق دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ج: که چیرې ښځه وغواړي امیدوارۍ 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 تر سره شي. که چیرې د رحم د دننۍ آلې د انتان 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 ښځه 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 بریالۍ پایله ولري.

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

کله چې د رحم د دننۍ آلې کارونکې ښځه امیدواري واخلي نو شونې ده چې په بل ځای کې یا بې ځایه امیدواري منځته راشي. د لیونارجستریل او TCu – 380 A آلو په کارولو سره د بې ځایه امیدوارۍ کچه په هرو زرو ښځو کې په کال کې ۰،۲ ده په داسې حال کې چې د امیدوارۍ ضد لارو د نه کاروونکو ښځو سره پرتله شي په هغوې کې ۳ـ۴،۵ پورې ده. په پروجسترون لرونکو آلو کې دغه کچه لوړه او تر ۲،۸ پورې ده ځکه د دوی عمل یوازې د اندومیتریوم د ځایي اغیزو پورې تړلی دی.

د لیونارجستریل لرونکو آلو په کارولو سره د بې ځایه امیدوارۍ چانس کم دی ځکه دا د ګونادوتروفین (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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه ښځې چې د رحم دننني آله کاروي د بې ځايه اميدوارۍ نښې نښانې بايد ورته وښودل شي چې عبارت دي له: د ګيډې د لاندني برخې درد، تياره او تکی تکی 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 اميدوارۍ د منځته راتګ خطر زيات وي او که چيرې د اميدوارۍ ضد بله لاره عملي کولی شي نو بايد د رحم د دننني 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 ګڼه 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 ګوته کيږي کوم چې د رحم د دننني آلې تنه د رحم د غاړې څخه د باندې ليدل کيږي. کلينکې پوهه، د دننه کولو وخت، د کارونکې ښځې عمر او د اميدوارۍ شمير ټول هغه څه دي چې د رحم د دننني 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 وتنې کچه نسبت غير طبي آلو ته کمه ده. د ۲۰ سلنې څخه زيات په خپل سر وتنه نه په ګوته 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

امیدواري رامنځته شي.

۸. د ویستلو څخه وروسته بیا امیدواري

که چیرې د رحم دننني آله په خپل ځای کې په سمه توګه پرته وي او د حوصلې التهابې ناروغی کله رامنځته شوي نه وي نو د ویستلو څخه وروسته یې په امیدواری کې کوم توپیر یا کموالی منځته نه راځي. ۷۰ سلنه مخکې د رحم د دننني آلې کارونکې ښځې که چیرې د رحم دننني آله وباسي د یو کال په موده کې امیدواره کیږي. اوس دا ثابته شوېده چې د حوصلې التهابې ناروغی 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 د دننني آلې کارول، وروسته په امیدواری باندې کومه اغیزه لري.

۹. کنسر او تیراتوجنیسس

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

۱۰.مړینه

د رحم د دننني آلې د کارولو له کبله مړینه ډیره نادره ده او داسې اټکل شوې 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

زيان او يا بې ځايه اميدواري. په ريښتيا توګه پدې برخه کې د رحم دننني آلې نسبت د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درملو څخه خوندي دي په ځانګړي ډول په زړو او زيات خطر لرونکو ناروغانو کې.

په ټولو اميدوارۍ ضد لارو کې د رحم دننني آلې ډيرې اغيزمنې دي چې منځنۍ د اميدوارۍ کچه يې د يو کال کارولو څخه وروسته په سلو ځانګړو ښځو کې **۳_۵** تنه ده. د نورو لارو سره د پرتله کيدو په صورت کې د رحم دننني آلې د اميدوارۍ ضد ارزانه لاره ده ځکه د اغيزې موده يې زياته ده، نه لکه د مخنيوني لارو په ډول د رحم دننني آلې کارول د جنسي عمل د وخت پورې تړلې نه دي. د رحم دننني آلې نسبتاً زياته د دوام موده لري، غير طبي او مس لرونکي آلې د خولې د لارې اميدوارۍ ضد ګوليو په ډول سيستميک استقلابي اغيزې نه لري.

هغه ښځې چې د خولې د لارې اميدوارۍ ضد درملو ناوړه اړخيزې اغيزې نه شي زغملی نو د رحم دننني آله يې دمنلو وړ تبديلونکې لاره ده. د رحم دننني آله د شيدو ورکولو عمل نه اغيزمن کوي.

د خپل سر وتنې او ناوړه اړخيزو اغيزو لکه غيرمنظم مياشتني عادت د درلودلو له کبله د رحم دننني آله بايد يوازې هغه ځايونو کې وکارول شي چې د بيا کتنې ـ اسانتيا يې شتون ولري.

اوس نښې نښانې دا ښيئ چې د يوې ښې پوهه شوې ښځې لپاره د رحم د دننني آلې کارول يوه ښه د اميدوارۍ ضد لاره ده ځکه قناعت ورکوونکې، زياته اغيزمنه او نسبتا کم خطر لرونکې لاره ده.

د اميدوارۍ ضد هارموني درمل (Hormonal contraceptives)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

امیدوارۍ ضد لارو څخه اغیزمنه لاره ده. د ګډ (combined) ډول کارول د امیدوارۍ په مخنیوي کې سل په سلو کې اغیزمنتوب لري. دا د دوه ماشومانو ترمنځ د واټن د رامنځته کولو لپاره ښه لاره ده. داسې اټکل شوې ده چې په نړۍ کې تر **۲۵** میلونو زیات خلک د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل (pill) کاروي چې له دې جملې څخه اټکلاً لس میلونه یې په هند کې دي.

ګوناډل سټرایدونه (Gonadal steroids)

په عمومي طب کې ډاکتر د سټراید اصطلاح Adrenocortical هارمونونو ته کاروي مګر په نسایئ کې دا اصطلاح ګوناډل سټرایدونو ته کارول کیږي لکه استروجن او پروجسترون.

الف: جوړ شوي استروجنونه (synthetic oestrogens)

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

ب: جوړ شوي پروجستوجونونه (Synthetic progestogens)

دا په درې ګروپونو باندې ویشل شوي دي چې عبارت دي له پریګنانیس (pregnanes)، اُسترانیس (oestranes) او ګونانیس (gonanes) څخه.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ii. اُسترانیس (oestranes) : دا د ۱۹ نان تیستوستیرون (19 non testosterone) په نامه هم یادیږي، د بیلګې په توګه Norethisterone ، Norethisterone acetate ، Lynestrenol ، Ethynodiol diacetate او Norethynodrel . دغه ټول د فعالیدو څخه وړاندې په Norethisterione استقلاب کیږي. د ځینې ښځو لپاره استرانیس د ګونانیس په نسبت ډیر د منلو وړ وي.

iii. ګونانیس (gonanes): ډیر ځانګړي ګونان د لیونارجستریل څخه عبارت دی.

د امیدواری ضد هارموني درملو ډلبندي

د امیدواری ضد هارموني درمل چې په اوس وخت کې کارول کیږي او یا تر څیړنې لاندې دي په لاندې ډول کیدای 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 امیدواری ضد درمل (Oral pills)

۱. ګډې ګولی (Combined pill)

کمباینډ pill د امیدواری ترمنځ د واټن رامنځته کوونکې او امیدواری ضد یوه

(c) ketabton.com: The Digital Library

ستره لاره ده. اصلي يا original pill كله چې د ۱۹۶۰م كال په لومړنيو كې ماركيټ ته وړاندې شول د ۱۰۰_۲۰۰ مايكروګرامه Synthetic استروجن او لس (۱۰) ملي ګرامه پروجستوجن لرونكي وه. له دې څخه وروسته ډير پرمختګ او ښه والى رامنځته شو ترڅو د دغه ګوليو ناوړه اړخيزې اغيزې د استروجن او پروجستوجن دواړو د دوز په كمولو سره لږې كړي.

په اوس وخت كې د ګډو ګوليو زياتره فارمولې د ۳۰_۳۵ مايكروګرامه څخه زيات سينتيتيک استروجن او د ۰،۵_۱ ملي ګرام څخه زيات پروجستوجن نه لري. په پرله پسې توګه هڅه روانه ده چې د پروجستوجن كم دوز لرونكې ګولۍ رامنځته شي كوم چې لږ استقلابي تشوشات پيدا كوي.

دغه ګولۍ د ۲۱ پرله پسي ورځو لپاره وركول كيږي چې د مياشتني عادت په پنځمه ورځ پيل كيږي او وروسته اوه ورځې دمه وي په كومه موده كې چې مياشتنى عادت رامنځته كيږي. كله چې وينه بهيدل پيل شي نو دا د بل مياشتني عادت لومړنۍ ورځ شميرل كيږي. كومه وينه بهيدنه چې رامنځته كيږي د نورمال مياشتني عادت په ډول نه وي بلكه دا د نابشپړ جوړ شوي اندوميتريوم له كبله د رحم وينه بهيدنه ده كوم چې د باندنې هارمونونو د ناڅاپي بنديدلو (withdrawal) له كبله منځته راځي. نو ځكه دې ته withdrawal وينه بهيدنه هم وايي او د مياشتني عادت څخه كمه وي. بله داچې د وينې كچه چې په دې وينه بهيدنه كې د لاسه وركول كيږي د هغې وينې كچې نيمايي ده چې په تخمه ازادونكې ښځو كې منځته راځي.

كه چيرې وينه بهيدل رامنځته نه شي نو ښځې ته لارښونه كيږي چې د وروستۍ ګولۍ څخه يوه اونۍ وروسته دې دوهم دوران پيل كړي، چې په دوديز ډول ښځې د دوهم دوران په اخستلو سره مياشتنى عادت پيدا كوي. د خولې د لارې ګولۍ بايد هره ورځ په ټاكلي وخت وخوړل شي چې د شپې له پلوه بستر ته د تللو څخه مخكې يې

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د دغه پورته يادو شوو لارښونو څخه هر ډول سرغړونه د اميدوارۍ 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 يي وخوري او د بلې ورځې ګولۍ دې په خپل ټاکلي وخت سره وخوري.

د pill ډولونه

د هند د دولت د روغتيا او کورنۍ د ښه والي وزارت، د کورنۍ د ښه والي 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 ۳،۰ ملي ګرامه نارجسټرول او ۰۳،۰ ملي ګرامه ايتينايل استراډايول لري.

د MALA.D يو پاکټ اته ويشت (۲۸) دانې ګولۍ لري (چې ۲۱ يي د اميدوارۍ ضد ګولۍ دي او اوه نصواري رنګه ګولۍ يي د اوسپنې لرونکي ګولۍ دي) په بارزار 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 کيږي.

۲ يوازې پروجستوجن لرونکې ګولۍ Progestogen only pill (POP)

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

میاشتني عادت کنترول یي خراب او د امیدوارۍ کچه یي زیاته ده خو بیا هم دا په نن ورځ د امیدوارۍ ضد درملو کې ځانګړي ځای لري. هغه زړې ښځې چې د زړه او رګونو د ناروغیو له کبله کمباینډ pill پکې مضاداستطباب وي کولی شي چې ددې ګولیو څخه استفاده وکړي. همدارنګه هغه ځوانې ښځې چې د نیوپلازیا (Neoplasia) خطري فکتورونه ولري دا ګولۍ ورته مناسبې ګڼل کیږي. داسې نښې نښانې شته دي چې پروجستوجن د HDL یا (High Density Lipoprotein) سویه کموي.

۳ Post coital contraception

د جنسي عمل څخه وروسته یا Post coital یا Morning after د امیدوارۍ ضد درمل د غیر خوندي (غیر محفوظ) جنسي عمل د تر سره کولو څخه وروسته تر ۴۸ ساعتونو پورې ورکول کیږي. دوه ډوله لارې یي شتون لري.

- د رحم دننني آله یا Intra Uterine Device : ساده تخنیک یي دادی چې د رحم دننني آله په ځانګړي ډول مس لرونکي آله (copper device) وکارول شي خو که چیرې د منلو وړ وي.
- هارموني: په زیاتره حالتونو کې هارموني لارې ته غوره والی ورکول کیږي. مخکې به په ډیر لوړ دوز باندې استروجن (diethyl stilbestrol د ورځې ۵۰ ملي ګرامه په څو دوزونو د پنځه ورځو لپاره) ورکول کیدو، چې پایله یي هم ښه وه مګر داسې لوړ دوز د پام وړ ناوړه اړخیزې اغیزې پیدا کوي.

د Yuzpe او Lancee د کار څخه وروسته کمباینډ د خولې د لارې ګولۍ د جنسي عمل څخه وروسته امیدوارۍ ضد لپاره ښه مستحضر ومنل شو. ځکه چې دا لږې ناوړه اړخیزې اغیزې منځته راوړي. کړنلاره یي پدې ډول ده چې د ستندرد کمباینډ ګولیو دوه برابره دوز باید ورکړل شي. څرنګه چې زیاتره کمباینډ ګولۍ به پنځوس

(c) ketabton.com: The Digital Library

(۵۰) مایکروګرامه استروجن درلوده، نو کاریدونکی رژیم پدې ډول وه چې دوه ګولۍ سم د لاسه ژر وروسته د جنسي عمل څخه او دوه ګولۍ به ۱۲ ساعته وروسته ورکول کیدلې. اوسنۍ ګولۍ چې په پراخه ډول موندل کیږي ۳۰_۳۵ مایکروګرامه استروجن لري او په بیړني ډو ل د امیدوارۍ د مخنیوي لپاره باید ښځه د هر دوز لپاره د دوه ګولیو په ځای څلور ګولۍ وخوري.

د جنسي عمل څخه وروسته د امیدوارۍ ضد لاره یوه بیړنۍ لاره ګڼل کیږي د بیلګې په توګه د غیرمحفوظ جنسي عمل ، rap ، او د امیدوارۍ 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 امیدوارۍ ضد لارو د پاتې راتللو کچه د ۱% څخه کمه ښودل شوې ده ځینې ماهرین په دې اند دي که چیرې د امیدوارۍ ضد لاره پاتې راشي نو ښځه ترڅو چې د زیان کولو اراده ونه لري باید هارموني د امیدوارۍ ضد لاره ونه کاروي. داسې نښې نښانې نشته دی چې د جنین ابنارملټي به رامنځته شي مګر یو شک باقي پاتې دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴ میاشت کې یوځل (اوږد عمل لرونکی) pill

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

۵ نارینه pill

د ۱۹۵۰ کال څخه راپدیخوا د نارینه ؤ لپاره د امیدوارۍ ضد لارو د پیدا کولو پلټنه پیل شوه. د څلورو تګ لارو لپاره څیړنې ترسره شوې.

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

زیاتره څیړنې د Spermatogenesis په مخنوي باندې راټولې دي. د نارینه ؤ لپاره د منلو وړ د امیدوارۍ ضد لاره هغه لاره ده چې د سپرم شمیر کم کړي مګر 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 راتګ کې ډیره اغیزمنه ماده ده. مګر 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ثیرنو ښودلی ده چې د زهرجن او اغیزمن دوز ترمنځ واټن یې ډیر کم دی. په اوس وخت کې gossypol د نارینه ؤ لپاره د امیدوارۍ ضد مادې په ډول په پراخه توګه نه کارول کیږي.

د خولې دلارې امیدوارۍ ضد درملو د اغیزې لاره

د کمباینډ اورال pill د اغیزې میخانیکیت دادی چې د تخمدان څخه د تخمې د ازادیدلو مخه نیسي. او دا د نخامیه غدې څخه د ګونادوتروفین د افراز په مخنیونې باندې ترلاسه کیږي کوم چې د تخمې د ازادیدو لپاره اړین دی.

یوازې پروجستوجن لرونکی pill د رحم د غاړې مخاط غلیظ او سریښناکه کوي او په دې ډول د سپرم د ننه کیدلو یا تیریدو څخه مخنیوی کوي. همدارنګه پروجستوجن د تیوبونو د حرکت مخه نیسي او پدې ډول د رحم تشې ته د سپرم او تخمې لیږدیدل په ځنډ غورځوي.

اغیزمنتوب

که چیرې د ټاکل شوي رژیم سره سم واخستل شي نو کمباینډ اورال pill زیاتره وخت سل په سلو کې د امیدوارۍ په مخنیوي کې اغیزمن دي. ځینې ښځې په منظم ډول دغه pill نه کاروي نوځکه دغه ریښتینې کچه یې هم کمه وي. په پرمختللو هیوادونو کې یې د امیدوارۍ کلنۍ کچه یو په سلو (۱/۱۰۰) ښځو کې ده مګر په زیاتره نورو هیوادونو کې دغه کچه لوړه ده.

