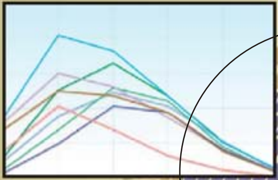
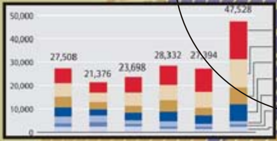
ډيموګرافي او کورنى تنظيم

پوهيالى دوکتور محمد ابراهيم (شيرزى)

In Pashto PDF
2010

Nangarhar University
Medical Faculty





ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

Demography

Dr. M. Ibrahim Shirzai

Funded by DAAD

Download: www. nu.edu.af

بسم الله الرحمن الرحيم

د لوړو زده کړو وزارت

ننګرهار پوهنتون

طب پوهنځي

د وقايوي او اجتماعي طب څانګه

ډيموګرافي او کورنى تنظيم

مولف:.. K.PARK

ژباړ ونکى : پوهيالى دوکتور محمد ابراهيم (شيرزى)

لارښود استاد : الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسين (يار)

کال : ۱۳۸۹

دکتاب ځانګړتیاوې:

د کتاب نوم: ډ یموګرافي او کوروني تنظیم

لیکوال: پوهیالې دوکتور محمد ابراهیم (شیرزي)

خپروندوی: د ننګرهارطب پوهنځی

چاپ ځای: سهرمطبعه، کابل، افغانستان

چاپ شمېر: ۱۰۰۰ ټوکه

د چاپ نېټه: ۱۳۸۹ لمریز

ډانلوډ: www.nu.edu.af

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فـدرالـی دولت لـه پـانګـې ځخه تمویل شوی دی. اداری او تخنیکی چارې یې په آلمان کې د افغان طب پرسونل عمومي ټولنې (DAMF e.V.) او افغانیک (Afghanic.org) لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسولیت نه لري.

د طبي تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسی:

ډاکتر یـــحـــیی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل

تیلفون: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴ ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ISBN: 978 993 621 1377 :ای اس بي ان

یادونه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو !

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګڼل کیږي. ددې ستونزې د هوارۍ لپاره موږ تېر کال د ننګرهار پوهنتون د طب پوهنځي د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) له خوا پیل کړ. بیا د هېواد د پوهنتونونو، د لوړو زده کړو وزارت او د آلمان په غوښتنه موږ خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځیو ته هم وغځاوه.

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 چپټرونو څخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپی کېږي. لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځیو ته لازیاته پاملرنه وشي.

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

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

۱. درسي طبي کتابونه

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

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

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

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 هیدل برګ پوهنتون ته د ماسترۍ لپاره ولېږل شي.

۴. د اړتیاوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځیو روان وضیعت (اوسنۍ ستونزې او راتلونکي چلنجونه) وارزول شي، او بیا ددې په بنسټ په منظمه توګه اداري، اکادمیک کارونه او پرمختیایي پروژې پلې شي.

- کتابتونونه

په انګلیسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړیوال معیاري کتابونه د پوهنځیو کتابتونونو ته وسپارل شي.

- لابراتوارونه

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

- کادري روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هېواد هره طب پوهنځۍ باید کادري روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلینو لپاره د عملي زده کړو زمینه برابره شي.

- ستراتیژیک پلان

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

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، یا یې وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چېپټرونه اډېټ او د بیا چاپولو لپاره تیار کړي. او زموږ په واک کې یې راکړئ، چې په ښه کیفیت چاپ او بیا یې په وړیا توګه د محصلینو په همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس واک کې ورکړو. وسپارئ، څو په ګډه مؤثر ګامونه واخلو.

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

د آلمان د اکاډمیکو همکاریو ټولنې DAAD مؤسسې څخه ډېره مننه کوو، چې د کتابونو د چاپ او د پروجکټرونو لګښت یې په غاړه اخیستی. همدارنګه یې زمونږ له کاري پروګرام څخه ملاتړ ښوودلی او د لانورو مرستو وعده یې کړې ده. په المان کې د افغان طبي پرسونل چتري ټولنې (DAMF e.V.) نه هم مننه کوم، چې په آلمان کې له موږ سره دایمي همکار وو.

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

ډاکتر یحیي وردګ، د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۰ م کال، دسمبر
موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
ایمیل: yahya_wardak@hotmail.com

فهرست

شماره	عنوان	مخ
۱	د اتلسم ایډیشن د موٌلف 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 یابښکته 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	ښاریتوب	۲۰
۲۱	لیک لوست او زده کړه	۲۳
۲۲	د ژوندي پاتې کیدو موده	۲۲

۲۳	اميدواري (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	کورنۍ تنظیم	۳۳
۳۲	نور فکتورونه	۳۳
۳۳	د زیږیدنې پورې تړلي شمیرنه	۳۴
۳۴	د زیږیدنې اندازه	۳۴
۳۵	د امیدوارۍ عمومي اندازه	۳۵
۳۶	د امیدوارۍ عمومي مورنۍ اندازه	۳۵
۳۷	په ځانګړي عمر کې د امیدوارۍ اندازه	۳۵
۳۸	ځانګړي عمر لرونکو میندو کې د امیدوارۍ اندازه	۳۶
۳۹	د امیدوارۍ ټولیزه اندازه	۳۶
۴۰	د امیدوارۍ ټولیزه مورنۍ اندازه	۳۶
۴۱	Gross Reproductive Rate (GRR)	۳۶
۴۲	خالصه د زیږون اندازه (Net Reproductive Rate (NRR	۳۷
۴۳	د ماشوم او ښځې نسبت	۳۷
۴۴	د امیدوارۍ اندازه	۳۷
۴۵	د زیان اندازه	۳۷
۴۶	د واده کولو اندازه	۳۷

۴۷	د امیدوارۍ میلان	۳۸
۴۸	د زیږیدنې او مړینې اندازې	۴۰
۴۹	د مړینې د اندازې کمیدل	۴۳
۵۰	د وګړو د زیاتوالي اندازه	۴۴
۵۱	کورنی تنظیم	۴۵
۵۲	د انسانانو بنسټیز حقونه	۴۵
۵۳	د کورني تنظیم د خدمتونو موخه (Scope)	۴۶
۵۴	د کورني 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
۶۰	د موخې وړ جوړې	۵۳
۶۱	د جوړو د ساتنې اندازه	۵۴
۶۲	د وګړو ملي تګلاره ۲۰۰۰ م کال	۵۶
۶۳	د امیدوارۍ ضد لارې (Contraceptive methods)	۶۰
۶۴	د مخنیوني لارې (Barrier methods)	۶۲
۶۵	فزیکي لارې	۶۳
۶۶	د کانډم کارول	۶۳
۶۷	ښځینه کانډم	۶۵
۶۸	پرده یا دیافرام (Diaphragm)	۶۵
۶۹	مهبلي سفنج (Vaginal sponge)	۶۷

۷۰	کیمیاوي لارې	۶۷
۷۱	د رحم دننني آلې (intra uterine devices)	۶۹
۷۲	لومړی جنیریشن د رحم دننني آلې	۷۰
۷۳	Lippes loop	۷۰
۷۴	دویم جنیریشن د رحم دننني آلې	۷۱
۷۵	دریم جنیریشن د رحم دننني آلې	۷۳
۷۶	د رحم د دننني آلو د عمل میخانیکیت	۷۴
۷۷	اغیزمنتوب (Effectiveness)	۷۴
۷۸	د رحم د دننني آلې بدلول	۷۵
۷۹	د رحم د دننني آلو ګټې	۷۶
۸۰	د رحم د دننني آلو مضاداستطباب	۷۷
۸۱	مطلق مضاداستطباب	۷۷
۸۲	نسبي مضاداسطباب	۷۷
۸۳	د رحم د دننني آلې لپاره وړ کاندید	۷۸
۸۴	د دننه کولو لپاره یې سم وخت	۷۹
۸۵	بیاکتنه (Follow up)	۸۰
۸۶	ناوړه اړخیزې اغیزې او اختلاطات	۸۱
۸۷	وینه بهیدنه	۸۱
۸۸	درد	۸۲
۸۹	د حوصلي 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

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

۱۱۸	شيدې ورکول	۱۰۲
۱۱۹	وروستنۍ اميدواري (Subsequent fertility)	۱۰۲
۱۲۰	بې ځايه اميدواري (ectopic pregnancy)	۱۰۳
۱۲۱	د جنين نشونما	۱۰۳
۱۲۲	دوديزې ناخوښه اغيزې	۱۰۳
۱۲۳	د تيونو حساسوالى	۱۰۳
۱۲۴	د وزن زياتوالى	۱۰۳
۱۲۵	سردرد او نيم سرى (headache and migraine)	۱۰۳
۱۲۶	د وينې بهيدنې ګډوډۍ	۱۰۴
۱۲۷	ب : ګټورې اغيزې	۱۰۴
۱۲۸	مضاد استطبابات	۱۰۴
۱۲۹	الف: مطلق مضاد استطباب	۱۰۴
۱۳۰	ب : ځانګړې ستونزې چې طبي کتنې ته اړتيا 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 اميدوارۍ ضد زرقي درمل	۱۰۷
۱۳۵	اول: يوازې پروجستوجن لرونکي د اميدوارۍ ضد زرقي درمل	۱۰۷
۱۳۶	الف :DMPA	۱۰۸
۱۳۷	ب :NET-EN	۱۰۹
۱۳۸	تطبيق (Administration)	۱۰۹
۱۳۹	ناوړه اړخيزې اغيزې	۱۱۰
۱۴۰	مضاد استطباب	۱۱۰
۱۴۱	ګډ ډول د اميدوارۍ ضد زرقي درمل (Combined Inject able Contraceptives)	۱۱۱

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

۱۲۴	شیدي 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 لارښوونی	۱۳۳
۱۷۲	د ښځینه و شنډول (Female sterilization)	۱۳۴
۱۷۳	لپراسکوپي	۱۳۵
۱۷۴	د ناروغ تیاکنه	۱۳۵
۱۷۵	اختلاطات	۱۳۶
۱۷۶	Minilap operation	۱۳۶
۱۷۷	د امیدوارۍ ضد لارو ارزونه	۱۳۶
۱۷۸	د کورني تنظیم نه ترلاسه شوي اړتیا (Unmet need for family planning)	۱۳۸
۱۷۹	د امیدوارۍ ضدلارې او Adolescence	۱۴۲
۱۸۰	د کورني تنظیم د وړاندې کولو سیستم یا Delivery System	۱۴۵
۱۸۱	په مرکزي کچه	۱۴۵
۱۸۲	د ایالت په کچه	۱۴۶
۱۸۳	د اولسوالۍ په کچه	۱۴۷

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

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 داپیډیمولوژي بشپړ اصلاح شوي څپرکي شتون لري. او د قلبي وعایي ناروغۍ، شکري ناروغۍ، سرطان، چاغوالی (Obesity)، ړوندوالی، تصادمات او جروحات، برخې د نویو اضافي معلوماتو سره یوځای لیکل شوي دي. په هند کې د روغتیایي پروګرامونو څپرکی بشپړ نوی شوی دی، د ساري ناروغیو اپیډیمولوژي څپرکی د SARS په څیر نو 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، بسټیزې موخې، هندي معیارات او موجوده حالت په یوویشتم (۲۱) څپرکي (د ټولني روغتیایي پاملرنې) کې تري یادونه شوې ده.

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

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

K. Park
Jabalpur
2005 January

د ژباړونکې سریزه

نن ورځ دا پرمختللې نړۍ کوم چې مونږ یې ژوند کوو ګورو او د اساتیدو 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 ولې او څنګه پرمخ تللی او ولې ئې د ژوند د خوښیو پسرلي په برخه دي؟ 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 نیلۍ 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 دجګړو 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 اکاډمۍ د پرانیستې زیری لري.

څرنګه چې د وقایوي او ټولنیز طب څانګې تر اوسه پورې د دیموګرافي او کورنۍ 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 کورنۍ 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

دي چې د ډېرو زيږيدنو لپاره لاره هواروي. او د زيږيدنو نه کنترول د دغه پورته يادو شوو ستونزو عمده تشديدونکی فکتور دی. نو د وقايوي او ټولنيز طب څانګې دا لازمه وګڼله اوماته يې دنده راکړه چې دمحترم استاد الحاج پوهنوال دوکتور محمد حسين (يار) دمستقيمې لارښوونې لاندې ياده شوې موضوع د **Text Book of Preventive and Social Medicine (K. Park's)** څخه د پوهيالي علمي رتبې څخه د پوهنياري علمي رتبې ته د لوړتيا لپاره په پښتو ژبه وژباړم، او د طب پوهنځي د پنځم ټولګي لپاره په پورته موضوع باندې رساله دمنل شوي کريکولم سره سمه وليکم.

