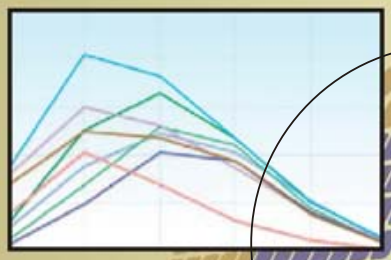
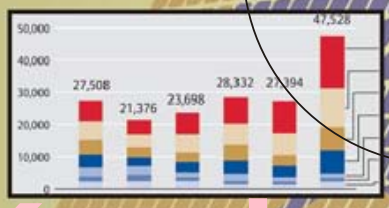
ډیموګرافي او کورنی تنظیم

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



(c) ketabton.com: The Digital Library

د لوړو زده کړو وزارت
ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی
د وقایوي او اجتماعي طب څانګه

ډیموګرافي او کورنی تنظیم

مولف:..... K.PARK
ژباړونکی : پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)
لاربنود استاد : الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسین (یار)
کال : ۱۳۸۹

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کتاب ځانګړتياوې:

د کتاب نوم:	د يموګرافي او کورونی تنظيم
ليکوال:	پوهيالې دوکتور محمد ابراهيم (شيرزي)
خپروندوی:	د ننګرهارطب پوهنځی
چاپ ځای:	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر:	۱۰۰۰ ټوکه
د چاپ نېټه:	۱۳۸۹ لمريز
ډانلوډ:	www.nu.edu.af

دا کتاب د آلمان د اکاډميکو همکاريو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالی دولت له پانګې څخه تمويل شوی دی. اداری او تخنيکی چارې يې په آلمان کې د افغان طب پرسونل عمومي ټولنې (DAMF e.V.) او افغانيک (Afghanic.org) لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولنې په دې اړه مسوليت نه لري.

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

ډاکتر يحيی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل

تيلفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴ ايميل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: 978 993 621 1377 :ISBN

(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 هواری لپاره مورږ 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 مورږ 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 کاپي کېږي. لکه څنګه چې زمورږ هېواد تکړه او مسلکيډاکټرانو 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 زمورږ د پروګرام یوه برخه ده، غواړم دلته زمورږ د نورو هڅو په اړوند څو ټکي راوړم:

۱. درسي طبي کتابونه

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

۲. د نوي مېتود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي یوازې د یو پراجیکټور درلودونکي وو، چې په ټول تدریس کې به تر ډېره 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.

۳. د هېډل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

په نظر کې ده چې د هېواد د طب پوهنځیو د عامې روغتیا د څانګو استادان د جرمني هیډل برګ پوهنتون ته د ماستری لپاره ولېږل شي.

۴. د اړتیاوو ارزونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۷. کتابتونونه

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

۸. لابراتوارونه

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

۹. 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.

۱۰. 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 چېپټرونه اډېټ او د بيا چاپولو لپاره تيار کړي. او زمونږ 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 مونږ 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 مونږ سره مرسته وکړي.

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 زمونږ 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 مونږ 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 نېږدې همکارانو بهار صابر او روح الله وفا څخه هم مننه کوم.

ډاکټر يحيي وردګ، د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۰ م کال، د سمبر
موبايل: ۰۷۰۲۳۲۰۸۴۴
ايميل: yahya_wardak@hotmail.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

فهرست

شماره	عنوان	مخ
۱	د اتلسم ایډیشن د مولُف 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
۲	دویم پړواو (د وختي زیاتوالي پړاو)	۲
۷	دریم پړاو (دوروستي زیاتوالي پړاو)	۲
۸	څلورم پړاو (ټیټ یابنکته 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
۱۲	د جنس نسبت	۱۵
۱۷	د اتکا یا په بل پورې تړلی نسبت	۱۷
۱۸	د وګړو ګڼوالی	۱۸
۱۹	دکورنۍ غټوالی	۱۸
۲۰	بناریتوب	۲۰
۲۱	لیک لوست او زده کړه	۲۳
۲۲	د ژوندي پاتې کیدو موده	۲۲

(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 امیدواری عمومي اندازه	۳۵
۳۶	د امیدواری عمومي مورنی اندازه	۳۵
۳۷	په ځانګړي عمر کې د امیدواری اندازه	۳۵
۳۸	ځانګړي عمر لرونکو میندو کې د امیدواری اندازه	۳۶
۳۹	د امیدواری ټولیزه اندازه	۳۶
۴۰	د امیدواری ټولیزه مورنی 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 امیدواری اندازه	۳۷
۴۵	د زیان اندازه	۳۷
۴۶	د واده کولو اندازه	۳۷

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴۷	د امیدواری میلان	۳۸
۴۸	د زیږیدنې او مړینې اندازې	۴۰
۴۹	د مړینې د اندازې کمیدل	۴۳
۵۰	د وګړو د زیاتوالي اندازه	۴۴
۵۱	کورنی تنظیم	۴۵
۵۲	د انسانانو بنستیز حقونه	۴۵
۵۳	د کورنۍ تنظیم د خدمتونو موخه (Scope)	۴۶
۵۴	د کورنۍ تنظیم روغتیایي اړخونه	۴۷
۵۵	: د ښځو روغتیا	۴۸
۵۵	د جنین روغتیا	۵۰
۵۶	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 ټګلاره ۲۰۰۰ م کال	۵۶
۲۳	د امیدواری ضد لارې (Contraceptive methods)	۲۰
۲۴	د مخنیوني لارې (Barrier methods)	۲۲
۲۵	فزیکي لارې	۲۳
۲۶	د کاڼ کارول	۲۳
۲۷	ښځینه کاڼ	۲۵
۲۸	پرده یا دیافرام (Diaphragm)	۲۵
۲۹	مهبلي سفنج (Vaginal sponge)	۲۷

(c) ketabton.com: The Digital Library

۷۰	کیمیاوي لارې	۲۷
۷۱	د رحم دننۍ آلې (intra uterine devices)	۲۹
۷۲	لوپې جنیریشن د رحم دننۍ آلې	۷۰
۷۳	Lippes loop	۷۰
۷۴	دویم جنیریشن د رحم دننۍ آلې	۷۱
۷۵	دریم جنیریشن د رحم دننۍ آلې	۷۳
۷۶	د رحم د دننۍ آلو د عمل میخانیکیت	۷۴
۷۷	اغیزمنتوب (Effectiveness)	۷۴
۷۸	د رحم د دننۍ آلې بدلول	۷۵
۷۹	د رحم د دننۍ آلو ګټې	۷۶
۸۰	د رحم د دننۍ آلو مضاداستطباب	۷۷
۸۱	مطلق مضاداستطباب	۷۷
۸۲	نسبي مضاداسطباب	۷۷
۸۳	د رحم د دننۍ آلې لپاره وړ کاندید	۷۸
۸۴	د دنته 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 امیدواری ضد هارموني درمل (Hormonal contraceptives)	۹۰
۹۸	ګوناډل سټرایډونه (Gonadal steroids)	۹۰
۹۹	جوړ شوي استروجنونه (synthetic oestrogens)	۹۰
۱۰۰	جوړ شوي پروجستوجونونه (Synthetic progestogens)	۹۱
۱۰۱	د امیدواری ضد هارموني درملو ډلبندي	۹۱
۱۰۲	د خولې د لارې دامیدواری 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 امیدواری ضد درملو د اغیزې لاره	۹۷
۱۱۰	اغیزمنتوب	۹۷
۱۱۱	خولې د لارې د امیدواری 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 ځکر ګډوډی	۱۰۲

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۱۸	شیدې ورکول	۱۰۲
۱۱۹	وروستنۍ امیدواري (Subsequent fertility)	۱۰۲
۱۲۰	بې ځایه امیدواري (ectopic pregnancy)	۱۰۳
۱۲۱	د جنین نشونما	۱۰۳
۱۲۲	دودیزې 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 امیدواری ضد زرقي درمل	۱۰۷
۱۳۵	اول: یوازې پروجستوجن لرونکي د امیدواری 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 امیدواری 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 لاړې (د امیدواری پای) (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 امیدواری پای ته رسولو قانون (۱۹۷۱م)	۱۱۷
۱۵۱	په طبي ډول د امیدواری د پای ته رسولو قاعدې	۱۱۹
۱۵۲	د کمیټې یا شوری له پلوه تائید یدل	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 لاړې (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 کورنۍ تنظیم طبیعي لاړې	۱۲۴
۱۶۱	Basal body temperature method	۱۲۵
۱۶۲	Cervical mucus method	۱۲۶
۱۶۳	Symptothermic method	۱۲۶

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۲۴	شیدې ورکول	۱۲۷
۱۲۵	د زیږیدنې د کنترول واکسین	۱۲۷
۱۲۶	اخرنۍ لارې یا شنډوالی (Sterilization)	۱۲۸
۱۲۷	د شنډولو لپاره لارښوونې (Guide lines)	۱۲۹
۱۲۸	د نارینه و شنډول (Male sterilization)	۱۲۹
۱۲۹	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 تاکنه	۱۳۵
۱۷۵	اختلاطات	۱۳۶
۱۷۶	Minilap operation	۱۳۶
۱۷۷	د امیدواری ضد لارو ارزونه	۱۳۶
۱۷۸	د کورنۍ تنظیم نه ترلاسه شوې اړتیا (Unmet need for family planning)	۱۳۸
۱۷۹	د امیدواری ضدلارې او Adolescence	۱۴۲
۱۸۰	د کورنۍ 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 زیږیدون څخه وروسته پروګرام	۱۵۵
۱۹۰	د خلکو پوهاوی	۱۵۶
۱۹۱	د کورنۍ تنظیم سوسیالوژي (Sociology of family planning)	۱۵۷
۱۹۲	خپلواکه اداره (voluntary organization)	۱۵۹
۱۹۳	د کورنۍ ښه والي ملي پروګرام (NATIONAL FAMILY WELFARE PROGRAMME)	۱۶۰
۱۹۴	د کورنۍ 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 مؤلف 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 وړاندي ځواب دي.

کتاب په ټولیزه توګه نوي (update) شوی دی. په دغه ګڼه کې د ځنډنیو غیر ساري ناروغیو او حالاتو داپډیمولوژي بشپړ اصلاح شوي څپرکي شتون لري. او د قلبي وعایې ناروغۍ، شکري ناروغۍ، سرطان، چاغوالی (Obesity)، ړوندوالی، تصادمات او جروحات، برخې د نویو اضافي معلوماتو سره یوځای لیکل شوي دي. په هند کې د روغتیایې 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 ټولنې روغتیایې 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 ژباړونکې سریزه

نن ورځ دا پرمختللې نړۍ کوم چې مونږ پکې ژوند کوو ګورو او د اسانتیاوو څخه یې ګټه اخلو دا ټول د علم او زده کړې برکت دی. د نړۍ د هر قوم او اولس پرمختګ د پوهې څخه الهام اخلي او د هر هیواد د وګړو د سوکالۍ او هوساینې راز په همدې اصل کې نغښتی دی. دا چې کوم قوم او ولس ولی او څنګه پرمخ تللی او ولی ئې د ژوند د خوښیو پسرلي په برخه دې ؟ دا هر څه د علم او پوهې دکچې د لوړیدو پورې اړه لري، او د ژوند د کچې او څرنګوالي لوړوالی د زده کړې سره نیغه اړیکه لري.

د نړۍ پوهان د خپلې سیالۍ نیلی د علم او پوهنیز نوښت په ډګر کې ځغلوي او زیار ګالي چې خپله وړتیا او لاس ته راوړنه په عمل کې ثابته کړي.

زمونږ په ټولنه کې د علمي کتاب لیکنه ستر نوښت دی او ډیر ارزښت لري. ځکه چې په تیرو څه دپاسه دوه لسیزوکې مونږ خپلې ډیرې مادي او معنوي هستۍ د جګړو توپان ته سپارلې دي او د علمي پرمختیا په لاره کې د نړیوال علمي یون او ځغل له کاروانه وروسته پاتې شوي یو.

ځکه خو د هر علمي اثر رامنځته کیدل مونږ ته د یو علمي اکاډمي د پرانیستې زیری لري. څرنګه چې د وقایوي او ټولنیز طب څانګې تر اوسه پورې د دیموګرافي او کورنې تنظیم په برخه کې نوی علمي آثر نه درلوده. او د بل پلوه نن ورځ په نړۍ کې د وګړو زیاتوالی دعامې روغتیا له نظره ستر روغتیایي مشکل دی. ځکه چې د وګړو زیاتوالی د ډول ډول ساري او غیرساري ناروغیو د منځته راتګ لپاره زمینه برابروي، د روغتیایي، اقتصادي او ټولنیز پرمختګ په مقابل کې ستر خنډ جوړوي، او هم د کورنې تنظیم په نه شتون کې مور، ماشوم او کورنۍ ته ډول ډول روغتیایي ضررونه، اقتصادي زیان او د کورنۍ غړو ماشومانو لپاره د غذایي، اخلاقي، علمي او ټولنیز اړخه ډول ډول ستونزې رامنځته کیدلی شي. دغه پورته ذکر شوي حالات او مشکلات زمونږ په ګران هیواد افغانستان کې هم ورځ په ورځ مخ په زیاتیدو دي. ځکه د خلکو مختلف روشونه، عادات، مذهبي عقاید ، ټولنیزې غوښتنې (لکه د نارینه بچیو زیاتوالی)، 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 لاڑمه وګڼله اوماته يې دنده راکړه چې دمحترم استاد الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسين (يار) دمستقيمې لارښونې لاندې يادە 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 کورنۍ تنظيم برخه ده.دا علمي رساله د منل شوي نړيوال کتاب څخه په خپله مورنۍ ژبه ترجمه او د لوي 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 کې طبي ترمينالوژي ته په پام سره ځينې لغات په خپل حال پاتې دي چې دايوه اړتياو مصلحت دی.

داچې د طبابت د علم په ډګر کې د تيوري او عمل له 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 افادې 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 کړي، مننه وي يم او د لوي څښتن تعالی څخه ورته اجرونه غواړم.

په پاى 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 څېړنې ته ديموګرافي وايي. ديموګرافي د انسان پورې تړلې درې پېښو سره زيات تړاو لري چې عبارت دي له :

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

۲. د وګړو په جوړښت کې بدلون

۳. په سيمه کې دوګړو ويشنه

دغه پورته يادې شوې پېښيې د پنځه ديموګرافيک عمليو سره سر خوري چې عبارت دي له: زيږيدنې، مړينې، واده کول، کډوالي، اوټولنيز خوځښت څخه. دغه پنځه پېښې دتل لپاره روانې 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 ډينامیک 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 پېښو راجستر کول او اډوک ديموګرافيک څېړنې (Adhoc demographic study) څخه.

ديموګرافيک دوران

د وګړو د تاريخچې څخه دا جوتيږي چې د ۱۲۵۰م کال څخه تر اوسه پورې د نړۍ په ديموګرافيک دوران کې پنځه پړاونه منځته راغلي دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱. لومړي 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 څخه په ځینو کې د زیږیدنې په شمیرکې زیاتوالی منځته راغلی دی چې شونې ده دغه زیاتوالی د روغتیایي حالت د ښه والي او د تي رودلو مودې د کموالي له کبله وي.

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

پدې پړاو کې 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. ځلورم پړاو (ټیټ یابنکته 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 (۱۹۸۰_ ۱۹۸۵). او پـه همـدې کـال کـې د انګلـستان، ډنمـارک، سويډن، او بلجيم هيوادونو د وګړو د زياتوالي کچه ۰،۱ ثبت شويده. په لنډ ډول وايو چې په زياتره صنعتي هيوادونو کې ديموګرافيک بدلون منځتـه راغـی يعنـي د زيـاتې زيږيدنې او مړينې کچې څخه يې د لړې زيږيدنې او مړينې کچې خوا ته بدلون وکړو.

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

د نړۍ په وګړو کې کموالی پيل شو ځکه چې د زيږيدينې کچه د مړينې د کچې څخه کمه شوه. ځنې ختيځ اروپايي هيوادونه لکه جرمني او هنګري پدې پړاو کې د يادولو وړ دي.

د نړۍ د وګړو ميلان

د عيسوي زمانې په پيل کې نژدې دوه زره کاله وړاندې، د نړۍ وګړي ۲۵۰ ميلونـه شميرل شوي وه. وروسته د نړۍ د وګړو اټکلي زياتوالی په لاندې لومړۍ ګڼه جدول کې ښودل شويدی.

د لاندې جدول څخه جوتيږي چې د نړۍ وګړي په ۱۸۰۰ م ميلادي کال کې يـو بيلـون تـه ورسيده. پـه ۱۳۰ کلونـو کـې د نـړۍ وګړي دوه بيلونـه شـول (۱۹۳۰م شـاوخواکې). د ديـرش کلونـو پـه مـوده کـې د وګړو دريـم بيلـون منځتـه راغـی (۱۹۶۰ م شـاوخواکې). د پنځـه لـس (۱۵) کلونـو پـه مـوده کـې څلـورم بيلـون (۱۹۷۴م شـاوخواکې)، د دولـس (۱۲) کلونـو پـه مـوده کـې پنځـم بيلـون (۱۹۸۷م شـاوخواکې)، او شـپږم بيلـون هـم د دولـس (۱۲) کلونـو پـه مـوده کـې منځتـه راغـی (۱۹۹۹م شـاوخواکې). د ۱۹۹۹م کـال د اکتـوبر پـه دولسـه نيټـه د نړۍ وګړي شپږ بيلونو ته ورسيدل او داسې اټکل شـويده چې تـر ۲۰۲۵م کـال پـورې بـه دا شـمير اتـه (۸) بيلونـو تـه ورسيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی 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،۲
۱۹۵۰	۲۵۲۲	۱،۱
۱۹۶۰	۳۰۳۷	۱،۷۹
۱۹۷۰	۳۶۹۲	۱،۹۲
۱۹۷۵	۴۰۲۲	۱،۸۹
۱۹۸۰	۴۴۳۲	۱،۷۲
۱۹۸۷	۵۰۰۰	۱،۲۳
۱۹۹۱	۵۳۸۵	۱،۷
۱۹۹۸	۵۸۸۴	۱،۲
۲۰۰۰	۶۰۵۴	۱،۴
۲۰۰۲	۶۲۲۵	۱،۱

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

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

ملګرو ملتونو داسې اټکل کړیده چې د ۱۹۹۰_۲۰۰۰م کلونو ترمنځ د نړۍ د وګړو

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کلني زیاتوالي کچه په سلوکې ۱،۴ وه. او په همدې موده کې (۱۹۹۰_۲۰۰۰م) د چین هیواد په ډیره ټیټه کچه د وګړو کلنی زیاتوالی درلوده (۱%). په داسې حال کې چې دغه کچه په پرتلیز ډول په هند کې ۱،۹۳وه. په اوس وخت کې چین د وګړو د کلني زیاتوالي له مخې د امریکا د متحده ایالاتونو سره د پرتله کیدو وړ هیواد دی (۰،۹ په سلوکې).

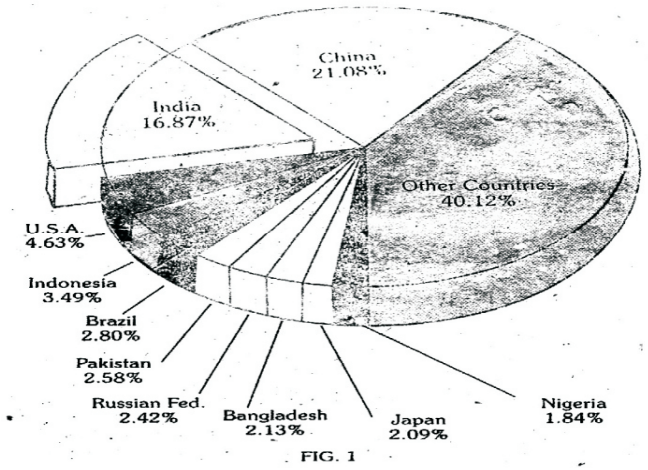


FIG. 1

لومړی ګڼه انځور:

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

د سهیل ختیځې اسیائي حوزې د هیوادونو د وګړو د زیاتوالي میلان په لاندې دویمه ګڼه جدول کې ښودل شویدی.

(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	۷۲۷۹۴۰	۱۰۴۹۵۴۹	۱۰۸۲۱۸۴
بنګله دیش	۹۹۳۱۰	۱۴۳۸۰۹	۱۳۹۹۱۱
بوتان	۱۴۵۱	۲۱۹۰	۲۳۱۳
کوریا	۱۸۹۴۲	۲۲۵۴۱	۲۵۴۱۲
اندونیزیا	۱۲۷۳۳۲	۲۱۷۱۳۱	۲۲۲۹۳۸
مالډیویس	۱۸۴	۳۰۹	۳۵۵
ماینمار	۳۷۵۴۴	۴۸۸۵۲	۵۳۴۷۹
نیپال	۱۲۵۰۳	۲۴۲۰۹	۲۷۴۳۹
سریالانکا	۱۲۰۲۰	۱۸۹۱۱۰	۱۹۸۵۸
تایلینډ	۵۱۱۲۸	۲۲۱۹۳	۲۲۲۱۲
ټولګه	۱۱۷۲۳۹۴	۱۵۸۹۲۹۳	۱۲۴۰۵۰۵

د زیږیدنې او مړینې کچې

په ټاکل شوو هیوادونو کې د زیږیدنې اومړینې د کچو ترمنځ ښکاره توپیر په درېیمه ګڼه جدول کې ښودل شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

درېيمه ګڼه جدول : په ټاکل شوو پرمختللواو پرمختلونکو هيوادونوکې د زيږيدنې اومړينې ناتصفيه شوې کچې (۲۰۰۲ ميلادي کال)

هيواد	د زيږيدنې ناتصفيه شوی اندازه	د مړينې ناتصفيه شوی اندازه
هند	۲۴	۹
بنګله ديش	۲۹	۸
پاکستان	۳۲	۱۰
سريلانکا	۱۷	۷
تايلنډ	۱۸	۷
ميانمار	۲۴	۱۱
نيپال	۳۳	۱۰
چين	۱۵	۷
جاپان	۹	۸
سينګاپور	۱۰	۵
انګلستان	۱۰	۱۰
د امريکا متحده ايالات	۱۵	۸

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

څلورمه 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	۴۲	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	۳۲	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 کورنۍ تنظیم د پروګرامونو او خدمتونو وړاندې 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. مګر 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 دمړینې کچه راکمه کړیده چې دغه کموالی په خپل وار د مړینې ناتصفیه شوی اندازه هم کموي.