کلینیکي ثیرنو دا ښودلې ده چې د پروجستوجن یوازې pill اغیزمنتوب لکه د کمباینډ اورال pill په شان دی مګر د کورنې تنظیم په سترو پروګرامونو کې یې اغیزمنتوب کم دی. همدارنګه دغه اغیزمنتوب کیدای شي د ځینو درملو

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو خطرونه او ګټې

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

د ۱۹۷۰م کال په جریان کې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو د پراخه کارولو له کبله دا معلومه شوه چې دا درمل ځینې ناوړه اړخیزې اغیزې هم لري. په بنسټیزه توګه د زړه او رګونو په سیستم باندې (لکه د زړه د عضلې مړینه، د ژورو وریدونو ترومبوسیس او نور) او دغه ناوړه اړخیزې اغیزې د ګولیو د استروجن برخې له کبله منځته راځي. نو ځکه دا ناوړه اړخیزې اغیزې ددې لامل شوې چې د دغه ګولیو د استروجن کچه بایدکمه شي. لکه چې په اوس وخت کې د ۳۰_۳۵ مایکرو ګرامه استروجن لرونکې ګولۍ 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 امیدوارۍ ضد درملو د کارولو په دریمه لسیزه یعنی ۱۹۸۰ کال کې دننه شوو نو د دوي د ګټو 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).

(c) ketabton.com: The Digital Library

دغه څېړنې پدې برخه کې د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو ګټې او خطرونه په لاندې ډول را لنډوي.

الف: ناوړه اړخيزې اغيزې

۱. د زړه او رګونو اغيزې

هغه معلومات چې د لومړنۍ case control څېړنې (۷۷، ۷۶)، د RCGP د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو څېړنې(۷۳)، او د Oxford څېړنې (۷۵،۷۴) څخه په لندن کې لاس ته راغلل دا خبره په ډاګه کړه چې د کمباینډ اورال pill کارول د لوړې مړینې سره يو ځای وي.

د پورته يادوو شوو څېړنو څخه داسې راپور ورکړل شو چې هغه ښځې چې کمباینډ pill کاروي د هغه ښځو په نسبت چې pill نه کاروي ۴۰ % سلنه د مړينې لوړ چانس لري. په ريښتينې ډول دغه لوړه مړينه د زړه او رګونو د ناروغيو له کبله منځته راځي لکه د زړه د عضلې انفارکشن يامړينه، عصبي ترومبوسيس، او د رګونو ترومبوسيس چې د سږو د امبولې سره يوځای وي يا نه وي. دغه خطر د عمر د زياتوالي او سګرټ څکولو سره نور هم زياتيږي (۲۲ ګڼه جدول).

څېړنو دا اوښودله چې د زړه او رګونو اختلاطات ډير د ګولۍ د استروجن برخې پورې اړه لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوه ویشتمه ګڼه جدول: د عمر، سګرټ څکولو او د خولې د لارې امیدوارۍ ضد درملو په پام کې نیولو سره د یو کال په موده کې په ۱۰۰۰ ښځو کې د دوراني ناروغیو له کبله مړینه.

عمر	په کاروونکو ښځوکې د مړینې کچه	د کنټرول کچه
۱۵_۲۴		
• سګرټ نه څکوونکې	۰،۰	۰،۰
• سګرټ څکوونکې	۱۰،۵	۰،۰
۲۵_۳۴		
• سګرټ نه څکوونکې	۴،۴	۲،۷
• سګرټ څکوونکې	۱۴،۲	۴،۲۳
۳۵_۴۴		
• سګرټ نه څکوونکې	۲۱،۵	۷،۴
• سګرټ څکوونکې	۲۳،۴	۱۵،۲
۴۵ څخه پورته کلونه		
• سګرټ نه څکوونکې	۵۲،۴	۱۱،۴
• سګرټ څکوونکې	۲۰۲،۷	۲۷،۹

دغه پورته یادوو شوو لاس ته راوړنو دا اوښودله چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو د استروجن کچه باید دومره کمه شي چې یوازې د امیدوارۍ ضد اغیزه ولري. د دغه کموالي سره سره تر ۱۹۸۰م کال پورې دا ولیدل شول چې د رګونو ناوړه اړخیزې اغیزې (لکه د وینې لوړ فشار) د استقلابي اغیزو سره یوځای چې د پروجستوجن برخې له کبله منځته راځې باقي پاتې دي. نو دا خبره روښانه شوه چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد ګولیو د پروجستوجن کچه هم باید کمه شي ترڅو د کارولو له کبله یې منځته راتلونکي اختلاطات کم کړای شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲. سرطاني اغیزې (Carcinogenesis)

د نړیوالې روغتیایي ادارې د څېړنو له مخې چې ترسره شوې دي د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد کمباینډ درملو او سرطان ترمنځ کومه مثبته یا منفي اړیکه نده لیدل شوې.

د نړیوالې روغتیایي ادارې د Multicentre case control څېړنې له مخې چې د امیدوارۍ ضد هارموني درملو او سرطان ترمنځ شونې اړیکه یې وڅېړله، دې خبرې ته میلان اوښودلو چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو په پر له پسې توګه کارول د رحم د غاړې د سرطان چانس زیاتوي چې دا موندنې نورې هم وڅېړل شوې.

۳. استقلابي اغیزې

په اوس وخت کې هغه استقلابي اغیزو ته چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو له کبله پیدا کیږي زیات پام اوختی دی. دغه اغیزې عبارت دي له: د وینې د فشار لوړوالی، د سیروم د لیپیډ بدلونونه په ځانګړي ډول د High denisity Lipoprotien یا HDL د سویې کموالی، د وینې لخته کیدل، د سیروم د ګلوکوز او انسولین د اوچتوالي سره د قندونو د استقلاب زیاتوالی او داسي نورو څخه. دغه اغیزې د ګولۍ د پروجستوجن برخې د دوز سره مثبته اړیکه لري. د کورنې تنظیم متخصیصینو داسې نظر ورکړی دی چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل کیدای شي د دوي کارونکو ته د اوږدې مودې ستونزې پیدا کړي لکه کیدای شي چې اتیروجنیسیس (Atherogenesis) زیات کړي او په پایله کې کلینکي ستونزې لکه د زړه د عضلې اسکیمیا او سټروک ورته پیدا شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴. نورې ناوړه اړخيزې اغيزې

i. د ځګر ګډوډي.

د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درملو کارول کيداى شي د ځګر د حجراتو اډينوما او د صفرا د کڅوړې ناروغۍ پيدا کړي. په ځينو pill کارونکو ښځو کې کيداى شي چې کولي ستاتيک (Cholestatic) ژيړی پيدا شي.

ii. شيدې ورکول

هغه مستحضرات چې د استروجن زياته کچه ولري د تيونو د شيدو په کچه او جوړښت باندې اغيزه درلودلی شي او لږ دوديز په تيريدونکي ډول د شيدو ورکولو د بنديدلو لامل کيږي. د نړيوالې روغتيايي ادارې د څيړنو له مخې هغه ښځې چې کمباينډ ګولۍ کاروي د اتلس (۱۸) اونيو کارولو څخه وروسته د شيدو په کچه کې يي ۴۲% سلنه کموالی منځته راغلی وه، هغه ښځې چې يوازې پروجستوجن لرونکي ګولۍ کاروي ۱۲% سلنه يي د شيدو کچه کمه شوې وه او هغه ښځې چې غيرهارموني مستحضرات کاروي ۱۲، ۰ سلنه يي د شيدو کچه کمه شوې وه.

هغه ښځې چې د خولې دلارې د اميدوارۍ ضد درمل اخلي، هر ډول چې وي، يوه کمه کچه هارمون په شيدو کې افراغوي خو په ماشوم باندې يي 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 ښځې د درملو د بنديدلو څخه وروسته تر دوه مياشتو پورې بيرته اميدواره کيږي چې کيداى شي ۱۵_۳۵ % سلنه ښځې وي. دا معلومه نده چې د ګوليو دوامداره کاريدنه تر ۵_۱۰ کلونو پورې وروستنۍ اميدواري خرابوي او که نه؟

(c) ketabton.com: The Digital Library

iii. **بل ځای امیدواري** (**ectopic pregnancy**)

دا په هغه ښځو کې چې یوازې پروجستوجن لرونکې ګولۍ کاروي نسبت هغه ښځو ته چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد ګډې ګولۍ کاروي ډېره دودیزه پیښېږي.

iv. **د جنین نشونما**:

ډیرو راپورونو دا ښودلې ده چې هغه ښځې چې د خو لې د لارې دامیدوارۍ ضد درمل د امیدوارۍ په دوران کې (یا لږ مخکې)اخلي کیدای شي چې په جنین کې د ولادي نیمګړتیاؤ د پیدا کیدو لامل شي. خو دا تر اوسه پورې ثابته شوې نه ده.

۵. دودیزې ناخوښه اغیزې

الف: د تیونو حساسوالی : هغه ښځې چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل اخلي د تیونو حساسوالی، ډکوالی او ناراحتي پکې لیدل شوې ده. داسې ویل کیږي چې د تیونو غټوالی او ډکوالی د ګولۍ د پروجستوجن پورې، او درد او حساسوالی یې د استروجن پورې اړه لري.

ب: د وزن زیاتوالی: پنځه ویشت (**۲۵**) سلنه هغه ښځې چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد ګولۍ (Orall pill) کاروي د وزن د زیاتوالي څخه ګیله کوي. دا زیاتوالی په دودیز ډول د دوه کیلوګرامه څخه کم وي او زیاتره د ګولیو د کارولو په اولو شپږو میاشتو کې منځته راځي. دا د وزن زیاتوالی د اوبو د راټولیدو له کبله وي. ځکه نو د مالګې کمول ددې د مخنیوي لپاره اغیزمن کار دی.

ج: سردرد او نیم سری (**headache and migraine**): د نیم سر درد کیدای شي د pill (ګولۍ) په وسیله ډیروالی ومومي. د هغه چا نیم سری چې د vasoconstractor لکه ارګوتامین (ergotamine) درملنې ته اړتیا ولري باید د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل و نه کاروي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د: د وينې بهيدنې ګډوډي: کم شمير ښځې چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درمل کاروي کيداى شي د مياشتني دوران په وختي پړاو کې د ټکي ټکي وينه بهيدنې يا spotting څخه ګيله وکړي. يو څه ښځې کيداى شي د مياشتني عادت په اخر کې د ګوليو د بنديدلو له کبله (withdrawal) وينه بهيدنه ونلري. ښځې بايد ددې حالت د رامنځته کيدو څخه خبرې شي.

ب: ګټورې اغيزې

د خولې د لارې ګوليو يوازينۍ غوره ګټه داده چې د اميدوارۍ په مخنيوي کې سل په سلو کې اغيزمنتوب لري او پدې ډول د ناخوښه اميدوارۍ د رامنځته کيدو ويره له منځه وړي. سربيره پر دې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد ګولۍ يو څه نورې ګټې هم لري چې عبارت دي له:

دواړو ادارو يعنى Royal collage of general practationers، او _Oxford family planning association په برطانويانو کې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد ګوليو د کارولو د اوږدې مودې prospective څيړنې ترسره کړې او دا يې اوښودله چې ګولۍ کيداى شي د شپږ ناروغيو د منځته راتګ څخه مخنيوى وکړي دغه ناروغۍ د تيونو سليمې ګډوډياني د fibrocystic ناروغيو او fibroadenoma په ګډون، د تخمدانونو سيستې، د اوسپنې د کموالي وينه لږې، د حوصلې انتاني ناروغۍ، بې ځايه اميدوارۍ، او د تخمدانونو د سرطان څخه عبارت دي.

مضاد استطبابات

الف: مطلق مضاد استطباب

(c) ketabton.com: The Digital Library

د تیونو او جنسي غړو سرطان، د ځګر ناروغی، د ترومبوامبولیزم مخکنی یا اوسنی تاریخچه، د زړه ابنارملتي ګانې، ولادي هایپرلپیدیمیا، ناتشخیص شوې غیرنورمال د رحم وینه بهیدنه.

ب: ځانګړي ستونزې چې طبي کتنې ته اړتیا لري

د ځلوېښت کلنۍ څخه پورته عمر، د ۳۵ کلنی څخه پورته عمر چې د سګرټ څکولو سره یوځای وي، په کمه اندازه د وینې لوړ فشار، د پښتورګو ځنډنۍ ناروغی، میرګي (epilepsy)، نیم سری (migraine)، د زیږون څخه وروسته په اولو شپږو میاشتو کې شیدې ورکوونکي میندي ، د شکرې ناروغي، د صفراکځوړې ناروغي، 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 کلنی څخه پورته عمر ولري باید د امیدواری ضد بله لاره وکاروي. د ځلوېښت کلنی څخه وروسته عمر کې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل ونه کارول شي ځکه چې د زړه او رګونو د اختلاطاتو خطر یې په تیزی سره لوړیږي.

طبي څارنه (Medical suprervision)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: هغه ښځې معلومې کړي چې pill (ګولۍ) کارول پکې مضاد استطباب دي.

ب: هغه ځانګړي حالتونه معلوم کړي چې طبي کتنې او لاس وهنې ته اړتیا لري.

لاندې ۲۳ ګڼه جدول کې د کتنې یو لست د هغه ښځو د پلټنې لپاره ښودل شوی دی چې د روغتیایي کارکوونکو له خوا د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل ورکول کیدلی شي.

درویشتمه ګڼه جدول: د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو لپاره د کتنې لست:

لاندې شیان د تاریخچې یا کتنې په وسیله وګورئ.	هو	نه
د څلویښت کلونو څخه پورته عمر	----	-----
د ۳۵ کلونو څخه پورته عمر او زیات سګرت څکول	----	-----
جټکې یا seizures	-----	-----
په پنډیو یا ورونونو کې سخت درد	----	-----
په پنډیو کې واریکوز واین چې ګیلې یې ورکړې وي	----	-----
د سینې شدید درد	-----	----
د تمرین څخه وروسته غیر دودیزه ساه لنډې	-----	-----
سخت سردرد او یا د لیدلو نیمګړتیاوې	----	-----
شیدې ورکول (هو= د شپږ میاشتو څخه کم وخت)	-----	-----
د میاشتنې عادت ترمنځ وینه بهیدنه او یا د جنسي عمل څخه وروسته وینه بهیدنه	------	------
د میاشتنې عادت بندیدل یا Amenorrhoea	------	-----
د پوستکي او سترګو غیرنورمال ژیړوالی	-----	-----
د وینې فشار (هو= سیستولیک د ۱۴۰ او ډیاستولیک د ۹۰ ملي متره ستون سیماب څخه پورته)	-----	----
په تیونو کې د کتلې شتون	-----	-----
پړسیدلې پنډۍ (اذیما)	-----	----
لارښونه: که چیرې پورتنې ټول شیان منفي وي نو ښځې ته د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل ورکول کیدای شي، خو که چیرې یو حالت هم ورڅخه مثبت وي نو ښځه اول باید د ډاکتر په وسیله وکتل شي.	-----	-----

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب: د هارمون ورو ازادونکي درمل (Depot formolaion)

د depot formulation شتون ځکه اړین دی چې:

- ډیر اغیزمن دي.
- د امیدوارۍ ضد اغیزې یې د بیرته ګرځیدو وړتیا لري.
- د اوږدې مودې لپاره اغیزه کوي.
- د امیدوارۍ 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 زرقي د امیدوارۍ ضد درمل، د پوستکي لاندې غرس کیدونکي او مهبلي رینګ ګډون لري.

۱. د امیدوارۍ ضد زرقي درمل

د امیدوارۍ ضد زرقي درملو دوه ډولونه شتون لري. چې یو یوازې پروجستوجن لرونکي درمل دي، او بل د نوي په میاشت کې یو ځل په ګډ ډول د امیدوارۍ ضد زرقي درملو څخه عبارت دي.