دا کتاب دوه عمده برخې لري چې يو د ډيموګرافي يا د وګړپيژندنې برخه، او بله يې د کورنې تنظيم برخه ده.دا علمي رساله د منل شوي نړيوال کتاب څخه په خپله مورنۍ ژبه ترجمه او د لوي څښتن تعالی په مرسته پدې بريالی شوم چې خپلې ټولنې ته يې وړاندې کړم.

دغه علمي رساله سربېره 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 دا يوه اړتيااو مصلحت دی.

داچې د طبابت د علم په ډګر کې د تيوري او عمل له لـه نظره نوې څېړنې 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 کړې، مننـدوي يم او د لوی څښتن تعالی څخه ورته اجرونه غواړم.

په پای کې د درنو لوستونکو څخه په ډېر 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

ديموګرافي او کورنی تنظیم

Demography and family planning

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

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

٢. د وګړو په جوړښت کې بدلون

٣. په سيمه کې دوګړو ويشنه

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

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

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

ديموګرافيک دوران

د وګړو د تاريخچې څخه دا جوتيږي چې د ١٧٥٠م کال څخه تر اوسه پورې د نړۍ په ديموګرافيک دوران کې پنځه پړاونه منځته راغلي دي.

۱. **لومړي پړاو (اوچت ځای په ځای پړاو)(High stationary)** :

دا پړاو په زياته کچه زيږيدنې او زياته کچه مړينې باندې متصف دی چې يو د بل په وړاندې عمل کوي او د نړۍ وګړي ځای په ځای پاتي کېږي (بدلون نه کوي). هند تر ۱۹۲۰م کال پورې پدې پړاو کې پاتې شوی دی.

۲. **دويم پړاو (د وختي زياتوالي پړاو) (Early expanding)**

پدې پړاو کې د مړينې کچه مخ په کميدو شوه مګر د زيږيدنې په کچه کې کوم بدلون شتون نه درلوده . د سهيل ختيزې اسيا او افريقا زياتره هيوادونه اوس هم په همدې پړاو کې ځای لري. د دغه هيوادونو ځخه په ځينو کې د زيږيدنې په شميرکې زياتوالی منځته راغلی دی چې شونې ده دغه زياتوالی د روغتيايي حالت د ښه والي او د تې رودلو مودې د کموالي له کبله وي.

۳. **دريم پړاو (د وروستي زياتوالي پړاو)** (Late expanding)

پدې پړاو کې دمړينې په کچه کې نورهم کموالی منځته راغی او د زيږيدنې کچې که څه هم د کموالي خوا ته ميلان پيدا کړو مګر د نړۍ وګړي د زياتوالي په حال کې شول ځکه چې د زيږيدنې اندازه تر مړينې ډيره زياته وه. هند د نورو ودې په حال هيوادونو په شان (چين اوسينګاپور) دې پړاو ته داخل شو مګر په چټک ډول يې د زيږيدنې په کچه کې کموالی منځته راغی.

۴. **څلورم پړاو (ټيټ يانښکته ځای په ځای پړاو) (Low stationary)**

پدې پړاو کې د زيږيدنې او مړينې کچې راټيټې شوې چې په پايله کې د نړۍ وګړي ځای په ځای پاتې شول (بدلون يې ونه کړو). د استرليا د وګړو د زياتوالي کچه ډير

وختـې لاصفر ده (۱۹۸۰_ ۱۹۸۵). او پـه همـدې کـال کـې د انګلـستان، ډنمـارک، سویډن، او بلجیم هیوادونو د وګړو د زیاتوالي کچه ۱، ۰ ثبت شویده. پـه لنډ ډول وایـو چې په زیاتره صنعتي هیوادونو کې دیموګرافیـک بدلون منځتـه راغـی یعنـې د زیاتې زیږیدنې او مړینې کچې څخه یي د لږې زیږیدنې او مړینې کچې خوا ته بدلون وکړو.

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

د نړۍ په وګړو کې کموالی پیل شو ځکه چې د زیږیدینې کچه د مړینـې د کچې څخه کمه شوه. ځنې ختیځ اروپایي هیوادونه لکه جرمني او هنګرې پدې پړاو کې د یادولو وړ دي.

د نړۍ د وګړو میلان

د عیسوي زمانې په پیل کې نژدې دوه زره کاله وړاندې، د نړۍ وګړي **۲۵۰** میلونه شمیرل شوي وه. وروسته د نړۍ د وګړو اټکلي زیاتوالی په لاندې لومړۍ ګڼه جدول کې ښودل شویدی.

د لاندې جدول څخه جوتیږي چې د نړۍ وګړي په ۱۸۰۰ م میلادي کال کې یو بیلون ته ورسیده. پـه ۱۳۰ کلونـو کـې د نـړۍ وګـړي دوه بیلونـه شـول (۱۹۳۰م شاوخواکې). د دیرش کلونو پـه مـوده کـې د وګړو دریم بیلـون منځتـه راغـی (۱۹۶۰ م شاوخواکې). د پنځه لس (**۱۵**)کلونو پـه مـوده کـې څلورم بیلون (**۱۹۷۴**م شاوخواکې)، د دولـس(**۱۲**) کلونو په موده کې پنځم بیلون (**۱۹۸۷**م شاوخواکې)، او شپږم بیلون هم د دولس (**۱۲**) کلونو پـه مـوده کـې منځتـه راغـی (**۱۹۹۹**م شاوخواکې). د **۱۹۹۹**م کـال د اکتـوبر پـه دولسه نیټه د نړۍ وګړي شپږ بیلونو ته ورسیدل او داسې اټکل شویده چې تر **۲۰۲۵**م کـال پـورې بـه دا شـمیر اتـه (۸) بیلونـو تـه ورسیږي.

لومړۍ ګڼه جدول : د نړۍ د وګړو شمیر

کال	وګړي په میلون	منځنۍ د کلني زیاتوالي کچه (سلنه)
۱۷۵۰	۷۹۱	-
۱۸۰۰	۹۷۸	۰،۴
۱۸۵۰	۱۲۲۲	۰،۵
۱۹۰۰	۱۲۵۰	۰،۲
۱۹۵۰	۲۵۲۲	۱،۱
۱۹۲۰	۳۰۳۷	۱،۷۹
۱۹۷۰	۳۲۹۲	۱،۹۲
۱۹۷۵	۴۰۲۲	۱،۸۹
۱۹۸۰	۴۴۳۲	۱،۷۲
۱۹۸۷	۵۰۰۰	۱،۲۳
۱۹۹۱	۵۳۸۵	۱،۷
۱۹۹۸	۵۸۸۴	۱،۲
۲۰۰۰	۲۰۵۴	۱،۴
۲۰۰۲	۲۲۲۵	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 ګڼه اړیکه په لومړۍ ګڼه انځور کې ښودل شویده.

که څه هم د وګړو د شمیر له مخې د امریکا متحده ایالات (USA) د هند څخه وروسته په نړۍ کې دریم ځای لري، خو دلته د دواړو هیوادونو ترمنځ یوه پراخه تشه (خالیګاه) د **۷۴۲** میلونو وګړو په اندازه شتون لري.

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

د کلني زیاتوالي کچه په سلوکې ۱،۴ وه. او په همدې موده کې (۱۹۹۰_۲۰۰۰م) د چین هیواد په ډیره 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).

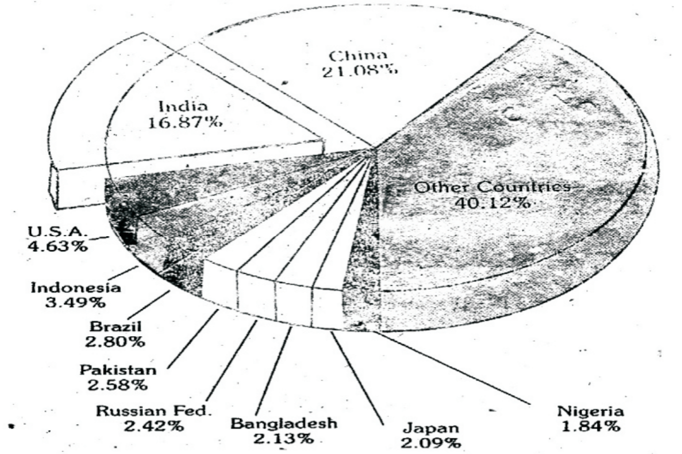


FIG. 1

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.

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

(په زرګونو باندې)

هیواد	۱۹۸۵	۲۰۰۲	۲۰۰۵ (اټکلي)
هند	۷۶۷۹۴۰	۱۰۴۹۵۴۹	۱۰۸۲۱۸۴
بنګله دیش	۹۹۳۱۰	۱۴۳۸۰۹	۱۳۹۹۱۱
بوتان	۱۴۵۱	۲۱۹۰	۲۳۱۳
کوریا	۱۸۹۴۲	۲۲۵۴۱	۲۵۴۱۲
اندونیزیا	۱۶۷۳۳۲	۲۱۷۱۳۱	۲۲۶۹۳۸
مالدیویس	۱۸۴	۳۰۹	۳۵۵
ماینمار	۳۷۵۴۴	۴۸۸۵۲	۵۳۴۷۹
نیپال	۱۶۵۰۳	۲۴۶۰۹	۲۷۴۳۹
سریالانکا	۱۶۰۶۰	۱۸۹۱۱۰	۱۹۸۵۸
تایلینډ	۵۱۱۲۸	۶۲۱۹۳	۶۲۶۱۲
ټولګه	۱۱۷۶۳۹۴	۱۵۸۹۲۹۳	۱۶۴۰۵۰۵

د زیږیدنې او مړینې کچې

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

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

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

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

څلورمه ګڼه جدول : په ټاکل شوو هیوادونوکې د زیږیدنې اومړینې نه څیړل شوې کچې او د هغوې 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 امیدوارۍ ضد درملو اسانه پیداکېدل، د کورنې تنظیم د پروګرامونو او خدمتونو وړاندي کول، او د ودونو په کړن لاره کې د بدلون د منځته راتګ څخه.

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

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 تې 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 کېږوالی څخه پرته).

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

پنځمه ګڼه جدول :

کچه	د زیاتوالي کلنۍ کچه %	د هغه کلونو شمیر چې د وګړو د دوه برابره کیدو لپاره ضرور دي.
ثابته کچه وګړي	زیاتوالی نشته	
لږ زیاتوالی	د ۵، ۰ څخه کم	د ۱۳۹ څخه زیات
منځنۍ کچه زیاتوالی	د ۵، ۰ څخه تر ۰، ۱	۷۰_۱۳۹
تیز زیاتوالی	د ۰، ۱ څخه تر ۵، ۱	۴۷_۷۰
ډیر تیز زیاتوالی	۵، ۱ څخه تر ۰، ۲	۳۵_۴۷
انفجاري زیاتوالی	د ۰، ۲ څخه تر ۵، ۲	۲۸-۳۵
------------	د ۵، ۲ څخه تر ۰، ۳	۲۳_۲۸
-------------	د ۰، ۳ څخه تر ۵، ۳	۲۰_۲۳
--------------	د ۵، ۳ څخه تر ۰، ۴	۱۸-۲۰

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

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

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

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

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

- UNFPA داسې اټکل کړیده چې د نړۍ وګړي به تر ۲۰۵۰ م کال پوري 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 (۲۰۰۲ م کال) کې پدې ډول ده: د صنعتي هیوادونو لپاره ۷، ۱، د ودي په حال هیوادونو کې درې (۳) او په لږ پرمختللو هیوادونو کې ۲، ۵ ده. چې پدې ډول د نړیوالې امیدوارۍ کچه ۸، ۲٪ 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 کنتروله 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 ځمکني پراخوالي له مخې تر چین اوه ځلې کم دی. هند د نړۍ د ځمکني پراخوالي ۴، ۲ سلنه جوړوي مګر د نړۍ د وګړو ۸۷، ۱۲ سلنه جوړوي. د ۱۹۰۱ م کال څخه راپدېخوا د هند د وګړو کلنی منځنی زیاتوالی او د لسیزې زیاتوالی په لاندي شپږمه ګڼه جدول کې ښودل شوی دی:

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

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

د ۱۹۲۱م کال څخه راپدېخوا 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 ۸۴۶ میلونه شول، او د ۲۰۰۰م کال دمئ د میاشتې په یولسمه نیټه یو بیلون ته ورسیدل. داسې اټکل شویده چې د هند وګړي به تر ۲۰۵۰م کال پورې ۱،۵۳ بیلونو ته ورسیږي او دا به تر چین وړاندې د نړۍ ډیر وګړي لرونکی هیواد وي.