د وګړو د زیاتوالي اندازه (Growth rates)

کله چې د مړینې نه څېړل شوي اندازه د زیږیدنې د نه څېړل شوي اندازې څخه منفي شي نو حاصل یي د کلني زیاتوالي د اندازې (Annual growth rate) څخه عبارت دی (د کډوالۍ 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 ضرورﺩي.
ثابته کچه وګړي	زیاتوالی نشته	
لږ زیاتوالی	د ۰،۵ څخه کم	د ۱۳۹ څخه زیات
منځنۍ کچه زیاتوالی	د ۰،۵ څخه تر ۱،۰	۷۰_۱۳۹
تیز زیاتوالی	د ۱،۰ څخه تر ۱،۵	۴۷_۷۰
ډیر تیز زیاتوالی	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 ویل کېږي چې د وګړو د زیاتوالي اندازې ډیروالی د اورګاډي د حرکت په شان دی، کوم چې په ورو ډول پیل کیږي او بیا تیزوالی پیدا کوي او د حرکت څخه وروسته یې د کنترول لاندې راوستل ډیر وخت غواړي. د اورګاډي په پیښه کې د کنترول فکتورونه د کتلې او جبري قوې څخه عبارت دي، او د وګړو په برخه کې دغه فکتورونه له عمري ویشنې، واده کولو، رواجونو، ګڼ شمیر کلتورونو او ټولنیز اقتصادي فکتورونو څخه عبارت دي.

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

د وګړو د زیاتوالي کچه په نړۍ کې یو ډول نده. ډیر داسې هیوادونه شتون لري (لکه اروپایي هیوادونه) چې د کلني زیاتوالي کچه یې ۰،۵ سلنه ده. د ودې په حال هیوادونو کې د وګړو د کلني زیاتوالي کچه زیاته ده چې په افریقا کې ۲،۸ سلنه، په لاتین امریکا کې ۱،۵ سلنه، په اروپا کې ۰،۵ سلنه او په اسیا کې ۱،۹ سلنه ده. هغه هیوادونه چې د کلني زیاتوالي کچه یې په سلو کې ۰،۵ وي په ۱۴۰ کلنو کې یې د وګړو شمیر دوه برابره کیږي، او هغه هیوادونه چې د کلني زیاتوالي کچه یې په سلوکې درې (۳) وي په ۲۰_۲۵ کلنو کې یې د وګړو شمیر دوه برابره ته رسیږي (پنځمه ګڼه جدول). د وګړو د زیاتوالي دغه توپیر په بیلابیلو هیوادونو کې د زیږیدنې او مړینې د بڼې پورې اړه لري. د وګړو د زیاتوالي کچې ته په لاندې ډول لنډه اشاره شوې ده.

- د دغه زیاتوالي ۹۵ سلنه د ودې په حال هیوادونو کې پیښیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په اوس وخت کې د نړۍ یو پر درې (۱/۳) برخه وګړي د پنځه لس (۱۵) کلنو څخه کم عمر لري چې دوي به ډیر ژر د بچي زیږیدنې پراو ته داخل شي او پدې توګه د نړۍ وګړي به ډیر زیات شي.
- UNFPA داسې اټکل کړیده چې د نړۍ وګړي به تر ۲۰۵۰م کال پورې لس (۱۰) بیلونه شي او یوه سلیزه وروسته به ۷، ۲۰ بیلونو ته ورسیږي.
- په ښځو کې اټکل شوې د زیږیدنې کچه په اوس وخت (۲۰۰۲م کال) کې پدې ډول ده: د صنعتي هیوادونو لپاره ۱، ۷، د ودي په حال هیوادونو کې درې (۳) او په لږ پرمختللو هیوادونو کې ۵، ۲ ده. چې پدې ډول د نړیوالې امیدواری کچه ۲، ۸% سلنه اټکل شوې ده.
- د نړۍ وګړي په دقیقه کې ۱۷۲ تنه، په ساعت کې ۱۰۵۲۴ تنه، په ورځ کې ۲۵۳۵۴۲ تنه، او په کال کې ۹۲۵۴۳۰۰۰ تنه زیاتیږي.

دغه د نړۍ د وګړو بې کنترولې زیاتوالی په لږ پرمختللو هیوادونو کې د ټولنیز او اقتصادي پرمختګ په وړاندې ستر خنډ جوړوي.

ډیموګرافیک میلان په هند کې

په ۲۰۰۲ م کال کې د هند وګړي ۱۰۴۹ میلونه وه او په نړۍ کې د چین څخه وروسته دویم ډیر وګړي لرونکی هیواد وشمیرل شو چې د ځمکنۍ پراخوالي له مخې تر چین اوه ځلې کم دی. هند د نړۍ د ځمکنۍ پراخوالي ۲، ۴ سلنه جوړوي مګر د نړۍ د وګړو ۱۲، ۸۷ سلنه جوړوي. د ۱۹۰۱م کال څخه راپدې خوا د هند د وګړو کلنۍ منځنۍ زیاتوالی او د لسیزې زیاتوالی په لاندې شپږمه ګڼه جدول کې ښودل شوی دی:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

کال	ټول وګړې (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،۶۲
۱۹۹۱	۸۴۳،۹	۲،۱۴	۲۳،۸۶
۲۰۰۱	۱۰۲۷،۰	۱،۹۳	۲۱،۳۴

د ۱۹۲۱م کال څخه راپدې خوا 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 ۱۲ 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 ۸۴۲ 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.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په لاندې اومه ګڼه جدول کې د هند د ځینو ایالاتونو وګړي ښودل شویدي چې اوتارپرادیش د ۱۲۲،۰۵ میلونو وګړو په درلودلو سره لومړی، مهاراشترا (Maharashtra) د ۹۲،۷۵ میلونو وګړو په درلودلو سره دویم او بیهار (Bihar) د ۸۲،۸۷ میلونو وګړو په درلودلو سره دریم ځای خپل کړیدی. داسي معلومیږي چې دغه لاندي لس ایالاتونه د هند د ټولو وګړو ۷۲،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	۱۲۲,۰۵	۱۲،۱۷
۲	مهاراشترا	۹۲،۷۵	۹،۴۲
۳	بیهار	۸۲،۸۷	۸،۰۷
۴	غربي بنګال	۸۰،۲۲	۷،۸۱
۵	اندراپرادیش	۷۵،۷۲	۷،۳۷
۲	تامیل نادو	۲۲،۱۱	۲،۰۵
۷	مادیاپرادیش	۲۰،۳۸	۵،۸۸
۸	راجستان	۵۲،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_۱۹۹۹م 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

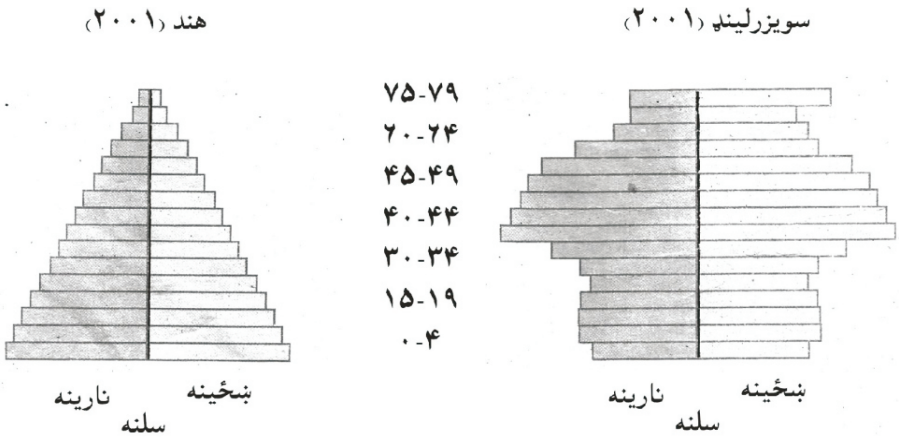
عمر	نارینه	ښځینه
۴_۰	۱۱،۲	۱۱،۱
۹_۵	۱۲،۸	۱۲،۴
۱۴_۱۰	۱۲،۱	۱۱،۸
۱۹_۱۵	۱۰،۴	۱۰،۳
۲۴_۲۰	۸،۵	۹،۳
۲۹_۲۵	۷،۸	۸،۷
۳۴_۳۰	۶،۷	۷،۱
۳۹_۳۵	۶،۲	۶،۴
۴۴_۴۰	۵،۱	۴،۷
۴۹_۴۵	۴،۵	۴،۲
۵۴_۵۰	۳،۴	۳،۱
۵۹_۵۵	۲،۲	۳،۳
۶۴_۶۰	۲،۹	۳،۰
۶۹-۶۵	۲،۰	۲،۰
+۷۰	۳,۳	۲،۸
ټولګه	۱۰۰،۰	۱۰۰،۰

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 هنـــد او ســـویټزرلنډ (Switzerland) پـــه

(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 نرۍ څوکه لري. مګر په پرمختللو هیوادونو لکه سویټزرلنډ کې عمري اهرام په منځنۍ برخه کې پراخه دی او قاعده یې نرۍ 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 څیړنه کې د عمر څیړل 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 یعنې د هر زر تنه نرانو په سر ۱۰۵۸ تنه ښځې لري.

نهمه ګڼه جدول: د هند جنسي نسبت رابنیئ.

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

د اتکا یا په بل پورې تړلی نسبت

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

څخه کم عمر لرونکي (ماشومان) خلک، د اقتصاد تولیدونکي ډلې خلکو (۱۵_۲۴ کلن) پورې ترلې خلک ګڼل کیږي. د ۰_۱۴ کلونو او ۶۵ کلن یا زیات عمر لرونکو خلکو نسبت، ۱۵_۶۵ کاله عمر لرونکو خلکو ته د ټولیز اتکایي نسبت (total dependency ratio) په نوم یادیږي. دې ته ټولنیز اتکایي نسبت (Societal dependency ratio) هم وایي ځکه ټولنه اړه ده چې د خپلو کوچنیانو او زړو خلکو اړتیاوې پوره کړي.

د اتکا نسبت کیدای شي چې په ځوان عمر لرونکو (۰_۱۴) اتکایي نسبت او زوړ عمر لرونکو (۶۵ کاله یا زیات) اتکایي نسبت باندې وویشل شي. دغه نسبتونه نه ځیړل شوي (crude) نسبتونه دي ځکه چې ځنې وخت کم عمر لرونکي (ماشومان) یا زیات عمر لرونکي (زاړه) خلک کار او دنده لري او په چا پورې ترلي نه وي مګر تولیدي ډله خلک (۱۵_۶۵ کلن) کیدای شي چې کار او دنده ونلري.

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

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

کال	ټولیزه اتکا	د کوچنیانو اتکا	د زړو خلکو اتکا
۱۹۹۰	۶۹	۶۱	۷
۲۰۰۰	۶۲	۵۴	۸
۲۰۱۰ (اټکل شوی)	۵۴	۴۵	۹

د وګړو ګڼوالی

د وګړو د غوره اندکاتورونو (indices) څخه یو هم د وګړو ګڼوالی دی. د هند د وګړو

(c) ketabton.com: The Digital Library

شمرینې له مخې د وګړو ګڼوالی پدې ډول تعریفیږي چې: د هغه خلکو د شمیر څخه عبارت دی چې په یو کیلومترمربع سیمه کې ژوند کوي.

په هیواد (هند) کې د وګړو ګڼوالی د ۱۹۰۱م کال څخه راپدیخوا په لاندې یولسمه ګڼه جدول کې ښودل شوی دی.

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

کال	په هر کیلو متر مربع سیمه کې
۱۹۰۱	۷۷
۱۹۱۱	۸۲
۱۹۲۱	۸۱
۱۹۳۱	۹۰
۱۹۴۱	۱۰۳
۱۹۵۱	۱۱۷
۱۹۶۱	۱۴۲
۱۹۷۱	۱۷۷
۱۹۸۱	۲۱۲
۱۹۹۱	۲۲۷
۲۰۰۱	۳۲۴

د کورنۍ غټوالی

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د خپل بچي زیږونې په موده کې زیږوي چې په دودیز ډول دا پرې او د ۱۵_۴۵ کلنۍ عمر پورې منل شوی دی.

تولیزه د امیدوارۍ کچه (total fertility rate) په اټکلي ډول د بشپړې کورنۍ اندازې غټوالی ښیئ.

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.

کورنی 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 ټرلو لپاره مناسبه تګلاره.

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

هیواد	۱۹۹۰	۲۰۰۲
هند	۳،۹	۳،۱
بنګله 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

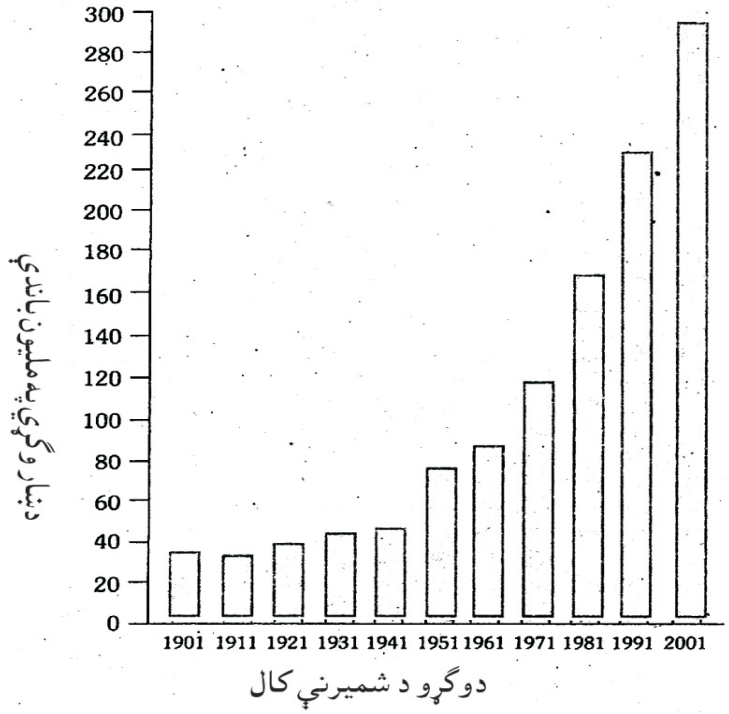
نفوس

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

شمیرل شوي وه.

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



دریمه ګڼه انځور:

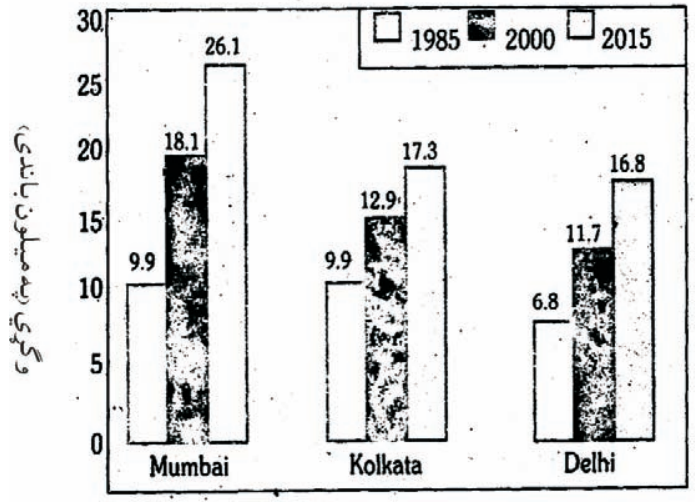
د هغه خلکو سلنه چې په ښاري سیمو کې ژوند کوي په ډراماتیک ډول لوړه شوې ده، د ښاري سیمو شمیر د **۴۲۱۵** څخه د **۱۹۹۱** کال څخه تر **۲۰۰۱** م کال پورې **۵۱۲۱** ته لوړ شوی دی. د هند په ښارونو کې دغه ښاري وګړي په بیلابیلو کچو سره ویشل شوي دي.

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 ښاریتوب میلان ښودل شویدی.



څلورمه ګڼه انځور:

هغه ښارونه چې د ګړو شمیر یې د لس میلونو څخه زیات وي ملګرو ملتونو د سترو ښارونو یا Mega city په نوم نومولي دي. تر ۱۹۵۰م کال پورې یوازې نیویارک د Mega city په نوم نومول شوی وه، په ۱۹۹۵م کال کې د دغه لویو ښارونو شمیر څوارلسو (۱۴) ته لوړ شو، چې د بمبئ، کلکتې او ډهلي ښارونه هم پدې لست کې وشمیرل شول او د وګړو د اټکل له مخې داسې اټکل شویده چې تر ۲۰۱۵م کال پورې به د حیدراباد ښار هم پدې لویو ښارونو کې وشمیرل شي.

د ښاریتوب او ښاري سیمو زیاتوالی د دوه ډوله فکتورونو له کبله منځته راغلی دی. یو په طبیعي ډول د زیږیدنو زیاتوالی، او بل د کلیو څخه ښارونو ته د کډوالۍ له کبله، څکه چې په ښارونو کې د دندې پیداکول، د ژوند کولو ښې اسانتیاوې، 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.

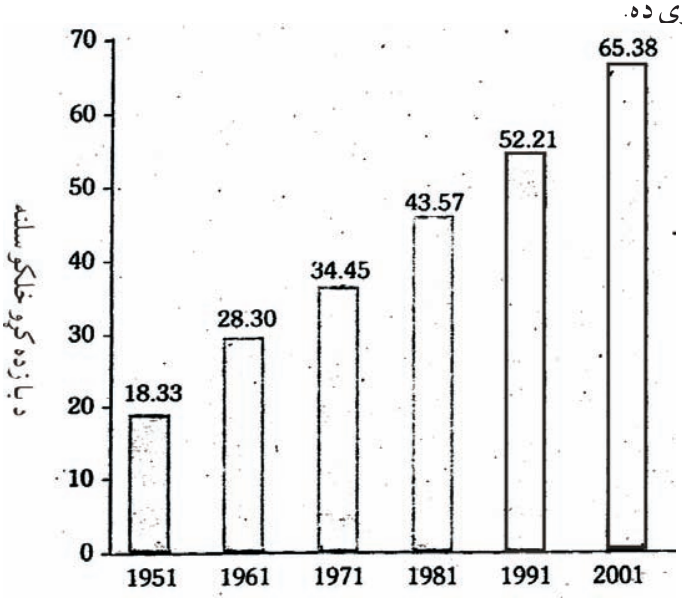
په ۱۹۹۱م کال کې داسې پريکړه وشوه، هغه خلک چې عمر يې د اوه (۷) کلونو او يا له دې څخه پورته وي بايد د ليک او لوست د کچې (Literacy rate) ټکی ورته وکارول

(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 ۲،۲۹۲ 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 بنه 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 بيلابيلو لويو ايالاتونو د زده کړې کچه ښودل شويده. د ۱۹۹۱م کال څخه راپدېخوا 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 ۲۵،۳۸ سلنه ده، په داسې حال کې چې په نارينه ؤ کې ۷۲ سلنه او په ښځينه ؤ کې ۵۴ سلنه ده.

ديارلسمه ګڼه جدول د هند د سترو ايالاتونو د زده کړې کچه راښئ_ ۲۰۰۱م.

ايالت	د نرانو د زده کړې کچه	د ښځو د زده کړې کچه	تولیزه د زده کړې کچه
اوتارپرادېش او اوتارزانکل	۷۱	۴۴	۵۸
بيهار او جهارکهند	۲۲	۳۵	۴۹
راجستان	۷۲	۴۴	۲۱
مادياپرادېش او چهاتيسګهر	۷۷۹	۵۱	۲۴
هاريانا	۷۹	۵۲	۲۹
اسام	۷۲	۵۲	۲۴
ګجرات	۸۰	۵۹	۷۰
اوريسا	۷۲	۵۱	۲۴
ماهاراشترا	۸۲	۲۸	۷۷
پنجاب	۷۲	۲۴	۷۰
غربي بنګال	۷۸	۲۰	۲۹
کارناټاکا	۷۲	۵۲	۲۷
اندراپرادېش	۷۱	۵۱	۲۱
تاميل نادو	۸۲	۲۵	۷۳
کيرالا	۹۴	۸۸	۹۱
هند	۷۲	۵۴	۲۵،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 کیدو 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 منځنۍ 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 اندکاتور 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 یعني د نارینه ژ او ښځینه ژ 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 ژ او ښځینه ژ کې باید ۶۴ کلونو ته لوړه شي.

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

د ژوندي پاتې کیدو مودې میلان دا رابنیئ 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 رابنیئ.

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 نارينه ؤ کې ۷۷،۷ کلونه او په ښځينه ؤ کې ۸۴،۷ کلونه شميرل شوې ده.

څوارلسمه ګڼه جدول: په هند کې د زيږيدنې په وخت کې د ژوندي پاتې کيدو موده.

کال	نارينه	ښځينه
۱۹۰۱	۲۳،۲۳	۲۳،۹۲
۱۹۱۱	۲۲،۵۹	۲۳،۳۱
۱۹۲۱	۱۹،۴۲	۲۰،۹۱
۱۹۳۱	۲۲،۹۱	۲۲،۵۲
۱۹۴۱	۳۲،۰۹	۳۱،۳۷
۱۹۵۱	۳۲،۴۵	۳۱،۲۲
۱۹۶۱	۴۱،۸۹	۴۰،۵۵
۱۹۷۱	۴۲،۴۰	۴۴،۷۰
۱۹۸۱	۵۰،۹۰	۵۰،۰۰
۱۹۹۱	۵۸،۱۰	۵۹،۱۰
۲۰۰۱	۲۲،۸۰	۲۴،۰۰

پنځلسمه ګڼه جدول: په ټاکل شوو هيوادونوکې د زيږيدنې په وخت د ژوندي پاتې کيدو موده(۲۰۰۱).