اول: **یوازې پروجستوجن لرونکي د امیدوارۍ ضد زرقي درمل**

دوه ډوله د امیدوارۍ ضد زرقي 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 مخنیونې لارو ته د ناخوښه امیدوارۍ د مخنیوي لپاره په ریښتیني ډول ډیر

(c) ketabton.com: The Digital Library

اغیزمن دي.

د امیدوارۍ ضد زرقي درمل عبارت دي له:

a. DMPA یا Depot medroxy progesterone acetate

b. NET_EN یا Noregthisterone enantate

الف: DMPA

DMPA یا ډیپو پرو ویرا (Depoprovera) د ۱۹۲۰م کال څخه راپدېخوا کارول کیږي. معیاري دوز یي ۱۵۰ ملي ګرامه د هرو درې میاشتو لپاره دی چې باید په عضله کې پیچکاري شي. دا په ۹۹ سلنه ښځو کې لږ تر لږه د درې میاشتو لپاره د امیدوارۍ مخنیوی کوي. دا درمل خپلې د امیدوارۍ ضد اغیزې په لومړني ډول د تخمې د ازادولو یا ovulation د مخنیوي په ډول ښيئ. همدارنګه دا په اندومتریوم باندې غیرمستقیمه او په فالوپین تیوبونو او د رحم د غاړې مخاط په جوړېدو باندې نیغ په نیغه اغیزه کوي، او دا ټول هغه څه دي چې د امیدوارۍ د منځته راتګ څخه مخنیوی کوي.

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

ناوړه اړخیزې اغیزې یي (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 یي په هره ډله عمر لرونکو ښځو کې بند کړي دي. لکه اوس په زیاتره هیوادونو کې دا ښودل شوې ده چې دا د امیدوارۍ ضد درمل په هغو څو ځلې

(c) ketabton.com: The Digital Library

امیدواره شوو (multiparae) ښځو کې چې عمر یې د ۳۵ کلنو څخه پورته وي او خپله کورنۍ یې پوره کړې وي ډیر ګټور درمل دي.

په ځینو هیوادونو کې د DMPA کارولو ته په راتلونکي امیدوارۍ باندې د اغیزو د منځته راتګ له کبله اجازه نه ورکوي. شته څیړنې دا ښئ چې د Depot پیچکاریو سره د زړه او رګونو د ناروغیو خطر نشته دی او دا هم ښکاره شویده چې د تیونو د سرطان لپاره هم ډیر خطر نه لري.

ب: NET-EN

د ۱۹۶۰م کال څخه راپدیخوا Norethisterone Enantate (NET-EN) د امیدوارۍ ضد زرقي درملو په ډول کاریدنه لري که څه هم د DMPA په نسبت لږ پراخه کارول کیږي. دا درمل د عضلې د لارې ۲۰۰ ملي ګرامه هر ۶۰ ورځې وروسته ورکول کیږي. د دې درملو د امیدوارۍ ضد اغیزې د تخمې د ازادولو څخه د مخنیوي او د رحم غاړې پر مخاط د پروجستوجنیک اغیزو له کبله منځه راځې. د DMPA سره په پرتله کولو دا درمل لږڅه زیات د امیدوارۍ د رامنځته کیدو چانس (۰،۴) لري.

تطبیق (Administration)

د DMPA او NET-EN دواړو لومړنۍ پیچکاري باید د میاشتني عادت په پنځمه ورځ تطبیق شي. دا موده ځکه ډیره غوره ده چې د امیدوارۍ 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 ټاکلې مودې څخه کارول کیدلی شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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. همدارنګه ډيرې ښځې چې DMPA او NET-EN کاروي کيدای شي مياشتنۍ ناروغۍ يې بنده شي (Amenorrhoiec).

کمه وينه بهيدنه هم کيدای شي چې ددې درملو د کارونکو لپاره ناراحت کوونکې وګرځي، او د وينې بنديدل هم کيدای شي چې د anxiety لپاره خبرتيا وي.

ځيږنو ښودلې ده هغه ښځې چې د DMPA کارول بند کړي د درملنې د مودې څخه ۵،۵ مياشتې وروسته اميدواري اخلي او ۹۰ سلنه مخکنۍ کارونکې ښځې د دوه کلونو په موده کې بيرته اميدواري اخلي. په هند کې داسې ځيړنې روانې دې چې په هغه ښځو کې کوم چې د NET-EN کارول يې بند کړی وي بيرته د اميدواره کيدو حالت ته راګرځيدل معلوم کړي. تراوسه پورې د DMPA او NET-EN دواړو د اوږدې مودې اغيزې معلومې 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 ځانګړې ګټه داده چې دا درمل د اوږدې مودې لپاره ډير اغيزمن دي، او د بيرته ګرځيدو وړ د اميدوارۍ ضد اغيزې لري.

يو ازمايښتي لست جوړ شوی دی تر څو د هغه ښځو پلټنه وکړي چې په لومړني ډول

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ډاکتر د کتنې څخه پرته کولی شي د امیدوارۍ ضد زرقي درمل وکاروي. دوي کولی شي چې په تکراري لیدنو کې هم درمل وکاروي.

دوهم :ګډ ډول د امیدوارۍ ضد زرقي درمل :

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

ګډ ډول د امیدوارۍ ضد درمل په بنسټیز ډول د تخمې د ازادیدو د مخنیوي له کبله د امیدوارۍ ضد اغیزه منځته راوړي. د رحم د غاړې مخاط په ربنتیا سره د پروجستوجن په وسیله اغیزمن کیږي او د سپرم د تیریدو په وړاندې خنډ جوړوي. همدارنګه په اندومتریوم کې بدلون منځته راوړي تر څو چې که چیرې تخمه القاح شي ددغه القاح شوې تخمې د غرس لپاره برابر نه اوسي.

په کلینکي څیړنو کې ښودل شوې ده چې Cyclofem/ Cyclo- provera او Mesigyna دواړه درمل د ۱۲ میاشتو لپاره ډیر اغیزمن دي. د Cyclofem/ Cycloprovera د پاتې راتللو کچه ۰،۲ سلنه او د Mesigyna لپاره ۰،۴ سلنه ده. ناوړه اړخیزې اغیزې یې د پروجستوجن یوازې زرقي درملو په څیر دي مګر ډیرې لږې رامنځته کیږي. امیدوارۍ ته د بیرته راګرځیدو او د تخمې د ازادیدو معلومات یې نیمګړي دي.

مضاد استطبابات یې عبارت دي له: په ګوته شوې یا شکمنه امیدواري، د شته یا پخوانۍ ترومبوامبولیک ګډوډیو نښې نښانې، د عصبي رګونو او یا د زړه د رګونو ناروغۍ، ځایي نیم سرى (Migraine)، د تیونو سرطان، او د شکرې ناروغي چې د رګونو د اختلاطاتو سره یوځای وي.

په ګډ ډول د امیدوارۍ ضد درمل د هغه ښځو لپاره سم او وړ درمل نه دي کوم

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې د زيږون څخه وروسته د شيدو ورکولو په اولو شپږو مياشتو کې وي، همدارنګه د هغه ښځو لپاره لږ وړ درمل دي کوم چې د استروجن له کبله خطر ورته مخامخ وي.

۲. د پوستکي لاندې غرس کيدونکي (Subdermal implants)

په نيويارک کې د وګړو ادارې د اوږدې مودې اميدوارۍ ضد اغيزې د رامنځته کولو لپاره د پوستکي لاندې غرس کيدونکي د نارپلانټ (Norplant) په نوم منځته راوړي دي. دا د شپږ عدده سيلاستيک (سليکان ربړ) کپسولونو څخه چې هر يو يې د ۳۵ ملي ګرامه ليونارجستريل درلودونکی دی جوړ شوي دي.

پدې نژدې وخت کې جوړې شوې آلې د ليونارجستريل د دوه واړه راډونو د Norplant (R)_2 په نوم درلودونکې دي. کوم چې په پرتليز ډول دننه کول او ويستل يې اسانه دي. د سيلاستيک کپسولونه يا راډونه د ليچو او يا مټ په پوستکي کې دننه اينښودل کيږي. د پنځه کلونو څخه زيات وخت لپاره اغيزمنه د اميدوارۍ ضد اغيزه منځته راوړي. د نارپلانټ د اميدوارۍ ضد اغيزې د کپسول په ويستلو سره بيرته ګرځيدونکې دي.

سترې ګڼ شمير مرکزي څيړنې چې د اميدوارۍ ضد پلټنو نړيوالې کميټې يا (International Committee for Contraception Research) ICCR تر سره کړلې داسې راپور يې ورکړلو چې د غرس کيدونکو درملو کارونکو ښځو کې د درې کلونو په موده کې ۰،۷ سلنه اميدواري منځته راځي. غټ زيان يې دادی چې ځينې وخت د غيز منظمې وينې بهيدنې لامل کيږي او هم کيښودل يې جراحې عمليې ته اړ لري.

۳. مهبلي کړۍ (vaginal rings)

(c) ketabton.com: The Digital Library

داسې موندل شوې ده چې هغه مهبلي کرېم کومه چې د ليونارجستريل درلودونکې وي اغيزمنه ده. هغه هارمون چې د مهبلي مخاط له لارې په قرار ډول جذبيږي، د هاضمې سيستم او ځګر څخه تيريږي او په ډير غبنتلي کم دوز سره باقي پاتې کيږي. کرېم په مهبل کې د مياشتني عادت د لومړنيو درې اونيو لپاره اېښودل کيږي او په څلورمه اونۍ ورڅخه بيرته بايد وويستل شي.

د زيږون څخه وروسته لارې (د اميدوارۍ پا ی)

(Post conceptional method s)

د مياشتني عادت تنظيم

په نسبي ډول سره د زيږيدنو د کنترول لپاره ساده لاره د مياشتني عادت د تنظيم څخه عبارت ده، چې دا په ياده شوې موده يعنې ۲_۱۴ ورځو پورې د رحم د محتوياتو ويستل دي مګر د ټولو څخه د مخه د اميدوارۍ لپاره بايد ازموينه ترسره شي ترڅو دا په بشپړه توګه معلومه کړي چې ايا ښځه اميدواره ده او که نه؟ د رحم د غاړې پراخوالی يوازې په اول باري ښځو او خطرناکو حالتونو کې استطباب لري. د يوې قاعدې په ډول لدې وروسته هيڅ کوم ډول ځارنو ته اړتيا نشته دی.

ددې عمليې بيړني او نا ځاپي اختلاطات د رحم ځيرې کيدل او تروما څخه عبارت دي. او وروستني اختلاطات يې (وروسته د شپږ اونيو څخه) د زيان لور ته د ميلان زياتوالی، د وخت څخه د مخه زيږيدنې، شنډوالي، د مياشتني عادت بې نظمي، د بې ځايه اميدوارۍ زياتوالی، او هم د Rh isoimmunization څخه عبارت دي.

ځينې پوهان پدې اند دي چې د مياشتني عادت تنظيم يو وختي زيان يا Abortion دی خو ځينې بيا وايي چې دا د وروستۍ دورې لپاره يوه درملنه ده. د مياشتني عادت تنظيم د زيان څخه په دريو شيانو کې توپير لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

A: د تشخیص او تائید کموالی چې ایا امیدواری پای موندلې ده یانه 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 عملیې د خوندي توب زیاتوالی.

د میاشتني عادت تنبه کول

دا په بنسټیز ډول د پروجسترون اوپروستاګلاندین ترمنځ د موازینې او بیلانس د ګډوډولو په وسیله منځته راځي. پداسې ډول چې د رحم په دننه کې د پروستاګلاندین د محلول ۱،۵ ملي ګرامه یا۲_ ۲،۵ ملي ګرامه pellet) اینښودل کیږي. د پروستاګلاندین د محلول د تطبیق څخه څو دقیقې وروسته اغیزې یې پیل کیږي چې رحم د پروستاګلاندین د تطبیق په وړاندې په پر له پسې توګه تقبض کوي. وروسته بیا په وقفوی ډول سره تقلصات پیلوي او تر ۳_۴ ساعتونو پوري پر له پسې والی پیداکوي په پایله کې وینه بهیدنه پیلیږي 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 مخکی لدې څخه چې جنین د ځانته او جدا ژوند کولو وړتیا پیداکړي، د امیدواری پای ته رسول دي. چې دا د اته ویشت (۲۸) اونیو د رحم دننی مودې سره سر خوري او د جنین وزن په اټکلي ډول زر (۱۰۰۰) ګرامه وی.

د ګڼ شمیر ښځو له خوا د زیږیدنو د کنترول په ګډون د بیلابیلو دلائیلو له

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخې زیان منځته راځي. په ریښتینې ډول د نړۍ په ځینو هیوادونو لکه هنګري کې د قانوني زیان شمیر د ژوندیو زیږیدنو څخه زیات دی. زیان په دوو کتګوریو ویشل شوی دی یو په خپل سر یاSpontaneous ډول او بل د انډکشن 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 ګڼل 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 وروستنۍ کړنه ده چې ښځې کله چې د دوي ژوند په خطر کې وي خپلې امیدوارۍ ته پای ورکوي.

د زیان پیښې په دقیق ډول سره په ټوله نړۍ کې معلومې ندي. خو په اټکلي ډول سره په کال کی د (۵۵-۳۰) ملیونه پورې رسیږي. یا په بل عبارت د زیان پیښې په هرو زرو (۱۰۰۰) ښځو کې چې د بچي زیږونې په عمر کې وي۷۰-۴۰ پورې شمیرل شویدي. او د زرو ژوندیو زیږیدنو په سر یې شمیر د ۲۷۰_۴۵۰ پورې رسیږي.

په هندوستان کی هر کال د زیان (۲) ملیونه پیښې منځته راځي لدې جملې څخه ځلور (۴) ملیونه یي د تنبه په وسیله (induced) او پاتې (۲) ملیونه یي په خپل سر ډول پیښیږي.

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 هیوادنو کې هغه زیانونه چې قانوني وي او معلومات یي هم سم دي د مړینې نسبت پکې د یو څخه تر

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳،۵ پورې په هر سل زره (۱۰۰۰۰۰) پيښو کې توپير لري.

په هندوستان کې د زيان له کبله د مړينې کچه ۷،۸ په هرو زرو (۱۰۰۰) دوديزو زيانونو کې ده ځکه چې په هند کې زياتره زيانونه په غيرقانونی ډول سره منځته راځي.

دزيان وختي اختلاطات عبارت دي له:

وينه بهيدنه، شاک، sepsis، د رحم څيرې کيدل، د رحم دغاړې زخمي کيدل، ترومبوامبوليزم، انستيتيک او نور عقلي اختلاطاتو څخه.

وروستنی پاتې شونې يې عبارت دي له:

شنډتوب ،بې ځايه اميدواري، د خپل سر زيانونو د خطر زياتوالی او د زيږيدنې پر مهال دماشوم د وزن کموالي څخه.

معلوماتو داسې ښودلې ده چې د اميدوارۍ د پای ته رسولو لپاره ډير ښه او وړ وخت د اميدوارۍ اومه او اتمه اونۍ ده. څيړنو داسې هم ښودلې ده چې د مړينې خطر په هغه ښځو کې چې د اميدوارۍ تر دوهم تر ايميستر پورې صبر کوی اوه (۷) برابره زيات دی. د هند حکومت يوازې د اميدوارۍ تر شلمې اونۍ پورې د زيان ورکولو ته اجازه ورکوي.

د زيان قانونی کيدل (Legalisation)

په تيرو (**۲۵**) کلونو کې په ټوله نړۍ کې په کراره کراره ډول سره د زيان منځته راوړلو قانوني ازادي پيداکړه. تر ۱۹۷۱م کال پورې په هند کی زيان يوازې د Indian Penal Code 1860 او Code of Criminal Procedure 1898 په وسيله اداره کيدلو او پرته د هغه حالت څخه چې د ښځې ژوند به په خطر کی وو، دا يو جرم ګڼل کيدلو. په طبي ډول د اميدوارۍ پای ته رسولو قانون په ۱۹۷۱م کال کې د هند د پارلمان د خوا ومنل شو (pass) او د ۱۹۷۲م کال د اپريل په مياشت کی عملی شوو. په طبي ډول سره

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

۱ـ: هغه حالتونه چې د هغې لاندې امیدوارۍ ته پای ورکول کیږي.

۲ـ: شخص یا شخصیتونه څوک چې کولای شي امیدوارۍ ته پای ورکړي.