په لاندې اومه ګڼه جدول کې د هند د ځینو ایالاتونو وګړي ښودل شویدي چې اوتارپرادیش د 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 لاندې 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
۶	تامیل نادو	۶۲،۱۱	۶،۰۵
۷	مادیاپرادیش	۶۰،۳۸	۵،۸۸
۸	راجستان	۵۶،۴۷	۵،۵۰
۹	کارتناکا	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

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

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

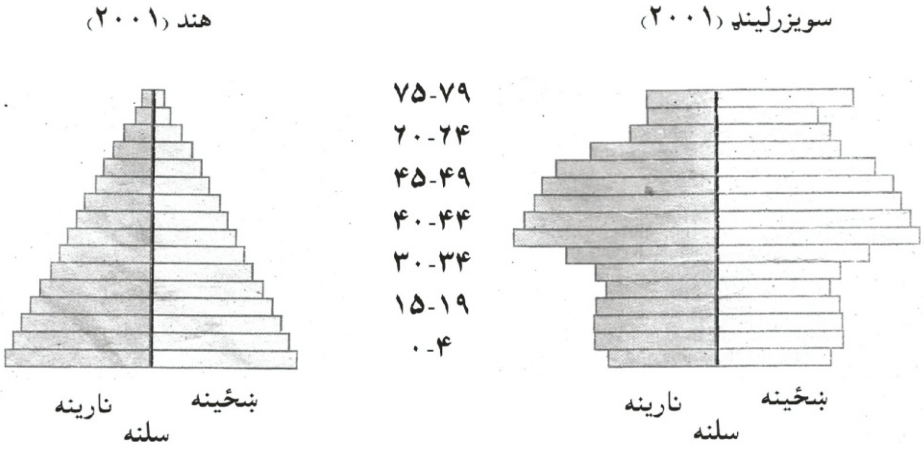
عمر	نارینه	ښځینه
۰_۴	۱۱،۲	۱۱،۱
۵_۹	۱۲،۸	۱۲،۴
۱۰_۱۴	۱۲،۱	۱۱،۸
۱۵_۱۹	۱۰،۴	۱۰،۳
۲۰_۲۴	۸،۵	۹،۳
۲۵_۲۹	۷،۸	۸،۷
۳۰_۳۴	۶،۷	۷،۱
۳۵_۳۹	۶،۶	۶،۴
۴۰_۴۴	۵،۱	۴،۷
۴۵_۴۹	۴،۵	۴،۲
۵۰_۵۴	۳،۴	۳،۱
۵۵_۵۹	۲،۶	۳،۳
۶۰_۶۴	۲،۹	۳،۰
۶۵-۶۹	۲،۰	۲،۰
۷۰+	۳,۳	۲،۸
ټولګه	۱۰۰،۰	۱۰۰،۰

عمري اهرامونه (**Age pyramids**)

د عمر له مخې د وګړو جوړښت په لاندې دویمه ګڼه انځور کې ښه څرګند دی.

دا ډول ښودنې ته عمري اهرام وایي. د هند او سویټزرلنډ (Switzerland) په

وګړو کې د ښځو او نرانو تر منځ د عمر له مخې توپير ډېر ښکاره دی. د هند د وګړو عمري اهرام د مخ پرودي هيوادونو څخه استازي توب کوي چې يو ځانګړی اهرام دی پدې ډول چې پراخه بنسټ (قاعده) او پرله پسې نری څوکه لري. مګر په پرمختللو هيوادونو لکه سويټزرلنډ کې عمري اهرام په منځنۍ برخه کې پراخه دی او قاعده يې نری ده.



دويمه ګڼه انځور:

د جنس نسبت (Sex ratio)

د جنس نسبت پدې ډول تعريفيږي چې د زر (۱۰۰۰) تنه نرانو په سر د ښځو د شمير څخه عبارت دی. د وګړو د ارزښت لرونکو ديموګرافيک ځانګړتياوو څخه يوه يې هم د جنسي جوړښت څخه عبارت ده. ځکه د وګړو په هره څيړنه کې د عمر څيړل ژوندی رول لوبولی دی. د وګړو جنسي جوړښت د ښځې او نر د مړينې تر منځ توپير، د ځانګړي جنس کډه کيدل، او د زيږيدنې پر مهال د جنسي نسبت له کبله اغيزمن کيږي.

په هيواد (هند) کې د جنس نسبت د ۱۹۰۱م کال څخه راپديخوا په لاندې نهمه ګڼه جدول کې ښودل شويدی.

په هند کې د جنس نسبت په عمومي ډول د ښځو لپاره کم دی يعنې د زر تنه نرانو په سر د ښځو شمير د زرو څخه کم دی. همدارنګه د هرې لسيزې په تيريدو سره د ښځو په شمير کې نور کموالی هم منځته راځي. کيرالا (Kerala) دهند يوازينی ايالت دی چې د ښځو نسبت يې د نرانو څخه زيات دی يعني د هر زر تنه نرانو په سر **۱۰۵۸** تنه ښځې لري.

نهمه ګڼه جدول: د هند جنسي نسبت راښيئ.

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

د اتکا يا په بل پورې تړلی نسبت

د پنځه شپيته (**۶۵**) کلونو څخه زيات عمر لرونکي (زاړه) او د پنځه لس (**۱۵**) کلونو

څخه کم عمر لرونکي (ماشومان) خلک، د اقتصاد تولیدونکي ډلې خلکو (**۱۵_۲۴** کلن) پورې تړلي خلک ګڼل کیږي. د ۰_**۱۴** کلونو او **۲۵** کلن یا زیات عمر لرونکو خلکو نسبت، **۱۵_۲۵** کاله عمر لرونکو خلکو ته د ټولیز اتکایي نسبت (total dependency ratio) په نوم 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(**۲۵** کاله یا زیات) اتکایي نسبت باندې وویشل شي. دغه نسبتونه نه څیړل 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 تړلي نه وي مګر تولیدي ډله خلک (**۱۵_۲۵** کلن) کیدای شي چې کار او دنده ونلري.

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

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

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

د وګړو ګڼوالی

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

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

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

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

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

د کورنۍ ګڼوالی

په عامه وينا د کورنۍ ګڼوالی د ټولو هغه وګړو د شمير څخه عبارت دی چې په يوه کـورنۍ کـې ژونـد کـوي. مګـر د ديمـوګرافي لـه پلـوه د کـورنۍ ګڼـوالی د ټولـو هغـه ماشومانو د شمير څخه عبارت دی چې يوه ښځه يي په يوه نقطـه د وخت کې زيږوي. پـه ټوليز ډول دکورنۍ ګڼوالی د ټولو ماشومانو د شمير څخه عبارت دی چې يوه ښـځه يـي

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

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

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 ټړلو لپاره مناسبه تګلاره.

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

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

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

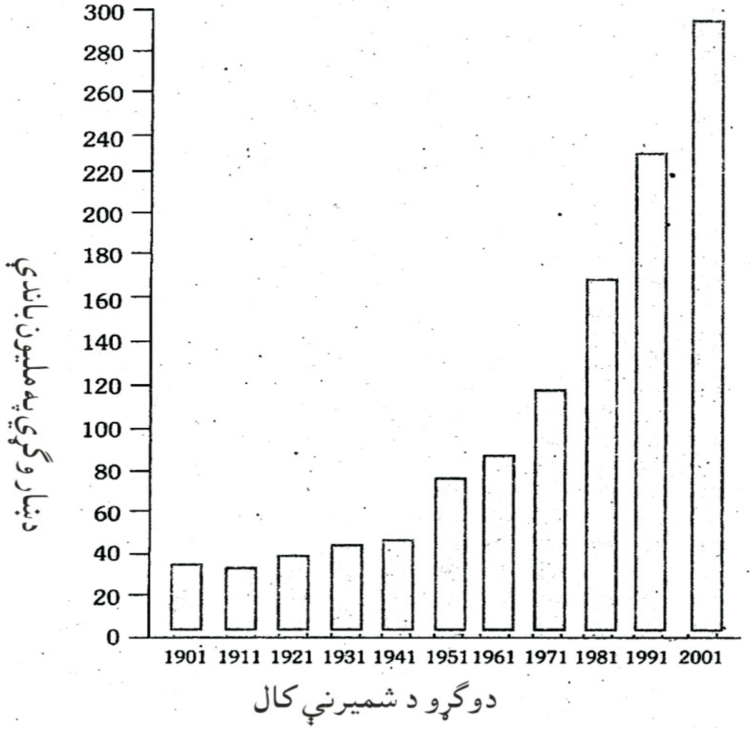
هیواد	۱۹۹۰	۲۰۰۲
هند	۳،۹	۳،۱
بنګله دیش	۴،۲	۳،۵
نیپال	۵،۲	۴،۳
سریلانکا	۲،۲	۲،۰
میانمار	۴،۰	۲،۹
چین	۲،۲	۱،۸
پاکستان	۶،۰	۵،۱
UK	۱،۸	۱،۲
USA	۲،۰	۲،۱
جاپان	۱،۶	۱،۳
سویسزرلنډ	۱،۵	۱،۴

ښاریتوب

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

شميرل شوي وه.

لاندې دريمه ګڼه انځور کې د هند د وګړو ښاريتوب ښودل شوی دی.



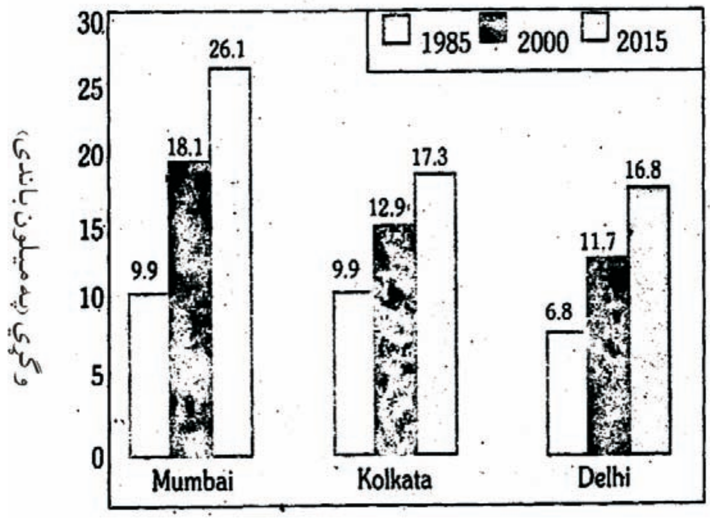
دريمه ګڼه انځور:

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

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

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

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 پيداکړی 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.