مخ پر ودې هيوادونه	۲۰۰۱		پرمختللي هيوادونه	۲۰۰۱	
	نارينه	ښځينه		نارينه	ښځينه
نيپال	۵۹،۴	۵۸،۹	انګستان	۷۵،۴	۸۰،۴
بنګله ديش	۵۹،۴	۵۹،۵	متحده ايالات	۷۴،۰	۷۹،۷
ميانمار	۵۴،۴	۵۹،۸	سويډن	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	۲۰،۲	۷۲،۹
تایلینډ	۲۴،۹	۷۳،۲	جاپان	۷۷،۷	۸۴،۷

اميدواري (Fertility)

اميدواري د ماشومانو حقيقي زيږولو ته وائ. ځينې وګړي پيژندونکې د اميدواری (Fertility) په ځای د Natality کليمه غوره بولي. د ښځو د بچي زيږولو موده د ۱۵ کلنۍ څخه تر ۴۵ کلنۍ پورې منل شويده، يعنی په منځنۍ ډول د ۳۰ کلونو لپاره بچي زيږولی شي. که چيرې يوه ښځه په ۱۵ کلنۍ کې واده وکړي او تر ۴۵ کلنۍ پورې د خپل ميړه سره يوځای پاتې شي نو داسې شوني ده چې ۱۵ زيږيدنې وکړي مګر دا اوچترينه کچه کله کله ترلاسه کيږي. په هند کې هغه ديموګرافيک څيړنې چې په اميدواری باندې ترسره شويدي دا ښئ چې يوه ښځه په منځني ډول اوه (۷) ځلې اميدواره کيږي، پدې شرط چې د واده کولو څخه وروسته د ژوند موده يې غوڅه نه شي.

اميدواري د بيلابيلو فکتورونو پورې اړه لري. په هند کې د اميدواری د لوړې کچې سره ګڼ شمير فکتورونه مرسته کوي لکه د ودونو دود کيدل، په کم عمر کې واده کول، د زده کړې د کچې کموالی، د ژوند کولو خراب حالت، د اميدواری ضد درملو ترلې کارونه او پخوانۍ د ژوند کولو تګلاره.

په هند کې په ۱۹۹۸_۱۹۹۹م کلونو کې د کورنۍ روغتيا دويمه ملي سروې يا National Family Health Survey 2 ترسره شوه چې د اميدواری پورې اړوند ځينې 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 امیدواری تولیزه اندازه (۱۹۹۲_۱۹۹۸م).

اصلي ځانګړتیاوې	د امیدواری تولیزه کچه
د اوسیدو ځای	
• ښاري	۲،۲۷
• کلیوالي	۳،۰۷
زده کړه	
• بې زده کړې	۳،۴۷
• زده کړه لري < د منځني ښوونځي تکمیلول	۲،۲۴
• منځنی ښوونځی یې تکمیل کړی وي	۲،۲۲
• لیسه او د هغې څخه لوړې زده کړې یې کړي 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،۲۲
د ژوند د کچې انډکس	
• ښکته	۲،۳۷
• منځنی	۲،۸۵
• اوچت	۲،۱۰
ټولګه	۲،۸۵

ځینې د یادلو وړ فکتورونه چې د وګړې پیژندونکو پام یې د ډیرې 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 پراو ته داخلیږي په امیدواری (Fertility) باندې ستره اغیزه لري. د هند عمومي ثبتونې یا راجستریشن، په ملي کچه د امیدواری اړوند ډیر 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 ډیر شمیر زیږیدنې کوي. د هند ځینو وګړو پیژندونکو داسې اټکل کړیده که چیرې د واده کولو موده د شپاړس (۱۶) کلنۍ څخه ۲۰_۲۱ کلنۍ ته وروسته شي نو د امیدواری په کچه کې به ۲۰_۳۰ % سلنه کموالی رامنځته شي.

په وختي عمر کې واده کول د هندوستان د زړو رواجونو څخه دي. آن ډیر وختي د ۱۹۲۹م کال څخه د سارادا قانون (Sarada Act) ایښودل شوی دی چې د ماشومانو واده کول پکې بند شوي دي. د وګړشمیرني معلومات دا ښیۍ 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) کیښودل شو چې د واده کولو وړ عمر یې د انجونو لپاره ۱۵_۱۸ کلونه او د هلکانو لپاره ۱۸_۲۱ کلونه وښودلو.

څیړنو ښودلې ده چې د هیواد په زیاتره برخو کې د ښځو د واده کولو عمر په منځني ډول ۱۹،۵ کلونو ته رسیدلی دی او د هیواد ډیرې 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

۳. د واده کیدنې څخه وروسته د ژوند موده

څېړنو ښودلې ده چې ۱۰_۲۵ سلنه زېږیدنې د واده څخه وروسته په اولو ۱_۵ کلونو کې منځته راځي او ۵۰_۵۵ سلنه زېږیدنې د واده څخه وروسته په ۵_۱۵ کلونو کې منځته راځي. د واده کولو څخه پنځه ویشت (۲۵) کلونه وروسته ډیرې لږې زېږیدنې پېښېږي. دغه پایله دا ښیۍ چې د کورنۍ تنظیم کارونه او هڅې باید د واده کولو څخه وروسته اولو څو کلونو ته ډیرې راټولې شي ترڅو یوه قناعت ورکونکې پایله په لاس راشي.

۴. د ماشومانو ترمنځ واټن

څېړنو ښودلې ده چې که چېرې د ماشومانو ترمنځ واټن په هر عمر خلکو کې د یو کال څخه زیات شي نو د امیداوارۍ په کچه کې به د پام وړ لږوالی راشي. که چېرې د ماشومانو ترمنځ واټن ته پاملرنه وشي نو د امیدوارۍ په کچه کې به ستر بدلون او لږوالی منځته راشي.

۴. زده کړه (Education)

د امیدوارۍ او زده کړې ترمنځ سرچپه اړیکه شتون لري، د کورنۍ روغتیا دویمې ملي سروې دا وښودله چې په بې زده کړه ښځو کې د امیدوارۍ کچه نسبت زده کړه لرونکو ښځو ته ۱،۵ ماشومان زیاته ده. (۱۲ ګڼه جدول).

۵. شتمني

کومې علمي څېړنې چې ترسره شوي دي داسي ښیۍ چې شتمني د امیدوارۍ د کچې سره سرچپه اړیکه لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

٦. قوم او مذهب (Caste and religion)

په مسلمانانو کې نسبت هندوانو ته د امیدواری کچه لوړه ده. د کورنۍ روغتیا دویمې ملي سروې دا وښودله چې په مسلمانانو کې د امیدواری ټولیزه کچه 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 امیدواری 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 امیدواری کچه لوړه وي. خواړه په امیدواری باندې سرچپه اغیزه لري.

۸. کورنۍ تنظیم

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

۹. نور فکتورونه

امیدواری د بیلابیلو فزیکي، بیولوژیکي، ټولنیزو او کلتوري فکتورونو له کبله اغیزمنه کیږي لکه د ښځې مقام او ځای په ټولنه کې، د ماشومانو ارزښت په ټولنه کې، د کونډو واده کول، تی یا رودل، عقیدې او رواجونه، صنعتي کیدل او ښاري کیدل، ښه 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

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 امیدواری په اندازه کې ګډون نه لري.

۱. د زیږیدنې اندازه

د زیږیدنې اندازه د امیدواری 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 زیږیدنو د شمیر څخه عبارت دی. دغه تعریف د لاندې فرمول په وسیله په ښه ډول ښودل کیږي.

$$\text{د زیږیدنې اندازه} = \frac{\text{د یوکال په موده کې ژوندی زیږیدنې}}{\text{اټکلي د کال منځ وګړي}} \times 1000$$

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

۲ د امیدواری عمومي اندازه

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

$$GFR = \frac{\text{په ټاکلي سیمه کې د یوکال په موده کې ژوندی زیږیدنې}}{\text{په کټ مټ سیمه اوموده کې د کال منځ ۱۵_۴۴ یا ۴۹ کلونه عمر لرونکې ښځې}}$$

(c) ketabton.com: The Digital Library

د امیدواری عمومي اندازه د نه څیړل شوې زیږیدنې اندازې یا Crude birth rate څخه د امیدواری د اندازه کولو لپاره ښه معیار دی. ځکه چې مخرج یې نسبت ټولو وګړو ته یوازې هغه ښځو پورې ترلی 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 امیدواری 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 امیدواری اندازه

د امیدواری د اندازه کولو ښه معیار د ځانګړي عمري امیدواری 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 امیدواری اندازه د امیدواری په بڼه باندې رڼا اچوي او همدارنګه د کورنۍ تنظیم د موخو د لاس ته راوړلو لپاره ښه اندکاتور دی.

۵ په ځانګړي عمر لرونکو میندو کې د امیدواری 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

٦ د امیدواری ټولیزه اندازه

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

٧ د امیدواری ټولیزه مورنۍ اندازه (Total Marital Fertility Rate)

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

٨ Gross Reproductive Rate (GRR)

دا د انجونو د شمیر څخه عبارت دی چې یوه ښځه به یې زیږوي پدې ډول که چیرې نوموړې ښځه د خپل بچي زیږونې په عمر کې (۱۵_۴۴ یا ۴۹ کلونه) د امیدواری دغه اوسنۍ بڼه وکاروي، مړینه پکې نه شمیرل کیږي.

٩ خالصه د زیږون اندازه Net Reproductive Rate (NRR)

خالصه د زیږون اندازه داسې تعریفیږي چې: دا د نوو زیږیدلو جینکیو د شمیر څخه عبارت دی چې یوه ښځه یې د خپل ژوند په موده کې زیږوي. د ځانګړي عمري امیدواری 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 زیږونې په پړاو کې وي (چې عمر يې ۱۵_۴۴ يا ۴۹ کلونه وي) د هغو ماشومانو د شمیر څخه عبارت دی چې عمر يې د ۰_۴ کلونو پورې وي. دغه نسبت په هغه ځایونو کې کارول کیږي چیرته چې د زیږیدنو د راجستر کولو شمیرنه نابشپړه او یا هیڅ شتون ونلري. دا اندازه د هغه معلوماتو او ارقامو څخه اټکل کیږي چې د سرشمیرنې یا Censuses څخه په لاس راځي.

۱۱ د امیدواری اندازه

دا دیو کال په موده کې په واده شوو ښځو کې چې عمر يې د ۱۵_۴۴ يا ۴۹ کلونو پورې وي د امیدواری د نسبت څخه عبارت دی. د امیدواری کچه په ټولو هغه امیدواریو باندې مشتمله ده چې که ژوندي پیدا شوي وي، مړه پیدا شوي وي، زیان شوي وي، او یا هم هغه امیدواری چې لاتراوسه يې پای نه وي موندلي.

۱۲ د زیان اندازه

په ټاکلي موده کې زیانونه تقسیم په کټ مټ موده کې په ژوندیو زیږیدنو باندې د زیان د اندازې څخه عبارت ده.

۱۳ د واده کولو اندازه

په زرو (۱۰۰۰) تنو کې د یو کال په موده کې د ودونو د شمیر څخه عبارت دی.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وګړې پېژندونکې دغه اندازه یوه غیر قناعت بخښوونکې اندازه بولي ځکه چې ددې اندازه مخرج د هغه وګړو څخه جوړ شوی دی چې ټول یې 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.

$$\text{General marriage rate} = \frac{\text{د یو کال په موده کې د ودونو شمیر}}{\text{غیر واده شوي ۱۵_۴۹ کلونه عمر لرونکې ښځې}} \times 1000$$

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 رابښکته شوه.

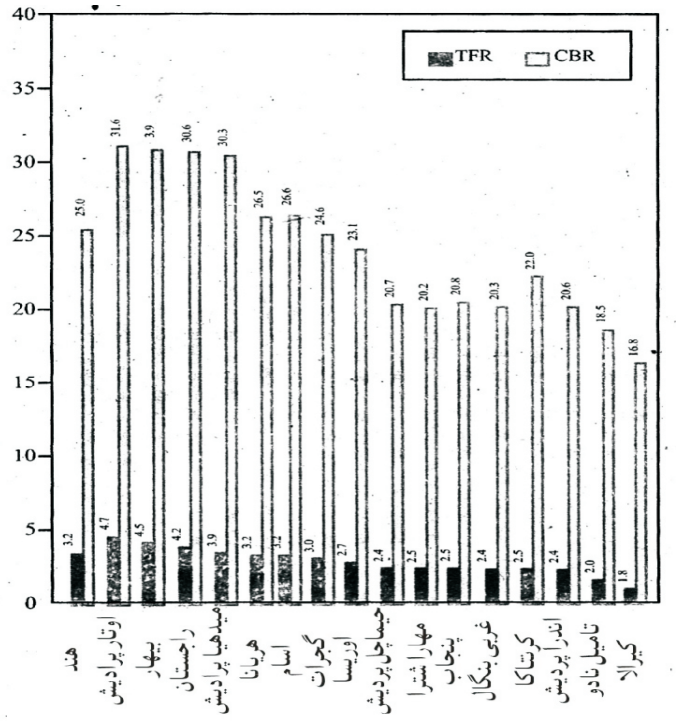
د هیواد په داخل کې د زیږیدنې په میلان کې د پام وړ توپیر شتون لري، دا ښکاره ده چې لږ ترلږه لس ایالاتونو (ten state/ UT) خالص د بدلیدو کچه ترلاسه کړې ده چې بیلګې یې عبارت دي له: ډهلی، تامیل نادو، چاندیګرا، میزورام، کیرالا، ګوا او نورو څخه.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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



شپږمه ګڼه انځور:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اندکاتور	کلیوالي سیمې	ښاري سیمې	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 امیدواری کچه (په زرو ښځو کې).

عمري ډله	ښاري سیمې	کلیوالي سیمې
۱۹_۱۵	۳۰	۲۰
۲۴_۲۰	۱۲۲	۲۳۲
۲۹_۲۵	۱۵۴	۱۹۳
۳۴_۳۰	۷۴	۱۱۵
۳۹_۳۵	۳۲	۲۴
۴۴_۴۰	۱۱	۲۹
۴۹_۴۵	۳	۱۰

د زیږیدنې او مړینې اندازې

د وګړو د زیاتوالي ډیرې غوره برخې د زیږیدنې او مړینې د اندازو څخه عبارت دي. په هند کې د زیږیدنې او مړینې کچه په لاندې ۱۹ ګڼه جدول کې ښودل شوې ده.

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

همدارنګه د زیږیدنې په کچه کې هم د ۱۹۵۱م څخه تر ۲۰۰۲م کال پورې په ترتیب سره د ۳۹،۹ څخه ۲۵ تنو ته په هرو زرو تنو کې لږوالی منځته راغلی دی.

د پنځم پنځه کلن (۱۹۷۴_۱۹۷۹م) پلان موخې دا وې چې د زیږیدنې کچه د پلان د پیل په وخت کې په زرو تنو کې د ۳۵ څخه تر ۱۹۷۸_۷۹م کال پورې دیرشو 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	۲۲،۴	۹،۰
۱۹۹۹	۲۲،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 بچي زیږونې کې برخه اخلي، چې د خلکو اقتصادي حالت او روحي پوخوالی د واده کولو لپاره برابر نه وي.
- وختي واده کول یا Early marriage : ودونه په ډیر وختي ډول سره کیږي، معلوماتو ښودلی 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 ۲۵،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 دوي زیږونه باید بنده نه شي.
- د کورنۍ 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 کمېدل

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

۱. د طبيعي پيښو يا Natural checks نشتوالی: د بيلګې په توګه لوږه (قحطي) او په غټې کچې اپيديمي 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 اساتيياوو 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.

وګړې پيژندونکي پدې آند دي چې په راتلونکې کې به د هند د مړينې په اندازه کې کوم چټک لړوالی 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 غيرانتاني 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 ډير ورو ډول زياتيدل او دغه په ورو ډول زياتيدل له دې کبله وه چې طبيعي پېښې لکه وچکالي، قحطي او اپيديمي ګانې به ډيرې پېښيدلې چې د ډيرو انسانانو ژوند به يې اخستلو. د ۱۹۲۱م کال څخه وروسته ستر بدلون دا وه چې وچکالي او اپيديمي ګانې کنترول شوې ځکه چې په غذايي حالت او روغتيايي خدمتونو کې ښه والی منځته راغی او دا ددې لامل شول چې د مړينې په کچه کې قدم په قدم د زيږيدنې د کچې څخه لږوالي منځته راشی چې په پايله کې د زيږيدنې کچه د مړينې د اندازه څخه زياته شوه او دا د وګړو د چټک زياتوالي 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 هيواد دی چې ډير وګړي لري. که څه هم ډير نژدې معلومات او ارقام دا ښيۍ چې د هند د وګړو په زياتوالي کې لږوالی راغلی دی خو بيا هم هر کال ددې هيواد په ۱۰۲۷ ميلونه وګړو کې چې په ۲۰۰۱ کال کې شميرل شوي وه ۱۲ ميلونه نور وګړي ورزياتيږي.

په اوس وخت کې ملي روغتيايي موخه داده چې بايد زيږيدنه يوويشت (۲۱) او مړينه نه (۹) تنه په هرو زرو تنو کې وي. او دغه موخه بايد تر ۲۰۰۷ کال پوري ترلاسه شي، دا ددې سره برابره ده چې د هند د وګړو د کلني زياتوالي کچه بايد ۱،۲ سلنه شي کوم چې په راتلونکي ۵۰ کلونو کې د هند د وګړو د ثابت ساتلو لپاره ډيره غوره ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

کورنی تنظیم (Family planning)

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

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

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

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

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

د انسانانو بنسټیز حقونه

په ۱۹۶۸م کال کې د ملګرو ملتونو کنفرانس چې د انساني حقوقو په اړوند کې په تهران کې جوړ شوی وو کورنی تنظیم د یو بنسټیز انساني حق په ډول وپیژنده.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وکړي، او همدارنګه پدې برخه کې معلومات، تعلیم او ښودنه چې څه باید وکړي د دوي حق ګڼل کیږي.

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

د کورني تنظیم د خدمتونو موخه (Scope)

د کورني تنظیم اصطلاح د زیږیدنو د کنترول اصطلاح سره برابره نه ده بلکه په دې کې د زیږیدنو د کنترول څخه پرته نور ډیر شیان هم ګډون لري. په ۱۹۷۰م کال کې د نړیوالې روغتیایي اداري ماهرې کمیټې پدې باندې ټینګار وکړو چې په کورنی تنظیم کې په ځانګړي ډول لاندې کړنې ګډون لري:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

۸. د امیدواری 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 کورنۍ 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 کورنۍ تنظیم په اړه جوړې شوي وي دغه کړنې د یو هیواد څخه و بل ته توپیر لري. دا د کورنۍ تنظیم نوی معنا او مفکوره ده.

د کورنۍ تنظیم روغتیایي اړخونه

د کورنۍ تنظیم او روغتیا ترمنځ دوه اړخیزه اړیکه شتون لري.د کورنۍ تنظیم بنسټیزې روغتیایي پایلې د نړیوالې روغتیایي اداري د یوې علمي ډلې له خوا چې د کورنۍ تنظیم د روغتیایي اړخونو په اړه تاکل 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 امیدواری د مخنیوي وړ اختلاطات او زیان.

- د جنین روغتیا

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

- د تې رودونکي او ماشوم روغتیا

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نوي زیږیدلي ماشوم، تې رودونکې ماشوم، او د ښوونځي څخه مخکې عمر کې مړینه، د زیږیدنې په وخت کې د تې رودونکې روغتیا (د زیږیدنې وزن)، د ناروغیو لپاره برابروالی.

الف: **د ښځو روغتیا**

امیدواري کیدایي شي چې د میندو لپاره ګڼ شمیر خطرناکې ستونزې پیدا کړي، کیدائ شي چې د مور روغتیا د ګوابښ سره مخامخ کړي او یا هم ژوند ته یې خطر پیښ کړي. په زیاتره مخ پرودې هیوادونو کې د مړینې خطر چې د امیدواری له کبله پیداکیږي ۱۰_۲۰ ځلي نسبت پرمختللو هیوادونو ته لوړ دی. د مور د عمر د زیاتوالي سره او د درې یا څلور ځله امیدواره کیدو څخه وروسته خطر زیاتیږي.

کورنی تنظیم چې د ښځې د بچي زیږونې په دوران کې مداخله کول دي، د میندو سره مرسته کوي چې د امیدواری او زیږیدنو شمیر، واټن، او وخت کنترول کړي او پدې ډول د میندو مړینه او اخته کیدنه کمه او روغتیا یې غښتلې او ښه کړي.

د کورني تنظیم روغتیایي اغیزې په لومړني ډول د لاندې شیانو له کبله منځته راځي.

i. د ناخوښه امیدواریو څخه لري والی

ii. د زیږدنو د شمیر تر ولکې لاندې راوستل او ځانګړی واټن

iii. او د زیږیدنې د وخت تعینول په ځانګړي ډول د لومړنی او وروستنی زیږیدنې وخت چې نظر د مور عمر ته ټاکل کیږي.

I: ناخوښه یا نا مطلوبه امیدواري:

د کورني تنظیم غوره موخه داده چې د ناخوښه یا نامطلوبه امیدواریو څخه مخنیوي وکړي، ناخوښه امیدواري کیدای شي چې زیان یا زیان ته لاره هواره کړي، د روغتیا له پلوه د طبي څارنې څخه پرته زیان (جنایي زیان) د ناخوښه امیدواری د

(c) ketabton.com: The Digital Library

خطرناکو پایلو له جملې څخه دی په ځانګړې ډول باید د هغه میندو څخه یادونه وکړو چې واده شوي نه دي او د زیاتو روغتیایي خطرونو سره مخ دي. داسې ننبنې نښانې شتون لري چې هغه میندي چې ناخوښه امیدواري ولري په دماغي بي 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 درې ځلې امیدواره کیدو وروسته د هرې امیدواریِ سره ډیر په روښانه او ښکاره ډول زیاتیږي لکه څرنګه چې د امیدواریِ 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 امیدواریِ د شمیر سره زیاتیږي.

هغه میندې چې زیات ماشومان وزیږوي وینه لږې یې غټه ستونزه ده، همدارنګه د امیدواریِ 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.

کورنۍ 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 امیدواریِ او زیږیدنې د اختلاطاتو خطر یوشان بڼه 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 ګاني (لکه Downs syndrome) د مور د عمر د زیاتوالي سره یو ځای وي. ولادي انومالي ګاني 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.

ځمونږ 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 ګڼل 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، ځارنه اوخواړه چې دا ورته اړتیا لري ترلاسه کړي، یا په بله اصطلاح کورنی تنظیم د خوارځواکۍ په وړاندي اغیزمنه مخنیوونکې لاړه ده.

۳. انتاني ناروغۍ:

هغه ماشوم چې په غټو کورنیو کې ژوند کوي زیات د انتاناتو خطر ته مخامخ وي. په ځانګړې 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. یوازې د یوې لسیزې په موده کې د یوې کورنۍ په سر د یو ماشوم لړوالی د وګړو په زیاتوالي (GR) باندې ستره اغیزه لري.