۳ـ: هغه ځای چیرته چې د امیدوارۍ پای ته رسول ترسره کیدلی شي.

۱: هغه شرائط چې د هغې لاندې امیدواري پای موندلی شي (MTP ACT 1971)

الف: طبي: هغه حالتونه چې د امیدوارۍ 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 ابنارملټي له کبله د سخت معیوبیت سره پیدا شي.

ج: Humanitarian: په هغه صورت کې چې امیدواري د زور سره جنسي عمل (Rape) په پایله کې منځ 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 امیدوارۍ ضد درملو د پاتې راتللو له کبله امیدواري رامنځته شي. د امیدوارۍ ضد د هرې آلې یا لارې پاتې راتلل چې د امیدوارۍ پایښت د مور د سختې دماغي صدمې لامل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

۲ـ: هغه شخص یا شخصیتونه چې دزیان عملیه تر سره کولای شي:

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

۳ـ: د زیان عملیه باید چیرته تر سره شی:

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 نشی. 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 امیدوارۍ د پای ته رسولو قاعدې

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اکتوبر په میاشت کې بدلون پکې رامنځته شو. په دې ډول چې هغه عملیې چې په طبي ډول د امیدوارۍ پای ته رسولو کې ګډون درلوده او ډیر وخت یي نیولو، د منځه یوسي او پر ځای یي داسې خدمتونه برابر کړي چې هر وخت د منلو وړ وي.

دا بدلونونه په دریو اداري برخو کې رامنځته شول چې عبارت دي له:

۱ــ: 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 ډاکټر 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 ډاکټرانو تائدول رد شول.

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

- یو کال عملي کار د هغه ډاکترانو د پاره چې د دغه قانون د منل کیدو څخه وروسته راجستر شوی وي.

۳ـ: هغه ځای چې دزیان عملیه هلته ترسره کیدای شي

د نوي قانون لاندې غیر دولتي روغتونونه چې د اولسوالۍ د مشر ډاکتر څخه د کار کولو اجازه ولري، کولی شي چې د زیان عملیه ترسره کړي. په شخصي کتنځیو کې د زیان د عملیې تر سره 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 قانوني زیان کلنۍ پیښې د ۰،۷ میلونو څخه نه زیاتیږي. چې د ټولو زیانونو یوازې لس (۱۰) سلنه جوړوي. یعنی که څه هم په طبي ډول د امیدوارۍ پای ته رسولو د قانون د ایښودل کیدو څخه دیرش (۳۰) کلونو تیر شوې دي اوس هم په هیواد کې د غیر قانوني زیانونو پیښې ډیرې زیاتې دي. پوهان په دې اند دي چې د خوندي او قانوني زیان اسانتیاوې باید ټولو خلکو ته په عمومي ډول سره ورسیږي.

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

نورې بیلابیلې لارې (Mescellaneous)

۱. د جنسي عمل نه ترسره کول

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

داپه خپله خوښه د زیږیدنې د کنترول لپاره یوه ډیره پخوانۍ لاره ده چې هیڅ کوم ډول خرچه وربانده نه راځي. دایو ډیره پراخه عملي لاره ده چې نارینه مخکې د انزال څخه خپله تناسلي آله د مهبل څخه بیرون راوباسي. او پدې ډول په مهبل کې د مني (semin) د توئیدو څخه مخنیوی کیږي.

ځینې خلک دا لاره په ډیر بریالیتوب سره ترسره کوي. خو ځینې نوروخلکو 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 امیدوارۍ د پیدا کیدو لامل کیدای شي. سربیره پر دې د وخت له مخې د نارینه د تناسلی 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 حوصلی congestion ، vaginismus، Anxiety neurosis او داسې نورې مخکې زیاتې پیښیدلې. 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 ګوته نیونه ونه شي. دا د دې څخه غوره دي چې،

(c) ketabton.com: The Digital Library

هيڅ د کورني تنظيم لاره ونه کارول شي.

څېړنو ښودلې ده چې د انزال څخه مخکې د جنسي آلې دباندې ويستل د جنسي عمل د نه ترسره کولو لارې سره يوځای، په پرمختللو هيوادونو کې د اتلسمې او نولسمې پیړۍ په موده کې د زيږېدنې په کچه کې د پام وړ کموالی رامنځته کړی دی.

۳. خوندي موده (منظمه لاره)

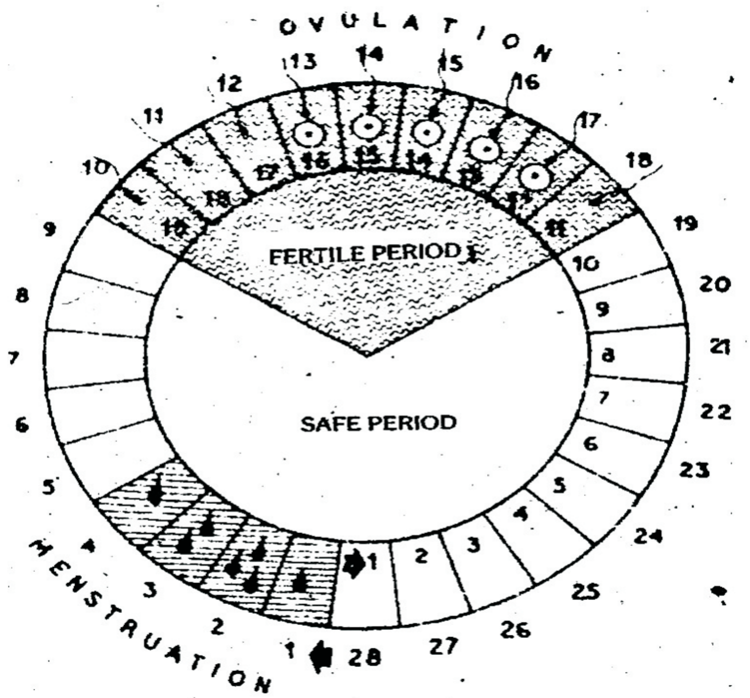
دا د جنترۍ لارې په نوم هم يادېږي. د لومړي ځل لپاره په ۱۹۳۰م کال کې د Ogino په نوم عالم له خوا تشريح شوه. د دې لارې بنسټ په دې حقيقت ولاړ دی چې د تخمې ازاديدل د مياشتني عادت په ۱۲_۱۲ ورځ منځته راځي (لاندې اتمه ګڼه انځور وګورئ).

هغه ورځې چې د اميدوارۍ د پيښېدو ډير چانس پکې شتون لري په لاندې ډول شميرل شوې دي.

که چيرې تر ټولو لنډ مياشتني دوران څخه اتلس (۱۸)منفي شي نو دا د تخمې د ازاديدو لومړۍ ورځ راښئی، او تر ټولو اوږد دوران منفی (۱۰) د تخمې د ازاديدو وروستنۍ ورځ راښئی. د بيلګې په ډول که د يوې ښځې د مياشتني عادت موده د ۳۱-۲۲ ورځو پورې وي، نو د اميدوارۍ اخستلو لپاره ښه موده چې په هغې کې ښځه بايد کورواله ونکړي د مياشتني عادت د ۸_۲۱ ورځو پورې ده.

په لاندې اتمه ګڼه انځور کې د اميدواره کيدو موده او خوندي موده په يو ۲۸ ورځني دوران کې ښودل شوې ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library



اتمه ګڼه 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 ویشتمې (۲۲) ورځې پورې د جنسي عمل څخه باید ځان وساتي. د وینې بهیدنې لومړۍ ورځ د میاشتني عادت لومړۍ ورځ شمیرل کیږي.

د جنترۍ د لارې نقصان پدې کې دی چې:

۱. د یوې ښځې د میاشتني عادت موده هر وخت منظمه نه وي. که دوران غیرمنظم 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 مسوًلیت درک کوونکو جوړو په وسیله عملی کیدای شي چې یو د بل سره همکاري وکړي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳. په قصدي ډول سره په هره میاشت کې نژدې نیمه میاشت د جنسي نږدیوالي څخه لاس اخیستل، ستونزمن کار دی.

۴. دا لاره د زیږیدنې څخه وروسته موده کې نه عملي کیږي.

۵. ددې لارې د پاتې راتللو سلنه لوړه ده چې په هرو سلو ښځو 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 جنترۍ د لارې دوه غوره طبي اختلاطات راپور ورکړل شوي دي. چې یو بې ځایه امیدواري او بل د جنین د ابنارملتیې ګانو څخه عبارت دی.

بې ځایه امیدواري کیدای شي چې د تخمې د بې ځایه کیدو له کبله د هغې امیدوارۍ په پایله کې رامنځته شي کوم چې د میاشتنې عادت په وروستۍ برخه کې منځته راغلې وي، او جنیني ابنارملتیې ګانې 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 توګه خوندي نده.

۴. د کورنۍ تنظیم طبیعي لارې

د کورنۍ تنظیم د طبیعي لارو اصطلاح درې لارو ته کارول کیږي چې عبارت دي له:

(الف): Basal body temperature لاره

(ب): Cervical mucus method

(ج): Symptothermic method

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

پیژني او پدې ډول پوهیږې چې د امیدوارۍ اخستلو موده څه وخت پیل شوې ده.

د امیدوارۍ د مخنیوې لپاره جوړه باید د میاشتني عادت پدې موده کې ځان د جنسي نږدیوالي څخه وساتي. دوي په بشپړ ډول د امیدوارۍ 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 ځانګړیي فزیالوژیکي پیښې پورې اړه لري. چې هغه د تخمې د ازادیدو په وخت کې د پروجسترون د جوړیدو د زیاتوالې له کبله، د بدن د تودوخې درجې پورته کیدل دي.

په ډیره کمه کچه یعنی ۳، ۰_۵، ۰ درجې سانتي ګراد پورې د تودوخې درجه پورته کیږي. او که چیرې د تخمې ازادیدل صورت ونه نیسي لکه د Menarche څخه ورسته یا د شیدو ورکولو په جریان کې، نو د بدن دتودوخې درجه نه پورته کیږی. د بدن د تودوخې درجه باید د سهار وخت کې د خوب څخه د پاڅیدو وروسته باید وکتل شي.

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

ب: **Cervical mucus method**

(c) ketabton.com: The Digital Library

داد Billing's method او د تخمې د ازادیدو د لارې په نوم هم یادیږي. د دې لارې بنسټ د رحم د غاړې د مخا ط په ځانګړتیاؤ کې د بدلون منځته راتلو باندې ولاړ دی. د تخمې د ازادیدو په وخت کې د رحم د غاړې مخاط ډیر شفاف او اوبلن ښکاري لکه د خامې هګۍ د سپینو غوندي نرم او ښوي وي. خو د تخمې د ازادیدو وروسته د پروجسترون تر اغیزې لاندې د رحم د غاړې مخاط پنډ او غلیظ کیږي او مقداریې کمیږي. ښځه باید د کاغذ تشناب په وسیله د مهبل داخل ښه پاک کړي ترڅو د مخاط ځانګړتیاوې او اندازه معلومه کړی. هغه ښځې چې دا لاره عملې 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 ددې لاره منځته راتګ او مناسب والی په ځانګړې ډول په دروغو ویونکو خلکو کې، یوه د شک څخه ډکه خبره ده.

ج: **Symptothermic method**

دا لاره د امیدوارۍ اخستو مودې (Fertile period) د معلومولو لپاره د درې واړو لارو یعنی د تودوخې، د رحم غاړې مخاط، او جنتري لارو ټولګه ده. که چیرې ښځه یوه نښه په ښکاره او یقیني ډول سره معلومه نشې کړلی، 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 تطبیقول نظم او د جنسي نږدیوالي په برخه کې پوره پوهې ته اړتیا لري. د هر چا لپاره مناسبې ندي. ددې لارو لپاره زده کړه د نورو ټولو لارو څخه ډیره غوره ده. د نږیوالې روغتیایي ادارې، د بچي زیږونې په برخه کې ځانګړې 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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۵. شيدې ورکول

لابراتواری او سيميزو پلټنو دا ښودلې ده چې شيدي ورکول د زيږيدنې څخه وروسته د مياشتنې عادت نشتوالی اوږدوي او يو څه د اميدوارۍ اخيستلو څخه مخنيوی کوي. د ۵_۱۰ سلنې څخه زياتې ښځې د شيدي ورکولو په وخت کې اميدواري نه اخلي. او دا خطر د لومړي مياشتنې عادت د پيښيدو په مياشت کې نور هم زياتيږي. يو ځل چې مياشتنی عادت رامنځته شي نو بيا په دوامدار ډول او اوږد وخت لپاره د شيدو ورکول، د اميدوارۍ د منځته راتګ مخنيوی نشي کولی. د بچې د زيږولو څخه شپږ مياشتې وروسته په ۲۰_۵۰ سلنه ښځو کې مياشتنی عادت رامنځته کيږي او دوې د اميدوارۍ ضد لارو کارولو ته اړتيا پيدا کوي.

۶. د زيږيدنې د کنترول واکسين

بيلابيلې امينيولوژيکي تګلارې په سړيو او ښځو کې د زيږيدنې د کنترول لپاره ترسره شوې دي. تر ټولو ډيره پرمختللې پلټنه د هغه واکسين په ويسله د اميونايزيشن څخه عبارت ده چې د انساني يا هيومن کاريونيک ګونادوتروفين هارمون د بيتا فرعي واحد (beta sub unit) څخه برابر شوی دی کوم چې د اميدوارۍ په وختي مرحله کې منځته راځي. ۴_۲ اونۍ وروسته انتي بادي منځته راځې او په پنځه اونيو کې يي کچه لوړې سويې ته رسيږي، او په ورو ډول يي کچه بيره ښکته کيږي چې د ۲_۱۱ مياشتو په موده کې يي سويه صفر ته رسيږي.

د معافيت د پايښت موده کولی شو چې د دوهمې بوستر دوز واکسين په تطبيقولو سره زياته کړو. په اوس وخت کې د اميدوارۍ ضد دوه ډوله واکسينونه چې دواړه د هيومن کاريونيک ګونادوتروفين هارمون د بيتا فرعي برخې څخه جوړ

(c) ketabton.com: The Digital Library

شوي دي، تر کلينکي ځيړنو لاندې دي. د زيږيدنې د کنترول لپاره د واکسين منځته راوړلو هڅې لاروانې دي خو د نه منځته راتګ چانس يې زيات دی.

اخرنۍ لارې

شنډوالی (Sterilization)

د هغه جوړو لپاره چې نه غواړي نور بچي راوړي، په خپله خوښه د شنډتوب د عمليې ترسره کول ډيره ښه د اميدوارۍ ضد لاره ده.

په اوس وخت کې په هندوستان کې په ښځو کې د ټولو شنډولو عمليو څخه ٪۸۵ سلنه په ښځو کې او ٪۱۵-۱۰ سلنه يې په نارينه و کې منځته راځي. سره لدې چې په نارينه و کې د شنډولو عمليه د ښځو په نسبت اسانه، ارزانه او خوندي عمليه ده.

د شنډولو لاره د نورو اميدوارۍ ضد لارو څخه ډيرې ګټې لري. دالاره يوازې يو ځل تر سره کيږي: د اغيزمنتوب دپاره يې په پرله پسې توګه د کارونکو هڅولو ته اړتيا نشته: د اميدوارۍ د مخنيوي لپاره ډيره اغيزمنه لاره ده: که چيرې عمليه د طبي معيار سره سمه ترسره شي نو د اختلاطاتو خطر يې ډير کم دی: دا ډيره ارزانه عمليه ده. داسې اټکل شوې ده چې هره عمليه د ښځې په سر د ۱،۵ څخه تر ۲،۵ پورې د بچې راوړل کموي.

د شنډولو لپاره لارښوونې (Guide lines)

په دولتي ادارو کې د شنډولو خدمتونه په وړيا ډول خلکو ته وړاندې کيږي. د شنډولو لارښود د دولت له اړخه وخت په وخت خپريږي چې د دې عمليې بيلابيل اړخونه پکې نغښتي وي چې په لاندې ډول دي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: په عادي ډول سره د سړي عمر باید د **۲۵** کلونو څخه ټیټ نه وي، او د پنځوس (**۵۰**) کلونو څخه پورته نه وي.

ب: د ښځې عمر باید د شل (**۲۰**) کلونو څخه ټیټ نه وي، او د پنځه څلویښت (**۴۵**) کلونو څخه پورته نه وي.