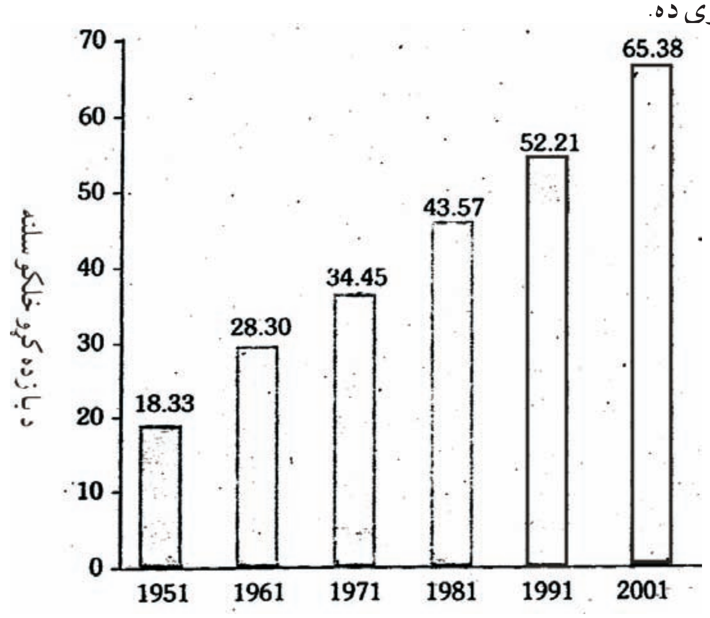
زده کړه د وګړو د پرمختګ لپاره باارزښته کړونې لوبوي ترڅو دوي خپل ټولنيز، سياسي او کلتوري چاپيريال ښه کړي او سم ځواب ورته ووايي. د زده کړې او ليک لوست د کچې لوړوالي ستر بدلون منځته راوړې دی او د اقتصادي پرمختګ سره ډيره مرسته کوي. همدارنګه د ليک لوست د کچې لوړوالی د مهارتونو د لاس ته راوړلو سره يوځای وي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

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 ۱، ۳۲۸ میلونو څخه ۲، ۲۹۶ میلونو ته راښکته شو. د هند د ازادۍ څخه وروسته دا لومړی ځل وه چې په هیواد کې د نازده کړو خلکو کچه ډیره راښکته شوه او دا د هند د زده کړې د حالت ستر ښه والی وه.

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



پنځمه ګڼه انځور:

په ملي کچه د هند د لویو ښارونو ترمنځ د زده کړې په منځنۍ کچه کې زیات توپیر شتون نلري. په لاندې دیارلسمه ګڼه جدول کې د هند د بیلابیلو لویو ایالاتونو د زده کړې کچه ښودل شویده. د ۱۹۹۱م کال څخه راپدیخوا د زده کړې کچه ښه شویده مګر د نارینه ؤ او ښځینه ؤ د زده کړې په کچه کې ښکاره توپیر لیدل کیږي. په ملي کچه د اوه کلنۍ څخه پورته عمر لرونکو خلکو د زده کړې کچه ۶۵،۳۸ سلنه ده، په داسې حال کې چې په نارینه ؤ کې ۷۶ سلنه او په ښځینه ؤ کې ۵۴ سلنه ده.

دیارلسمه ګڼه جدول د هند د سترو ایالاتونو د زده کړې کچه راښئ ـ ۲۰۰۱م.

ایالت	د نرانو د زده کړې کچه	د ښځو د دزه کړې کچه	تولیزه د زده کړې کچه
اوتارپرادیش او اوتارزانګل	۷۱	۴۴	۵۸
بیهار او جهارکهند	۶۲	۳۵	۴۹
راجستان	۷۶	۴۴	۶۱
مادیاپرادیش او چهاتیسګهر	۷۷۹	۵۱	۶۴
هاریانا	۷۹	۵۶	۶۹
اسام	۷۲	۵۶	۶۴
ګجرات	۸۰	۵۹	۷۰
اوریسا	۷۶	۵۱	۶۴
ماهاراشترا	۸۶	۶۸	۷۷
پنجاب	۷۶	۶۴	۷۰
غربي بنګال	۷۸	۶۰	۶۹
کارناټاکا	۷۶	۵۶	۶۷
اندراپرادیش	۷۱	۵۱	۶۱
تامیل نادو	۸۲	۶۵	۷۳
کیرالا	۹۴	۸۸	۹۱
هند	۷۶	۵۴	۶۵،۳۸

د دیارلسمې ګڼې جدول څخه دا جوتیږي چې کیرالا د هند د ټولو ایالتونو په سر کې ځای لري کوم چې ۹۱ ٪ سلنه خلک یې زده کړه لري. همدارنګه ددې نه وروسته د مایزورام (Mizoram) او لکشادویپ (Lakshadweep) ایالتونه چې په ترتیب سره ۸۸،۴۹ او ۵۲، ۸۷ سلنه خلک یې زده کړه لري ځای لري. له بله پلوه د بیهار (Bihar) او جارکنډ (Jharkhand) ایالتونه یوازې ۴۹ سلنه زده کړه لرونکې خلک لري.

هغه ایالتونه 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 منځني شمیر څخه عبارت دی چې ه هیله کیږي نوموړي کس به پکې ژوندی وي. وګړي پیژندونکي (Demographers) دا د یو هیواد د پرمختګ او د هغه هیواد د وګړو د روغتیایي حالت د معلومولو لپاره غوره انډکاتور بولي.

د زیږېدنې 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 ؤ او ښځینه ؤ لپاره **۴۲،۵** کلونه شمیرل شوې وه او پنځه لسیزې وروسته په **۲۰۰۲**م کال کې دغه موده **۶۵** کلونه وشمیرل شوه، چې پدې ډول **۱۲،۵** کلونه زیاتوالی پکې منځته راغلی دی او دغه زیاتوالی د نړۍ په لږ پرمختللو هیوادونو کې نسبت ډیرو پرمختللو هیوادونو ته ډیر روښانه او ښکاره دی.

تر ۲۰۰۰م کال پورې د روغتیا د ټولو لپاره د موخو څخه یو ستره موخه دا وه چې د ژوندي پاتې کیدو موده په دواړه جنسونو یعنی نارینه ؤ او ښځینه ؤ کې باید **۶۴** کلونو ته لوړه شي.

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

د ژوندي پاتې کیدو مودې میلان دا راښئ 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 راښئ.

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

لري چې دا موده په نارينه ؤ کې ۷۷،۷ کلونه او په ښځينه ؤ کې ۸۴،۷ کلونه شمېرل شوې ده.

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

کال	نارينه	ښځېنه
۱۹۰۱	۲۳،۲۳	۲۳،۹۲
۱۹۱۱	۲۲،۵۹	۲۳،۳۱
۱۹۲۱	۱۹،۴۲	۲۰،۹۱
۱۹۳۱	۲۶،۹۱	۲۶،۵۶
۱۹۴۱	۳۲،۰۹	۳۱،۳۷
۱۹۵۱	۳۲،۴۵	۳۱،۶۶
۱۹۶۱	۴۱،۸۹	۴۰،۵۵
۱۹۷۱	۴۶،۴۰	۴۴،۷۰
۱۹۸۱	۵۰،۹۰	۵۰،۰۰
۱۹۹۱	۵۸،۱۰	۵۹،۱۰
۲۰۰۱	۶۲،۸۰	۶۴،۰۰

پنځلسمه ګڼه جدول: په ټاکل شوو 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

هند	۸،۶۲	۶۴،۰	سویسزرلنډ	۷۵،۸	۸۲،۲
سریلانکا	۶۹،۲	۷۵،۵	د روسیې فدراسیون	۶۰،۲	۷۲،۹
تایلینډ	۶۴،۹	۷۳،۲	جاپان	۷۷،۷	۸۴،۷

امیدواري (Fertility)

امیدواري د ماشومانو حقیقي زیږولو ته وائ. ځینې وګړي پیژندونکې د امیدوارۍ (Fertility) په ځای د Natality کلیمه غوره بولي. د ښځو د بچي زیږولو موده د **۱۵** کلنۍ څخه تر **۴۵** کلنۍ پورې منل شویده، یعنی په منځنۍ ډول د **۳۰** کلونو لپاره بچي زیږولی شي. که چیري یوه ښځه په **۱۵** کلنۍ کې واده وکړي او تر **۴۵** کلنۍ پورې د خپل میړه سره یوځای پاتې شي نو داسې شوني ده چې **۱۵** زیږیدنې وکړي مګر دا اوچترینه کچه کله کله ترلاسه کیږي. په هند کې هغه دیموګرافیک څیړنې چې په امیدوارۍ باندې ترسره شویدي دا ښئ چې یوه ښځه په منځني ډول اوه (۷) ځلې امیدواره کیږي، پدې شرط چې د واده کولو څخه وروسته د ژوند موده یې غوڅه نه شي.

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

په هند کې په ۱۹۹۸_۱۹۹۹م کلونو کې د کورنۍ روغتیا دویمه ملي سروې یا National Family Health Survey 2 ترسره شوه چې د امیدوارۍ پورې اړوند ځینې ارزښتناک معلومات پکې راټول شول کوم چې په لاندې شپاړسمه ګڼه جدول کې ښودل شوي دي.

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

اصلي ځانګړتیاوې	د امیدوارۍ ټولیزه کچه
د اوسیدو ځای	
• ښاري	۲،۲۷
• کلیوالي	۳،۰۷
زده کړه	
• بې زده کړې	۳،۴۷
• زده کړه لري < د منځنې ښوونځي تکمیلول	۲،۷۴
• منځنی ښوونځی یې تکمیل کړی وي	۲،۲۲
• لیسه او د هغې څخه لوړې زده کړې یې کړې وي	۱،۹۹
مذهب	
• هندو	۲،۷۸
• مسلمان	۳،۵۹
• عیسوي	۲،۴۴
• سیک	۲،۲۲
• **Jain**	۱،۹۰
• بودیست/نیوبودیست	۲،۱۳
• نور	۲،۳۳
• بې مذهبه	۳،۹۱
قبیله / قوم	
• جدول شوې قبیله	۳،۱۵
• جدول شوې قوم	۳،۰۲
• نورې وروسته پاتې ډلې	۲،۸۳
• نور	۲،۶۲
د ژوند د کچې انډکس	
• ښکته	۲،۳۷
• منځنی	۲،۸۵
• اوچت	۲،۱۰
ټولګه	۲،۸۵

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

۱. د واده کولو په وخت کې عمر

د ښځې هغه عمر چې دا پکې واده کوي او د بچي زېږونې پړاو ته داخلېږي په امیدواری (Fertility) باندي ستره اغیزه لري. د هند عمومي ثبتوني یا راجستریشن، په ملي کچه د امیدواری اړوند ډیر ګټور معلومات راټول کړل او دا یي وښودله چې کومې ښځې د اته لس (۱۸) کلنی 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 (۱۲) کلنی څخه ۲۰_۲۱ کلنی 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) اینښودل شوی دی چې د ماشومانو واده کول پکې بند شوي دي. د وګړشمیرني معلومات دا ښئ چې د ۱۹۵۱م کال څخه وړاندې په هند کې د واده په وخت کې د جینکیو منځنی عمر دیارلس (۱۳) کلونه وو، مګر وروسته په کراره کراره توګه د واده کولو په عمر کې زیاتوالی راغی.

په ۱۹۷۸م کال کې د ماشومانو د واده مخنیونې قانون (The child marriage_ restraint Act) کیښودل شو چې د واده کولو وړ عمر یي 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) کلنی شاوخوا عمر کې واده کیږي.

۲. د واده کيدنې څخه وروسته د ژوند موده

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

۳. د ماشومانو ترمنځ واټن

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

۴. زده کړه (Education)

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

۵. شتمني

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

۶. قوم او مذهب (Caste and religion)

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

۷. خواړه (Nutrition)

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

۸. کورنۍ تنظیم

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

۹. نور فکتورونه

امیدوارۍ د بیلابیلو فزیکي، بیولوژیکي، ټولنیزو او کلتوري فکتورونو له کبله اغیزمنه کیږي لکه د ښځې مقام او 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 پرگرامونو ته اړیتا لري او د پیسو ډیر لگښت

غواړي.

د زیږیدنې پورې تړلې شمیرنه

(Fertility Related Statistics)

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

۱. د زیږیدنې اندازه

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

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

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

۲ د امیدوارۍ عمومي اندازه

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

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

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

۳ د امیدواری عمومي مورنی 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 ښه باندې رڼا اچوي او همدارنګه د کورنی 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.

۶ د امیدواری ټولیزه اندازه

د امیدواری ټولیزه اندازه د ماشومانو د منځني شمیر څخه استازی توب کوي چې یوه ښځه یي 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 یي په پنځو کې ضربیږي. دا معیار په آټکلي ډول د بشپړې کورنی د اندازې غټوالی راښيئ.

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

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

۸ Gross Reproductive Rate (GRR)

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

۹ خالصه د زیږون اندازه Net Reproductive Rate (NRR)

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

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 شمير څخه عبارت دی چې عمر يې د ۰_**۴** کلونو پورې وي. دغه نسبت په هغه ځايونو کې کارول کيږي چيرته چې د زيږيدنو د راجستر کولو شميرنه نابشپړه او يا هيڅ شتون ونلري. دا اندازه د هغه معلوماتو او ارقامو څخه اټکل کيږي چې د سرشميرنې يا Censuses څخه په لاس راځي.