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

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

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

۳. پراخه معافیت (Universal immunization)

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

وړ جوړې (Eligible couples)

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

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

د موخې ورځ جوړې

دا د هغه جوړو څخه عبارت دي کوم چې په ورځ جوړو کې د لومړي توب حق لري، دې جوړو ته د موخې ورځ جوړو اصطلاح کارول شوې ده.

هیترتو (Hitherto) دغه اصطلاح یعنی د موخې ورځ جوړې هغه جوړو ته کارولې ده چې دوه یا درې ژوندي ماشومان ولري او کورنۍ تنظیم د دغسې جوړو سره ډیره اړیکه لري. د موخې ورځ جوړو اصطلاح ورو ورو پراخه شوه او اوس یو ماشوم لرونکې جوړې آن دا چې نوې واده شوې جوړې هم په دغه جوړو کې ګډون لري. د کله نه چې د کورنۍ تنظیم د نظریې منل زیات شول نو د موخې ورځ جوړو اصطلاح خپله اصلي معنی د لاسه ورکړه او اوس د ورځ 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 یا اندکاتور دی او په دې ډول تعریفیږي چې: دهغه وړ جوړو د سلنې څخه عبارت دی کوم چې د کورنۍ تنظیم د یو یا څو منل شوو لارو (لکه شنډتوب، د رحم دننۍ آلې،کانډوم، Pill او نورو) په وسیله په اغیزمنه توګه د ماشوم د راوړلو څخه ساتل شوي وي. د ۲۰ سلنې څخه زیاتې جوړې د شنډتوپ یا Sterilization په وسیله په اغیزمنه توګه ساتل شوي دي. وګړپیژندونکې په دې اند دي چې دیموګرافیک موخه یعنی NRR=1 یوازې هغه خت ترلاسه کیدای شي چې د جوړو د ساتنې اندازه ۲۰ % سلنې ته لوړه شي.

د جوړو ساتنې اندازې بنسټ پدې ولاړ دی چې په کال کې ۵۰_۲۰ سلنه زیږیدنې داسې وي چې مخکې یې درې یا زیات ماشومان شتون لري. پدې ډول د ۲۰ سلنې جوړو ساتنې اندازې لاس ته راوړل ددې سره برابر دي چې ټولې دریمې او یا ددې څخه زیاتې زیږیدینې بندې شي او یوه جوړه باید دوه یا کم ماشومان ولري.

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

د ۲۰۰۰م کال د مارچ د میاشتې تر یودیرشمې نیټې پورې ۷۹ میلونه جوړې (۴۲،۲ سلنه وړ جوړې چې د بچي زیږونې عمر یې د ۱۵_۴۴ کلونو پورې وو) په اغیزمنه توګه د یو یا څو کورنۍ تنظیم لارو په وسیله د امیدواری څخه ساتل شوې وې.

تر ۲۰۰۲_۲۰۰۳م کال پورې د کورنۍ تنظیم د بیلابیلو لارو منوونکو شمیر په لاندې ډول وو.

شنډتوب یا sterilization ۴،۷۳ میلونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رحم د د ننۍ آلو کارووونکې	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 وړ جوړې اوس هم د امیدوارۍ په وړاندې ساتل شوې نه دي. د ایالاتونو په شمیر ځینې ایالاتونو دا بڼه ماته کړې ده، داسې ښئ چې ځینې ایالاتونه لکه پنجاب، ګوجرات، کرنټاکا، 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 وړ 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

ایالت	د ټولو لارو په وسیله	د شنډتوب په وسیله
اندراپرادیش	۵۲،۸	۴۵،۵
اسام	۱۵،۲	۱۲،۵
بیهار	۲۱،۲	۱۲،۷
ګجرات	۵۲،۸	۳۵،۴
هاریانا	۴۹،۴	۳۲،۳
کارناټاکا	۵۲،۳	۴۴،۸
کیرالا	۳۹،۲	۳۴،۵
ماډیاپرادیش	۴۵،۹	۲۸،۰
ماهاراشترا	۳،۴۹	۴۰،۰
پنجاب	۲۵،۵	۳۵،۲
راجستان	۳۲،۱	۲۲،۹
تامیل نادو	۳۰،۴	۳۹،۳
اوتارپرادیش	۳۸،۰	۱۷،۳
غربي بنګال	۳۲،۲	۲۷،۲
اوریسا	۳۷،۲	۲۲،۵
ټول هند	۴۲،۲	۲۹،۰

د وګړو ملي ټګلاره ۲۰۰۰م کال

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

د ۱۹۷۲ کال په اپریل کې په هند کې لومړنۍ ملي ټګلاره جوړه شوه، دغې ټګلارې 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 بچي زیږونې د روغتیا ځارنې 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 امیدواری ټولیزه اندازه یا total fertility rate بدله کړي، او اوږد مهاله موخه یې داده چې د مناسب اقتصادي ودې، ټولنیز پرمختګ، او چاپیریال ساتنې لپاره اړتیاوې

(c) ketabton.com: The Digital Library

ترلاسه کړي.

ملي ديموګرافيک 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 دوهمې 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 ژوندیو 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 اميدواری 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 نړۍ والي په وسيله ليږديدونکو انتاناتو او AIDS ، د کنترول ملي ادارو ترمنځ بايد غښتلې همکاري شتون ولري.

۱۱. د ساري ناروغيو کنترول او وقايه

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د امیدواری ضد لارې

(Contraceptive methods)

د تعریف له مخې د امیدواری 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 نړدیوالي له کبله د امیدواری د منځته راتګ څخه مخنیوی کوي.

دا وروستي څو کلونه د امیدواری 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 امیدواری ضد لارو څخه یوه هم مناسبه یا idial لاره نده. یعنی داسې د امیدواری ضد لاره نشته چې هغه ساتل شوې، اغیزمنه، د منلو وړ، ارزانه، د بیرته ګرځیدنې وړ، کارول یې 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 امیدواری 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 امیدواری ضد لارې د پیدا کیدو لپاره پلټنې روانې دي. د کورنې تنظیم پروګرامونو اوسنی 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 ورځخه وټاکي او پدې ډول کورنی تنظیم د خپل ژوند یوه برخه وګرځوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د معمولي يا conventional امیدواری ضد لاړې اصطلاح هغه لارو ته کارول کیږي کوم چې د جنسي نږدیوالي په وخت کې ورځخه ګټه اخستل کیږي لکه کاڼدم، سپرم وژونکي او نور.

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

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

I. د واټن رامنځته کوونکي لاړې

۱. د مخنیونې لاړې

- فزیکي لاره
- کیمیاوي لاره
- یوځاي یا combined لاره

۲. د رحم دننني آله یا intra uterine device

۳. هارموني لاره

۴. د جنسي عمل ځخه وروسته یا post conceptional لاره

۵. او داسې نور یا miscellaneous

II.نهایي یا **Terminal** لاړې

۱. د سړي عقیم کول یا Male sterilization

۲. د ښځې عقیم کول یا Female sterilization

(c) ketabton.com: The Digital Library

د مخنیوني لارې (Barrier methods)

ګڼ شمیر د مخنیوني لارې چې د ښځې او نر دواړو لپاره د منلو وړ وي شتون لري. د دغو لارو موخه داده چې د ښځینه تخمې یا اوم سره د ژوندي سپرم د یوځای کیدو څخه مخنیوی وکړي.

دمخنیوني لارې پدې نژدې وختونو کې ډیرې مشهورې شویدي ځکه چې ګڼ شمیر د امیدواری ضد او پرته د امیدواری ضد ګټې لري. غوره د امیدواری ضد ګټه یې داده چې هیڅ کومه ناوړه اړخیزه اغیزه نه لري کوم چې د امیدواری ضد ګولیو (درملو) او د رحم د دننی الې سره یوځای وي. او غوره غیر د امیدواری ضد ګټې یې دادي چې د جنسي نږدیوالي په وسیله لیږدیدونکو ناروغیو د لیږد څخه مخنیوی کوي، د حوصلي د التهابي ناروغیو پیښیدل کموي، او څه ناڅه د رحم د غاړې سرطان څخه هم مخنیوی کوي.

دمخنیوني لارو لپاره په لوړه کچه د خلکو هڅونه په کار ده ترڅو کارول یې زیات شي. په دودیز ډول د ګولیو او د رحم د دننی الې په نسبت لږې اغیزمنې دي، یوازې هغه وخت اغیزمنې تمامیږي چې په کلک ډول او پوره پام سره وکارول شي.

الف: فزیکي لارې

۱: د کانډم کارول

په نړۍ کې ډیره کارویدونکې لاره چې نران ورڅخه ګټه اخلي د کانډم د کارونې څخه عبارت ده. په هند کې دا د تجارتي NIRODH په نوم ښه پیژندل کیږي چې یو sanskrit لغت دی او د مخنیوي معنی لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

کاڼم د جنسي نړدیوالي څخه مخکې یو انتعاذي قضیب ته اغوستل کیږي. د څوکه لرونکي نهایت څخه یې 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 کاڼم وکارول شي.

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

کاڼم کیدای شي د امیدواری ضد ډیره اغیزمنه لاره وي خو که چیرې د هرځل جنسي عمل لپاره په سم ډول وکارول شي. د پاتې راتللو کچه یې ډیره توپیر لرونکې ده، سروې ښودلې ده چې د امیدواری کچه یې په هرو سلو ښځو کې د یو کال په موده کې (women year ۱۰۰) د ۲_۳ څخه تر څوارلس (۱۴) پورې توپیر لري او زیاتره عدم کفایه یې د ناسمې کارونې څخه منځته راځي.

د کاڼم ګټې عبارت دي له:

۱. په اسانۍ سره پیدا کیږي.

۲. خوندي او ارزانه دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳. کارول يې 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.

۲. يوازې د اميدواری ضد اغيزه نه لري بلکه د جنسي ناروغيو د ويرې خلاف هم مخنيوی کوي.

د کاڼو 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 يې کاروي.

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

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

ښځينه کاڼو

ښځينه کاڼو يو pouch دی چې د پولي يوريتان (polyurethane) څخه جوړ شوی دی کوم چې په مهبل کې ايښودل کيږي. دننی حلقه يې د رحم د غاړې سره ټرلې اړيکه لري او هغه پوښوي، او باندنی حلقه يې د مهبل څخه د باندې پاتې کيږي. دا

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

۲: پرده یا دیافرام (Diaphragm)

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

دیافرام یو سطحي پیالې ته ورته جوړښت دی چې د Synthetic رابړې یا پلاستیکي موادو څخه جوړ شوی دی، قطر یي د ۵_۱۰ سانتي متره (۲_۴ انچې) پورې توپیر لري. دا یوه قاتیدونکې یا Flexible څنډه لري کوم چې د فلز یا سپرنګ څخه جوړه شوې ده. دا ډیره غوره خبر ده چې هره ښځه باید په تاکلې اندازه دیافرام وکاروي.

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

دیافرام د جنسي نږدیوالي څخه مخکې په مهبل کې دننه ایښودل کیږي او لږترلږه د جنسي نږدیوالي څخه وروسته د شپږ ۶ ساعتونو لپاره په مهبل کې باید پریښودل شي. د دیافرام سره یوځای سپرم وژونکي جیل هر وخت کارول کیږي چې د دیافرام په وسیله د رحم د غاړې دپاسه ساتل کیږي. په عملي ډول کومه ناوړه اړخیزه اغیزه 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 ژوندې کولو (Ressociatation) ته اړتيا لري.

ديافرام د Vimule cup, Vault cup, Cervical cup په ګډون د زيات بدلون له کبله دغه اله هم د کورنۍ 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

یوه بله مخنیوونکې اله چې د کلونو راهسې کارول کیږي د مهبلي سفنج څخه عبارت ده. مګر یوازې پدې اوس وختونو کې د امریکا په متحده ایالاتونو کې د امیدواری د مخنیوونکي آلې په ډول د کارونې لپاره د TODAY په نوم تجارتي مارکیټ ته وړاندې شوې ده. دا یو وړوکی د پولي یوریتان څخه جوړ شوی سفنج دی چې پنځه (۵) سانتي مترہ × ۲،۵ سانتي مترہ غټوالی لري چې د Non oxynol-9 سپرم وژونکي په وسیله مشبوع شوی وي.

مهبلي سفنج د دیافرام څخه لږ اغیزمن دی مګر بیا هم د نیشت څخه ښه دی. دعدم کفایي کچه یي په څو ځلي امیدواره شوو ښځوو کې ۲۰_۴۰ او په یوځل امیدواره شوو ښځو کې ۹_۲۰ په هرو سلو ښځو کې د یو کال په موده کې ده.

ب: کیمیاوي لارې

په ۱۹۲۰م کال کې د رحم دننۍ آلې او ګولیو د منځته راتګ څخه مخکې سپرم وژونکي (مهبلي کیمیاوي د امیدواری ضد) توکي په پراخه ډول کاریدل. دا په څلورو ډلو باندې ویشل شوي دي چې عبارت دي له:

۱. Foams : فوم تابلیت، Foam aerosol

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

۳. Suppositories : چې په لاس باندې دننه کیږي.

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

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

۲. هر وخت بايد د جنسي عمل څخه مخکې ډير ژر وکارول شي او د هرځل جنسي عمل لپاره بايد بيابيا وکارول شي.

۳. دا بايد د مهبل په هغه ځايو کې ووهل شي په کوم ځای کې چې سپرمونه ځای په ځای کيږي.

۴. د عدم کفايې ترځنګ کيدای شي چې په کمه کچه سوزيدنه او تخريشدنه پيدا کړي.

سپرم وژونکي بايد سيستميک زهرجنې اغيزې ونه لري، همدارنګه بايد د مهبل په ديوال او يا د رحم په غاړه التهابي او کنسري اغيزې هم ونه لري.

هيڅ يو سپرم وژونکی تراوسه ندی پيژندل شوی چې کارول يې خوندي وي او په يوازې ډول کارولو سره ډيره ګټوره د اميدواری ضد اغيزه ولري. نو ځکه سپرم وژونکي مواد د ماهرينو له اړخه د اميدواری د مخنيوي لپاره نه وړاندې کيږي.

که چيرې سپرم وژونکي درمل د مخنيونې د لارو سره په يوځای ډول وکارول شي نو غوره کار دی. پدې نژدې وختونو کې داسې اند شتون لري چې شونې ده سپرم وژونکي مواد په جنين باندې هم تيراتوجينک اغيزې ولري خو بيا هم دا اغيزه يي لا يقيني نه ده.

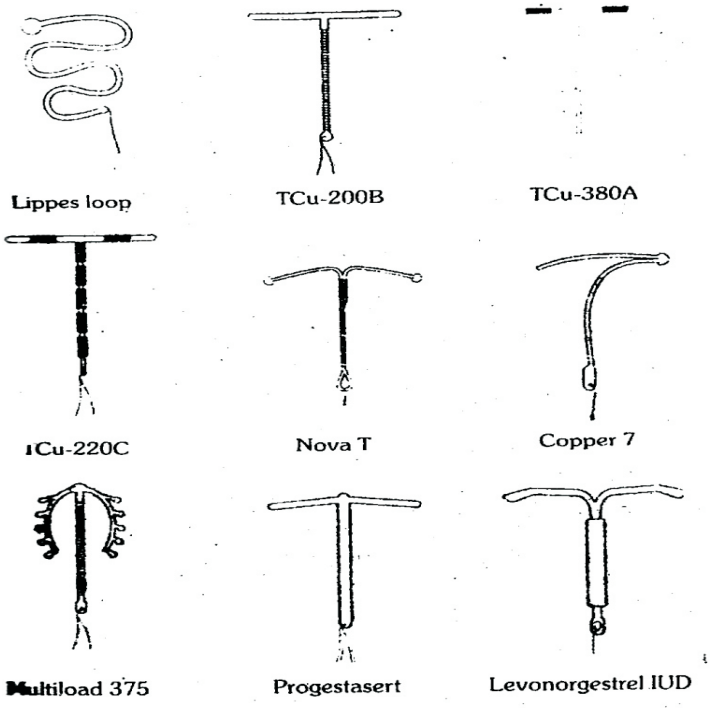
د رحم دننی آلې (Intra Uterine Devices)

د رحم د دننی الو دوه بنسټيز ډولونه شتون لري چې عبارت دي له طبي يا Medicated او غيرطبي يا Non medicated ډولونو څخه. دواړه ډوله د پولي ايتالين يا نورو پولي ميرونو څخه جوړې شوې دي. ددې ترځنګ طبي يا Bioactive ډول فلزي ايونونه (مس)، يا هارمونونه (Progestogens) او يا دواړه ازادوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

غیرطبي د رحم دننۍ آلې په دوديز ډول لومړی جنیریشن د رحم دننۍ آلو ته اطلاق کیږي. مس لرونکي د رحم دننۍ الې دوهم جنیریشن او هارمون ازادونکي د رحم دننۍ آلې دریم جنیریشن جوړوي.

په لاندې اومه ګڼه انځور کې د رحم د دننۍ آلو بیلابیل ډولونه ښودل شوي دي.



اومه ګڼه انځور:

طبي د رحم دننۍ آلې ددې لپاره جوړې شوې چې ناوړه اړخیزې اغیزې یې لرې او د امیدواری ضد اغیزه یې زیاته شي، مګر دا ډیرې قیمته دي او د یو څه وخت څخه وروسته باید بدلې شي ترڅو اغیزمنتوب یې وساتل شي. په اومه ګڼه انځور کې د رحم د دننۍ آلو بیلابیل ډولونه چې په هند کې کارول کیږي ښودل شوي دي.

په هند کې د کورنۍ تنظیم د ښه والی 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 دننۍ آلې

لومړی جنیریشن د رحم دننۍ 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 کارېدونکې 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 ننښتی وی کوم چې د ننویستلو څخه وروسته په مهبل کې پریښودل 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 A, B, C 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 لري کولو یا Removal کچه یې د اختلاطاتو لکه درد او وینې بهیدنې له کبله زیاته ده. غټه کچه لرونکی لوپ (C, D) د څو ځلې لنګو شوو یا multiparous ښځو لپاره ډیره ورې آله ده.

دویم جنیریشن د رحم دننۍ آلې

ګڼ شمیر پلټونکو دا وښودله چې یوه د منلو وړ د رحم دننۍ 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 دننۍ آلې سره مس یوځای شول او داسې ومومندل شوه چې فلزي مس د امیدواری ضد غښتلې اغیزه لري. د مسو په یوځای کولو سره شونې ده چې وړوکي د رحم دننۍ 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 دننۍ آلې شتون لري چې عبارت دي له:

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

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

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

د مس لرونکو آلو ګټې عبارت دي له:

۱. د خپل سر ویستلو کچه یې ټیټه ده.

۲. اختلاطات لکه درد او وینه ورکول یې کم دي.

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

۴. د Nule para ښځو په وسیله ښې زغمل کیږي.

۵. د امیدواری ضد لوړه اغیزه لري.

۶. د جنسي عمل څخه وروسته اغیزمنه د امیدواری ضد آله ده خو که چیرې د غیرخوندي جنسي عمل څخه وروسته تر ۳_۵ ورځو پورې وکارول شي.

دریم جنیریشن د رحم دننۍ آلې

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ډیره کاریدونکې هارموني آله د Progestasert څخه عبارت ده چې T انځور لرونکي آله ده او د ۳۸ ملي ګرامه طبیعي هارمون پروجسترون څخه ډکه وي. دغه هارمون په ډیر کرار ډول د ورځې ۶۵ 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. څرنګه چې د هارمون ازادیدل په کراره کراره ډول کمیږي نو ځکه په منظم ډول د دغې آلې بدلول اړین دي.

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

د رحم د دننۍ آلو د عمل میخانیکیت

په اوس وخت کې پراخه منل شوې نظریه داده چې د رحم دننۍ 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 دننۍ 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) غبښتلی 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 دننۍ آلې د اغیزمنو بیرته ګرځیدو وړ د امیدوارۍ ضد لارو د ډلې څخه دي. د تیوري له مخې د رحم دننۍ آلې د خولې او زرقي هارموني امیدوارۍ ضد درملو څخه لږې اغیزمنې دي مګر څرنګه چې د رحم د دننۍ آلو د پایښت موده د هارموني ګولیو او پیچکاریو په نسبت زیاته ده نو ځکه د کورني تنظیم په پروګرامونو کې د رحم دننۍ 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 دننۍ آلو د امیدوارۍ کچه، د خپل سر

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د ۲۱ ګڼې جدول څخه داسې جوتیږي چې مس لرونکي د رحم دننني آلې نسبت Lippes loop ته د امیدواری په مخنیوي کې ډیرې اغیزمنې دي او د خپل سر وتلو کچه یې 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 دودیز ډول ۲۰۰ یا ۲۲۰ ملي متر مربع وي).

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

آله	د امیدواری کچه (%)	د خپل سروتلو اندزه (%)	په خپله د لړې 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 دننني آلې بدلول

Inert IUD کیدای شي چې په خپل ځای کې تر ډیرې مودې پورې څومره چې اړتیا وي پریښودل شي، پدې شرط چې ناوړه اړخیزې اغیزې یې 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 یې 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 دننۍ آلې کولی شو لږ تر لږه د اوه (۷) کلونو لپاره وکاروو او که شونې وي تر لسو کلونو پورې یې کارولی شو. د پروجسترون لرونکو آلو د عدم کفایې کچه لږه زیاته ده 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 دننۍ آلو ګټې

د رحم دننۍ 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 یوځو 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 پایښت 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 امیدواری 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 امیدواری

ب: د حوصلې التهابي ناروغی

ج: د نامعلوم لامل له کبله مهبلي وینه بهیدنه

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

ه: مخکنی بې ځایه امیدواري یا Ectopic pregnancy

نسبي مضاداستطباب:

الف: وینه لړې

ب: زیاته وینه بهیدنه یا Menirrhagia

ج: د تیرې امیدواری راهسې د حوصلې د التهابي ناروغیو تاریخچې

د: د رحم دغاړې زوه لرونکي یا قیحي افراغات

ه: د ولادې 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 کیدو اداره 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 میاشتنې عادت موده یې نورماله وي.
- ددې وړتیا ولري چې د رحم د دننۍ آلې د لکۍ کتنه وکړي.
- د غښتلو ستونزو درملنې او بیا کتنې ته لاس رسی ولري.
- هغوي چې د یو نفر سره جنسي اړیکه ولري (monogamous).

دغې اداره 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 کړي.