ج: د عملیات په وخت کې باید نوموړی جوړه دوه ژوندي ماشومان ولري.

د: کچیری جوړه درې یا لدې څخه زیات ژوندي ماشومان ولري، نو د میړه او ښځې د عمر ټیټه کچه باید د جراحي ډاکټر قضاوت ته پریښودل شي.

ۀ: د عملیات د ترسره کولو لپاره یوازې د میړه یا ښځې خوښوالی بسنه کوي. پرته د کوم باندني فشار څخه چې پرې وارد شي باید عملیات ترسره شي. او ښځه یا میړه باید پدې پوه وي چې دا یوه بیرته نه ګرځیدونکې شنډونکې عملیه ده او دوې مخکې دا کار ندی ترسره کړی.

د نارینه و شنډول (Male sterilization)

د نارینه و شنډول یا Vasectomy په پرتلیز ډول یوه اسانه عملیه ده چې د یو تربیه شوي ډاکټر په وسیله آن په یو لومړني روغتیایي مرکز کې، د موضوعي انستیزۍ لاندې ترسره کیدای شي. که چیرې د پام وړ ضدعفوني شرایطو لاندې ترسره شي نو د مړینې خطر نه لري.

د Vasectomy په عملیه کې د غوټې د اچولو څخه وروسته برخه کې ډیره کمه ټوټه د وازپایپ د یو سانتي متر په اندازه غوځیږي. بیا د پایپ بل سره هم غوټه کیږي او وروسته په خپل ځای باندی بیرته قات او ګنډل کیږي. د پایپ غوځې شوې برخې باید پدې ډول واچول شي چې خولې یې یو بل ته مخامخ نه وي. او دا کار په راتلونکي کې د بیاقنات جوړوني څخه مخنیوی کوي. دا کار ډیر ارزښت لري او پکار ده چې ټینګار ورباندې وشي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

د عملیات څخه وروسته سرې 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 امیدوارۍ ضد لارې څخه کار واخستل شي. که چیرې وازیکتومي په سمه توګه ترسره شي، نو دا عملیه د امیدوارۍ د مخنیوي لپاره سل په سلو کې اغیزمنه ده.

د Vasectomy دعملیات 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 تیزۍ 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 یي د درد، په سکرتوم کې د هیماتوم جوړیدل، او ځایي انتان څخه عبارت دي. د زخم منتن کیدل په درې (۳) سلنه پیښو کې راپور ورکړل شوی دی. د ویني بهیدنې ښه 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ډيره غوره ګيله يې د درد او پړسوب څخه عبارت ده. د کلينکي بڼې له مخې کتله په جس سره کلکه او غټوالی يې نږدې اوه ملي مترو (7mm) ته رسيږي.

د سپرم ګرانولز کيدای شي چې د پرې شوو کانالونو د بيا يوځای کيدو (اناستوموزس) لپاره يوه لاره جوړه کړي. د سپرم ګرانولز په پای کې له منځه ځي. داسې راپور ورکړل شوی دی که چيرې وړوکی فلزي کليپ د وازپايپ د تړلو لپاره وکارول شي، نو دا ستونزه به کمه او يا له منځه يوسي.

(ج): په خپل سر د قنات بياجوړيدل:

زياتره اپيتيليل تيوبونه د تخريب څخه وروسته دوباره جوړيږي او Vasdeferen کوم ځانګړي تيوب ندی. د کانال بياجوړيدل د صفر څخه تر شپږ سلنې (۰_۲%) پورې توپير لري. د قنات بيا جوړيدل يوه د پام وړ خبره ده نو ځکه بايد جراح ډاکټر د عمليات هر منونکي ته، د دې شوني کيدل مخکې د عمليات د ترسره کيدو څخه روښانه کړي او پکار ده چې ليکل شوی سند ورڅخه واخلي.

په انګلستان کې د ښځو په يوه څيړنه کې چې ميړونو يې وازيکتومي ترسره کړې وه د ۱۴۰۴۷ ښځو څخه شپږ (۲) تنه يې د شپاړس مياشتو دننه او د درې کلونو څخه وروسته اميدواره شوې وې. نو ددې لپاره ناروغ بايد تر درې کلونو پورې په منظم ډول په بيا بيا ډول وکتل شي.

(د): Autoimmune response:

وازيکتومي زياتره وخت د سپرم په وړاندې د يو معافيتي ځواب د پيداکيدو لامل کيږي. د وازپايپ تړل د سپرمونو د بيرته جذبيدو لامل کيږي او په پايله کې د وينې په دوران کې د سپرمونو په وړاندې انتي بادې منځته راځي. په نورمال ډول دوه سلنه

(c) ketabton.com: The Digital Library

غیرشنډ شوي نران د خپل سپرم په وړاندې دوراني انټي بادې لري، مگر د وازیکټومي څخه وروسته دا کچه ۵۴ سلنې ته لوړیږي. پدې برخه کې کوم دلیل نشته چې نوموړي انټي بادې ګانې به فزیکي روغتیا ته ضررناکې وي. داسې اند شتون لري چې نوموړې دوراني انټي بادې ګانې د قنات د یو بریالۍ بیا جوړیدنې څخه وروسته، د امیدوارۍ د منځته راتګ چانس کموي.

(ځ):سایکولوژیک:

ځیني سړیان کیدای شي چې د جنسي غښتلتیا د کموالي، سردرد ، سستي اوداسې نورو څخه ګیله وکړي. دا شیان په هغه سړیانو کې ډیر پیدا کیږي چې Vasectomyیي د یو روحی فشار لاندې ترسره کړی وي. نو ځکه ډاکټر باید هر سړي ته چې نوموړی عملیات ترسره کوي، د دې عملیات لاره ، قاعدې ، گټې ، او تاوانونه ټول روښانه کړي او شخص ته بشپړ وخت ورکړل شي ترڅو پدې برخه کې سوچ وکړي او بیا په خپله خوښه د عملیات دپاره خوښوالی وښئی.

د پاتې راتللو لاملونه

په عمومي ډول سره د Vasectomy د پاتې راتللو کچه ډیره کمه ده چې د سړي سر د یو کال په موده کې نږدې ۰،۱۵ سلنې ته رسیږي. د پاتې راتللو ډیر غوره لامل د Vasdeference په پیژندلو کې د سهوې کول دي. پدې ډول چې د Vasdeference پرځای بل کوم جوړښت لکه ترومبوتیک ورید یا ضخیم شوی لمفاوي رګ نیول کیږي. نو ځکه په پرمختللي هیوادونو کې د زیاتره پوهانو له پلوه د هر وازیکټومي عملیات څخه وروسته د ډاډ لپاره د هستولوژیک ازموینو د تر سره کولو سپارښتنه کیږي. خو په مخ پر ودې هیوادونه کې د دې ازموینو د ترسره کولو لپاره، د اسانتیاؤ د نه شتون له کبله دا ازموینې د منځه تللې دي. پدې هیوادونو کې یوه ساده ازموینه تر سره

(c) ketabton.com: The Digital Library

کيږي. هغه دا چې د Vasdeference څخه په شيشيې سلايد باندې سمير اخيستل کيږي او د Wrights stain عمليې په وسيله تلوين، او د مايکروسکوپ لاندې کتل کيږي. Vasdeference د استوانه يي اپيتيليوم له مخې پيژندل کيږي کوم چې د Vasdeference دننني لومن يې پوښلی دی.

ځينې وخت پاتې راتلل د خپل سر بياقنات جوړيدو له کبله هم منځته راځي. ځينې وخت کيدای شي چې په يو اړخ کې د يو څخه زيات Vasdeference شتون ولري. کيدای شي اميدواري د هغه جنسي نږديوالي له کبله رامنځته شي کوم چې په تناسلي قنات کې د سپرم د منځه تللو څخه مخکې ترسره شوي وي.

د عمليات څخه وروسته لارښوونې

د دې لپاره چې د زخم د نورمال جوړيدو او د عمليات د برياليتوب څخه ډاډ تر لاسه کړو نو ناروغ ته بايد لاندې لارښوونې وشي.

۱ ـ ناروغ ته بايد وويل شي چې هغه د عمليات څخه وروسته په سمدلاسه ډول نه شنډيږي. کم تر کمه ديرش (۳۰) انزالونه مخکې د دې څخه چې منوي کتنه منفی شي، اړين دي.

۲ ـ تر څو چې سپرم په بشپړ ډول له منځه ځي، هغه بايد د اميدواری ضد درمل وکاروي.

۳ ـ د عمليات څخه وروسته تر څلورويشت (۲۴) ساعتونو پورې پکار ده چې د ځان وينځلو څخه ځان وساتي.

۴ ـ ناروغ بايد تر پنځه لس (۱۵) ورځو پورې T-bandage ياScrotal support واغوندي. ساحه بايد وچه او پاکه وساتي.

۵ ـ تر پنځه لس (۱۵) ورځو پورې ناروغ ته پکار ده چې د دروند وزن د پورته کولو څخه

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۲ ـ د عمليات څخه پنځه (۵) ورځې وروسته بايد د زخم ټکونه لرې کړي.

No_ Scalpel vasectomy

No scalpel vasectomy يو نوی تخنيک دی چې د نرانو لپاره خوندي، ارامونکې او منونکې لاره ده. دغه نوی لاره د نرانو لپاره د کورنۍ ښه والی پروګرام لاندې د خپل واک پر بنسټ يوه ځانګړې 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 ښځينه و شنډول (Female sterilization)

د ښځينه و شنډول يوه واړه لرونکي عمليه ده چې د زيږيدنې څخه وروسته يا د زيان پر وخت ترسره کيږي. 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 ښځو د شنډولو لپاره د ګيډې دلارې د يو ځانګړي سامان په وسيله چې لپراسکوپ نوميږي، يو تخنيک دی. لومړی ګيډه د ګاز (کاربن ډای اکسايد ، نايترس اکسايد او يا هوا) په وسيله پړسول کيږي. وروسته بيا ګيډې ته لپراسکوپ دننه کيږي ترڅو تيوبونه وکتل شي. کله چې تيوب ته ورسيږي نو د تيوب د تړلو لپاره په تيوب کې

(c) ketabton.com: The Digital Library

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 ګیډې د پاسه ډیر کم سکار یا داغ پریږدي.

د ناروغ پاکنه:

لپراسکوپي د زیږیدنې څخه وروسته تر شپږو (۲) اونیو پورې نه تر سره کیږي، که څه هم کولای شو چې دا لاره په طبي ډول د امیدوارۍ د پای ته رسولو لپاره په پرله پسې توګه وکاروو. د هیموګلوبین کچه باید د اته (۸) سلنې څخه ښکته نه وي. د دې سره یوځای باید کومه بله طبي ناروغي لکه د زړه ناروغۍ، د تنفسي سیستم ناروغۍ، د شکرې ناروغي او هایپرتنشن شتون ونلري.

د عملیات څخه وروسته ناروغ ته پکار ده چې تر اته څلویښت (۴۸) ساعتونو پورې په روغتون کې پاتې شي. نوموړې عملیات باید د روغتیایي کارکونکو په وسیله بیاکتنه شي، اول ځل ۷_۱۴ ورځې وروسته د عملیات څخه او دوهم ځل ۱۲_۱۸ میاشتې وروسته د عملیات څخه باید بیاکتنه 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 رګونو سوري کیدل او نور غټ اختلاطات چې راپور ورکړل شوي دي، د لپراسکوپي د سترو تاوانونو څخه شمیرل کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لېپراسکوپيک شنډولو عمليه په هندوستان کې ډېره دوديزه ده. د ۲۰۰۰_۲۰۰۱م کال پورې د شنډولو د ټولو عملياتونو څخه نږدې اته ديرش (۳۸) سلنه يې د لېپراسکوپ په وسيله ترسره شوي وه.

(ب): Minilap operation

Minilapratomy د ګېډې د لارې د ټيوبيکټومي سم شوی ډول عمليات دی. دا يوه ډېره ساده عمليه ده چې د ځايي انستيزی لاندې د ګېډې د پاسه يوه وړوکې څيرونه د ۲،۵_۳ سانتي متره په اندازه ترسره کيږي. نوموړی تخنيک د ښځو د شنډولو لپاره يوه بدلونکي (انقلابي) عمليه ده. دا عمليات په لومړنی روغتيايي مرکز کې هم يو د ترسره کولو وړ عمل دی. دا لاره د نورو لارو څخه د خوندي توب، اغيزمنتوب، او اسان والي له کبله ډېرې ګټې لري. Minilap عمليات د زيږيدنې څخه وروسته په ښځو کې د شنډولو لپاره يوه سمه او وړ لاره ده.

د اميدواری ضد لارو ارزونه

د اميدواری ضد لارو اغيزمنتوب په عمومی ډول د غير پلان شوي اميدواری د شمير د مخې چې د اميدواری ضد لارو د کارولو په ځانګړې موده کې منځته راځي، ارزول کيږي. دوه لارې چې د هغې له مخې د اميدواری ضد لارو اغيزمنتوب ارزول کيږي عبارت دي له Pearl index او life table analysis څخه.

پيرل انډکس (pearl index) پدې ډول تعريفيږي چې:

دا د يو کال په موده کې په هرو سلو ښځو کې د پاتې راتللو د شمير څخه عبارت دی. دغه اندازه د لاندې فرمول په وسيله ښودل شوې ده.

ټوليزې ناڅاپي راتلونکې اميدواری

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۲۰۰ × -- --- = په HWY کې د پاتې راتللو کچه
د کاروني ټولې میاشتي

د پورتني فورمول په عملي کولو سره پکار ده چې په صورت کې ټول هغه ناڅاپي راتلونکي امیدواری، چې پایله یي هر ډول وي یعنی ژوندی زیږیدنه، Still birth زیان، او هم هغه امیدواری چې لا تراوسه یي پای نه وي موندلې، پکې وشمیرل شي. ثابت عدد (۱۲۰۰) په سل کلونو کې د میاشتو شمیر راښئ. 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 ښځو 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 ۲،۵ امیدواری به په ناڅاپي ډول منځته راځي، د دې له مخې چې د ښځو د بچې زیږوني منځنی عمر پنځه ویشت (۲۵) کلونه دی.

د اغیزمنتوب د ارزولو لپاره په منځني ډول د څیړنې لږ تر لږه شپږ سوه (۷۰۰) میاشتې اړینې دي تر څو یوې قناعت ورکونکې پایلې ته ورسیږو.

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

Life table analysis:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ښځو چې غير ارادي اميدواري پکې رامنځته شوی وي د تحليل يا analysis څخه ويستل کيږي او د ويستلو تر موديې پورې د دوي د کاريدنې پايلې په څيړنه کې شيمرل کيږي.

د کورني تنظيم نه ترلاسه شوی اړتيا

Unmet need for family planning

د نه ترلاسه شوي اړتيا مفکوره په ريښتني ډول په ۱۹۲۰م کال کې رامنځته شوه. کله چې د اميدوارۍ ضد يوې سروې KAP يا (Knowledge, Attitude, and Practice) دا وښودله چې د ځينو ښځو د بچي راوړلو د ارادې او د اميدوارۍ ضد سلوک ترمنځ واټن شتون لري. هغه اصطلاح چې دغه ډلې خلکو ته په مشهور ډول کارول کيږي د KAP gap په نوم ياديږي. په ۱۹۷۷م کال کې د لومړي ځل لپاره د unmet اصطلاح کاريدل خپور شول.

په ۱۹۷۸م کال کې د پنځه اسيايي هيوادونو څخه د نړيوالې اميدوارۍ سروې د معلوماتو په بنسټ Charles westoff د زيږيدنې تر ولکې لاندې راوستلو لپاره د نه ترلاسه شوې اړتيا لومړنی پرتليز اټکل خپور کړو.

زياتره ښځې کومې چې د جنسي عمل له پلوه فعالې دي نه غواړي چې اميدواري واخلي مګر د دوي د جنسي ملګري (pratner) په ګډون دوي هيڅکله کوم د اميدوارۍ ضد لارې څخه کار نه اخلي نو داسې ويل کيږي چې دا ښځې د کورني تنظيم د خدمتونو لپاره نه تر لاسه شوې اړتيا لري.