۱۱ د اميدوارۍ اندازه

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

۱۲ د زيان اندازه

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

۱۳ د واده کولو اندازه

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

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

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

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

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

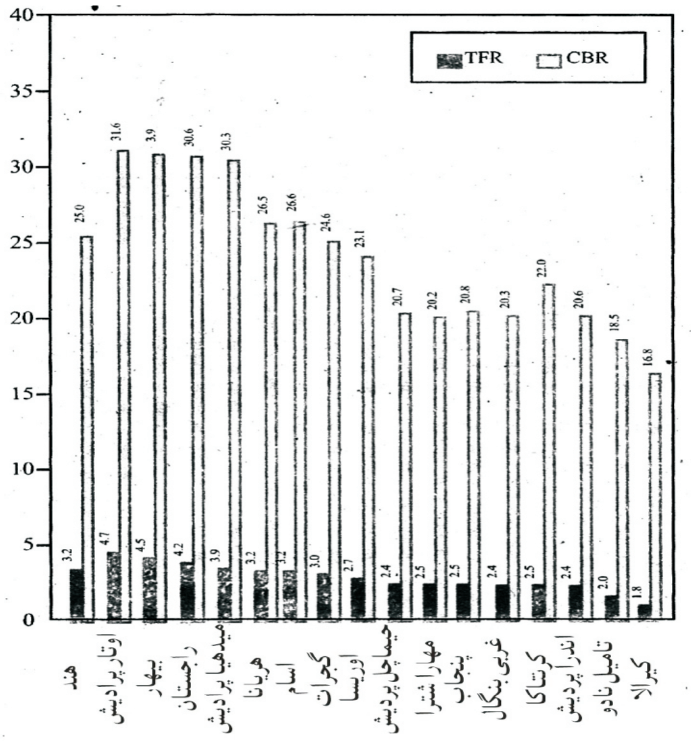
د اميدوارۍ ميلان (Fertility trends)

څيړنو ښودلې ده چې د اميدوارۍ کچه په هند کې مخ په کميدو ده، د نه څيړل شوو زيږيدنو اندازه د ۱۹۰۱_۱۹۱۱م کلونوکې په زرو تنو کې ۴۹۰ وه چې په ۱۹۹۱م کال کې دغه اندازه ۳۱،۳ او په ۲۰۰۲م کال کې ۲۵ تنو ته راښکته شوه.
د هيواد په داخل کې د زيږيدنې په ميلان کې د پام وړ توپير شتون لري، دا ښکاره ده چې لږ ترلږه لس ايالاتونو (ten state/ UT) خالص د بدليدو کچه ترلاسه کړې ده چې بيلګې يې عبارت دي له: ډهلی، تاميل نادو، چانديګرا، ميزورام، کيرالا، ګوا او نورو څخه.

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

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

لاندې شپږمه ګڼه انځور د هند په سترو ایالاتونو کې د نه خیږل شوی امیدوارۍ اندازه او ټولیزه د امیدوارۍ اندازه را ښئ.



شپږمه ګڼه انځور:

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

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

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 امیدوارۍ کچه (په زرو ښځو کې).

عمري ډله	ښاري سیمې	کلیوالي سیمې
۱۵_۱۹	۳۰	۲۰
۲۰_۲۴	۱۲۲	۲۳۲
۲۵_۲۹	۱۵۴	۱۹۳
۳۰_۳۴	۷۴	۱۱۵
۳۵_۳۹	۳۲	۲۴
۴۰_۴۴	۱۱	۲۹
۴۵_۴۹	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

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 ۲ ، ۳۰ 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**)

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 زر (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 ۳۸،۲۵ 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 کورني تنظیم د عادتونو نه شتون: کورنی تنظیم پدې نژدې وخت کې منځته راغلی دی او لاتر اوسه پورې د خلکو د واده کولو عادت ندی ګرځیدلی.

د مړينې د اندازې کميدل

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

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

۵. د ملي روغتيايي پروګرامونو اغيزمنتوب.

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

۷. په بيلابيلو اړخونو کې نړيواله همکاري او مرسته.

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

وګړ پيژندونکي پدې آند دي چې په راتلونکې کې به د هند د مړينې په اندازه کې کوم چټک 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

کال څخه مخکې د هند وګړي په ډېر ورو ډول زياتيدل او دغه په ورو ډول زياتيدل له دې کبله وه چې طبيعي پيښې لکه وچکالي، قحطي او اپيديمي ګانې به ډيرې پيښيدلي چې د ډيرو انسانانو ژوند به يي 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 ښيئ 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 کلنې زياتوالي کچه بايد ۲،۱ سلنه شي کوم چې په راتلونکي ۵۰ کلونو کې د هند د وګړو د ثابت ساتلو لپاره ډيره غوره ده.

کورنی تنظیم (Family planning)

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

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

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

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

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

د انسانانو بنسټیز حقونه

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

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

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

د نړۍ کانفرانس د ښځو نړیوال کال په نوم په **۱۹۷۵**م 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 پلاروالي لپاره تعلیم او ښوونه
۴. د جنسي نږدیوالي په اړه پوهه
۵. د ناروغتیا یا پتالوژیک حالتونو لپاره پلټنه یا Screening کوم چې د تناسلي سیستم پورې اړه لري (د رحم د غاړې کنسر)
۶. Geneticمشوره ورکول (counseling)
۷. مخکې د مور کیدو څخه مشوره کول اود طبي کتنې ترسره کول

۸. د امیدوارۍ د ازموینو تر سره کول

۹. د واده کولو په اړوند مشوره کول

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

۱۱. د غیر واده شوو میندو لپاره د خدمتونو برابرول

۱۲. د کورني اقتصاد او تغذیه په اړه پوهه ورکول

۱۳. او د توافق د خدمتونو برابرول

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

د کورني تنظیم روغتیایي اړخونه

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

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

- د میندو روغتیا

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

- د جنین روغتیا

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

- د تي رودونکي او ماشوم روغتیا

د نوي زیږیدلي ماشوم، تې رودونکې ماشوم، او د ښوونځې څخه مخکې عمر کې مړینه، د زیږیدنې په وخت کې د تي 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 ګواښ سره مخامخ کړي او یا هم ژوند ته یې خطر پیښ کړي. په زیاتره مخ پرودې هیوادونو کې د مړینې خطر چې د امیدوارۍ له کبله پیداکیږي ۱۰_۲۰ ځلي نسبت پرمختللو هیوادونو ته لوړ دی. د مور د عمر د زیاتوالي سره او د دري 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 امیدوارۍ 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 لاندي شیانو له کبله منځته راځي.

i. د ناخوښه امیدواریو څخه لري والی
ii. د زیږدنو د شمیر تر ولکې لاندي راوستل او ځانګړی واټن
iii. او د زیږیدنې د وخت تعینول په ځانګړي ډول د لومړنۍ او وروستنۍ 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 ځارنې څخه پرته زیان (جنایي زیان) د ناخوښه امیدوارۍ د

خطرناکو پايلو له جملې څخه دی په ځانګړي ډول بايد د هغه ميندو څخه يادونه وکړو چې واده شوي نه دي او د زياتو روغتيايي خطرونو سره مخ دي. داسي نښې نښانې شتون لري چې هغه ميندي چې ناخوښه اميدواري ولري په دماغي بې موازنګيو باندي ډيرې اخته کيږي.

II: د زيږيدنو د شمير ترولکې لاندي راوستل او ځانګړې واټن:

بيابيا يا تکراري اميدواري د مور د مړينې او اخته کيدلو خطر زياتوي، دغه خطر تر درې ځلې اميدواره کيدو وروسته د هرې اميدوارۍ سره ډير په روښانه او ښکاره ډول زياتيږي لکه څرنګه چې د اميدوارۍ سره د توکسيميا، اکلامپسيا (Eclampsia) او پري اکلامپسيا (placenta priva) خطر زياتيږي، دغه شان د رحم د څيرې کيدو او Atony کيدو خطر هم د اميدوارۍ د شمير سره زياتيږي.

هغه ميندي چې زيات ماشومان وزيږوي وينه لږې يي غټه ستونزه ده، همدارنګه د اميدوارۍ د شمير د زياتوالي سره د مړو زيږيدنو يا still birth شمير هم په ښکاره ډول سره زياتيږي. د بيا بيا اميدواره کيدو جسماني اغيزې کيدائ شي په دې ډول وښودل شي لکه د رحم د غاړې سرطان د پيښو او بيا بيا اميدواره کيدو ترمنځ اړيکه شتون لري.

کورنی تنظيم يوازينۍ لاره ده چې کولی شو د زيږيدنو شمير او ترمنځ واټن پرې کنترول کړو او پدې ډول د ميندو په روغتيا کې ښه والی رامنځته شي.

III: د زيږيدنو وخت:

په عمومي ډول هغه ميندي د مړينې لوړ خطر ته مخامخ د ي چې عمر يي د ۲۰ کلونو څخه کم او يا د ۳۰_۳۵ کلونو څخه زيات وي. په زياتره هيوادونو کې د اميدوارۍ او زيږيدنې د اختلاطاتو خطر يوشان ښه لري يعنی د ۲۰ کلنۍ څخه کم عمر کې او د ۳۰_۳۵ کلنۍ څخه پورته عمر کې يي کچه زياته ده.

ب: **د جنین روغتیا**

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

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

۳. انتاني ناروغۍ:

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

۴. هوښیاري:

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

د ښه والي مفکوره

کورنی تنظیم د ګڼ شمیر ناسمو مفکورو سره یوځای دی. یوه ناسمه مفکوره چې د کورني تنظیم په اړه د خلکو په ماغزو کې ځای لري د شنډېدو مفکوره ده او نور خلک یې د زېږېدنو 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 زېږېدنو په کچه کې ستر توپیر منځته

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

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

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

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

۳. پراخه معافيت (Universal immunization)

په هند کې د کورنۍ د ښه والي پروګرام غټه لاس ته راوړنه داوه چې د اميدوارۍ کچه يې د ۶،۴ څخه په ۱۹۵۰م کال کې تر ۲۰۰۲م کال پورې ۳،۱ ته راښکته کړه.

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

وړ جوړې (Eligible couples)

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

کې وي او په دوديز ډول دغه عمر د ۱۵_۴۵ کلنۍ پورې منل شوی دی. په هند کې لږ تر لږه په هرو زرو تنو کې ۱۵۰_۱۸۰ داسې جوړې شتون لري. دغه جوړې د کورني تنظيم خدمتونو ته اړتيا لري. د دغه وړ جوړو يوازې ۲۰ سلنه داسې جوړې دي چې عمر يې ۱۵ او ۲۴ کلونو ترمنځ دی. په ۱۹۹۹م کال کې د مارچ په يوديرشمه په هيواد کې ۱۲۸ ميلونه وړ جوړو شتون درلوده. په منځني ډول هر کال ۲،۵ ميلونه جوړې د بچي زيږونې ډلې خلکو سره يوځای کيږي. د کورني تنظيم دکارونو د ښه تنظيم لپاره د وړ جوړو ثبتول بنسټيز کار دی، دا په منظم ډول د کورني تنظيم پروګرام د هر کارکوونکي په وسيله دده د لوړو مقاماتو تر لارښونې سره سم نوی (Update) کيږي.

د موخې وړ جوړې

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

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

د جوړو د ساتنې اندازه

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

ښودونکې یا اندکاتور دی او په دې ډول تعریفیږي چې: دهغه وړ جوړو د سلنې څخه عبارت دی کوم چې د کورني تنظیم د یو یا څو منل شوو لارو (لکه شنډتوب، د رحم دننی آلې،کانډم، Pill او نورو) په وسیله په اغیزمنه توګه د ماشوم د راوړلو څخه ساتل شوي وي. د ۷۰ 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 ۷۰ % سلنې ته لوړه شي.

د جوړو ساتنې اندازې بنسټ پدې ولاړ دی چې په کال کې ۵۰_۷۰ سلنه زیږیدنې داسې وي چې مخکې یې درې یا زیات ماشومان شتون لري. پدې ډول د ۷۰ 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 مخکنی 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 ۷۰ 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 کورني تنظیم لارو په وسیله د امیدواری څخه ساتل شوې وې.