مهمه خبره چې پدې نژدې وختونو کې منځته راغلې ده هغه داده چې د رحم دننۍ آلې د Nuli para ښځو لپاره لومړنۍ ټاکنیزه 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 نسايي 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 کې د حوصلې 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 دننۍ آلې کارول نه سپارښت کیږي. زیاتره ډاکتران د غیرقانوني زیان څخه وروسته د رحم د دننۍ 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 دننۍ آلو د دنته 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 دننۍ 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 دننۍ آلو کارونکو ښځو کتنه باید د لومړي میاشتنې عادت څخه وروسته ترسره شي ځکه چې پدې وخت کې د لوپ د خپل سر وتلو چانس زیات وي، او دوهم ځل د دریم میاشتنې 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 پورې اړه لري، باید بیا کتنه تر سره شي.

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

د ښځې له انده غیر منظمه وینه بهیدنه د هغې د ځانې ناراحتۍ لامل کیږي مګر د طب له پلوه د اوسپنې دکموالي وینه لږې پیدا کوي په ځانګړې 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).

ځیړنو 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 میاشتنې 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. ځرنګه 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

سپارښتنه کيږي. زياتره ښځې د رحم د دننۍ آلې په ويستلو سره بيرته نورمال مياشتنۍ 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 دننۍ آلې د ويستلو لامل کيږي. نړيوالې روغتيايي اداري داسې اټکل کړېده چې ۱۵_۴۰ سلنه ښځې چې د رحم دننۍ آلې يې ويستلې وي يوازې د درد له کبله وي. درد کيدای شي د آلې د دننه کولو په وخت کې او يا د دننه کولو څخه وروسته ترڅو ورځو پورې، او يا هم د ميا شتنۍ عادت په وخت کې شتون ولري. دا دردونه زياتره د ملا د ښکتنۍ برخې درد، د ګيډې 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 دري ميا شتو پورې له منځه ځي.

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۳. د حوصلې انتانات

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

څیړنو ښودلی ده چې د رحم د دننۍ آلو کارونکو ښځو کې د حوصلې التهابي ناروغیو چانس نسبت د دغه آلو نه کارونکو ښځو ته ۲_۸ برابره زیات 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 دننۍ 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 دننۍ 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 دننۍ 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، بيا هم د PID يوه يا دوه حملې کولی شي چې شنډتوب منځته راوړي او Fallopian تيوبونه د تل لپاره بند کړي. د دې لپاره ځوانې ښځې د رحم د دننۍ آلې د ټاکلو څخه مخکې بايد د حوصلې د التهابي ناروغيو په خطرونو باندې پوهې شي.

کله چې د حوصلې التهابي ناروغۍ په ګوته شي نو بايد ژرترژره د پراخه ساحه اغيزو لرونکو ميکروب ضد درملو په وسيله درملنه شي. زياتره ډاکتران وايي چې که چيرې د ميکروب ضد درملنې سره سره انتان په ۲۴_۴۸ ساعتونو کې ځواب ورنه کړي نو د رحم دننۍ آله دې وويستل شي.

د حوصلې د التهابي ناروغۍ د خطر د شتون له کبله د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو په وخت کې بايد ځينې ځانګړي حالتونه په پام کې ونيول شي لکه د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو لپاره د ځانګړو ښځو ټاکنه، ښه د پاکوالي (تعقيم) شرايط، ښه د دننه کولو تخنيک، او د داسې يوې آلې منځته راتګ چې لکۍ يا تار ونه لري.

۴. د رحم ځيرې کيدل

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

مس لرونکي آلې د انساجو يو غښتلی عکس العمل پيدا کوي کوم چې د پريتوان د نښليدلو لامل کيږي. په دوديز ډول د رحم ځيرې کيدل هغه وخت ډير پېښيږي چې د زيږيدنې څخه وروسته د ۴۸ ساعتونو څخه تر شپږ اونيو 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 دننۍ آلې د معلومولو لپاره کتنه ترسره شي.

قناعت ورکوونکی 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 دننۍ آلې د ویستلو خطر څخه زیات دی.

۵. امیدواري

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

لومړی داسې فکر کیدلو چې د رحم د دننۍ آلې په شتون کې امیدواري خوندي او تاوان نلري او تر ډیره وخته پورې دوام نه کوي. مګر د رحم د دننۍ 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 امیدواری زیان کړي نو دا د دې قانوني حق دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب: که چیرې ښځه وغواړي چې امیدواری 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 امیدواری ته دوام ورکړي او د رحم د دننۍ آلې تار د جس کیدلو وړ نه وي نو د منځته راتلونکو اختلاطاتو لپاره باید په پوره پام سره کتنه 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 لیونارجسترېل او TCu – 380 A آلو په کارولو سره د بې ځایه امیدواری کچه په هرو زرو ښځو کې په کال کې ۲، ۰ ده په داسې حال کې چې د امیدواری ضد لازو د نه کاروونکو ښځو سره پرتله شي په هغوې کې ۳_۵، ۴ پورې ده. په پروجسترون لرونکو آلو کې دغه کچه لوړه او تر ۲، ۸ پورې ده ځکه د دوي عمل یوازې د اندومیتریوم د ځایې اغیزو پورې تړلی دی.

د لیونارجسترېل لرونکو آلو په کارولو سره د بې ځایه امیدواری 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 دننۍ آله کاروي د بې ځایه امیدواری ننبنې ننبانې باید ورته وښودل شي چې عبارت دي له: د ګیډې د لاندنې برخې درد، تیاره او تکی تکی مهبلي وینه بهیدنه، او یا د میاشتنې عادت د وینې بندیدلو (Amenorrhea) څخه.

هغه ښځې چې مخکنۍ د حوصلې التهابي ناروغۍ، تیوبولر امیدواري یا په بل ځای کې بې ځایه امیدواري ولري نو په دوي کې د بې ځایه امیدواری د منځته راتګ خطر زیات وي او که چیرې د امیدواری ضد بله لاره عملي کولی شي نو باید د رحم د دننۍ آلې د کارولو څخه ځان وساتي.

۷. په خپل سر خارجیدل (Expulsion)

د خپل سر خارجیدو کچه د ۱۲_۲۰ سلنې ترمنځ توپیر لري (۲۱ ګڼه جدول).

Expulsion کیدای شي چې په څه نا څه یا بشپړ ډول وي. څه نا څه په خپل سر وتنه د سپیکولم د کتنې سره په ګوته کیږي کوم چې د رحم د دننۍ آلې تنه د رحم د غاړې څخه د باندې لیدل کیږي. کلینکي پوهه، د دنته کولو وخت، د کارونکي ښځې عمر او د امیدواری شمیر ټول هغه څه دي چې د رحم د دننۍ آلې په خپل سر وتنه باندې اغیزه کوي.

په خپل سر وتنه په دودیز ډول د دنته کولو څخه وروسته په اولو څو اونیو کې او یا د میاشتنې عادت په وخت کې منځته راځي. په خپل سر وتنه زیاتره په هغه ښځو منځته راځي چې ځوانې وي، اول باري وي، او هغوي چې د زیږیدنې څخه وروسته یې ژر آله کارولې وي.

د مس لرونکو آلو د خپل سر وتنې کچه نسبت غیر طبي آلو ته کمه ده. د ۲۰ سلنې څخه زیات په خپل سر وتنه نه په ګوته کیږي. په عمومي ډول په خپل سر وتنه کومه خطرناکه ستونزه نده خو که چیرې ورڅخه خبر نه شو نو کیدای 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 دننۍ آله په خپل ځای کې په سمه توګه پرته وي او د حوصلې التهابې ناروغۍ کله رامنځته شوي نه وي نو د ویستلو څخه وروسته یې په امیدواري کې کوم توپیر یا کموالی منځته نه راځي. ۷۰ سلنه مخکې د رحم د دننۍ آلې کارونکې ښځې که چیرې د رحم دننۍ آله وباسي د یو کال په موده کې امیدواره کیږي. اوس دا ثابته شوېده چې د حوصلې التهابي ناروغۍ د ښځې د امیدواري 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 دننۍ آلي کارول، وروسته په امیدواري باندې کومه اغیزه لري.

۹. کنسر او تیراتوجنیسس

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

۱۰. مړینه

د رحم د دننۍ 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

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

په ټولو امیدواری ضد لارو کې د رحم دننۍ آلې ډیرې اغیزمنې دي چې منځنۍ د امیدواری کچه یې د یو کال کارولو څخه وروسته په سلو ځانګړو ښځو کې **۳_۵** تنه ده. د نورو لارو سره د پرتله کیدو په صورت کې د رحم دننۍ آلې د امیدواری ضد ارزانه لاره ده ځکه د اغیزې موده یې زیاته ده، نه لکه د مخنیونې لارو په ډول د رحم د دننۍ آلې کارول د جنسي عمل د وخت پورې تړلي نه دي. د رحم دننۍ آلې نسبتاً زیاته د دوام موده لري، غیر طبي او مس لرونکي آلې د خولې د لارې امیدواری ضد ګولیو په ډول سیستمیک استقلابي اغیزې نه لري.

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

د خپل سر وتنې او ناوړه اړخیزو اغیزو لکه غیرمنظم میاشتنې عادت د درلودلو له کبله د رحم دننۍ آله باید یوازې هغه ځایونو کې وکارول شي چې د بیا کتنې ـ اسانتیا یې شتون ولري.

اوس ښځې ښځانې دا ښۀ چې د یوې ښې پوهه شوې ښځې لپاره د رحم د دننۍ آلې کارول یوه ښه د امیدواری ضد لاره ده ځکه قناعت ورکوونکې، زیاته اغیزمنه او نسبتا کم خطر لرونکې لاره ده.

د امیدواری ضد هارموني درمل (Hormonal contraceptives)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ګوناډل سټرایډونه (Gonadal steroids)

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

الف: جوړ شوي استروجنونه (synthetic oestrogens)

د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو کې دوه ډوله synthetic استروجن کارول کیږي چې عبارت دي له ایتینایل استراډایول (Ethinyl oestradiol) او مستړانول (Mestranol) څخه، چې دواړه یې اغیزمن دي. په حقیقت کې مستړانول 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 امیدواری 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 ګولۍ (Combined pill)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ستره لاړه ده. اصلي يا original pill کله چې د ۱۹۲۰م کال په لومړنيو کې مارکيټ ته وړاندې شول د ۱۰۰_۲۰۰ مايکروګرامه Synthetic استروجن او لس (۱۰) ملي ګرامه پروجستوجن لرونکي وه. له دې څخه وروسته ډير پرمختګ او ښه والی رامنځته شو ترڅو د دغه ګولیو ناوړه اړخیزې اغیزې د استروجن او پروجستوجن دواړو د دوز په کمولو سره لرې کړي.

په اوس وخت کې د ګډو ګولیو زياتره فارمولې د ۳۰_۳۵ مايکروګرامه څخه زيات سينتيټک استروجن او د ۰،۵_۱ ملي ګرام څخه زيات پروجستوجن نه لري. په پرله پسې توګه هڅه روانه ده چې د پروجستوجن کم دوز لرونکې ګولۍ رامنځته شي کوم چې لږ استقلابي تشوشات پيدا کوي.

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

که چيرې وينه بهيدل رامنځته نه شي نو ښځې ته لارښونه کيږي چې د وروستۍ ګولۍ څخه يوه اونۍ وروسته دې دوهم دوران پيل کړي، چې په دوديز ډول ښځې د دوهم دوران په اخستلو سره مياشتنی عادت پيدا کوي. د خولې د لاړې ګولۍ بايد هره ورځ په ټاکلي وخت وخوړل شي چې د شپې له پلوه بستر ته د تللو څخه مخکې 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 امیدواری مخنیوی نه شي کولی. که چيرې د pill کاروونکي 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 والی وزارت، د کورنۍ د ښه والی په څانګه کې دوه ډوله کم دوز لرونکې د خولې د لازې ګولۍ شتون لري چې د MALA.N او MALA.D په نومونو يادیږي. دغه ګولۍ ۰،۳ ملي ګرامه نارجسټرول او ۰،۰۳ ملي ګرامه ايتينايل استراډايول لري.

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

۲ يوازې پروجستوجن لرونکې ګولۍ Progestogen only pill (POP)

دا ګولۍ د کوچنۍ ګولۍ يا mini pill او يا micro pill په نامه يادیږي. 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

میاشتنی عادت کنترول یې خراب او د امیدواری کچه یې زیاته ده خو بیا هم دا په ټن ورځ د امیدواری 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 ګولی ورته مناسبې ګڼل کیږي. داسې ښځې ښبانې 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 امیدواری ضد درمل د غیر خوندي (غیر محفوظ) جنسي عمل د تر سره کولو څخه وروسته تر ۴۸ ساعتونو پورې ورکول کیږي. دوه ډوله لاړې یې شتون لري.

- د رحم دننۍ آله یا Intra Uterine Device : ساده تخنیک یې دادی چې د رحم دننۍ آله په ځانګړي ډول مس لرونکي آله (copper device) وکارول شي خو که چیرې د منلو وړ وي.
- هارموني: په زیاتره حالتونو کې هارموني لاړې 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 یې 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 لاړې ګولی د جنسي عمل څخه وروسته امیدواری ضد لپاره ښه مستحضر ومنل شو. ځکه چې دا لږې ناوړه اړخیزې اغیزې منځته راوړي. کړنلاره یې پدې ډول ده چې د ستندرد کمباینډ ګولیو دوه برابره دوز باید ورکړل شي. څرنګه چې زیاتره کمباینډ ګولی 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 امیدواری د مخنیوي لپاره باید ښځه د هر دوز لپاره د دوه ګولیو په ځای څلور ګولۍ وخوري.

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

که څه هم د جنسي عمل څخه وروسته د امیدواری ضد لارو د پاتې راتللو کچه د ۱% څخه کمه ښودل شوې ده ځینې ماهرین په دې اند دي که چیرې د امیدواری ضد لاره پاتې راشي نو ښځه ترڅو چې د زیان کولو اراده ونه لري باید هارموني د امیدواری ضد لاره ونه کاروي. داسې ننبې ننبانې نشته دی چې د جنین ابنارملتیې 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 امیدواری 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 امیدواری 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 امیدواری ضد لاره هغه لاره ده چې د سپرم شمیر کم کړي مګر د تیستوسټیرون کچه یې نورماله پاتې شي. خو هغه هارمونونه چې د سپرم منځته راتلل کموي د تیستوسټیرون دکموالې 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

څيړنو ښودلی ده چې د زهرجن او اغيزمن دوز ترمنځ واټن يې ډير کم دی. په اوس وخت کې gossypol د نارينه ؤ لپاره د امیدواری ضد مادې په ډول په پراخه توګه نه کارول کيږي.

د خولې دلارې امیدواری ضد درملو د اغيزې لاره

د کمباينډ اورال pill د اغيزې ميخانيکيت دادی چې د تخمدان څخه د تخمې د ازادیدلو مخه نيسي. او دا د نخاميه غدې څخه د ګونادوتروفين د افراز په مخنيونې باندې ترلاسه کيږي کوم چې د تخمې د ازادیدو لپاره اړين دی.

يوازې پروجستوجن لرونکی pill د رحم د غاړې مخاط غليظ او سرينښناکه کوي او په دې ډول د سپرم د دننه کيدلو يا تيريدو څخه مخنيوی کوي. همدارنګه پروجستوجن د تيوبونو د حرکت مخه نيسي او پدې ډول د رحم تشې ته د سپرم او تخمې ليږديدل په ځنډ غورځوي.

اغيزمنتوب

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

کلينيکي څيړنو دا ښودلې ده چې د پروجستوجن يوازې pill اغيزمنتوب لکه د کمباينډ اورال pill په شان دی مګر د کورنۍ تنظيم په سترو پروګرامونو کې يې اغيزمنتوب کم دی. همدارنګه دغه اغيزمنتوب کيدای شي د ځينو درملو

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو خطرونه او ګټې

د تاریخ له مخې د خولې د لارې د امیدواری 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 امیدواری 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 امیدواری 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 باید کمه 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 امیدواری 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 (۷۵،۷۴،۷۳).

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

الف: ناوړه اړخیزې اغیزې

۱. د زړه او رګونو اغیزې

هغه معلومات چې د لومړنۍ case control څیړنې (۷۷، ۷۲)، د RCGP د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو څیړنې(۷۳)، او د Oxford څیړنې (۷۵، ۷۴) څخه په لندن کې لاس ته راغلل دا خبره په ډاګه کړه چې د کمبایند اورال pill کارول د لوړې مړینې سره یو ځای وي.

د پورته یادوو شوو څیړنو څخه داسې راپور ورکړل شو چې هغه ښځې چې کمبایند pill کاروي د هغه ښځو په نسبت چې pill نه کاروي ۴۰ % سلنه د مړینې لوړ چانس لري. په ریښتیني ډول دغه لوړه مړینه د زړه او رګونو د ناروغیو له کبله منځته راځي لکه د زړه د عضلې انفارکشن یامړینه، عصبي ترومبوسیس، او د رګونو ترومبوسیس چې د سږو د امبولې سره یوځای وي یا نه وي. دغه خطر د عمر د زیاتوالي او سګرټ څکولو سره نور هم زیاتیږي (۲۲ ګڼه جدول).

څیړنو دا اوښودله چې د زړه او رګونو اختلاطات ډیر 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 لاړې امیدواری 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 کارووونکو ښځوکې د مړینې کچه	د کنټرول کچه
۲۴_۱۵		
• سګرټ نه څکوونکې	۰،۰	۰،۰
• سګرټ څکوونکې	۱۰،۵	۰،۰
۳۴_۲۵		
• سګرټ نه څکوونکې	۴،۴	۲،۷
• سګرټ څکوونکې	۱۴،۲	۴،۲۳
۴۴_۳۵		
• سګرټ نه څکوونکې	۲۱،۵	۲،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 لاړې د امیدواری ضد درملو د استروجن کچه باید دومره کمه شي چې یوازې د امیدواری 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 لاړې د امیدواری 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 اغيزې (Carcinogenesis)

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

د نړيوالې روغتيايي ادارې د Multicentre case control څېړنې له مخې چې د امیدواری ضد هارموني درملو او سرطان ترمنځ شونې اړیکه يې وڅېړله، دې خبرې ته میلان اوښودلو چې د خولې د لارې د امیدواری 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 اغيزې

په اوس وخت کې هغه استقلابي اغیزو ته چې د خولې د لارې د امیدواری 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 ځانګړې 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 کورنۍ تنظیم متخصیصینو داسې نظر ورکړی دی چې د خولې د لارې د امیدواری 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 اړخیزې اغیزې

i. د څکر ګډوډی

د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو کارول کیدای شي د ځګر د حجراتو اډینوما او د صفرا د کڅوړې ناروغی پیدا کړي. په ځینو pill کارونکو ښځو کې کیدای شي چې کولې ستاتیک (Cholestatic) ژیړی پیدا شي.

ii. شیدې ورکول

هغه مستحضرات چې د استروجن زیاته کچه ولري د تیونو د شیدو په کچه او جوړښت باندې اغیزه درلودلی شي او لږ دودیز په تیریدونکي ډول د شیدو ورکولو د بندیدلو لامل کیږي. د نړیوالې روغتیایي ادارې د څیړنو له مخې هغه ښځې چې کمباینډ ګولی کاروي د اتلس (۱۸) اونیو کارولو څخه وروسته د شیدو په کچه کې یې ۴۲% سلنه کموالی منځته راغلی وه، هغه ښځې چې یوازې پروجستوجن لرونکي ګولی کاروي ۱۲% سلنه یې د شیدو کچه کمه شوې وه او هغه ښځې چې غیرهارموني مستحضرات کاروي ۱۲، ۰ سلنه یې د شیدو کچه کمه شوې وه.

هغه ښځې چې د خولې دلارې د امیدواری ضد درمل اخلي، هر ډول چې وي، یوه کمه کچه هارمون په شیدو کې افراغوي خو په ماشوم باندې یې اغیزې کمې ښودل شوې دي.

وروستنی امیدواري (Subsequent fertility)

په عمومي ډول دا معلومه شوې ده چې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل د کم وخت لپاره د امیدواری په رامنځته کیدو کې ځنډ منځته راولي، زیاتره ښځې د درملو د بندیدلو څخه وروسته تر دوه میاشتو پورې بیرته امیدواره کیږي چې کیدای شي ۱۵_۳۵ % سلنه ښځې وي. دا معلومه نده چې د ګولیو دوامداره کاریدنه تر ۵_۱۰ کلونو پورې وروستنی امیدواري 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 ګولۍ کاروي ډیره دوديزه پیښه ده.

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 vasocontractor 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 ګډوډی: کم شمیر ښځې چې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل کاروي کیدای شي د میاشتنې دوران په وختې پراو کې د ټکي ټکي وینه بهیدنې یا spotting څخه ګیله وکړي. یو څه ښځې کیدای شي د میاشتنې عادت په اخر کې د ګولیو د بندیدلو له کبله (withdrawal) وینه بهیدنه ونلري. ښځې باید ددې حالت د رامنځته کیدو څخه خبرې شي.

ب: ګټورې اغیزې

د خولې د لارې ګولیو یوازینی غوره ګټه داده چې د امیدواری په مخنیوي کې سل په سلو کې اغیزمنتوب لري او پدې ډول د ناخوښه امیدواری د رامنځته کیدو ویره له منځه وړي. سربیره پر دې د خولې د لارې د امیدواری ضد ګولی یو څه نورې ګټې هم لري چې عبارت دي له:

دواړو ادارو یعنی Royal collage of general practationers، او Oxford_ family planning association په برطانویانو کې د خولې د لارې د امیدواری ضد ګولیو د کارولو د اوږدې مودې prospective څیړنې ترسره کړې او دا یې اوښودله چې ګولی کیدای شي د شپږ ناروغیو د منځته راتګ څخه مخنیوی وکړي دغه ناروغی د تیونو سلیمې ګډوډیانې د fibrocystic ناروغیو او fibroadenoma په ګډون، د تخمدانونو سیسټ، د اوسپنې د کموالي وینه لړې، د حوصلې انتاني ناروغی، بې ځایه امیدواری، 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 ناروغۍ، د ترومبوامبولیزم مخکنۍ یا اوسنۍ تاریخچه، د زړه ابنارملتیې ګانې، ولادي هایپرلپیدیمیا، ناتشخیص شوې غیرنورمال د رحم وینه بهیدنه.