دغه مفکوره په دوديز ډول د واده شوو ښځو لپاره عملي کيدای شي. همدارنګه هغه ښځې چې د جنسي عمل له پلوه فعالې او حاصل ورکونکې دي ، او ښائي د نرانو لپاره هم وکارول شي مګر د دې کچه کول يوازې د واده شوو ښځو پورې تړلي دي.

د نه ترلاسه شوي اړتيا مفکوره کيدای شي چې د کورني تنظيم لپاره يوه غبنتلې

(c) ketabton.com: The Digital Library

مفکوره وي او د کورني تنظيم د پروګرامونو لپاره يو ګواښ جوړ کړي تر څو هغه کچې ته ورسيږي چې ميلونونه ښځې کومې چې د بچي زيږونې په پړاو کې دي او د يو يا څو لاملونو له کبله د اميدوارۍ ضد لارو څخه ګټه نه اخلي، د هغه ښځو سره يوشان کړي چې د اميدوارۍ ضد لارې کاروي.

د نه ترلاسه شوې اړتيا ډير ستر لاملونه عبارت دي له: قناعت نه ورکونکي او نارامونکي خدمتونه، د معلوماتو نه شتون، د اميدوارۍ ضد درملو د ناوړه اړخيزو اغيزو څخه ويره او د ميړه او کورنۍ سره مخالفت، او نورو څخه.

د دويمې ملي روغتيايي سروې له مخې (۱۹۹۸_۱۹۹۸م) په هند کې همدا اوس شپاړس (۱۲) سلنه واده شوې ښځې د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوی اړتيا لري. د زيږيدنې ترمنځ د واټن او د زيږيدنې تر ولکې لاندې راوستلو لپاره نه ترلاسه شوی اړتيا يو ډول ده.

د شل (۲۰) کلنۍ څخه ښکته عمر کې د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوی اړتيا زياته ده (۲۷ سلنه) او دا د زيږيدنو ترمنځ د واټن لپاره نسبت د زيږيدنې تر ولکې لاندې راوستلو ته زياته ده. همدارنګه 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 شوی اړتيا د زيږيدنو تر ولکې لاندې راوستلو لپاره وي.

د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوې اړتيا په کليوالو سيمو کې نسبت ښاري سيمو ته زياته ده. همدارنګه 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 ګڼه جدول کې د ځينو ځانګړتياؤ له مخې په هند کې د کورني تنظيم لپاره نه ترلاسه شوی اړتيا ښودل شوې ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

څلورويشتمه ګڼه جدول: د ځانګړيو خواصو په نظر کې نيولو سره اوس وخت کې په هند کې د کورني تنظيم لپاره د واده شوو ښځو نه ترلاسه شوي اړتيا (۱۹۹۸_۹۹).

ځانګړي ځانګړتياوې	د واټن لپاره	د زيږيدنو د تر ولکې لاندې راوستلو لپاره	ټوله اندازه
عمر			
• ۱۵_۱۹	۲۵،۲	۱،۲	۲۷،۱
• ۲۰_۲۴	۱۸،۴	۵،۹	۲۴،۴
• ۲۵_۲۹	۸،۱	۱۰،۵	۱۸،۲
• ۳۰_۳۴	۳،۱	۱۱،۱	۱۴،۱
• ۳۵_۳۹	۱،۱	۹،۱	۱۰،۲
• ۴۰_۴۴	۰،۲	۵،۵	۵،۷
• ۴۵_۴۹	۰،۱	۳،۰	۳،۱
اوسيدنه			
• ښاري	۲،۷	۲،۷	۱۳،۴
• کليوالي	۹،۸	۷،۸	۱۲،۷
زده کړه			
• بې زده کړې	۷،۸	۸،۵	۱۲،۲
• زده کړه لري < د منځني ښوونځي تکميلول	۸،۴	۲،۱	۱۴،۵
• منځني ښوونځی يې تکميل کړی وي	۱۱،۱	۲،۱	۱۷،۱
• ليسه يې تکميل کړې وي او د هغې څخه پورته	۸،۸	۲،۳	۱۵،۱
مذهب			
• هندو	۸،۰	۷،۱	۱۵،۱
• مسلمان	۱۱،۰	۱۱،۰	۲۲،۰
• عيسوي	۸،۷	۲،۱	۱۴،۸
د ژوند د کچې انډکس			
• ښکته	۹،۰	۸،۸	۱۷،۹
• منځنی	۸،۵	۷،۲	۱۵،۲
• پورته	۲،۷	۲،۱	۱۲،۸

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

سره توپير لري. دا د هند په سترو ايالاتونو کې د اوه (۷) سلنې څخه (په پنجاب کې) تر ۲۵ سلنې (په اوتارپراديش او بيهار کې) پورې توپير لري. په راجستان، مادياپراديش او اوريسا کې دا اړتيا ۱۲_۱۸ سلنه دی.

د کورنۍ روغتيا د دويمې ملي سروې پايلو دا وښودله که څه هم اوس په هند کې د اميدوارۍ ضد درملو او لاروچارو کارول زيات شوي دي او نه ترلاسه شوې اړتيا مخ په کميدو ده، مګر د کورني تنظيم د خدمتونو په څرنګوالي او پوښښ کې بايد د نظر وړ ښه والی رامنځته شي په ځانګړي ډول په څلورو سترو ايالاتونو يعنی اوتارپراديش، بيهار، ماديپراديش، او راجستان کې.

د اميدوارۍ ضد لارې او Adolescence

Adolescence د بلوغت او فزيالوژيک پوخوالي ترمنځ مودې څخه عبارت ده چې د ۱۵_۱۹ کلنۍ ترمنځ عمر کې پيښيږي. په زياتره مخ پر ودې هيوادونو او ځينو پرمختللو هيوادونو لکه د امريکا متحده ايالاتونو کې په adolescence عمر کې د اميدوارۍ کچه د ټولو اميدواريو ۱۰_۲۰ سلنه جوړوي او په دوامدار ډول شمير يې نور هم زياتيږي.

په Adolescence عمر کې د اميدوارۍ منځته راتلل زياتره وخت د خطر سره يوځای وي، ډيرې يې ناخوښه اميدوارۍ وي او ډيرې په هغه ښځو کې رامنځته کيږي چې واده شوي نه وي. کوم چې وروسته د قناعت نه ورکوونکي طبي خدمتونو لاندې د قانوني يا غيرقانوني زيان لامل کيږي. دغه کار د دغه ځوانو ښځو لپاره د پام وړ روغتيايي او ژوند ګواښونکی اختلاطات رامنځته کولی شي.د مړيني او اخته کيدنې زياتوالی (په ځانګړي ډول په دويمي ډول شنډوتوب) هم په دې ښځو کې رامنځته کيدای شي.

د روغتيايي تعليماتو د لارې په ځوانو خلکو کې د ناخوښه اميدوارۍ او د جنسي

(c) ketabton.com: The Digital Library

نږدیوالي د لارې لیږدیدونکو ناروغیو مخنیوی د جنسي سلوک د اصلاح کیدو له کبله کیدلی شي. او دا د عامې روغتیا لپاره ستر ګواښ دی.

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

د مخنیوني لارې:

کانډوم ښه د مخنیونې لاره ده، ځکه دا هغه adolescent چې ګڼ شمیر د جنسي عمل ملګري ولري د جنسي نږدیوالي په وسیله لیږدیدونکو ناروغیو او ایډز څخه ساتي. خو بیا هم کانډم باید په سمه توګه وکارول شي او دا د نارینه په سلوک پورې اړه لري. ځوان نارینه د خپل ځان او هم د خپل جنسي ملګري (partner) د روغتیا په غوره والي او ساتلو ښه پوهیږي. د بله پلوه دیافرام او cervical cap د adolescents لپاره مناسب ندي ځکه چې دا د جنسي عمل څخه وړاندې کارول کیږي او د ننه کول یې اختلاطات لري نو د همدې کبله ځوانان ورڅخه کرکه لري.

د امیدوارۍ ضد هارموني درمل:

هارموني د امیدوارۍ ضد لارې په ریښتیني ډول د هغه adolescents لپاره وړ لارې دي څوک چې په داسې ستونزو (لکه د زړه او رګونو 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 ګرځیدو وړ ده او د هیڅ پلوه په راتلونکې کې د دغه ځوانو ښځو د شنډیدو لامل نه کیږي.

په پرمختللو هیوادونوکې په دودیز ډول pill ته غوره والی ورکوي مګر 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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رحم دننني آله یا IUD :

که څه هم د تیوري له پلوه د رحم دننۍ آلې په adolescents نجونو کې مضاد استطباب دي ځکه چې د حوصلي انتانات او په دویمي ډول د شنډوالي منځته راوړل یې سترې نیمګړتیاوې دي، خو بیا هم ځوانې نجونې د غیر قانوني بیابیا زیان څخه د رحم دننۍ آلې په وسیله ښې ساتل کیږي. د دې لارې ګټه داده چې یوځل کارول یې د اوږدې مودې لپاره بسنه کوي او د بیا بیا کارولو اړتیا نلري.

نورې لارې:

د میاشتني عادت وقفوي نشتوالی اسان کار ندی، کله چې میاشتنی عادت غیرمنظم وي او جنسي عمل د نوې ملګري سره په ټاکل شوي وخت نه وي. بیا هم دا د مذهبي دلیل پر بنسټ یوازینۍ ښه لاره ګڼل کیږي او نیمګړتیا یې داده چې بشپړ ساتل یا protection نشي رامنځته کولی. همدارنګه withdrawal لاره هم ډیره مناسبه لاره نه ده ځکه چې زیاتره نارینه پدې برخه کې بشپړه پوهه نه لري.

سپرم وژونکي مواد هم مضاد استطباب نه دي مګر دا دوه نیمګړتیاوي لري. یو دا چې قیمتي دي، او بله دا چې د جنسي نږدیوالي په وسیله لیږدیدونکي ناروغیو او ایډز مخنیوی نه شي کولی.

په ۲۰۰۰م کال کې د نړۍ د وګړو ۴۲ سلنه وګړو د ۲۵ کلونو څخه ښکته عمر درلوده. ډیر زیات شمیر ځوان وګړي به خپل د بچي زیږونې کال ته داخل شي او د دیموګرافي راتلونکی د دوي پورې اړه لري، څنګه دوي پوهیدلی شي او څنګه باید دوي خپل مسولیت ته پاملرنه وکړي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کورني تنظيم د وړاندې کولو سيستم يا Delivery System

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

په مرکزي کچه

د کورنۍ د ښه والي پروګرام يوه مرکزي ځواب ورکونکي تګلاره ده او ايالاتونه سل په سلو کې مرسته د مرکزي دولت څخه ترلاسه کوي. څرنګه چې په ريښتيني ډول ټوله خرچه د مرکزي دولت له اړخه ورته برابريږي نو ځکه د پروګرام پلان کول او مالي تنظيم (لکه د کتنځيو جوړول، د کارکوونکو برابرول، او خرچه) د تربيوي پروګرامونو برابرول، پلټنه او ارزونه، او ډيره غوره خبره داده چې د پروګرام د ټولې تګلارې جوړول هم بايد د مرکزي دولت په وسيله کنترول شي.

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

د کورني ښه والي پروګرام اداري جوړښت کوم چې په ۱۹۶۶م کال کې د مرکزي روغتيا او کورني ښه والي وزارت په وسيله منځته راغلی دی، د ګڼ شمير څانګو لرونکی دی. د هند د روغتيا او کورني بهبو وزارت سکرتريت د کورني ښه والی د ديپارتمنت مسؤل دی چې د ځانګړي سکرتريت او نورو سکرتريتونو په وسيله مرسته ورسره کيږي يعنی په ګډ ډول کار کوي. ځانګړي سکرتريت (special secratery) د

(c) ketabton.com: The Digital Library

پروګرام عملي کیدل او د فعالیتونو هم غږي کول تر څارنې لاندې نیسي. اوس دغو ځانګو کې زده کړه ورکوونکی یا Adviser هم د یو اضافي سکرتریت په ډول شته دی (Mass Media and Communication). د روغتیا او کورنۍ ښه والی ملي انستیوت په ټول هیواد کې د روغتیا او کورني ښه والی د ښه والي لپاره د زده کړې، تربیوي خدمتونو، پلټنې او ارزونې له لارې یو اوچت تخنیکي انستیوت دی. د کورني ښه والی مرکزي شورای هم شتون لري چې د ټولو ایالاتونو د روغتیا وزیرانو څخه جوړه شوې ده او د پروګرام په عملي کیدو باندې پام اچوي. Population Advisory council په ۱۹۸۲م کال کې منځته راغلی دی چې د روغتیا وزیر او د پارلمان د غړو، او هغه څوک چې د وګړو د کنترول په برخه کې کار کوي، په وسیله یي مشري کیږي. دا ارګان د پروګرام عملي کیدل څاري او دولت ته لازمې لارښوونې کوي.

د وزیرانو پلاوی چې مشري یي لومړی وزیر کوي هم وخت په وخت د کورني ښه والی پروګرام د فعالیتونو په پرمختګ باندې پام اچوي.

د کورني تنظیم پروګرام داسې پروګرام ندی چې یوازې د عامې روغتیا وزارت مسؤلیت وي بلکه ټول هغه وزارتونه چې د انساني سرچینو او پرمختګ سره اړیکه لري پدې برخه کې مسُولیت لري. پدې اوسني وخت کې دا یوه غوره لاس ته راوړنه ده.

د ایالت په کچه

د هند د دولت تر اساسي قانون لاندې د هر ایالت دولت په هماغه ایالت کې د کورني تنظیم د ښه والی پروګرام د اداري کارونو او عملي کولو مسُولیت لري. له کومه ځایه چې د تګلارې غوره پریکړه د مرکزي دولت له خوا ترسره کیږي نو د کورني تنظیم د خدمتونو د وړاندې کولو سیستم تنظیم او اداره یو څه نا څه د ایالت په کچه ښه ترسره کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ایالت په کچه د دې اداري جوړښت د ایالتي کورني تنظیم د ښه والي اداري 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 تنظیم د ښه والي اداری کار او فعالیت کوي.

په ۱۹۷۹م کال کې د کورني تنظیم د ښه والي او د ملریا د بیخه منځه وړلو ملي پروګرام اداري 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 تر څو د کورني ښه والي او نورو غورو روغتیایي پروګرامونو 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 اداري 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 کیږي.
- 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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دا برخې د ۱۰۸۳ ښاري کورنۍ ښه والي مرکزونو او ۸۷۱ ښاري روغتيايي پوستونو په وسيله غښتلې کيږي. په اوس وخت کې څلور ډوله روغتيايي پوستونه شتون لري.

- Type A: د هغه ساحو لپاره چې د وګړو شمير يي د پنځه زره (۵۰۰۰) څخه کم وي.
- Type B: د هغه ساحو لپاره چې د وګړو شمير يي د د ۵۰۰۰_۱۰۰۰۰ پورې وي.
- Type C: د هغه ساحو لپاره چې د وګړو شمير يي د ۲۵۰۰۰_۵۰۰۰۰ پورې وي.

که چيرې د وګړو شمير د ۵۰۰۰۰ څخه پورته کيږي نو بيا د ۵۰۰۰۰ په شمير نور ګروپونه ورڅخه جوړيږي او د هغې لپاره نوی روغتيايي پوست جوړيږي.

Type A, B او C روغتيايي پوستونه د روغتون سره اړيکه لري ترڅو د ليږدلو او څارنې کارونه ترسره کړي. مګر Type D روغتيايي پوست د روغتون سره د شنډولو ياsterilization ، په طبي ډول د اميدوارۍ پای ته رسول، او ليږدلو په برخه کې همکاري لري.

لس ښاري د کورنۍ ښه والي اداري (10 city family welfare bureaus) د کورنۍ ښه والي د هغه فعاليتونو او خدمتونو د تنظيم، مانيتورنګ او څارنې مسٔوليت په غاړه لري چې په ښار کې د بيلابيلو ادارو له اړخه سرته رسيږي.

په اوسني وخت کې د ښاري کورنۍ ښه والي د مرکزونو درې ډولونه شتون لري چې عبارت دي له:

- Type I: د ۱۰۰۰۰_۲۵۰۰۰ وګړو پوري تر پوښښ لاندې نيسي.
- Type II: د ۲۵۰۰۰_۵۰۰۰۰ وګړو پورې تر پوښښ لاندې نيسي.
- Type III: د پنځوس زره (۵۰۰۰۰) څخه پورته وګړو لپاره بسنه کوي.