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

شنډتوب یا sterilization ۴،۷۳ میلونه

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

بیا هم د **۵۴** سلنې په شاوخواکې وړ جوړې اوس هم د امیدواری په وړاندې ساتل شوې نه دي. د ایالاتونو په شمیر ځینې ایالاتونو دا ښه ماته کړې ده، داسې ښځ چې ځینې ایالاتونه لکه پنجاب، ګوجرات، کرنتاکا، هاریانا، ماراشترا، او تامیل نادو هغه ایالاتونه دي چې د خپلو وګړو د پنځوس سلنې څخه زیاتې زیږیدنې یې د امیدواری 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 امیدواری 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 امیدواری ضد ټولو لارو په وسیله په اغیزمنه توګه ساتل شوې دي.

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

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 تګلاره ۲۰۰۰م کال

په عمومي ډول د وګړو ملي تګلاره ټولو هغو تګلارو 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 تګلاره کې نغښتې وي.

د ۱۹۷۶ کال په اپريل کې په هند کې لومړنۍ ملي تګلاره جوړه شوه، دغې تګلارې د واده کولو د عمر د زياتوالي غږ وکړو، په دې ډول چې په قانوني ډول د واده کولو په وخت کې لږ تر لږه انجونې بايد ۱۵_۱۸ کلونه او هلکان بايد ۱۸_۲۱ کلونه عمر ولري.

څرنګه چې د ۱۹۷۶م 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 کورنې تنظیم په اداري خدمتونو کې اصلاح کړلې، دغې تګلارې خلکو ته خوښه ورکړه چې په خپلواکه توګه د بچي زیږونې د روغتیا څارنې خدمتونه ترلاسه کړي.

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

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

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 دوهمۍ زده کړې قيمت بايد دواړو هلکانو او جينکيو ته تر ۲۰ سلنې پورې راښکته شي.

۳. د تي رودونکو ماشومانو د مړينې کچه په هرو زرو ژونديو زيږيدنو کې بايد د ۳۰ څخه کمه شي.

۴. د مور د مړينې نسبت په هرو سلو زرو زيږيدنو کې بايد د سلو (۱۰۰) څخه راښکته شي.

۵. د واکسين په وسيله د وقايه کيدونکو ناروغيو په وړاندې بايد پراخه معافيت ترلاسه شي.

۶. د انجونو د واده کولو عمر بايد وروسته شي، د ۱۸ کلنۍ څخه بايد مخکې نه وي او د ۲۰ کلنۍ څخه وروسته عمر ته بايد غوره والی ورکړل شي.

۷. ۸۰ سلنه زيږيدنې بايد مسلکي وي يعنی په روغتون کې وي او سل په سلو کې زيږيدنې بايد د تربيه شوي پرسونل په وسيله ترسره شي.

۸. خلک بايد د خپلې خوښې سره سم د زيږيدنې د منظم والي او اميدوارۍ د مخنيوي په باره کې معلوماتو، مشوره کولو، او خدمتونو ته پراخه لاس رسی ولري.

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

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

جنسي نږدې 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 ټولېزې 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 څېړل شوې اندازه يا Crude death rate به په هرو زرو تنو کې ۲۱ ، د تي رودونکي ماشوم مړينه به په هرو زرو ژونديو زيږيدنو کې ۳۰ ،او ټوليزه د اميدوارۍ 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 اميدوارۍ ضد خدمتونو نه ترلاسه شوې اړتياوې ۲۸ سلنه، د روغتيايي مرکز څخه د باندې (out reach) سيمو او د اميدوارۍ 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.

د امیدوارۍ ضد لارې

(Contraceptive methods)

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

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

په عمومي ډول داسې پیژندل شوې ده چې د امیدوارۍ ضد لارو څخه یوه هم مناسبه یا idial لاره نده. یعنی داسې د امیدوارۍ ضد لاره نشته چې هغه ساتل شوې، اغیزمنه، د منلو وړ، ارزانه، د بیرته ګرځیدنې وړ، کارول 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 امیدوارۍ ضد لاره شتون نه لري چې د ټولو وګړو او ټولنو د ټولنیز، کلتوري، اخلاقي، او د خدمتونو د اړتیاؤ سره برابره وي.

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

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

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

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

I. د واټن رامنځته کوونکي لارې

۱. د مخنیوني لارې
- فزیکي لاره
- کیمیاوي لاره
- یوځاي یا combined لاره

۲. د رحم دننني آله یا intra uterine device

۳. هارموني لاره

۴. د جنسي عمل څخه وروسته یا post conceptional لاره

۵. او داسې نور یا miscellaneous

II. نهایي یا **Terminal** لارې

۱. د سړي عقیم کول یا Male sterilization

۲. د ښځې عقیم کول یا Female sterilization

د مخنیونې لارې (Barrier methods)

ګڼ شمیر د مخنیونې 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.

دمخنیونې لارې پدې نژدې وختونو کې ډیرې مشهورې شویدي ځکه چې ګڼ شمیر د امیدوارۍ ضد او پرته د امیدوارۍ ضد ګټې لري. غوره د امیدوارۍ ضد ګټه یې داده چې هیڅ کومه ناوړه اړخیزه اغیزه نه لري کوم چې د امیدوارۍ ضد ګولیو (درملو) او د رحم د دننني الې سره یوځای وي. او غوره غیر د امیدوارۍ 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.

دمخنیونې 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 دننني 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.

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

کانډم د جنسي نږدیوالي څخه مخکې یو انتعاذي قضیب ته اغوستل کیږي. د څوکه لرونکي نهایت څخه 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 کانډم وکارول شي.

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

کانډم کیدای شي د امیدوارۍ 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 امیدوارۍ کچه یې په هرو سلو ښځو کې د یو کال په موده کې (١٠٠ women year) د ٢_٣ څخه تر څوارلس (١۴) پورې توپیر لري او زیاتره عدم کفایه یې د ناسمې کارونې څخه منځته راځي.

د کانډم ګټې عبارت دي له:

١. په اسانۍ سره پیدا کیږي.

٢. خوندي او ارزانه دی.

۳. کارول يې اسانه دی او کومې طبې کتنې ته اړتيا نه لري.
۴. ناوړه اړخيزې اغيزې نه لري.
۵. لږ متکاثف دی او يوازې يو ځل کارول کيږي.
۲. يوازې د اميدوارۍ ضد اغيزه نه لري بلکه د جنسي نږديوالي په وسيله ليږديدونکو ناروغيو د ليږد څخه هم مخنيوی کوي.

د کانډم تاوانونه عبارت دي له:

۱. کيدای شي چې د ناسمې کارونې له کبله د جنسي عمل په وخت کې ووځي يا وشليږي.
۲. په ځايي ډول جنسي حس (sex sensation) کې لاس وهنه کوي، يو څه خلک دا ګيله کوي مګر نور يې کاروي.

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

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

ښځينه کانډم

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

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 غتې 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 رابړي 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 ټاکلې اندازه دیافرام وکاروي.

دیافرام په قسمي ډول د سپرنګ د فشار له کبله او په قسمي ډول د مهبل د دیوال د فشار له کبله په خپل ځائ پاتي کیږي. پدې ډول د کامیابه کارونې لپاره مهبل باید بشپړ غښتلتیا یا ټون ولري، پرته له دې د سایتوسیل (Cystocele) په شدیده درجه پیښنو 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

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

گټې:

د ديافرام غوره گټه 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 راوگرځي.

د ننويستلو د تخنيک ياد لرل چې ځانگړې 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 ځانگړي توگه 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 راتگ 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 گډون د زيات بدلون له کبله دغه اله هم د کورني تنظيم د ښه والي په ملي پروگرام کې د کارونې لپاره نه وړاندې کيږي.

۳. مهبلي سفنج (Vaginal sponge)

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 امیدوارۍ د مخنیوونکې 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 متره × ۲،۵ سانتي متره 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 یې 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 امیدوارۍ 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. Soluble films : C.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 نښلوي او د سپرم په وسیله د اکسیجن اخستلو مخه نیسي او په پای کې سپرم وژني.

د سپرم وژونکو غټ تاوانونه عبارت دي له:

۱. د عدم کفايي 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 ترڅنګ 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 يي 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.

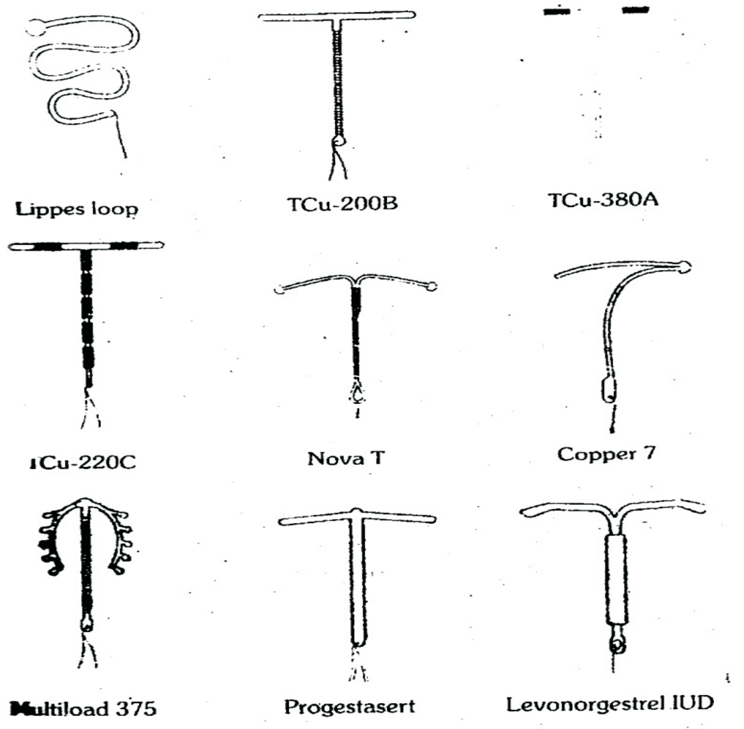
که چيرې سپرم وژونکي درمل د مخنيونې د لارو سره په يوځای ډول وکارول شي نو غوره کار دی. پدې نژدې وختونو کې داسې اند شتون لري چې شونې ده سپرم وژونکي مواد په جنين باندې هم تيراتوجينک اغيزې ولري خو بيا هم دا اغيزه يي لا يقيني نه ده.

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 ترڅنګ طبي يا Bioactive ډول فلزي ايونونه (مس)، يا هارمونونه (Progestogens) او يا دواړه ازادوي.

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

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



اومه ګڼه انځور:

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

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

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

لومړی جنیریشن د رحم دننني آلې

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

Lippes loop

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

دا آله لږه اندازه باریوم سلفیټ هم لري ترڅو د X وړانګې په وسیله ولیدل شي. دغه لوپ د یو نازک تار سره چې د نایلون څخه جوړ شوی دی نښتی وی کوم چې د ننویستلو څخه وروسته په مهبل کې 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 C, B, A او D څخه، چې وروستی یو د ټولو څخه غټ دی. غټه کچه لرونکی لوپ ډیره زیاته د

امیدواری ضد اغیزه لري، همدارنګه د خپل سر وتنې کچه يې ډيره کمه ده مګر د لري کولو یا Removal کچه يي د اختلاطاتو لکه درد او وينې بهيدنې له کبله زياته ده. غټه کچه لرونکی لوپ (C, D) د څو ځلې لنګو شوو یا multiparous ښځو لپاره ډيره ور آله ده.

دويم جنيريشن د رحم دننني آلې

ګڼ شمير پلټونکو دا وښودله چې یوه د منلو وړ د رحم دننني آله په ساده ډول نه شي جوړيدلی لکه چې د هغې په دوديز 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 دننني آلې سره مس يوځای شول او داسې وموندل شوه چې فلزي مس د امیدواری ضد غښتلې اغيزه لري. د مسو په يوځای کولو سره شونې ده چې وړوکې د رحم دننني آله جوړه شي کوم چې کارول يې اسانه وي، په يوځل لنګو شوو یا Nuli parous ښځو کې هم.

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

مخکنی آلې یا *earlier devices*

- Copper- 7
- Copper T- 200

نوې آلې یا *Newer devices*

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

۲. ML- Cu- 375

کوم عدد چې د آلې ترڅنګ لیکل شوی دی دا په هر ملي متر مربع سطحه باندې د مسو کچه (surface area) راښيئ 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 يي پوښلی وي.

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

نوې مس لرونکي د رحم دننی 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 يي په خپل ځای کې پریږدو ترڅو چې کوم طبي یا بل ځانګړی دلیل يي د وختي ویستلو لامل نه شي.