ب: خانګړي ستونزې چې طبي کتنې ته اړتیا لري

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

طبي څارنه (Medical suprervision)

هغه ښځې چې د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل اخلي باید سپارښتنه ورته وشي چې خپلې کلنۍ 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 پلتنې لپاره ښودل شوی دی چې د روغتیایي کارکوونکو له خوا د خولې د لارې د امیدواری ضد درملو ورکول کیدلی شي.

درویشتمه ګڼه جدول: د خولې د لارې د امیدواری 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 سګرټ څکول	----	-----
جټکې یا seizures	-----	-----
په پنډیو یا ورونونو کې سخت درد	----	-----
په پنډیو کې واریکوز واین چې ګیلې یې ورکړي 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 مترہ ستون سیماب څخه پورته)	-----	----
په تیونو کې د کتلې شتون	-----	-----
پرسیدلې پنډې (اذیما)	-----	----
لارښونه: که چیرې پورتنۍ ټول شیان منفي وي نو ښځې ته د خولې د لارې د امیدواری ضد درمل ورکول کیدای شي، خو که چیرې یو حالت هم ورځخه 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 امیدواری ضد اغیزې یې د بیرته ګرځیدو وړتیا لري.
- د اوږدې مودې لپاره اغیزه کوي.
- د امیدواری ترمنځ د واټن رامنځته کولو لپاره د استروجن څخه خالي دي.
- یو دوز یې د څو میاشتو یا کلونو لپاره بسنه کوي.

پدې ډله درملو کې زرقي د امیدواری ضد درمل، د پوستکي لاندې غرس کیدونکي او مهبلي رینګ ګډون لري.

۱. د امیدواری ضد زرقي درمل

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

اول : یوازي پروجستوجن لرونکي د امیدواری ضد زرقي درمل

دوه ډوله د امیدواری 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 امیدواری د مخنیوي لپاره په ریښتیني ډول ډیر

(c) ketabton.com: The Digital Library

اغیزمن دي.

د امیدواری 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 ۱۹۶۰م 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 امیدواری مخنیوی کوي. دا درمل خپلې د امیدواری ضد اغیزې په لومړني ډول د تخمې د ازادولو یا ovulation د مخنیوي په ډول ښئ. همدارنګه دا په اندومتریوم باندې غیرمستقیمه او په فالوپین تیوبونو او د رحم د غاړې مخاط په جوړیدو باندې نیغ په نیغه اغیزه کوي، او دا ټول هغه څه دي چې د امیدواری د منځته راتګ څخه مخنیوی کوي.

داسې موندل شوې ده چې DMPA خوندي، اغیزمن او د منلو وړ د امیدواری ضد درمل دي کوم چې ډیر لږ یا هیڅ هڅونې ته اړتیا نه لري. بله 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 امیدواری 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 کړي وي ډیر ګټور درمل دي.

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

ب: NET-EN

د ۱۹۲۰م کال څخه راپدیخوا Norethisterone Enantate (NET-EN) د امیدواری ضد زرقي درملو په ډول کارېدنه لري که څه هم د DMPA په نسبت لږ پراخه کارول کیږي. دا درمل د عضلې د لاړې ۲۰۰ ملي ګرامه هر ۲۰ ورځې وروسته ورکول کیږي. د دې درملو د امیدواری ضد اغیزې د تخمې د ازادولو څخه د مخنیوي او د رحم غاړې پر مخاط د پروجستوجنیک اغیزو له کبله منځه راځي. د DMPA سره په پرتله کولو دا درمل لږځه زیات د امیدواری 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 امیدواری شتون پکې ردیږي. دواړه درمل په ژور ډول په Gluteus Maximus عضله کې زرق کیږي. د زرق ساحه باید د زرق د تطبیق څخه وروسته مساژ نه شي. که څه هم منظم کارول یې ستونزمن دي، دواړه درمل یعنی DMPA او NET-EN دوه اونۍ مخکې یا دوه اونۍ وروسته د خپلې ټاکلې مودې څخه کارول کیدلی شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناوړه اړخیزې اغیزې

دواړه درمل DMPA او NET-EN یو شان ناوړه اړخیزې اغیزې لري چې ډیره دودیزه اړخیزه اغیزه یې د نورمال میاشتنې عادت مختلوالی دی. چې د اوږدې مودې لپاره په کمه وینه بهیدنې او یا په غیر نورمال ډول زیاتې وینې بهیدنې سره منځته راځي. همدارنګه ډیرې ښځې چې DMPA او NET-EN کاروي کیدای شي میاشتنی ناروغی یې بنده شي (Amenorrhoiec).

کمه وینه بهیدنه هم کیدای شي چې ددې درملو د کارونکو لپاره ناراحت کوونکي وګرځي، او د وینې بندیدل هم کیدای شي چې د anxiety لپاره خبرتیا وي.

څیړنو ښودلی ده هغه ښځې چې د DMPA کارول بند کړي د درملنې د مودې څخه ۵،۵ میاشتې وروسته امیدواري اخلي او ۹۰ سلنه مخکنۍ کارونکې ښځې د دوه کلونو په موده کې بیرته امیدواري اخلي. په هند کې داسې څیړنې روانې دې چې په هغه ښځو کې کوم چې د NET-EN کارول یې بند کړی وي بیرته د امیدواره کیدو حالت ته راګرځیدل معلوم کړي. تراوسه پورې د DMPA او NET-EN دواړو د اوږدې مودې اغیزې معلومې نه دي.

مضاد استطباب

مضاد استطبابات یې عبارت دي له: د تیونو سرطان، ټول د تناسلي سیستم سرطانونه، ناتشخیص شوې غیر نورماله د رحم وینه بهیدنه، او د شکمن سرطاني حالت څخه.

د DMPA او NET-EN ځانګړې ګټه داده چې دا درمل د اوږدې مودې لپاره ډیر اغیزمن دي، او د بیرته ګرځیدو وړ د امیدواری ضد اغیزې لري.

یو ازمایښتي لست جوړ شوی دی تر څو د هغه ښځو پلټنه وکړي چې په لومړني ډول

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دوهم :ګډ ډول د امیدواری 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 امیدواری ضد درمل په بنسټیز ډول د تخمې د ازادیدو د مخنیوي له کبله د امیدواری ضد اغیزه منځته راوړي. د رحم د غاړې مخاط په ریښتیا سره د پروجستوجن په وسیله اغیزمن کیږي او د سپرم د تیریدو په وړاندې خنډ جوړوي. 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 یوازي زرقي درملو په څیر دي مګر ډیرې لږې رامنځته کیږي. امیدواری 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 ښښې ښښانې، د عصبي رګونو او یا د زړه د رګونو ناروغۍ، ځایي نیم سری (Migraine)، د تیونو سرطان، او د شکرې ناروغي چې د رګونو د اختلاطاتو سره یوځای وي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې د زیږون څخه وروسته د شیدو ورکولو په اولو شپږو میاشتو 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 کیدونکي (Subdermal implants)

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

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

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

۳. مهبلي کړۍ (vaginal rings)

(c) ketabton.com: The Digital Library

داسې موندل شوې ده چې هغه مهبلي کړۍ کومه چې د لیونارجستریل درلودونکي وي اغیزمنه ده. هغه هارمون چې د مهبلي مخاط له لارې په قرار ډول جذبیږي، د هاضمي سیستم او ځګر څخه تیریږي او په ډیر غښتلي کم دوز سره باقي پاتې کیږي. کړۍ په مهبل کې د میاشتنې عادت د لومړنیو درې اونیو لپاره ایښودل کیږي او په څلورمه اونۍ ورځخه بیرته باید وویستل شي.

د زیږون څخه وورسته لارې (د امیدواری پا ی)

(Post conceptional method s)

د میاشتنې عادت تنظیم

په نسبي ډول سره د زیږیدنو د کنترول لپاره ساده لاره د میاشتنې عادت د تنظیم څخه عبارت ده، چې دا په یاده شوې موده یعنې ۲_۱۴ ورځو پورې د رحم د محتویاتو ویستل دي مګر د ټولو څخه د مخه د امیدواری لپاره باید ازموینه ترسره شي ترڅو دا په بشپړه توګه معلومه کړي چې ایا ښځه امیدواره ده او که نه؟ د رحم د غاړې پراخوالی یوازې په اول باري ښځو او خطرناکو حالتونو کې استطباب لري. د یوې قاعدې په ډول لدې وروسته هیڅ کوم ډول څارنو ته اړتیا نشته دی.

ددې عملیې بیړني او نا څاپي اختلاطات د رحم څیرې کیدل او تروما څخه عبارت دي. او وروستني اختلاطات یې (وروسته د شپږ اونیو څخه) د زیان لور ته د میلان زیاتوالی، د وخت څخه د مخه زیږیدنې، شنډوالي، د میاشتنې عادت بې نظمي، د بې ځایه امیدواری زیاتوالی، او هم د Rh isoimmunization څخه عبارت دي.

ځینې پوهان پدې اند دي چې د میاشتنې عادت تنظیم یو وختي زیان یا Abortion دی خو ځینې بیا وایي چې دا د وروستۍ دورې لپاره یوه درملنه ده. د میاشتنې عادت تنظیم د زیان څخه په دریو شیانو کې توپیر 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 حتمي نده چې ترسره شي.

B: د قانونی بندیز نشتوالی

C: د وختي عملیې د خوندي توب زیاتوالی.

د میاشتني عادت تنبه کول

دا په بنستیز 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) ایښودل 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 چی جنین د ځانته او جدا ژوند کولو وړتیا پیداکړي، د امیدواری پای ته رسول دي. چې دا د اته ویشت (۲۸) اونیو د رحم دننني 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 دلایلو له

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخې زیان منځته راځي. په ریښتینې ډول د نړۍ په ځینو هیوادونو لکه هنګري کې د قانونی زیان شمیر د ژوندیو زیږیدنو څخه زیات دی. زیان په دوو کتګوریو ویشل شوی دی یو په خپل سر یا Spontaneous 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 چی 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 امیدواری 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 وي ۷۰-۴۰ پورې شمیرل شویدي. او د زرو ژوندیو زیږیدنو په سر یې شمیر د ۲۲۰_۴۵۰ پورې رسیږي.

په هندوستان کی هر کال د زیان (۲) ملیونه پیښې منځته راځي لدې جملې څخه څلور (۴) ملیونه یې د تنبه په وسیله (induced) او پاتې (۲) ملیونه یې 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 کیږی. په پرمختللو هیوادنو کې هغه زیانونه چې قانوني وي او معلومات یې 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) پېښو کې توپیر لري.

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

دزیان وختي اختلاطات عبارت دي له:

وینه بهیدنه، شاک، sepsis، د رحم څیرې کیدل، د رحم دغاړې زخمي کیدل، ترومبوامبولیزم، انستیتیک او نور عقلي اختلاطاتو څخه.

وروستنۍ پاتې شونې یې عبارت دي له:

شنډتوب ،بې ځایه امیدواري، د خپل سر زیانونو د خطر زیاتوالی او د زیږیدنې پر مهال دماشوم د وزن کموالي څخه.

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

د زیان قانونی کیدل (Legalisation)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د امیدواری 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 امیدواری پای ته رسولو قانون (۱۹۷۱م).

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

۱ـ: هغه حالتونه چې دهغې لاندې امیدواری ته پای ورکول کیږي.

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

۳ـ: هغه ځای چیرته چې د امیدواری 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 امیدواری دوام د مور ژوند په خطر کې اچوي او یا هم د هغې د فزیکي یا دماغي روغتیا د خرابوالي لامل شي.

ب: ایوجینیک (eugenic): په هغه صورت کې چې د دې خطر شتون ولري چې ماشوم کیدای شي د فزیکي او یا دماغي ابنارملتیې 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 امیدواری ضد درملو د پاتې راتللو له کبله امیدواري رامنځته شي. د امیدواری ضد د هرې آلې یا لارې پاتې راتلل چې د امیدواری پایښت د مور د سختې دماغي صدمې لامل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دغه حالت په هند کې د امیدواری د پای ته رسولو لپاره ډیر کارول شوی دی او وروسته چې معلومه شوې ده نو امیدواري د امیدواری 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 امیدواری د پایښت موده یې تر دولس (۱۲) اونیو څخه زیاته تیره شوې نه وي. او که د امیدواری د پایښت موده یې د دولس اونیو څخه زیاته او د شل (۲۰) اونیو څخه کمه وي نوپدې صورت کې د دوه طبي متخصیصونو شتون اړین دی ترڅو زیان تر سره او امیدواری ته د پای ټکی کښیږدي.

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 تاکل شوی وي باید تر سره شي.

په طبي ډول د امیدواری د پای ته رسولو قاعدې

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

(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 امیدواری پای ته رسولو کې ګډون درلوده او ډیر وخت یې نیولو، د منځه یوسي او پر ځای یې داسې خدمتونه برابر کړي چې هر وخت د منلو وړ وي.

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

۱ـ: 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 وکړی، 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.

۲ـ: 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 امیدواری پای ته رسونې په پنځه ویشت (۲۵) عملیاتونو کې یې په یو ثبت شوي او تائید شوي انستیتوت کې برخه اخستې وي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

د نوي قانون لاندې غیر دولتي روغتونونه چې د اولسوالۍ د مشر ډاکټر څخه د کار کولو اجازه ولري، کولی شي چې د زیان عملیه ترسره کړي. په شخصي 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 قانونی زیان کلنۍ پیښې د ۰،۲ 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 قانونی زیان اسانتیاوي 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 يې ستونزمن کار دی. دا د طبیعي ځواک کمزوري کول غواړي او سړي ته باید بلې خوا ته لاړښونه 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 پخوانی لاره ده چې هیڅ کوم ډول خرچه وربانډی نه راځي. دایو ډیره پراخه عملي لاره ده چې نارینه مخکی 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 امیدواری 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 شې 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 يې 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

هیڅ د کورنۍ تنظیم لاره ونه کارول شي.

څیړنو ښودلې ده چې د انزال څخه مخکې د جنسي آلې دباندې ویستل د جنسي عمل د نه ترسره کولو لاړې سره یوځای، په پرمختللو هیوادونو کې د اتلسمې او نولسمې پیړۍ په موده کې د زیږیدنې په کچه کې د پام وړ کموالی رامنځته کړی دی.

۳. خوندي موده (منظمه لاره)

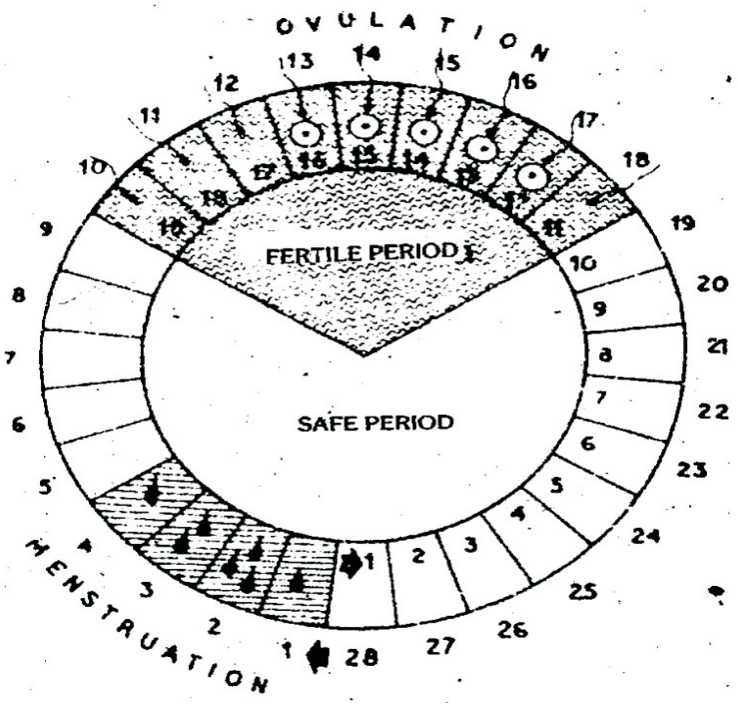
دا د جنتری لاړې پنوم هم یادیږی. د لومړي ځل لپاره په ۱۹۳۰م کال کې د Ogino په نوم عالم له خوا تشریح شوه. د دې لاړې بنسټ په دې حقیقت ولاړ دی چې د تخمې ازادیدل د میاشتنۍ عادت په ۱۲_۱۲ ورځ منځته راځي (لاندې اتمه ګڼه انځور وګورئ).

هغه ورځې چې د امیدواری د پیښیدو ډیر چانس پکې شتون لري په لاندې ډول شمیرل شوې دي.

که چیرې تر ټولو لنډ میاشتنۍ دوران څخه اتلس (۱۸)منفی شي نو دا د تخمې د ازادیدو لومړۍ ورځ راښئی، او تر ټولو اوږد دوران منفی (۱۰) د تخمې د ازادیدو وروستنۍ ورځ راښئی. د بیلګې په ډول که د یوې ښځې د میاشتنۍ عادت موده د ۳۱-۲۲ ورځو پورې وي، نو د امیدواری اخستلو لپاره ښه موده چې په هغې کې ښځه باید کوروالە ونکړي د میاشتنۍ عادت د ۸_۲۱ ورځو پورې ده.

په لاندې اتمه ګڼه انځور کې د امیدواره کیدو موده او خوندي موده په یو ۲۸ ورځنۍ دوران کې ښودل شوې ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library



اتمه ګڼه انځور:

که چيرې د دغه شمير نيول ستونزمن وي او شونې نه وي، نو په لنډ ډول ښځې ته لارښونه کيږي چې د مياشتني عادت د اتمې ورځې څخه تر دوه ويشتمې (۲۲) ورځې پورې د جنسي عمل څخه بايد ځان وساتي. د وينې بهيدنې لومړۍ ورځ د مياشتني عادت لومړۍ ورځ شميرل کيږي.

د جنترۍ د لارې نقصان پدې کې دی چې:

۱. د يوې ښځې د مياشتني عادت موده هر وخت منظمه نه وي. که دوران غيرمنظم وي نو دا به ډيره سخته وي چې ددې لارې د خوندي توب په باره کې وړاند وينه وکړو.

۲. دا لاره يوازې د زده کړه لرونکو او مسوؤليت درک کوونکو جوړو په وسيله عملی کيدای شي چې يو د بل سره همکاري وکړي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳. په قصدي ډول سره په هره مياشت کې نژدي نيمه مياشت د جنسي نږدیوالي څخه لاس اخيستل، ستونزمن کار دی.

۴. دا لاره د زيږيدنې څخه وروسته موده کې نه عملي کيږي.

۵. ددې لارې د پاتې راتللو سلنه لوړه ده چې په هرو سلو ښځو کې د يو کال په موده کې نه (۹) ده. د پاتې راتللو کچه د ناسم شميرلو، د شمير د نه تعقيبولو، او غيرمنظم کارولو له کبله منځته راځي.

د جنترۍ د لارې دوه غوره طبي اختلاطات راپور ورکړل شوي دي. چې يو بې ځايه اميدواري او بل د جنين د ابنارملتيې ګانو څخه عبارت دی.

بې ځايه اميدواري کيدای شي چې د تخمې د بې ځايه کيدو له کبله د هغې اميدواری په پايله کې رامنځته شي کوم چې د مياشتنې عادت په وروستۍ برخه کې منځته راغلې وي، او جنيني ابنارملتيې ګانې کيدای شي چې د زيات عمر لرونکي سپرم، او يا زيات عمر لرونکي تخمې له کبله منځته راشي.

که چيرې پورته يادې شوې خبرې سمې وي نو ويلی شو چې خوندي موده په بشپړه توګه خوندي نده.

۴. د کورنۍ تنظيم طبيعي لارې

د کورنۍ تنظيم د طبيعي لارو اصطلاح درې لارو ته کارول کيږي چې عبارت دي له:

(الف): Basal body temperature لاره

(ب): Cervical mucus method

(ج): Symptothermic method

د پورتنيو لارو بنسټ لکه د جنترۍ د لارې غوندې دی. خو دلته ښځه خپل ځان د بيلابيلو فزيولوژيکي نښو نښانو څخه کوم چې د تخمې د ازاديدو سره يوځای وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

پیژني او پدې ډول پوهیږي چې د امیدواری اخستلو موده څه وخت پیل شوې ده.

د امیدواری د مخنیوې لپاره جوړه باید د میاشتنې عادت پدې موده کې ځان د جنسي نږدیوالي څخه وساتي. دوي په بشپړ ډول د امیدواری ضد درملو او هر ډول آلې د کارولو څخه ځان ساتي. دا کورنۍ 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 زیاتوالي له کبله، د بدن د تودوخې درجې پورته کیدل دي.

په ډیره کمه کچه یعنی ۰،۳ ـ ۰،۵ 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 وټرل شي. کوم چې د بدن د تودوخې د درجې د پورته کیدو څخه دریې ورځې وروسته پیل کوي او د میاشتنې عادت د منځته راتګ پورې پایښت مومي. د دې لارې تر ټولو غټ نقصان دادی چې د تخمې د ازادیدو څخه مخکې باید جنسي عمل ترسره نه شي. نو ځکه یوازې یوځو جوړې اوس دا لاره کاروي.

ب: **Cervical mucus method**

(c) ketabton.com: The Digital Library

داد Billing's method او د تخمي د ازادیدو د لارې په نوم هم یادیږی. د دې لارې بنسټ د رحم د غاړې د مخا ط په ځانګړتیاؤ کې د بدلون منځته راتلو باندې ولاړ دی. د تخمي 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 تخمي د ازادیدو وروسته د پروجسترون تر اغیزې لاندې د رحم د غاړې مخاط پنډ او غلیظ کیږي او مقداریي کمیږی. 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 عملي کوي باید د مخاط د بیلابیلو ډولونو ترمنځ توپیر وکولی شي.

دا لاره نسبت د نورو ټولو لارو څخه زیاتې هڅونې او همکارۍ ته اړتیا لری. 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 نشي 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 کورنۍ تنظیم د طبیعي لارو تطبیقول نظم او د جنسي نړدیوالي 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 نړیوالې روغتیایي اداري، د بچي زیږونې په برخه کې ځانګړي پروګرام دا وښودله چې د کورنۍ تنظیم طبیعي لارې، په ځانګړي ډول د مخ پر ودي هیوادونو کې ډیر لږ د عمل وړ لارې دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۵. شیدې ورکول

لابراتواری او سیمیزو پلټنو دا ښودلی ده چې شیدي ورکول د زیږیدنې څخه وروسته د میاشتني عادت نشتوالی اوږدوي او یو څه د امیدواری اخیستلو څخه مخنیوی کوي. د ۵_۱۰ سلنې څخه زیاتې ښځې د شیدي ورکولو په وخت کې امیدواري نه اخلي. او دا خطر د لومړي میاشتني عادت د پیښیدو په میاشت کې نور هم زیاتیږي. یو ځل چې میاشتنی عادت رامنځته شي نو بیا په دوامدار ډول او اوږد وخت لپاره د شیدو ورکول، د امیدواری د منځته راتګ مخنیوی نشي کولی. د بچې د زیږولو څخه شپږ میاشتې وروسته په ۲۰_۵۰ سلنه ښځو کې میاشتنی عادت رامنځته کیږي او دوې د امیدواری ضد لارو کارولو ته اړتیا پیدا کوي.