ښاري د کورنۍ ښه والی مرکزونه او روغتيايي پوستونه د مور او ماشوم روغتيا يا MCH، او د کورنۍ تنظيم لپاره پراخه غښتلي خدمتونه برابروي. د کارکوونکو شمير

(c) ketabton.com: The Digital Library

د بيلابيلو روغتيايي پوستونو او كورني ښه والي مركزونو لپاره ډول دی.

د لومړني روغتيايي مركز په كچه

څرنګه چې د هند د وګړو ۷۲،۲ سلنه په كليوالو سيمو كې ژوند كوي نو د روغتيايي خدمتونو لپاره د بشپړ شمير روغتيايي مركزونه كليوالو سيمو ته غزول شوي دي. كليوالي د كورني ښه والي مركز چې طبي ډاكتر او نور پرسونل ولري د لومړني روغتيايي مركز غښتلې برخه جوړوي. تر ۱،۴،۱۹۸۰ نيټې پورې په هيواد كې ټول ۵۴۳۵ كليوالي د كورني ښه والي مركزونه د PHC تر چوكاټ لاندې جوړ شوي دي. زياتره ايالاتونو دغه مركزونه د خپلو لومړني روغتيايي خدمتونو سره يوځای كړل او وروسته له دغه نيټې څخه د كورني تنظيم خدمتونه د لومړني روغتيايي خدمتونو د لارې خلكو ته وړاندې شول.

تر ۲۰۰۳م كال د مارچ تر يوديرشمې نيټې پورې په هيواد كې ۲۲۹۳۲ لومړني روغتيايي مركزونو شتون درلوده، چې هر يو يې بيا د كچنيو مركزونو يا subcentre په وسيله غښتلی كيږي. د ټولو كوچنيو مركزوو شمير چې فعاليت كوي ۱۳۸۳۲۸ دی.

كله چې لومړنی روغتيايي مركز په ښه ډول كاركوونكي ولري (درې ډاكتران د يوې ښځينه ډاكترې په شمول او نور پرسونل) نو داسې هيله كيږي چې د كورني تنظيم په ګډون ټول بنسټيز روغتيايي خدمتونه په پراخه او ښه ډول برابرولی شي. طبي ډاكتران معمولاً داسې تربيه كيږي چې په طبي ډول د اميدواری پای ته رسول او شنډول وكولی شي. د مس لرونكو T انځور لرونكو د رحم د دننني آلو د دننه كولو پروګرام هم غښتلی وي. لپراسكوپيک خدمتونه كوم چې ډير عام دي بايد د لومړني روغتيايي خدمتونو په كچه په پراخه ډول شتون ولري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

کوچنی مرکز یا subcenter د دې لپاره دی چې د پروګرام بنستيز کارونه تر سره کړي. هر کوچنی مرکز د يو نارينه او يو ښځينه روغتيايي کارکوونکي څخه جوړ شوی دی. دوي مسؤليت لري ترڅو لومړني روغتيايي او د د مور او ماشوم روغتيايي خدمتونه، د کورني تنظيم لپاره د خلکو هڅول او د ماشومانو ترمنځ واټن لپاره توکي او خدمتونه خلکو ته برابر کړي.

بيلابيلې څيړنې چې ترسره شوې دي دا يې ښودلې ده چې شته خدمتونه په سمه توګه ندي کارول شوي ځکه چې مناسب خدمتونه يې خلکو ته ندې برابر کړي. د دې لپاره چې دا موضوع هواره شي نو د زياتره ايالاتونو په وسيله مشهورې کميټې جوړې شوې دي تر څو خلک پدې پروګرام کې ورګډ کړي او د بيلابيلو مسؤليتونو لپاره بيدار او برابر و اوسي.

د کلي په کچه

دوه لارې د کلي په کچه تطبيقيږي تر څو د خدمتونو پوښښ او د خلکو برخه اخستنه زياته کړي.

الف: د کلي روغتيايي لارښود:

يوه نوې يا ابتکاري تګلاره داده چې د هر کلي لپاره يا د ۱۰۰۰ تنه وګړو لپاره د يو لارښود (معمولا ښځه) پيدا کول دي. د دوي مسؤليت دادی چې د پام وړ جوړو ته پوهه او معلومات ورسوي او هم دوي ته Nirodh او د خولي د لارې د اميدوارۍ ضد درمل ورسوي. نژدې ۳،۲۳ لکه (۳۲۳۰۰۰) روغتيايي لارښوونکي دا کار سرته رسوي.

ب: تربيه شوي دائې:

ملي موخه داده چې د هر ۱۰۰۰ تنو په سر بايد يوه تربيه شوی دائې شتون ولري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوي په کليوالو سيمو کې ښځو 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 لاربښوونکي او تربيه شوي دائې ګانې په هند کې د کورني تنظيم د وړاندې کولو د سيستم غوره برخه جوړوي.

د ټولنې د اړتياؤ د ارزونې کړنلاره

تر دې نژدې وختونو پورې د کورني ښه والي پروګرام ارزونه د هغه موخو له مخې کيدله چې د وګړو لپاره د اميدوارۍ ضد درملو مرکز له اړخه به ټاکل شوې وې. په پای کې داسې حالت رامنځته شو چې د اميدوارۍ ضد درملو موخې پای ته ورسيدلې.

د کلونو په تيريدلو سره دا معلومه شوه چې دلته ګڼ شمير زيانونو په top down target تګلارې کې شتون درلوده، کوم چې د لوړو چارواکو له خوا پريکړه وشوه ترڅو د اميدوارۍ 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 اميدوارۍ 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 اميدوارۍ ضد درمل په کوم ځای او کوم عمر لرونکو ډله خلکو لپاره بايد وکارول شي.

دوهم دا چې د خدمتونو څرنګوالی بايد ښه شي. مثلا که چيرې د رحم دننني آلې د دننه کولو موخې د ترلاسه کولو لپاره هڅه وشي نو د خدمتونو څرنګوالی تر خطر لاندې راځي (په ځانګړې ډول د رحم د دننني آلې د دننه کولو څخه مخکې د ښځو ښه پلټنه ترڅو مخکښني د تناسلي جهاز انتانات يا د جنسي نږديوالي په وسيله ليږديدونکي ناروغۍ ونه لري) او د رحم د دننني آلې د دننه کولو پروګرام د منلو کچه کمه او د

(c) ketabton.com: The Digital Library

بندیدو کچه یې لوړیږي.

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

د هند دولت په ملي او ایالاتي کچه د موخو د ترلاسه کولو او ساتلو لپاره غوره تګلاره ټاکلې ده. په ۱۹۹۵ او ۹۲م کال کې د اته لس (۱۸) ایالاتونو څخه (د کیرالا او تامیل نادو د لومړني project په ګډون) یوازې یوې اولسوالۍ د موخې د ترلاسه کولو وړتیا پیداکړه. وروسته د ۱۹۹۲م کال تر اپریل پورې د فردي امیدوارۍ 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 مخکې غوندې هماغسې پاتې دي. داسې هیله کیږي چې روغتیایي 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 پروګرام 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 اړتیاواً له مخې معلومې شي.

وروسته دا معلومه شوه چې د اړتیاؤ د پیچلې شمیرلو له کبله روغتیایي 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Needs Assessment Approach Manual په نوم دې ونومول شي.

د خصوصي سکتور شريکول

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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 تګلاره ګرځیدلې ده. د هغه وګړو اقتصادي تاوان چې د شنډتوب یا sterilization عملیه ورته ترسره کیږي د لومړي ځل لپاره په ۱۹۲۲م کال کې وپیژندل شو او بیا د کلونو په تیریدلو سره زیاتیدلو. اوس د معمولي tubectomy لپاره ۱۵۰ هندې کلدارې او لپراسکوپیک tubectomy لپاره ۱۴۵ هندې کلدارې او د رحم د دننني آلې د دننه کولو لپاره شل (۲۰) هندې کلدارې د دې کاروونکو ته ورکول کیږي. همدارنګه یوه کمه کچه پیسې هغه چاته هم ورکول کیږي چې دوي یې د دې کار لپاره هڅولي دي لکه د رحم د دننني آلې په سر لس هندې کلدارې، د تیوبونو د پرې کولو لپاره شل هندې کلدارې او د vasectomy لپاره څلويښت (۴۰) هندې کلدارې 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 تر سره کوي ځانګړې رتبه یا ترفیع ورکوي (د دوه ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عملیې ترسره کولو په سر دوه رتبې او د درې ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عملیې ترسره کولو په سر یوه رتبه). همدارنګه د مرکزي دولت کارکوونکې د شنډتوب د عملیې څخه وروسته یوه رتبه ترلاسه کوي. هغه قانون چې په ۱۹۷۹م کال د ډسمبر په میاشت کې کیښودل شو داسې لیکلي دي:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرې د شنډتوب د عملیې، د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو او recanalization څخه وروسته مړینه رامنځته شي نو پاتې ژوندۍ ښځې یا میړه ته یې باید شل زره هندې کلدارې ورکړل شي.

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

د بیړني حالتونو څخه پرته disincentives په سیستمیک ډول نه کارول کېږي. بلکه زیاتره ایالاتونه د دولتي کارکوونکو ګټې ته د کوچنۍ کورنۍ سره زیاته اړیکه ورکوي. ماهراشترا (Maharashtra) د disincentives په تګلاره 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 پروګرام

د هند په ټولو روغتونونو کې د زیږون څخه وروسته پروګرام یا An All India Hospital Postpartum Programme (ALHPP) په ۱۹۲۹م کال کې منځته راغی. دا د روغتون په بنسټ مرکزي مورنۍ تګلاره ده. د زیږون څخه وروسته پروګرام لومړنۍ موخه داده چې د مور او ماشوم روغتیا د مور او ماشوم روغتیایي خدمتونو (MCH) او د کورني ښه والي پروګرام د لارې ښه کړي کوم چې دا خدمتونه د زیږون څخه مخکې (Antenatal)، د زیږون پر مهال (Neonatal) او د زیږون څخه وروسته

(c) ketabton.com: The Digital Library

(Postnatal) خدمتونو، مور او ماشوم ته دمعافیت ورکولو خدمتونو، او د وینه لږي او ړوندوالي 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 کړې وي د امیدوارۍ لپاره برابرې 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 روغتیایي 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 ټولنې، هیواد، او نړۍ د وګړو د حالتونو د څېړنې لپاره برابریږي د دې په خاطر چې د زده کوونکو پام او سوچ د دغه حالتونو خواته وګرځي او په دې برخه کې مسؤلیت وپیژني. د وګړو د زده کړې پروګرام منځ پانګه د ځانګړو ملي حالتونو لکه سیاسي او تعلیمي موخو په وسیله اغیزمنه کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د کورني تنظیم سوسیالوژي

(Socialogy of family planning)

د کورنۍ جوړښت په خپله د یو انسان په شان دی. کورنۍ د ټولنې بنسټیز واحد دی. د دې د تنظیم اړینتوب په دې نژدې وخت کې منځته راغلی دی ځکه چې د نړۍ په اقتصادي، ټولنیز او کلتوري بڼه کې بدلون منځته راغلی دی او دغه ټول شیان ځکه غوره دي چې د ژوند د ځرنګوالي یا quality of life کریتیریاوي ټاکي. سوسیالوژیست او اقتصادپوه دا ښودلی ده چې دا به ستونزمنه وي چې د ټولنې د ژوند کچه د وګړو 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 وګړو د تیز زیاتوالي له کبله د منځه تللې دي.

د سلوک یوې سروې ښودلې ده چې د کورني تنظیم په اړه خبرتیا ډیره پراخه ده. د شپیته (٢٠) سلنې په شاوخوا وګړي داسې سلوک لري چې د خپل ماشومانو زیږېدنه تر ولکې لاندې راولې او یا ترمنځ یې واټن منځته راوړي. په عمومي ډول ټول خلک د کورني تنظیم سره زړه خواله لري او کوم منظم مخالف والی یې په وړاندې شتون نه لري. د دې سره سره د امیدوارۍ 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 امیدوارۍ ضد

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملو کارول پکې ۸۷ سلنه دی په پاکستان کې شپږ سلنه، په بنګله دیش کې ۲۷ سلنه او په هند کې ۴۳،۵ سلنه دی. دا د کورني تنظیم ستره ستونزه ده. څیړنو دا ښودلې ده چې د وګړو ستونزه د ژورو مذهبي او نورو عقیدو او روشونو له کبله چې غټه کورنۍ خوښوي (لکه نارینه اولاد ته غوره والی ورکول) او د امیدوارۍ ضد درملو په وړاندې د مخالفت کولو په وسیله نوره هم پیچلې شوې ده. یوه عامه عقیده داسې ده چې ماشوم د الله پاک ډالۍ 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 يې هغه وخت لیدلی شي کله چې دوي بیچاره او زاړه شي نو دوي بیا د خپلو بچیو 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 تنظیم ستونزه د ټولنیز بدلون لپاره ستر خنډ دی. د امیدوارۍ 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 ښځو 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 ښه د امیدوارۍ ضد لاره ده. تجربو دا ښودلې ده، د ټولو هغه هیوادونو چې د وګړو ښه کنترول لري ښه هڅونکی 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 ګټو باندې پوه شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

خپلواکه ادارې (voluntary organization)

د پیل څخه تر اوسه پورې خپلواکه ادارو د وګړو په کنترول کې ستر رول لوبولی دی. دوی د هرې شونې لارې څخه ګټه اخلي ترڅو د دولت هڅې د کورني ښه والي پروګرام د پرمختګ په برخه کې پوره کړي. د زده کړې او هڅولو ترڅنګ د دوی د کورني ښه والي د مرکزونو، د زیږون څخه وروسته مرکزونو، د ANM د تربیوي ښوونځیو، د وګړو 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_ Family Planning Foundation and the Population ، Assosciation of India Council of India ، او داسې نورې لکه د هند سره میاشت، د هند طبي اداره، روټري 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 Fund for population Activities (UNFPA) ، United State Agency for International Development (USAID) ، Population council ، Ford Fedration ، د نړیوالې روغتیایي ادارې او یونیسف ترڅنګ Pathfinder Fund او نړیوال بانک څخه. دغه نړیوالې ادارې د کورني تنظیم د پلټنو یا ریسرچ خدمتونو،

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د کورني ښه والي ملي پروګرام

NATIONAL FAMILY WELFARE PROGRAMME

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

په دریم پنځه کلن پلان (۱۹۶۱_۶۶م) کې کورنی تنظیم د پلان شوې پرمختګ لپاره مرکزي پروګرام اعلان شو. او پروګرام د وړو کتنځیو د تګلارې څخه یوې سترې تعلیمې تګلارې ته بدلون پیدا کړو ترڅو خلک دې ته وهڅوي چې د کوچنۍ کورنۍ قانون ومني.

په ۱۹۶۵م کال کې د lippes لوپ منځته راتلل د پروګرام لپاره د سترې ادارې منځته راتلل اړین وګرځول، همداغه وه چې په ۱۹۶۶م کال کې د روغتیا په وزارت کې د کورني تنظیم لپاره جلا څانګه منځته راغله. د ۱۹۶۶_۱۹۶۹م کال پورې پروګرام ټینګې ریښې پیدا کړې. د کورني تنظیم جوړښت (لکه لومړني روغتیایي 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 پروګرام ته لومړي توب حق ورکړلو. دغه پروګرام د لومړني روغتیایي خدمتونو او د دې د کوچنیو مرکزونو د مور او ماشوم روغتیایي فعالیتونو غښتلې برخه شوه. په ۱۹۷۲م

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

په پنځم پنځه کلن پلان کې (۱۹۷۵_۸۰م) ستر بدلونونه منځته راغلل. د ۱۹۷۶م کال په اپریل کې هیواد خپله لومړنۍ د وګړو ملي تګلاره (National Population Policy) جوړه کړه. په ۱۹۷۶م کال کې د طبیعي پیښو پر ضد غبنتلې هلې ځلې د دې لامل شوې چې د ۱۹۷۷م کال په ټاکنو کې کانګرس ته ماتې ورکړي. د ۱۹۷۷م کال په جون میاشت کې نوې حکومت منځته راغی او دې حکومت نوې د وګړو تګلاره جوړه کړه، چې د هر وخت لپاره سمه او یوه بشپړه تګلاره وه. د کورني تنظیم وزارت د کورني ښه والي وزارت په نوم ونومول شو.