د مس لرونکو آلو ګټې عبارت دي له:

۱. د خپل سر ویستلو کچه يي ټيټه ده.

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

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

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

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 جنریشن د رحم دننی آلې

دريم جنيريشن د رحم دننۍ آلې په يو بل بنسټ باندې ولاړې دي لکه د هارمونونو ازادول کوم چې په تړلې کچه په دغو آلو کې شتون لري.

ډيره کاريدونکې هارموني آله د Progestasert څخه عبارت ده چې T انځور لرونکي آله ده او د ۳۸ ملي ګرامه طبيعي هارمون پروجسترون څخه ډکه وي. دغه هارمون په ډير کرار ډول د ورځې ۲۵ ملي ګرامه رحم ته ازاديږي چې دا د رحم په ديوال، د رحم د غاړې په مخاط، او شونې ده چې په سپرم باندې نيغ په نيغه اغيزه ولري. څرنګه چې د هارمون ازاديدل په کراره کراره ډول کميږي نو ځکه په منظم ډول د دغې آلې بدلول اړين دي.

يوه بله هارمون لرونکي آله د LNG – 20 (Mirena) څخه عبارت ده کومه چې T انځور لرونکې آله ده او د ورځې شل (۲۰) مايکروګرامه ليونارجستريل (غښتلی synthetic سټرايد دی) ازادوي. دا ډيره لږه د اميدوارۍ کيدو کچه (۲، ۰ سلنه) او هم ډير لږ د بې ځايه اميدوارۍ (ectopic- pregnancy) د پيښيدلو چانس لري. د اوږدې مودې کلينکي څيړنو ښودلې ده چې هغه د رحم دننۍ آله چې ليونارجيستريل (Levonorgestrel) ورڅخه ازاديږي د مس لرونکي آلې په نسبت د مياشتني عادت د لږې اندازې وينې او د کمو ورځو لپاره د وينې بهيدلو سره يوځای وي. د ليونارجيستريل لرونکي آلې تر لس (۱۰) کلنونو پورې اغيزمنې دي. دغه هارمون ازادونکي آلې د هغه ښځو لپاره ډير ارزښت لري کوم چې د ودې په حال هيوادونو کې ژوند کوي ځکه چې دوي د مسي آلو په کارولو سره ډيره وينه د لاسه ورکوي او په ښکاره وينه لږی باندې اخته کيږي، مګر دغه آلې ډيرې قيمتي دي او په پراخه ډول نشي کاريدلی.

د رحم د دننۍ آلو د عمل ميخانيکيت

په اوس وخت کې پراخه منل شوې نظريه داده چې د رحم دننۍ آله د رحم په دننه کې

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 په دې ډول د القاح کیدو او غرس کیدو چانس یې کمیږي.

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

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

اغیزمنتوب (Effectiveness)

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

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

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

د ۲۱ ګڼې جدول څخه داسې جوتیږي چې مس لرونکي د رحم دننۍ آلې نسبت Lippes loop ته د امیدوارۍ په مخنیوي کې ډیرې اغیزمنې دي او د خپل سر وتلو کچه 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 امیدوارۍ کچه (%)	د خپل سروتلو اندزه (%)	په خپله د لرې کولو کچه (%)
Lippes لوپ	۳	۱۲،۲۰	۱۲،۱۵
Cu 7	۲،۳	۶	۱۱
Tcu- 200	۳	۸	۱۱
Tcu- 380A	۰،۵_۰،۸	۵	۱۴
پروجسترون آله	۱،۳_۱،۲	۲،۷	۹,۳
لیونارجستریل آله	۰،۲	۶	۱۷

د رحم د دننۍ 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 دی کله چې د کورنۍ تنظیم په سترو

پروګرامونو کې کارول کېږي.

د TCu – 380 A کارول د لس (۱۰) کلونو لپاره منل شوي دي که څه هم داسې معلومه شوې ده چې TCu _ 380 A لږ تر لږه خپل اغېزمنتوب 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 زېرمه یې په ۱۲_۱۸ میاشتو کې کمېږي.

د لیونارجیستریل لرونکي د رحم دننني آلې کولی شو لږ تر لږه د اوه (۷) کلونو لپاره وکاروو او که شونې وي تر لسو کلونو پورې یې کارولی شو. د پروجسترون لرونکو آلو د عدم کفایي کچه لږه زیاته ده مګر لیونارجیستریل لرونکي آلې چې د ورځې ۱۵_۲۰ مایکروګرامه لیونارجیستریل ازادوي لکه د نوې مس لرونکو آلو په شان اغېزمنې دي.

د د رحم د دنننی آلو ګټې

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

۱. ساده والی: د بیلګې په توګه د آلې دننه کول کوم پیچلي عمل او بستر کیدو ته اړتیا نه لري.
۲. دننه کول یې یوازې یوڅو دقیقي وخت غواړي.
۳. یوځل چې دننه شوه نو ترهغې پورې یې په خپل ځای پرېښودلی شو چې اړینه وي.
۴. ارزانه ده.
۵. د امیدوارۍ 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

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

د رحم د دننني آلو مضاداستطبابات

مطلق مضاداستطباب:

الف: شکمنه امیدواري

ب: د حوصلې التهابي ناروغۍ

ج: د نامعلوم لامل له کبله مهبلي وینه بهیدنه

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

ه: مخکنۍ بې ځایه امیدواري یا Ectopic pregnancy

نسبي مضاداستطباب:

الف: وینه لږي

ب: زیاته وینه بهیدنه یا Menirrhagia

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

د: د رحم دغاړې زوه لرونکي یا قیحي افراغات

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

و: نه هڅول شوی یا غیر مناسب تن.

د رحم د دننني آلې لپاره وړ کاندید

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

- هغه ښځې چې لږ تر لږه یو ماشوم یې زیږولی وي.
- د حوصلي د ناروغیو تاریخچه ونه لري.
- د میاشتني عادت موده یې نورماله وي.
- ددې وړتیا ولري چې د رحم د دننني 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 ادارې که څه هم هغه ښځې چې په دغه یاد شوې لست کې ګډون ونه لري، د رحم د دننني آلې د نه کارولو لپاره ندې بیلې کړې.

مهه خبره چې پدې نژدې وختونو کې منځته راغلې ده هغه داده چې د رحم دننني آلې د Nuli para ښځو لپاره لومړنۍ ټاکنیزه لاره نده، دوي د رحم د دننني 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 حوصلي انتانات.

هغه د رحم دننني 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 **۱۹۸۵**م کال کې د امریکا نساي ولادي پوهنځي یا _the American college of Obstetricians and Gynecologists پدې ټینګار وکړو چې هغه ښځې کومې چې

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

د دننه کولو لپاره یې سم وخت

که څه هم د بچي زیږونې په وخت کې ښځې کولی شي چې هر وخت د رحم دننۍ آلې وکاروي (پرته د امیدوارۍ څخه). مګر بیا هم د رحم د دننۍ آلې د دننه کولو لپاره ډیر وړ 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 ۶_۸ 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

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

بیا کتنه یا Follow up

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

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

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

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

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

د رحم د دنننی 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.

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

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

د ښځې له انده غیر منظمه وینه بهیدنه د هغې د ځاني ناراحتۍ لامل کیږي مګر د طب له پلوه د اوسپنې دکموالي وینه لږي پیدا کوي په ځانګړي ډول هغه وینه بهیدنه چې د ۱_۲ میاشتو په موده کې ورته پیدا شي. کومې ښځې چې وینه بهیدنه ورته پیدا شوې وي نو باید د اوسپنې ګولۍ وکاروي (T. Ferrous sulfate 200mg د ورځې درې ځله).

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

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

سپارښتنه کیږي. زیاتره ښځې د رحم د دننني آلې په ویستلو سره بیرته نورمال میاشتني عادت ته راګرځي. که چیرې یو غیر نورمال حالت باقي پاتې شي نو بشپړه نسایي کتنه اړینه ده ترڅو ډاډ تر لاسه شي چې په حوصله کې کومه پتالوژي شتون نلري.

۲. درد

درد دوهم غټه ناوړه اړخیزه اغیزه ده چې د رحم د دننني آلې د ویستلو لامل کیږي. نړیوالې روغتیایي ادارې داسې اټکل کړیده چې **۱۵_۴۰** سلنه ښځې چې د رحم دننني آلې یې ویستلې وي یوازې د درد له کبله وي. درد کیدای شي د آلې د دننه کولو په وخت کې او یا د دننه کولو څخه وروسته ترڅو ورځو پورې، او یا هم د میاشتني عادت په وخت کې شتون ولري. دا دردونه زیاتره د ملا د ښکتنۍ برخې درد، د ګیډې د لاندنۍ برخې درد او یا هم کله کله د ورانه د لاندې برخې درد په ډول منځته راځي. دغه ګیله په دودیز ډول تر درې میاشتو پورې له منځه ځي.

که چیرې د آلې د دننه کولو په وخت کې شدید درد شتون ولري نو شونې ده چې آله په رحم کې په سم ډول نه وي ایښودل شوې او یا به هم د آلې د غټوالي او د رحم د تشې ترمنځ توپیر شتون ولري.

همدارنګه ډیر شدید درد د رحم د څیرې کیدو ښودنکی هم وي. درد د انتاناتو له کبله هم پیدا کیږي او په دودیز ډول په Nuli para ښځو کې او هغه ښځو کې زیات وي چې د څو کلونو لپاره یې ماشوم زیږولی نه وي.

د آلې د دننه کولو په وخت کې کم درد کیدای شي د درد ضد درملو لکه اسپرین او کودین په وسیله کنترول شي او که چیرې درد د زغملو وړ نه وي نو د رحم دننني آله باید وویستل شي او د Lippes لوپ په ځای مس لرونکي آلې کیدای شي و ازمایو، او

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

۳. د حوصلي انتانات

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

څیړنو ښودلې 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

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

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

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

۴. د رحم څیرې کیدل

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

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

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 کفایي حقیقي کچه په لومړي کال کې ۳ % سلنه ده. دغه د عدم کفایي کچه په بیلابیلو د رحم دننۍ آلو کې توپیر لري. د رحم دننه امیدواریو پنځوس سلنه چې د رحم دننۍ آله په خپل ځای پریښودل شي په زیان یا Abortion باندې خاتمه پیداکوي. که چیرې د امیدوارۍ په لومړي وخت کې د رحم دننۍ آله وویستل شي د دغه زیان خطر به نیمایي ته راکم شي. هغه ښځې چې د رحم د دننۍ آلې په شتون کې امیدوارۍ 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 امیدواري زیان کړي نو دا ددې قانوني حق دی.

ب: که چیرې ښځه وغواړي چې امیدواری ته دوام ورکړي او د رحم د دننني آلې تار د جس کیدلو وړ وي نو باید د رحم دننني 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 دننني 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 دننني 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 دننني آلې په شتون کې امیدواري پیدا کړي نو هغې ته باید وویل شي چې په **۲۵** ٪ سلنه پیښو کې امیدواري کیدای شي چې بریالی پایله ولري.

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

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

د لیونارجستریل 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.

هغه ښځې چې د رحم دننني آله کاروي د بې ځايه اميدوارۍ نښې نښانې بايد ورته وښودل شي چې عبارت دي له: د ګېډې د لاندنۍ برخې درد، تياره او تکی تکی مهبلي وينه بهيدنه، او يا د مياشتني عادت د وينې بنديدلو (Amenorrhea) څخه.

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

۷. په خپل سر خارجيدل (Expulsion)

د خپل سر خارجيدو کچه د ۱۲_۲۰ سلنې ترمنځ توپير لري (۲۱ ګڼه جدول).

Expulsion کيدای شي چې په څه نا څه يا بشپړ ډول وي. څه نا څه په خپل سر وتنه د سپيکولم د کتنې سره په ګوته کيږي کوم چې د رحم د دننني آلې تنه د رحم د غاړې څخه د باندې ليدل کيږي. کلينکې پوهه، د دننه کولو وخت، د کارونکې ښځې عمر او د اميدوارۍ شمير ټول هغه څه دي چې د رحم د دننني آلې په خپل سر وتنه باندې اغيزه کوي.

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

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

اميدواري رامنځته شي.