۶. د زیږیدنې د کنترول واکسین

بیلابیلې امینیولوژیکي تګلارې په سړیو او ښځو کې د زیږیدنې د کنترول لپاره ترسره شوې دي. تر ټولو ډیره پرمختللې پلټنه د هغه واکسین په ویسله د امیونایزیشن څخه عبارت ده چې د انساني یا هیومن کاریونیک ګونادوتروفین هارمون د بیتا فرعي واحد (beta sub unit) څخه برابر شوی دی کوم چې د امیدواری په وختي مرحله کې منځته راځي. ۴_۲ اونۍ وروسته انتي بادي منځته راځي او په پنځه اونیو کې یې کچه لوړې سویې ته رسیږي، او په ورو ډول یې کچه بیره ښکته کیږي چې د ۲_۱۱ میاشتو په موده کې یې سویه صفر ته رسیږي.

د معافیت د پایښت موده کولی شو چې د دوهمې بوستر دوز واکسین په تطبیقولو سره زیاته کړو. په اوس وخت کې د امیدواری ضد دوه ډوله واکسینونه چې دواړه د هیومن کاریونیک ګونادوتروفین هارمون د بیتا فرعي برخې څخه جوړ

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

اخرنی لاړې

شنډوالی (Sterilization)

د هغه جوړو لپاره چې نه غواړي نور بچي راوړي، په خپله خوښه د شنډتوب د عملیې ترسره کول ډیره ښه د امیدواری ضد لاره ده.

په اوس وخت کې په هندوستان کې په ښځو کې د ټولو شنډولو عملیو څخه ۸۵% سلنه په ښځو کې او ۱۵-۱۰% سلنه يې په نارینه و کې منځته راځي. سره لدې چې په نارینه و کې د شنډولو عملیه د ښځو په نسبت اسانه، ارزانه او خوندي عملیه ده.

د شنډولو لاره د نورو امیدواری ضد لارو څخه ډیرې ګټې لري. دالاره یوازې یو ځل تر سره کیږي: د اغیزمنتوب دپاره يې په پرله پسې توګه د کارونکو هڅولو ته اړتیا نشته: د امیدواری د مخنیوي لپاره ډیره اغیزمنه لاره ده: که چیرې عملیه د طبي معیار سره سمه ترسره شي نو د اختلاطاتو خطر يې ډیر کم دی: دا ډیره ارزانه عملیه ده. داسې اټکل شوې ده چې هره عملیه 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 وړیا ډول خلکو ته وړاندې کیږي. د شنډولو لارښود د دولت له اړخه وخت په وخت خپریږي چې د دې عملیې بیلابیل اړخونه پکې نغښتي وي چې په لاندې ډول دي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: په عادي ډول سره د سړی 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 شنډونکي 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 انستیزی 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 غوڅیږي. بیا د پایپ بل سره هم غوټه کیږی او وروسته په خپل ځای باندی بیرته قات او ګنډل کیږي. د پایپ غوڅې 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 وربانديې وشي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

د عملیات څخه وروسته سړی په سم دلاسه ډول نه شنډیږي بلکې په اټکلي ډول د دیرش (۳۰) انزالونو پوري وخت په بر کې نیسي. نو په دغه منځنۍ موده کې باید د بل امیدوارۍ ضد لارې څخه کار واخستل شي. که چیرې وازیکټومي 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 وازیکټومي عملیاتونه د یو تیوبیکټومي عملیات سره برابر دي.

اختلاطات

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

(الف): د عملیات له کبله:

وختي اختلاطات یې د درد، په سکرتوم کې د هیماتوم جوړیدل، او ځایي انتان څخه عبارت دي. د زخم منتن کیدل په دري (۳) سلنه پیښو کې راپور ورکړل شوی دی. د وینې 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 يي د درد او پړسوب څخه عبارت ده. د کلينکي بڼې له مخې کتله په جس سره کلکه او غټوالی يي نږدې اوه ملي مترو (۷mm) 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 ټرلو لپاره وکارول شي، نو دا ستونزه به کمه او يا له منځه يوسي.

(ج): په خپل سر د قنات بياجوړيدل:

زياتره اپيټيليل 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 شونې کيدل مخکې د عمليات د ترسره کيدو څخه روښانه کړي او پکار ده چې ليکل شوی سند ورځخه واخلي.

په انګلستان کې د ښځو په يوه ځيړنه کې چې ميړونو يي وازيکټومي ترسره کړې وه د ۱۴۰۴۷ ښځو څخه شپږ (۲) تنه يي د شپارس مياشتو دننه او د درې کلونو څخه وروسته اميدواره شوې وي. نو ددې لپاره ناروغ بايد تر درې کلونو پورې په منظم ډول په بيا بيا ډول وکتل شي.

(د): Autoimmune response:

وازيکټومي زياتره وخت د سپرم په وړاندې د يو معافيتي ځواب د پيداکيدو لامل کيږي. د وازپايب ټرل 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 انتي بادې لري، مګر د وازیکټومي څخه وروسته دا کچه ۵۴ سلنې ته لوړیږي. پدې برخه کې کوم دلیل نشته چې نوموړي انتي بادې ګانې به فزیکي روغتیا ته ضرر ناکې وي. داسې اند شتون لري چې نوموړې دوراني انتي بادې ګانې د قنات د یو بریالي بیا جوړیدنې څخه وروسته، د امیدواري د منځته راتګ چانس کموي.

(۵):سایکولوژیک:

ځینې 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 لاړه ، قاعدې ، ګټې ، 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 ۱۵، ۰ 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 اساتنیاؤ 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

کیږي. هغه دا چې د Vasdeference څخه په شیشیې سلاید باندې سمیر اخیستل کیږي او د Wrights stain عملیې په وسیله تلوین، او د مایکروسکوپ لاندې کتل کیږي. Vasdeference د استوانه یي اپیتیلیوم له مخې پیژندل کیږي کوم چې د Vasdeference دننني لومن یي پو ښلی دی.

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

د عملیات څخه وروسته لارښوونې

د دې لپاره چې د زخم د نورمال جوړیدو او د عملیات د بریالیتوب څخه ډاډ تر لاسه کړو نو ناروغ ته باید لاندې لارښوونې وشي.

۱ ـ ناروغ ته باید وویل شي چې هغه د عملیات څخه وروسته په سمدلاسه ډول نه شنډیږي. کم تر کمه دیرش (۳۰) انزالونه مخکې د دې څخه چې منوي کتنه منفی شي، اړین دي.

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

۳ ـ د عملیات څخه وروسته تر څلورویشت (۲۴) ساعتونو پورې پکار ده چې د ځان وینځلو څخه ځان وساتي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۲ ـ د عملیات څخه پنځه (۵) ورځې وروسته باید د زخم ټکونه لرې کړي.

No_ Scalpel vasectomy

No scalpel vasectomy یو نوی تخنیک دی چې د نرانو لپاره خوندي، اراموونکې او منونکې لاره ده. دغه نوی لاره د نرانو لپاره د کورنې ښه والی پروګرام لاندې د خپل واک پر بنسټ یوه ځانګړې پروژه ده. د دې پروژې په وسیله په هیواد کې دننه ټول پرسونل باید تربیه شي. په شاوخوا سیمو کې د دې نوي تخنیک شتون په هیواد کې د نرانو د شنډولو د منلو کچه پورته کوي. دغې پروژې ته بودیجه UNFPA ورکوي.

د ښځینه و شنډول (Female sterilization)

د ښځینه و شنډول یوه واټن لرونکي عملیه ده چې د زیږیدنې څخه وروسته یا د زیان پر وخت ترسره کیږي. دوه ډوله عملیې یې ډیرې مشهورې دي، چې یوه یې د لپراسکوپي (Laparoscopy) او بله یې د minilaparotomy په نوم یادیږي.

(الف): لپراسکوپي

دا د ښځو د شنډولو لپاره د ګیډې دلاړې د یو ځانګړي سامان په وسیله چې لپراسکوپ نومیږي، یو تخنیک دی. لومړی ګیډه د ګاز (کاربن ډای اکساید، نایترس اکساید او یا هوا) په وسیله پرسول کیږي. وروسته بیا ګیدې ته لپراسکوپ دننه کیږي ترڅو تیوبونه وکتل شي. کله چې تیوب ته ورسیږي نو د تیوب د ټرلو لپاره په تیوب 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 ډاکټر ان 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 ټاکنه:

لپراسکوپي د زیږیدنې څخه وروسته تر شپږو (۶) اونیو پورې نه تر سره کیږي، که څه هم کولای شو چې دا لاره په طبي ډول د امیدواری د پای ته رسولو لپاره په پرله پسې 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. نوموړی 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 لپراسکوپۍ د سترو تاوانونو څخه شمیرل کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لپراسکوپیک شنډولو عملیه په هندوستان کې ډیره دودیزه ده. د ۲۰۰۰_۲۰۰۱م کال پورې د شنډولو د ټولو عملیاتونو څخه نږدې اته دیرش (۳۸) سلنه یې د لپراسکوپ په وسیله ترسره شوې وه.

(ب): Minilap operation

Minilapratomy د ګیډې د لاړې د تیوبیکټومي سم شوی ډول عملیات دی. دا یوه ډیره ساده عملیه ده چې د ځایې انستیزۍ لاندې د ګیډې د پاسه یوه وړوکې څیرونه د ۲،۵_۳ سانتي متره په اندازه ترسره کیږي. نوموړی تخنیک د ښځو د شنډولو لپاره یوه بدلونکي (انقلابي) عملیه ده. دا عملیات په لومړنۍ روغتیایي مرکز کې هم یو د ترسره کولو وړ عمل دی. دا لاره د نورو لارو څخه د خوندي توب، اغیزمنتوب، او اسان والي له کبله ډیرې ګټې لري. Minilap عملیات د زیږیدنې څخه وروسته په ښځو کې د شنډولو لپاره یوه سمه او وړ لاره ده.

د امیدواری ضد لارو ارزونه

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

پیرل انډکس (pearl index) پدې ډول تعریفیږي چې:

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

ټولیزې ناڅاپي راتلونکې امیدواری

(c) ketabton.com: The Digital Library

د پورتني فورمول په عملي کولو سره پکار ده چې په صورت کې ټول هغه ناڅاپي راتلونکي امیدواری چې پایله یې هر ډول وي یعنی ژوندی زیږیدنه، Still birth زیان، او هم هغه امیدواری چې لا تراوسه یې پای نه وي موندلې، پکې وشمیرل شي. ثابت عدد (۱۲۰۰) په سل کلونو کې د میاشتو شمیر 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 بچي زیږونې منځنی عمر پنځه ویشت (۲۵) کلونه دی.

د اغیزمنتوب د ارزولو لپاره په منځني ډول د څیړنې لږ تر لږه شپږ سوه (۶۰۰) 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 کارووونکو 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:

life table analysis د امیدواری ضد لارو په هرې میاشت کارولو سره د پاتې راتللو کچه معلوموي او ټولیزه د پاتې راتللو کچه کولی شو چې د هرې کچې اوږدې مودې کارولو سره پرتله کړو. هغه ښځې چې د هره امله څیړنه پریږدي 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 مودې پورې د دوي د کاريدنې پايلې په ځيړنه کې شيمرل کيږي.

د کورنۍ تنظيم نه ترلاسه شوی اړتيا

Unmet need for family planning

د نه ترلاسه شوي اړتيا مفکوره په ريښتني ډول په ۱۹۶۰م کال کې رامنځته شوه. کله چې د اميدواری ضد يوې سروې KAP يا (Knowledge, Attitude, and Practice) دا وښودله چې د ځينو ښځو د بچي راوړلو د ارادې او د اميدواری ضد سلوک ترمنځ واټن شتون لري. هغه اصطلاح چې دغه ډلې خلکو ته په مشهور ډول کارول کيږي د KAP gap په نوم يادیږي. 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 اميدواری 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 دوې هيڅکله کوم د اميدواری ضد لارې څخه کار نه اخلي نو داسې ويل کيږي چې دا ښځې د کورنۍ تنظيم د خدمتونو لپاره نه ترلاسه 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 ترلې دي.

د نه ترلاسه شوي اړتيا مفکوره کيدای شي چې د کورنۍ تنظيم لپاره يوه غښتلې

(c) ketabton.com: The Digital Library

مفکوره وي او د کورنۍ تنظیم د پروګرامونو لپاره یو ګواښ جوړ کړي تر څو هغه کچې ته ورسیږي چې میلونونه ښځې کومې چې د بچي زیږونې په پرلو کې دي او د یو یا څو لاملونو له کبله د امیدواری ضد لاړو څخه ګټه نه اخلي، د هغه ښځو سره یوشان کړي چې د امیدواری ضد لاړې کاروي.

د نه ترلاسه شوې اړتیا ډیر ستر لاملونه عبارت دي له: قناعت نه ورکونکي او نارامونکي خدمتونه، د معلوماتو نه شتون، د امیدواری ضد درملو د ناوړه اړخیزو اغیزو څخه ویره او د میړه او کورنۍ سره مخالفت، او نورو څخه.

د دویمي ملي روغتیایي سروې له مخې (۱۹۹۸_۱۹۹۸م) په هند کې همدا اوس شپاړس (۱۶) سلنه واده شوې ښځې د کورنۍ تنظیم لپاره نه ترلاسه شوی اړتیا لري. د زیږیدنې ترمنځ د واټن او د زیږیدنې تر ولکې لاندې راوستلو لپاره نه ترلاسه شوی اړتیا یو ډول ده.

د شل (۲۰) کلنۍ څخه ښکته عمر کې د کورنۍ تنظیم لپاره نه ترلاسه شوی اړتیا زیاته ده (۲۷ سلنه) او دا د زیږیدنو ترمنځ د واټن لپاره نسبت د زیږیدنې تر ولکې لاندې راوستلو ته زیاته ده. همدارنګه په نسبي ډول هغه ښځو کې چې ۲۰_۲۴ کلونه عمر لري هم څه ناڅه زیاته ده (۲۴ سلنه) او ۷۵ سلنه د دغې اړتیا د زیږیدنې ترمنځ واټن لپاره ده. هغه ښځې چې ۳۰ کلونه یا پورته عمر لري په دوي کې د کورنۍ تنظیم نه ترلاسه شوی اړتیا د زیږیدنو تر ولکې لاندې راوستلو لپاره وي.

د کورنۍ تنظیم لپاره نه ترلاسه شوې اړتیا په کلیوالو سیمو کې نسبت ښاري سیمو ته زیاته ده. همدارنګه دا په زده کړه لرونکو ښځو کې (د ۱۴_۱۷ سلنه په کچه) او په بیلابیلو مذهب لرونکو ښځو کې (هندي او عیسوي ښځې نسبت مسلمانو ښځو ته د نه ترلاسه شوي اړتیا لپاره کمه اړتیا لري) سره توپیر لري.

لاندې ۲۴ ګڼه جدول کې د ځینو ځانګړتیاؤ له مخې په هند کې د کورنۍ تنظیم لپاره نه ترلاسه شوی اړتیا 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 کورنۍ تنظيم لپاره د واده شوو ښځو نه ترلاسه شوې اړتيا (۱۹۹۸_۹۹).

ځانګړي ځانګړتياوې	د واټن لپاره	د زيږيدنو د تر ولکې لاندې راوستلو لپاره	ټوله اندازه
عمر			
• ۱۹_۱۵	۲۵،۲	۱،۲	۲۷،۱
• ۲۴_۲۰	۱۸،۴	۵،۹	۲۴،۴
• ۲۹_۲۵	۸،۱	۱۰،۵	۱۸،۲
• ۳۴_۳۰	۳،۱	۱۱،۱	۱۴،۱
• ۳۹_۳۵	۱،۱	۹،۱	۱۰،۲
• ۴۴_۴۰	۰،۲	۵،۵	۵،۷
• ۴۹_۴۵	۰،۱	۳،۰	۳،۱
اوسيدنه			
• 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
• منځنی 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 کورنۍ 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 اوتارپرادیش او بیهار کې) پورې توپير لري. په راجستان، مادیاپرادیش او اوریسا کې دا اړتیا ۱۲_۱۸ سلنه دی.

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

د امیدواری ضد لارې او Adolescence

Adolescence د بلوغت او فزیالوژیک پوخوالي ترمنځ مودې څخه عبارت ده چې د ۱۵_۱۹ کلنۍ ترمنځ عمر کې پیښیږي. په زیاتره مخ پر ودې هیوادونو او ځینو پرمختللو هیوادونو لکه د امریکا متحده ایالاتونو کې په adolescence عمر کې د امیدواری کچه د ټولو امیدواریو ۱۰_۲۰ سلنه جوړوي او په دوامدار ډول شمیر یې نور هم زیاتیږي.

په Adolescence عمر کې د امیدواری منځته راتلل زیاتره وخت د خطر سره یوځای وي، ډیرې یې ناخوښه امیدواری وي او ډیرې په هغه ښځو کې رامنځته کیږي چې واده شوي نه وي. کوم چې وروسته د قناعت نه ورکوونکي طبي خدمتونو لاندې د قانوني یا غیرقانوني زیان لامل کیږي. دغه کار د دغه ځوانو ښځو لپاره د پام وړ روغتیایي او ژوند ګوابنونکی اختلاطات رامنځته کولی شي. د مړیني او اخته کیدنې زیاتوالی (په ځانګړې ډول په دویمې ډول شنډوتوب) هم په دې ښځو کې رامنځته کیدای شي.

د روغتیایي تعلیماتو د لاړې په ځوانو خلکو کې د ناخوښه امیدواری او د جنسي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Adolescent د کورنۍ تنظیم په اړه دوه اړخیزه نظر لري. د یو چا جنسي فعالیت د معلومولو لپاره د امیدواری ضد درملو غوښتنه کوي. له دې کبله ځینې وخت Adolescent نجونې د ناخوښه امیدواری او زیان خطر منې.

د مخنیونې لارې:

کاندوم ښه د مخنیونې لاره ده، ځکه دا هغه adolescent چې ګڼ شمیر د جنسي عمل ملګري ولري د جنسي نړۍ والي په وسیله لیږدیدونکو ناروغیو او ایډز څخه ساتي. خو بیا هم کاندوم 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 دننه کول یې اختلاطات لري نو د همدې کبله ځوانان ورڅخه کرکه لري.

د امیدواری ضد هارموني درمل:

هارموني د امیدواری ضد لاړې په ریښتیني ډول د هغه adolescents لپاره وړ لاړې دي ځوک 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 راتلونکي 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 ګڼه ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رحم دننني آله يا IUD :

که څه هم د تيوري له پلوه د رحم دننني آلې په adolescents نجونو کې مضاد استطباب دي ځکه چې د حوصلي انتانات او په دويمې ډول د شنډوالي منځته راوړل يې سترې نيمګړتياوې دي، خو بيا هم ځوانې نجونې د غير قانوني بيابيا زيان څخه د د رحم دننني آلې په وسيله ښې ساتل کيږي. د دې لارې ګټه داده چې يوځل کارول يې د اوږدې مودې لپاره بسنه کوي او د بيا بيا کارولو اړتيا نلري.

نورې لارې:

د مياشتنې عادت وقفوي نشتوالی اسان کار ندی، کله چې مياشتنی عادت غيرمنظم وي او جنسي عمل د نوې ملګري سره په تماکل شوي وخت نه وي. بيا هم دا د مذهبي دليل پر بنسټ يوازينۍ ښه لاره ګڼل کيږي او نيمګړتيا يې داده چې بشپړ ساتل يا protection نشي رامنځته کولی. همدارنګه withdrawal لاره هم ډيره مناسبه لاره نه ده ځکه چې زياتره نارينه پدې برخه کې بشپړه پوهه نه لري.

سپرم وژونکي مواد هم مضاد استطباب نه دي مګر دا دوه نيمګړتياوې لري. يو دا چې قيمتي دي، او بله دا چې د جنسي نږديوالي په وسيله ليږديدونکي ناروغيو او ايډز مخنيوی نه شي کولی.

په ۲۰۰۰م کال کې د نړۍ د وګړو ۴۲ سلنه وګړو د ۲۵ کلونو څخه ښکته عمر درلوده. ډير زيات شمير ځوان وګړي به خپل د بچي زيږونې کال ته داخل شي او د ديموګرافي راتلونکی د دوي پورې اړه لري، ځنګه دوي پوهيدلی شي او ځنګه بايد دوي خپل مسوليت ته پاملرنه وکړي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کورنۍ تنظیم د وړاندې کولو سیستم یا Delivery System

څرنګه چې کورنی تنظیم د روغتیایي خدمتونو د سیستم غوره برخه جوړوي، نو په مرکزي برخو او ایالاتونو کې د نورو روغتیایي خدمتونو ترڅنګ د زیږیدنې د خدمتونو برابرول د دولت مسؤلیت دی.

په مرکزي کچه

د کورنۍ د ښه والی پروګرام یوه مرکزي ځواب ورکونکي تګلاره ده او ایالاتونه سل په سلو کې مرسته د مرکزي دولت څخه ترلاسه کوي. څرنګه چې په ریښتینې ډول ټوله خرچه د مرکزي دولت له اړخه ورته برابریږي نو ځکه د پروګرام پلان کول او مالي تنظیم (لکه د کتنځیو جوړول، د کارکوونکو برابرول، او خرچه) د تربیوي پروګرامونو برابرول، پلټنه او ارزونه، او ډیره غوره خبره داده چې د پروګرام د ټولې تګلارې جوړول هم باید د مرکزي دولت په وسیله کنترول شي.