که څه هم په ۱۹۷۷_۷۸م کال کې د پروګرام فعالیتونه ډیر کم وه خو بیا هم دا ښه کال وه ځکه چې د پروګرام نوي روغتیايي ریاست منځته راغی. دوه څلویښتمې (۴۲) اداري اصلاحې کمیټې د وګړو کنترول او د کورني تنظیم اوسنی مضمون جوړ کړو او دغه جوړ شوی مضمون د ۱۹۷۷م کال د جنورې څخه راپدیخوا اغیزمن وګرځیدو. اوس د پروګرام منل په ځانګړي ډول پر خپلواکه بنسټ باندې ولاړ دی. په ۱۹۷۷م کال کې د کلیوال روغتیايي قانون منځته راتلل او په لویه کچه د ځايي خلکو (لکه روغتیايي ښوونکي، تربیه شوې دایې، نظر لرونکي مشران او نور) ورګډول د کورني ښه والي په پروګرام کې، د دې لپاره وه چې د پروګرام فعالیتونه په تیزۍ 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 روغتیايي خدمتونو د تګلارې د منلو څخه وروسته هند په ۱۹۸۲م کال کې نوې روغتیايي تګلاره جوړه

(c) ketabton.com: The Digital Library

کړه. او په ۱۹۸۳م کال کې دغه نوې روغتیایي تګلاره د پارلمان له خوا ومنل شوه. دغې تګلارې د اوږدې مودې دیموګرافیک موخې چې تر ۲۰۰۰م کال پورې باید NRR=1 وي وټاکلې. کوم چې د دوه ماشوم لرلو کورنۍ قانون یې وړاندیز کړلو، چې تر ۲۰۰۰م کال پورې باید په هرو زرو کسانو کې د زیږیدنې کچه یویشت (۲۱) او د مړینې کچه نه (۹) تنه وي، د جوړې د ساتنې کچه یا couple protection rate باید ۷۰ سلنه وي ترڅو دغه پورته دیموګرافیک موخه لاس ته راشي.

شپږم او اوم پنځه کلن پلانونه د همدې لپاره جوړ شوي وه چې دغه موخې ترلاسه شي. همدارنګه ملي روغتیایي تګلارې د روغتیایي خدمتونو څخه د ګټه اخستنې سیستم یا Health Care Delivery System د جوړولو غږ وکړو، ترڅو تر ۲۰۰۰م کال پورې د روغتیا د ټولو لپاره موخې ترلاسه شي او کورنۍ تنظیم پدې ډول د روغتیایي پرمختګ لپاره مرکزي رول لري.

په ۱۹۸۵_۸۲م کال کې نړیوال معافیتي پروګرام پیل شو ترڅو په تې رودونکو او ځوانو ماشومانو کې د واکسین په وسیله مخنیوی کیدونکي ناروغیو له کبله مړینه او پیښې کمې کړي. د خولې د لارې د مایعاتو درملنه هم ددې لپاره پیل شوه چې نس ناستې په ماشومانو کې د مړینې غټ لامل وو. او داسې نور ډیر پروګرامونه د مور او ماشوم د روغتیا (MCH) لپاره په اوم پنځه کلن پلان کې ترسره شول.

د دې ټولو پروګرامونو موخې یو ډول یا سره نژدې وې او هغه د میندو او ځوانو ماشومانو د روغتیا ښه کول، او د دوي لپاره د اسانتیاوو برابرول وه چې د سترو ناروغیو مخنیوی او درملنه وکړي. په ۱۹۹۲ کال کې دغه ټول پروګرامونه د Child Survival and Safe Motherhood (MSSM) تر پروګرام لاندې سره یوځای شول.

د دغه پروګرامونو د یوځای والي پروسه یوقدم نوره هم پرمخ ولاړه، کله چې په ۱۹۹۴م کال کې په قاهره کې د وګړو او پرمختګ نړیوال کنفرانس دا غوښتنه وکړه

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې يو يوځای شوی د بچي زيږونې او ماشوم روغتيايي پروګرام يا Unified Reproductive and Child Health Programme (RCH) بايد ترسره شي. دا معلومه خبره ده چې يوځای شوی RCH پروګرام د قيمت په کمولو کې غوره کړونی لري ځکه د زياتو خرچو کول د ډير وخت لپاره اړين نه دي او پايله يې هم ښه وي.

په دې ډول په نهم پنځه کلن پلان کې د اتم پنځه کلن پلان ټول اړوند پروګرامونه سره يوځای شول. د RCH معنا د اړتيا پر بنسټ، د خلکو په خوښه، د خلکو د غوښتنې سره سم، او د لوړ څرنګوالي يوځای شوي خدمتونو څخه عبارت ده. د هند دولت د ۲۰۰۰م کال کې د وګړو پراخه ملي تګلاره (National Population Policy 2000) جوړه کړه ترڅو د کورنۍ ښه والي پروګرام پرمختګ وکړي.

په لاندې **۲۵** ګڼه جدول کې د کورنۍ ښه والي پروګرام د برياليو شوو پلانونو خرچ ښودل شوي دي او دا ورڅخه معلوميږي چې خرچ د لږې کچې څخه چې ټولې **۲۵**، ۰ کروړه د اول پلان په موده کې وو، تر لسم پلان پورې ډيرې زياتې کچې يعنی **۲۷۱۲۵** کروړو روپيو ته بدلون کړی دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پنځه ویشتمه ګڼه جدول: د لومړي څخه تر لسم پنځه کلن پلان پورې د پروګرام مصارف:

(قیمت په کروړ باندې)

موده	مصارف
لومړی پلان (۱۹۵۱-۵۶)	۰،۶۵
دوهم پلان (۱۹۵۶_۶۱)	۵،۰۰
دریم پلان (۱۹۶۱_۶۶)	۲۷،۰۰
کلنی پلان (د ۱۹۶۶_۶۹ منځ پلان)	۸۲،۹۰
څلوم پلان (۱۹۶۹_۷۴)	۲۸۵،۸
پنځم پلان (۱۹۷۴_۷۹)	۲۸۵،۶
کلنی پلان (۱۹۷۸_۷۹)	۱۰۱،۸
کلنی پلان (۱۹۷۹_۸۰)	۱۱۶،۲
شپږم پلان (۱۹۸۰_۸۵)	۱۳۰۹،۰۰
اوم پلان (۱۹۸۵_۹۰)	۲۸۶۸،۰۰
کلنی پلان (۱۹۹۰_۹۱)	۰۰،۶۷۵
کلنی پلان (۱۹۹۱_۹۲)	۷۴۹،۰۰
اتم پلان (۱۹۹۲_۹۷)	۶۱۹۵،۰۰
نهم پلان (۱۹۹۷_۲۰۰۲)	۱۴۱۷۰،۰۰
لسم پلان (۲۰۰۲_۲۰۰۷)	۲۷۱۲۵،۰۰

د کورني تنظیم ارزونه (Evaluation of Family Planning)

ارزونه په دې ډول تعریفیږي چې: **هغه پروسه ده چې د ټاکل شوو موخو او پایلو په اړه قضاوت، او د ځانګړو معیاري قیمتونو له مخې د دوی پرتله کول ترسره کوي،** ترڅو د کار کولو یا موخو د لاس ته راوړلو لپاره یو بدله لاره پیدا کړي.

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

د نړیوالې روغتیایي ادارې ماهرې کمیټې په **۱۹۷۵**م کال کې په روغتیایي

(c) ketabton.com: The Digital Library

خدمتونو کې د کورني تنظیم د ارزونې لپاره پنځه ډوله ارزیابۍ پیژندلې ده.

۱. د اړتیاو ارزونه

دا د کورني تنظیم لپاره د روغتیایي، دیموګرافیک او ټولنیزو اقتصادي اړتیاؤ څخه عبارت ده. د بیلګې په ډول د مور د مړینې اوسنی حالت په ورکړل شوې ساحه کې د کورني تنظیم د اړتیا لپاره یو ښودونکی دی.

۲. د پلان ارزونه

د پروګرام د پلان دعملي کیدو او بشپړ والي د ارزونې څخه عبارت ده.

۳. د کړنو یا فعالیتونو ارزونه

- خدمتونه: د کتنځي خدمتونه، ګرځنده خدمتونه، د زیږون څخه وروسته خدمتونه، د امیدوارۍ ضد درملو ویشنه، د بیا کتنې خدمتونه، تعلیمي او د هڅولو کارونه.
- جواب: د نوو منوونکو شمیر، د منوونکو ځانګړتیاوې.
- د قیمت څیړل
- نور فعالیتونه: اداري کارونه، فردي قوه، د معلوماتو سیستم او داسې نور.

۴. د اغیزمنتوب ارزونه

په سلوک، مزاج، هڅونه او پوهه کې بدلونونه.

۵. د اغیزو ارزونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نړیوالې روغتیایي اداري څیړونکي ډلې د اغیزو د ارزونې لپاره لاندې ښودونکي (اندیکاتورونه) ټاکلي دي:

- د کورنۍ کچه یا غټوالی (لکه د ژوندیو ماشومانو شمیر).
- د نورو غوښتونکو ماشومانو شمیر.
- د زیږیدنو ترمنځ واټن.
- د لومړنۍ او وروستنۍ زیږیدنې په وخت کې د مور عمر.
- د زیانونو (Abortions) شمیر.

ددې شیانو څخه کیدای شي چې د زیږیدنې او زیاتوالي په شمیر کې بدلونونه رامنځته شي.

ارزونه یوه تخنیکي عملیه ده چې تربیه شوي کارکوونکو، د شمیرنې اسانتیاوو، او د اعدادو او معلوماتو بشپړ راټولولو ته اړتیا لري.

په هند کې د کورني ښه والي پروګرام د اوږدې لارې څخه وروسته یو نه هیله کوونکی ځای ونیوه، یعنی دا خبره لرې نده چې د ډیرو خلکو له خوا به دا د ژوند کولو تګلاره ومنل شي.

که څه هم د زیږیدنې د کنترول پروسه روانه ده چې په پروګرام کې برابر غوره ځای ونیسي لکه چې په لومړي وخت کې کاریدلو، اوس پروګرام موخه لري چې خپلې وروستنۍ موخې ته ورسیږي او هغه دا چې د نورو پرمختیایي پروګرامونو سره په یوځای ډول د خلکو د ژوند څرنګوالی غوره او ښه کړي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ماخذونه : (References)

1. Internationl Planned Parenthood Fedration (1981). People 8 (2) 26.
2. United Nations (1982). Demographic Indicators of Countries, as asseessed 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. Regestrar 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

MEASURE DHS + ORC & MACRO
16. Govt. of India (9186). Health Informationof 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 Informaton of India, 1992, DGHS, Nirman Bhavan, New Delhi
20. UNDP (2002). Human Development Report 2002, Deepening democracy in a fragmented world, Oxpord University Press
21. UNDP (2003). Human Development Report 2003, Oxford University Press
22. Agrawal, S.N. (1977). Indea'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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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. Jamily Welfare, 33 (3) 14
42.Govt. of India (2000). National Population Plicy 2000, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
43.Skrine, R. (1984). The Practationer, 229: 441 – 446
44.Dalsimer, I. et al, eds (1973). Barrier Methods, Population Report Series H : I
45.Sherris, J.D. ed (1982). Barrier Methids, PopulationReport 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 Certre (Population Report Series B : 3), Washington, DC
51.Hawkins, D.F. and Elder M.G. (1979). Hman Fertility Control

(c) ketabton.com: The Digital Library

: 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 provioon 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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

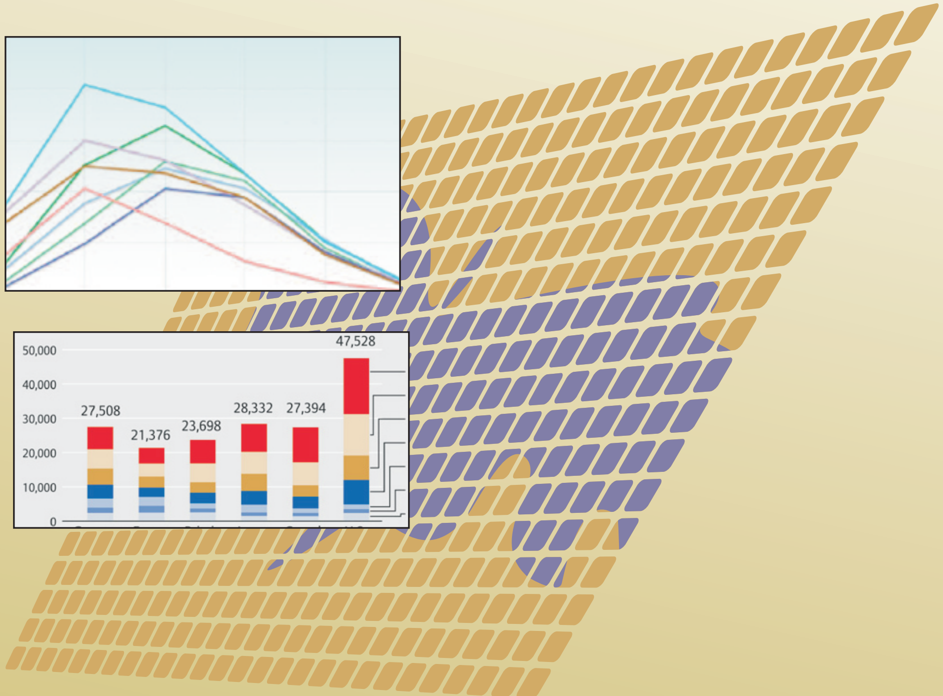
Washington University (Population Report Sr. E : 3)
104. Grewal, S. (1975). MTP: Its status, achievements and acunae, Paper Presented at WHO. Workshop on implementation of pregnancy termination at district hospotals and block levels.
105. Grewal, S. (1976). J. Indian M.A., 66 – 269
106. Cook, R.J. (1976). 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. Bhiwandiwala, Pl (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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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 Asssessment 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

ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

ډیموګرافي او کورنی تنظیم



ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

۱۳۸۹

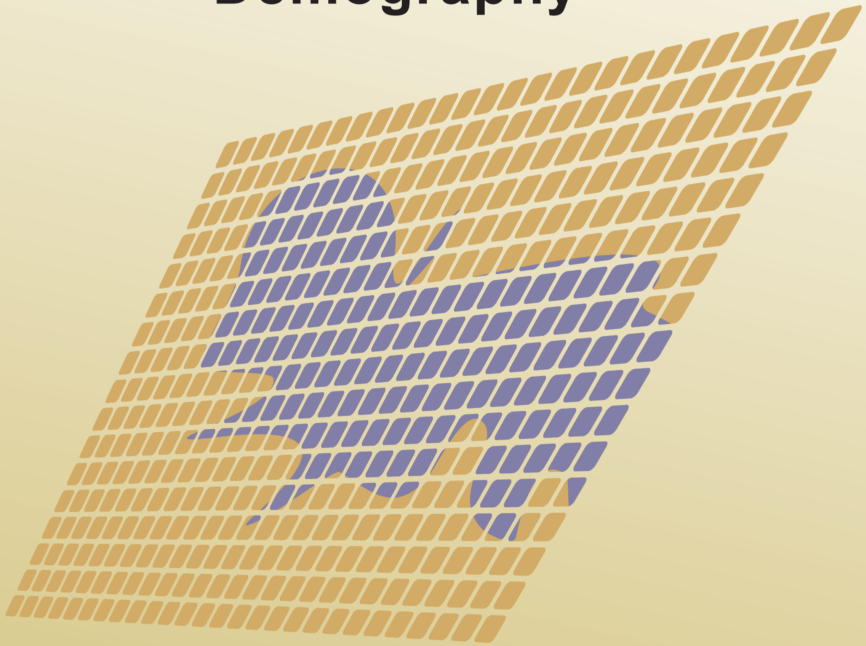
سره له سي ډي

ډیموګرافي او کورنی تنظیم
Demography
ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

Nangarhar University
Medical Faculty

D.A.M.F. e.V.

Demography



Dr. M. Ibrahim (Shirzai)

2010

With CD

Funded By: DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst German Academic Exchange Service

ISBN 9-7899-3621
9789936211377
Printed in Afghanistan

(c) ketabton.com: The Digital Library

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library