اوسنۍ تګلاره داسې ده چې کورنی تنظیم د رضاکارانو په پوهولو او په بشپړه ډول د ټولنې برخې اخستلو سره غښتلې او ښه کړي. ډیر ټینګار په دوه ماشوم لرلو باندې کیږي. پدې نږدې وخت کې د کورنۍ تنظیم د خدمتونو د وړاندې کولو په تګلاره کې دوه ستر بدلونونه منځته راغلي دي: لومړی د terminal لارې ترڅنګ د زیږیدنو ترمنځ واټن باندې ټینګار کول او دویم دا چې هري دروازې ته د خدمتونو رسول او د خلکو داسې هڅول چې د کوچنۍ کورنۍ د قانون سره ځان برابر کړي.

د کورنۍ ښه والی پروګرام اداري جوړښت کوم چې په ۱۹۲۲م کال کې د مرکزي روغتیا او کورنۍ ښه والی وزارت په وسیله منځته راغلی دی، د ګڼ شمیر څانګو لرونکی دی. د هند د روغتیا او کورنۍ بهبو وزارت سکرتریت د کورنۍ ښه والی د دیپارتمنټ مسؤل دی چې د ځانګړې سکرتریت او نورو سکرتریتونو په وسیله مرسته ورسره کیږي یعنی په ګډ ډول کار کوي. ځانګړې سکرتریت (special secratery) د

(c) ketabton.com: The Digital Library

پروګرام عملي کيدل او د فعاليتونو هم غږي کول تر څارنې لاندې نيسي. اوس دغو څانګو کې زده کړه ورکوونکی يا Adviser هم د يو اضافي سکرتريت په ډول شته دی (Mass Media and Communication). د روغتيا او کورنۍ ښه والی ملي انستيوت په ټول هيواد کې د روغتيا او کورنۍ ښه والی د ښه والي لپاره د زده کړې، تربيوي خدمتونو، پلټنې او ارزونې له لارې يو اوچت تخنيکي انستيوت دی. د کورنۍ ښه والی مرکزي شورای هم شتون لري چې د ټولو ايالاتونو د روغتيا وزيرانو څخه جوړه شوې ده او د پروګرام په عملي کيدو باندې پام اچوي. Population Advisory council په ۱۹۸۲م کال کې منځته راغلی دی چې د روغتيا وزير او د پارلمان د غړو، او هغه څوک چې د وګړو د کنترول په برخه کې کار کوي، په وسيله يې مشري کيږي. دا ارګان د پروګرام عملي کيدل څاري او دولت ته لازمې لارښوونې کوي.

د وزيرانو پلاوی چې مشري يې لومړی وزير کوي هم وخت په وخت د کورنۍ ښه والی پروګرام د فعاليتونو په پرمختګ باندې پام اچوي.

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

د ايالت په کچه

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

په ۱۹۷۹م کال کې د کورنۍ تنظیم د ښه والي او د ملریا د بیخه منځه وړلو ملي پروګرام اداري سره یوځای شولې او د روغتیا او کورنۍ 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 کورنۍ 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 کورنۍ ښه والي کړنې هم غږې شي نو د هر ایالت لپاره یوه د کورنۍ ښه والي اداره جوړه شوه.

د اولسوالۍ په کچه

د اولسوالۍ په کچه د دې جوړښت د اولسوالۍ کورنۍ 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 کورنۍ 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 روغتیایي پوستونو په وسیله غښتلې کیږي. په اوس وخت کې څلور ډوله روغتیایي پوستونه شتون لري.

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

که چیرې د وګړو شمیر د ۵۰۰۰۰ څخه پورته کیږي نو بیا د ۵۰۰۰۰ په شمیر نور ګروپونه ورځخه جوړیږي او د هغې لپاره نوی روغتیایي پوست جوړیږي.

Type A, B او C روغتیایي پوستونه د روغتون سره اړیکه لري ترڅو د لیږدلو او څارنې کارونه ترسره کړي. مګر Type D روغتیایي پوست د روغتون سره د شنډولو یاsterilization ، په طبي ډول د امیدواری پای ته رسول، او لیږدلو په برخه کې همکاري لري.

لس ښاري د کورنۍ ښه والي اداري (10 city family welfare bureaus) د کورنۍ ښه والي د هغه فعالیتونو او خدمتونو د تنظیم، مانیټورنګ او څارنې مسؤلیت په غاړه لري چې په ښار کې د بیلابیلو ادارو له اړخه سرته رسیږي.

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

ښاري د کورنۍ ښه والی مرکزونه او روغتیایي پوستونه د مور او ماشوم روغتیا یا MCH، او د کورنۍ تنظیم لپاره پراخه غښتلي خدمتونه برابروي. د کارکوونکو شمیر

(c) ketabton.com: The Digital Library

د بیلابیلو روغتیایي پوستونو او کورني ښه والي مرکزونو لپاره ډول ډول دی.

د لومړني روغتیایي مرکز په کچه

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

تر ۲۰۰۳م کال د مارچ تر یودیرشمې نیټې پورې په هیواد کې **۲۲۹۳۲** لومړني روغتیایي مرکزونو شتون درلوده، چې هر یو یې بیا د کچنیو مرکزونو یا subcentre په وسیله غښتلی کیږي. د ټولو کوچنیو مرکزوو شمیر چې فعالیت کوي **۱۳۸۳۲۸** دی.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

د کلي په کچه

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

الف: د کلي روغتیایي لارښود:

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

ب: تربیه شوي دائې:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوي په کليوالو سيمو کې ښځو ته زېږيدنې ورکوي، دوي د کورنۍ تنظيم لپاره هم خلک هڅوي او هم ورته مشورې ورکوي، او پدې ډول د کورنۍ تنظيم د خدمتونو د وړاندې کولو سيستم غښتلی کوي. په اوس وخت کې روغتيايي لارښوونکي او تربيه شوي دائې ګانې په هند کې د کورنۍ تنظيم د وړاندې کولو د سيستم غوره برخه جوړوي.

د ټولنې د اړتياؤ د ارزونې کړنلاره

تر دې نژدې وختونو پورې د کورنۍ 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 کارووونکي 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 دننۍ 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 دننۍ آلې د دننه کولو څخه مخکې د ښځو ښه پلټنه ترڅو مخکښنې د تناسلي جهاز انتانات يا د جنسي نږدېوالي په وسيله ليږدېدونکي ناروغۍ ونه لري) او د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو پروګرام د منلو کچه کمه او د

(c) ketabton.com: The Digital Library

بندیدو کچه یي 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 امیدواری ضد موخه ترلاسه کول د نقدو پیسو په هڅولو سره د کارکولو په شمیرنه او د خدمتونو په څرنګوالي کي 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 امیدواری ضد درملو څخه په ګټه اخستلو سره دغه موخې ترلاسه شوې. دا د دې معنی نه لري چې نور دي څوک کار نه کوي. د خلکو موخې لکه د مخکي غوندي هماغسي پاتې دي. داسې هیله کیږي چې روغتیایي کارکوونکي د کال په پیل کي 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 اړتیاوً 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 شریکول

ددې لپاره چې د کورنۍ تنظیم پروګرام بریالی و اوسي نو باید د دولتي وړاندې کوونکي سیستم څخه تر خصوصي سکتور پورې پراخه شي. د خپلواکه او صنعتي ادارو لپاره ملي بودیجه ورکول کیږي ترڅو د کورنۍ تنظیم او postportum مرکزونه وربانديې وچلوي. د کورنۍ ښه والي پروګرام سره د خصوصي طبي ډاکترانو د یوځای کولو نقشه تر یوځای طبي ډاکترانو (integrated medical practationer) پورې پراخه شوله. دولت هم په ملي کچه د مرستندویه کانډمونو د خرچ کولو لپاره ځایونه جوړ کړي دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Incentives and disincentives

په زياتره مخ پر ودې هيوادونو کې د incentives او disincentives کارول د جوړو د هڅولو لپاره چې کورنی تنظيم عملي کړي يوه عامه تګلاره ګرځيدلې ده. د هغه وګړو اقتصادي تاوان چې د شنډتوب يا sterilization عمليه ورته ترسره کيږي د لومړي ځل لپاره په ۱۹۲۲م کال کې وپيژندل شو او بيا د کلونو په تيريدلو سره زياتيدلو. اوس د معمولي tubectomy لپاره ۱۵۰ هندې کلدارې او لپراسکوپيک tubectomy لپاره ۱۴۵ هندې کلدارې او د رحم د دننی آلې د دننه کولو لپاره شل (۲۰) هندې کلدارې د دې کارووونکو ته ورکول کيږي. همدارنګه يوه کمه کچه پيسې هغه چاته هم ورکول کيږي چې دوي يې ددې کار لپاره هڅولي دي لکه د رحم د دننی آلې په سر لس هندې کلدارې، د تيوبونو د پرې کولو لپاره شل هندې کلدارې او د vasectomy لپاره څلويښت (۴۰) هندې کلدارې ددې کار هڅونکي ته ورکول کيږي. د هند دولت هغه ايالاتي کارکوونکي چې د دوه يا دري ماشومانو د راوړلو څخه وروسته د شنډتوب عمليه تر سره کوي ځانګړې رتبه يا ترفيع ورکوي (د دوه ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عملیې ترسره کولو په سر دوه رتبې او د دريې ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عملیې ترسره کولو په سر يوه رتبه). همدارنګه د مرکزي دولت کارکوونکې د شنډتوب د عملیې څخه وروسته يوه رتبه ترلاسه کوي. هغه قانون چې په ۱۹۷۹م کال د ډسمبر په مياشت کې کيښودل شو داسې ليکلي دي:

د دې لپاره چې د کوچنی کورنی قانون ته پرمختګ ورکړل شي نو هغه کارکوونکي چې د ۵۰ کلونو څخه کم او ښځه يي د ۴۵ کلونو څخه کم عمر ولري نو دوي ته به ځانګړې رخصتي ورکول کيږي (د ښځې لپاره ۱۴ ورځې او د سړي لپاره اوه (۷) ورځې). مګر د دريې ماشومانو د راوړلو څخه وروسته هيڅ رخصت نه ورکول کيږي.

(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 کلداري ورکړل شي.

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

د بیړني حالتونو څخه پرته disincentives په سیستمیک ډول نه کارول کیږي. 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 کورنۍ ښه والي پروګرام د لاړې 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 لړۍ 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 يې زیږیدنه کړي 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 لاړې 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 اداري 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 دغسې 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 څیړنې 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 زياتوالي اغيزې، د کوچنۍ کورنۍ د قانون ګټې، د وګړو د زياتوالي اقتصادي، ټولنيز، او احصايوې اغيزې، د وګړو ويشنه او د دوې اړيکه د ژوند د کچې سره څه شی ده.

د کورنۍ تنظيم سوسيالوژي
(Socialogy of family planning)

د کورنۍ جوړښت په خپله د يو انسان په شان دی. کورنۍ د ټولنې بنسټيز واحد دی. د دې د تنظيم اړينتوب په دې نژدې وخت کې منځته راغلی دی ځکه چې د نړۍ په اقتصادي، ټولنيز او کلتوري بڼه کې بدلون منځته راغلی دی او دغه ټول شيان ځکه غوره دي چې د ژوند د څرنګوالي يا quality of life کريټيرياوي ټاکي. سوسيالوژيست او اقتصادپوه دا ښودلی ده چې دا به ستونزمنه وي چې د ټولنې د ژوند کچه د وګړو د پرله پسې زياتوالي د نه کنترول سره اوچته شي. د پنځه کلن پرمختيايي پلان لاس ته راوړنې د بنسټيزو اړتياؤ لپاره لکه خواړه، کور، جامې، زده کړه، او طبي خدمتونه د وګړو د تيز زياتوالي له کبله د منځه تللې دي.

د سلوک يوې سروې ښودلې ده چې د کورنۍ تنظيم په اړه خبرتيا ډيره پراخه ده. د شپيته (۶۰) سلنې په شاوخوا وګړي داسې سلوک لري چې د خپل ماشومانو زيږيدنه تر ولکې لاندې راولې او يا ترمنځ يې واټن منځته راوړي. په عمومي ډول ټول خلک د کورنۍ تنظيم سره زړه خواله لري او کوم منظم مخالف والی يې په وړاندې شتون نه لري. د دې سره سره د اميدوارۍ ضد درملو کارول د جوړو په وسيله په مخ پر ودې هيوادونو کې ډير ښکته دی. د جاپان او چين سره په پرتليز ډول چې د اميدوارۍ 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 کورنۍ 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 امیدواری ضد درملو په وړاندې د مخالفت کولو په وسیله نوره هم پیچلې شوې ده. یوه عامه عقیده داسې ده چې ماشوم د الله پاک 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 یې 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 کورنۍ تنظیم ستونزه د ټولنیز بدلون لپاره ستر خنډ دی. د امیدواری ضد تکنالوژي ددې ستونزې هواری نه دی. هغه څه چې ډیر غوره دي هغه دا دي چې ټولنیز بدلونونه باید تنبه شي کوم چې امیدواري اغیزمنه کوي لکه د واده د عمر زیاتوالی، د 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 امیدواری 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 اداري (voluntary organization)

د پيل څخه تر اوسه پوري خپلواکه ادارو د وګړو په کنترول کې ستر رول لوبولی دی. دوي د هري شونې لارې څخه ګټه اخلي ترڅو د دولت هڅې د کورنۍ ښه والي پروګرام د پرمختګ په برخه کې پوره کړي. د زده کړې او هڅولو ترڅنګ د دوي د کورنۍ ښه والي د مرکزونو، د زيږون څخه وروسته مرکزونو، د ANM د تربيوي ښوونځيو، د وګړو د پلټنې مرکزونو، او نورو نوو پروژو په چلولو کې هم برخه اخلي.

د هند يو څو پيژندل شوي خپلواکه اداري عبارت دي له: Family Planning_ Assosciation of India، Family Planning Foundation and the Population Council of India، او داسې نورې لکه د هند سره مياشت، 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 ځانګړې خپلواکه اداره ده چې د کورنۍ تنظيم خدمتونه په مخ پر ودې هيوادونو کې غښتلي کوي. دا د ازادو کورنۍ تنظيم ادارو يو نړيوال فدراسيون دی چې مشرتابه يې په لندن کې ځای لري.

نورې اداري چې په دې برخه کې زياته تجربه لري عبارت دي له United Nation Fund for population Activities (UNFPA)، United State Agency for International Development (USAID)، Population council، Ford Fedration، د نړيوالې روغتيايي اداري او يونيسف ترڅنګ Pathfinder Fund او نړيوال بانک څخه. دغه نړيوالې اداري د کورنۍ تنظيم د پلټنو يا ريسرچ 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 کورنۍ ښه والي ملي پروګرام

NATIONAL FAMILY WELFARE PROGRAMME

هند په ۱۹۵۲م کال کې په ټول هیواد کې د کورنۍ تنظیم پروګرام په لاره واچولو. دا په نړۍ کې لومړنی هیواد وه چې دا کار یې وکړو او د ثبتونې 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 خیړنو پروګرامونو پکې ګډون درلوده.

په دریم پنځه کلن پلان (۱۹۲۱_۲۲م) کې کورنۍ تنظیم د پلان شوې پرمختګ لپاره مرکزي پروګرام اعلان شو. او پروګرام د وړو کتنځیو د تګلارې څخه یوې سترې تعلیمي 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 اداري منځته راتلل اړین وګرځول، هماغه وه چې په ۱۹۶۶م کال کې د روغتیا په وزارت کې د کورنۍ تنظیم لپاره جلا څانګه منځته راغله. د ۱۹۶۶_۱۹۶۹م کال پورې پروګرام ټینګې ریښې پیدا کړې. د کورنۍ تنظیم جوړښت (لکه لومړني روغتیایي مرکزونه، کوچني مرکزونه، ښاري د کورنۍ تنظیم مرکزونه، د اولسوالۍ او ایالات اداري) 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 غبښتلې هلې ځلې د دې لامل شوې چې د ۱۹۷۷م کال په پاکنو کې کانګرس ته ماتې ورکړي. د ۱۹۷۷م کال په جون میاشت کې نوې حکومت منځته راغی او دي حکومت نوې د وګړو تګلاره جوړه کړه، چې د هر وخت لپاره سمه او یوه بشپړه تګلاره وه. د کورنۍ تنظیم وزارت د کورنۍ 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 روغتیایي ریاست منځته راغی. دوه څلویښتمې (۴۲) اداري اصلاحي کمیټې د وګړو کنترول او د کورنۍ تنظیم اوسنی مضمون جوړ کړو او دغه جوړ شوی مضمون د ۱۹۷۷م کال د جنورۍ څخه راپدیخوا اغیزمن وګرځیدو. اوس د پروګرام منل په ځانګړي ډول پر خپلواکه بنسټ باندې ولاړ دی. په ۱۹۷۷م کال کې د کلیوال روغتیایي قانون منځته راتلل او په لویه کچه د ځایې خلکو (لکه روغتیایي ښوونکي، تربیه شوې دایې، نظر لرونکي مشران او نور) ورګډول د کورنۍ 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 روغتیایي خدمتونو د تګلارې د منلو څخه وروسته هند په ۱۹۸۲م کال کې نوې روغتیایي 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 ګټې 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 ناستی 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 مینډو 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 یو یوځای شوی د بچي زیږونې او ماشوم روغتیایي پروګرام یا Unified Reproductive and Child Health Programme (RCH) باید ترسره شي. دا معلومه خبره ده چې یوځای شوی RCH پروګرام د قیمت په کمولو کې غوره کړونی لري ځکه د زیاتو خرچو کول د ډیر وخت لپاره اړین نه دي او پایله یې هم ښه وي.

په دې ډول په نهم پنځه کلن پلان کې د اتم پنځه کلن پلان ټول اړوند پروګرامونه سره یوځای شول. د RCH معنا د اړتیا پر بنسټ، د خلکو په خوښه، د خلکو د غوښتنې سره سم، او د لوړ څرنګوالي یوځای 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 بریالي شوو پلانونو خرچ ښودل شوي دي او دا ورځخه معلومیږي چې خرچ د لږې کچې څخه چې ټولې ۲۵،۰ کروړه د اول پلان په موده کې وو، تر لسم پلان پورې ډیرې زیاتې کچې یعنی ۲۷۱۲۵ کروړو روپیو ته بدلون کړی دی.

(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 (۱۹۵۱-۵۲)	۰،۲۵
دوهم پلان (۱۹۵۲_۲۱)	۵،۰۰
دریم پلان (۱۹۲۱_۲۲)	۲۷،۰۰
کلنی پلان (د ۱۹۲۲_۲۹ منځ پلان)	۸۲،۹۰
څلوم پلان (۱۹۲۹_۷۴)	۲۸۵،۸
پنځم پلان (۱۹۷۴_۷۹)	۲۸۵،۲
کلنی پلان (۱۹۷۸_۷۹)	۱۰۱،۸
کلنی پلان (۱۹۷۹_۸۰)	۱۱۲،۲
شپږم پلان (۱۹۸۰_۸۵)	۱۳۰۹،۰۰
اوم پلان (۱۹۸۵_۹۰)	۲۸۲۸،۰۰
کلنی پلان (۱۹۹۰_۹۱)	۰۰،۲۷۵
کلنی پلان (۱۹۹۱_۹۲)	۷۴۹،۰۰
اتم پلان (۱۹۹۲_۹۷)	۲۱۹۵،۰۰
نهم پلان (۱۹۹۷_۲۰۰۲)	۱۴۱۷۰،۰۰
لسم پلان (۲۰۰۲_۲۰۰۷)	۲۷۱۲۵،۰۰

د کورنۍ 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 دوې 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 کورنۍ تنظیم جوړ شوي او وړاندې شوي خدمتونه ښه کړي.

د نړیوالې روغتیایي اداري ماهرې کمیټې په ۱۹۷۵م کال کې په روغتیایي

(c) ketabton.com: The Digital Library

خدمتونو کې د کورني تنظیم د ارزونې لپاره پنځه ډوله ارزیابې 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 بشپړوالي د ارزونې څخه عبارت ده.

۳. د کړنو یا فعالیتونو ارزونه

- خدمتونه: د کتنځي خدمتونه، ګرځدنه خدمتونه، د زیږون څخه وروسته خدمتونه، د امیدواری 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 کورنۍ ښه والي پروګرام د اوږدې لاړې 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

(References) : ماخذونه

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

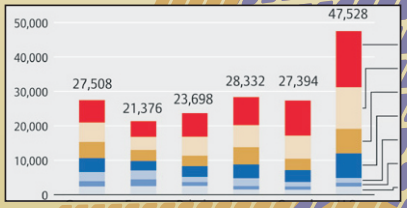
(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ننگرهار پوهنتون
طب پوهنځی

ډیموګرافي او کورنی تنظیم





ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

۱۳۸۹

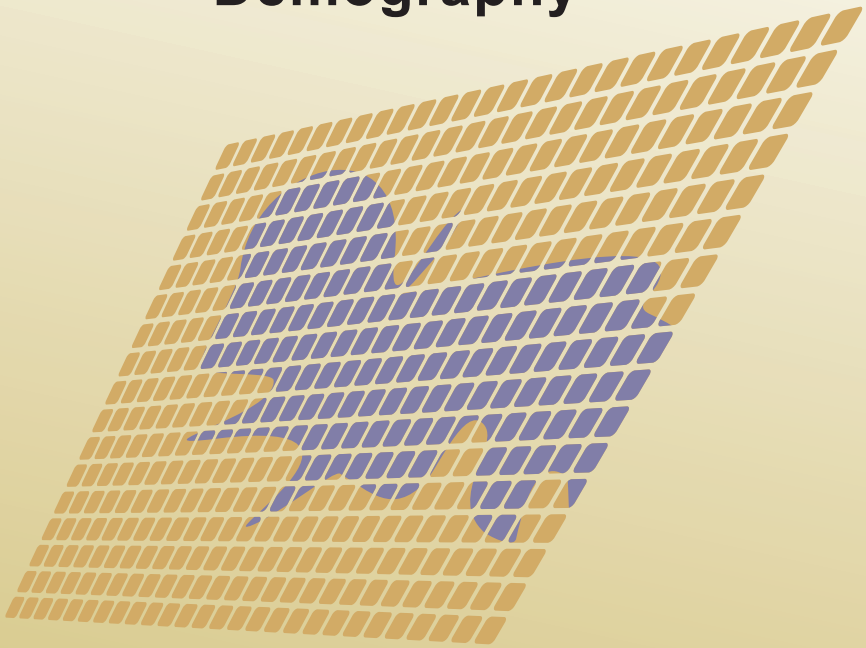
سره ډي سي دي

ډیموګرافي او کورنی تنظیم Demography

ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

Nangarhar University
Medical Faculty

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