۸. د ويستلو څخه وروسته بيا اميدواري

که چيرې د رحم دننۍ آله په خپل ځای کې په سمه توګه پرته وي او د حوصلې التهابي ناروغۍ کله رامنځته شوي نه وي نو د ويستلو څخه وروسته يي په اميدوارۍ کې کوم توپير يا کموالی منځته نه راځي. ۷۰ سلنه مخکې د رحم د دننۍ آلې کارونکې ښځې که چيرې د رحم دننۍ آله وباسي د يو کال په موده کې اميدواره کيږي. اوس دا ثابته شوېده چې د حوصلې التهابي ناروغۍ د ښځې د اميدوارۍ 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 آلې کارول، وروسته په اميدوارۍ باندې کومه اغيزه لري.

۹. کنسر او تيراتوجنيسس

تراوسه پورې داسې نښې نښانې نشته دي چې د رحم د دننۍ آلې کارول د کنسر خطر زياتوي. همدارنګه هغه ښځې چې د رحم د دننۍ آلې په شتون کې اميدواره کيږي، او يا مخکې يي د رحم دننۍ آله کارولې وي د هغوي په ماشومانو کې د غيرنورمال حالت يا د زيږيدنې د ګډوډيو نښې نښانې ندي ليدل شوي.

۱۰. مړينه

د رحم د دننۍ آلې د کارولو له کبله مړينه ډيره نادره ده او داسې اټکل شوې ده چې يو په سل زره (۱/۱۰۰۰۰۰) کارونکو ښځو کې به وي.

مړينه په دوديز ډول د اختلاطاتو له کبله منځته راځي لکه منتن په خپل سر

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

په ټولو امیدوارۍ ضد لارو کې د رحم دننۍ آلې ډیرې اغیزمنې دي چې منځنۍ د امیدوارۍ 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 امیدوارۍ 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 تړلې نه دي. د رحم دننۍ آلې نسبتاً زیاته د دوام موده لري، غیر طبي او مس لرونکې آلې د خولې د لارې امیدوارۍ ضد ګولیو په ډول سیستمیک استقلابي اغیزې نه لري.

هغه ښځې چې د خولې د لارې امیدوارۍ 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 میاشتني 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 ښې ښبانې دا ښئ چې د یوې ښې پوهه شوې ښځې لپاره د رحم د دننۍ آلې کارول یوه ښه د امیدوارۍ ضد لاره ده ځکه قناعت ورکوونکې، زیاته اغیزمنه او نسبتا کم خطر لرونکې لاره ده.

د امیدوارۍ ضد هارموني درمل (Hormonal contraceptives)

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

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

ګوناډل سټرایدونه (Gonadal steroids)

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

الف: جوړ شوي استروجنونه (synthetic oestrogens)

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

ب: جوړ شوي پروجستوجونونه (Synthetic progestogens)

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

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

ii. أُسترانیس (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

ستره لاره ده. اصلي یا original pill کله چې د ۱۹۲۰م کال په لومړنیو کې مارکیټ ته وړاندې شول د ۱۰۰_۲۰۰ مایکروګرامه Synthetic استروجن او لس (۱۰) ملي ګرامه پروجستوجن لرونکې وه. له دې څخه وروسته ډیر پرمختګ او ښه والی رامنځته شو ترڅو د دغه ګولیو ناوړه اړخیزې اغیزې د استروجن او پروجستوجن دواړو د دوز په کمولو سره لږې کړي.

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

دغه ګولۍ د ۲۱ پرله پسي ورځو لپاره ورکول کیږي چې د میاشتني عادت په پنځمه ورځ پیل کیږي او وروسې اوه ورځې دمه وي په کومه موده کې چې میاشتنی عادت رامنځته کیږي. کله چې وینه بهیدل پیل شي نو دا د بل میاشتني عادت لومړنۍ ورځ شمیرل کیږي. کومه وینه بهیدنه چې رامنځته کیږي د نورمال میاشتني عادت په ډول نه وي بلکه دا د نابشپړ جوړ شوي اندومیتریوم له کبله د رحم وینه بهیدنه ده کوم چې د باندنې هارمونونو د ناڅاپي بندیدلو (withdrawal) له کبله منځته راځي. نو ځکه دې ته withdrawal وینه بهیدنه هم وایي او د میاشتني عادت څخه کمه وي. بله داچې د وینې کچه چې په دې وینه بهیدنه کې د لاسه ورکول کیږي د هغې وینې کچې نیمایي ده چې په تخمه ازادونکې ښځو کې منځته راځي.

که چیرې وینه بهیدل رامنځته نه شي نو ښځې ته لارښونه کیږي چې د وروستۍ ګولۍ څخه یوه اونۍ وروسته دې دوهم دوران پیل کړي، چې په دودیز ډول ښځې د دوهم دوران په اخستلو سره میاشتنی عادت پیدا کوي. د خولې د لارې ګولۍ باید هره ورځ په ټاکلي وخت وخوړل شي چې د شپې له پلوه بستر ته د تللو څخه مخکې یې

خوړل غوره دي او لومړنی دوز يي باید په مطلقه توګه د میاشتني عادت په پنځمه ورځ پیل شي.

د دغه پورته یادو شوو لارښونو څخه هر ډول سرغړونه د امیدوارۍ مخنیوی نه شي کولی. که چیرې د pill کاروونکې ښځه د ګولۍ خوړل هیر کړي نو کله چې ورپه یاد شي باید ژر تر ژره یي وخوري او د بلې ورځې ګولۍ دې په خپل ټاکلي وخت سره وخوري.

د pill ډولونه

د هند د دولت د روغتیا او کورنۍ د ښه والي وزارت، د کورنۍ د ښه والی په څانګه کې دوه ډوله کم دوز لرونکې د خولې د لارې ګولۍ شتون لري چې د MALA.N او MALA.D په نومونو یادیږي. دغه ګولۍ ۳،۰ ملي ګرامه نارجسټرول او ۰۳،۰ ملي ګرامه ایتینایل استراډایول لري.

د MALA.D یو پاکټ اته ویشت (۲۸) دانې ګولۍ لري (چې ۲۱ یي د امیدوارۍ ضد ګولۍ دي او اوه نصواري رنګه ګولۍ يي د اوسپنې لرونکي ګولۍ دي) په بارزار کې د دوه (۲) هندي کلدارو په قیمت شتون لري. او MALA.N په وړیا ډول ټولو لومړني روغتیایي مرکزونو او ښاري د کورنۍ د ښه والی (Urban family welfare) مرکزونو ته ویشل کیږي.

۲ یوازې پروجستوجن لرونکې ګولۍ(Progestogen only pill (POP

دا ګولۍ د کوچنۍ ګولۍ یا mini pill او یا micro pill په نامه یادیږي. دا یوازې پروجستوجن لري کوم چې په کم دوز سره د میاشتني عادت په اوږدو کې ورکول کیږي. هغه پروجستوجن چې عموماً ډیر کارول کیږي د نارتیستیرون (Norethisterone) او لیونارجستریل څخه عبارت دي.

یوازې د پروجستوجن لرونکي ګولۍ هیڅکله ډیره نه کارول کیږي ځکه چې د

میاشتني عادت کنترول یي خراب او د امیدواری کچه یي زیاته ده خو بیا هم دا په نن 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 ګولۍ ورته مناسبې ګڼل کیږي. داسې نښې نښانې شته دي چې پروجستوجن د HDL یا (High Density Lipoprotein) سویه کموي.

۳ Post coital contraception

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

- د رحم دننۍ آله یا Intra Uterine Device : ساده تخنیک یي 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 لارې ته غوره والی ورکول کیږي. مخکې به په ډیر لوړ دوز باندې استروجن (diethyl stilbestrol د ورځې **۵۰** ملي ګرامه په څو دوزونو د پنځه ورځو لپاره) ورکول کیدو، چې پایله یي هم ښه وه مګر داسې لوړ دوز د پام وړ ناوړه اړخیزې اغیزې پیدا کوي.

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

(۵۰) مايکروگرامه استروجن درلوده، نو کاريدونکی رژيم پدې ډول وه چې دوه گولۍ سم د لاسه ژر وروسته د جنسي عمل څخه او دوه گولۍ به ۱۲ ساعته وروسته ورکول کيدلې. اوسنۍ گولۍ چې په پراخه ډول موندل کيږي ۳۰_۳۵ مايکروگرامه استروجن لري او په بيړني ډو ل د اميدوارۍ د مخنيوي لپاره بايد ښځه د هر دوز لپاره د دوه گوليو په ځای ځلور گولۍ وخوري.

د جنسي عمل څخه وروسته د اميدوارۍ ضد لاره يوه بيړنۍ لاره گڼل کيږي د بيلگې په توگه د غيرمحفوظ جنسي عمل ، rap ، او د اميدوارۍ ضد د عدم کفايي څخه وروسته. داسې اند شتون لري چې که چيرې دغه لاره پاتې راشي نو په جنين باندې به اغيزه ولري.

که څه هم د جنسي عمل څخه وروسته د اميدوارۍ ضد لارو د پاتې راتللو کچه د ۱% څخه کمه ښودل شوې ده ځينې ماهرين په دې اند دي که چيرې د اميدوارۍ ضد لاره پاتې راشي نو ښځه ترڅو چې د زيان کولو اراده ونه لري بايد هارموني د اميدوارۍ ضد لاره ونه کاروي. داسې نښې نښانې نشته دی چې د جنين ابنارملتي به رامنځته شي مگر يو شک باقي پاتې دی.

۴ میاشت کې یوځل (اوږد عمل لرونکی) pill

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

۵ نارینه pill

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

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

زیاتره څیړنې د Spermatogenesis په مخنوي باندې راټولې دي. د نارینه ؤ لپاره د منلو وړ د امیدوارۍ ضد لاره هغه لاره ده چې د سپرم شمیر کم کړي مګر د تیستوستیرون کچه یې نورماله پاتې شي. خو هغه هارمونونه چې د سپرم منځته راتلل کموي د تیستوستیرون 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

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

د خولې دلارې امیدوارۍ ضد درملو د اغیزې لاره

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

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

اغیزمنتوب

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

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

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

د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درملو خطرونه او ګټې

د تاریخ له مخې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل په ۱۹۲۰م کال کې وپېژندل شول. د دوي د کارولو په لومړۍ لسیزه کې ډېر پام دې ته وه، چې د دوي ګټه د امیدوارۍ په مخنیوي کې او د دوي خطر د غیر منظمي وینې بهیدنې له کبله څومره دی؟

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

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

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

دغه دواړه یادې شوې څیړنې په ۱۹۲۸م کال کې پیل شوې وې (**۷۳،۷۴،۷۵**).

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

الف: ناوړه اړخيزې اغيزې

۱. د زړه او رګونو اغیزې

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

د پورته یادوو شوو څیړنو څخه داسې راپور ورکړل شو چې هغه ښځې چې کمباینډ 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.

دوه ویشتمه ګڼه جدول: د عمر، سګرټ څکولو او د خولې د لارې 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 کاروونکو ښځوکې د مړینې کچه	د کنترول کچه
۱۵_۲۴		
• سګرټ نه څکوونکې	۰،۰	۰،۰
• سګرټ څکوونکې	۱۰،۵	۰،۰
۲۵_۳۴		
• سګرټ نه څکوونکې	۴،۴	۲،۷
• سګرټ څکوونکې	۱۴،۲	۴،۲۳
۳۵_۴۴		
• سګرټ نه څکوونکې	۲۱،۵	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 لارې 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 لارې د امیدواری ضد ګولیو د پروجستوجن کچه هم باید کمه شي ترڅو د کارولو له کبله یې منځته راتلونکې اختلاطات کم کړای شي.

۲. سرطاني اغيزې (Carcinogenesis)

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

د نړيوالې روغتيايي ادارې د Multicentre case control څېړنې له مخې چې د اميدوارۍ ضد هارموني درملو او سرطان ترمنځ شونې اړيکه يې وڅېړله، دې خبرې ته ميلان اوښودلو چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درملو په پر له پسې توګه کارول د رحم د غاړې د سرطان چانس زياتوي چې دا موندنې نورې هم وڅېړل شوې.

۳. استقلابي اغيزې

په اوس وخت کې هغه استقلابي اغيزو ته چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درملو له کبله پيدا کيږي زيات پام اوختی دی. دغه اغيزې عبارت دي له: د وينې د فشار لوړوالی، د سيروم د ليپيډ بدلونونه په ځانګړې ډول د High denisity Lipoprotien يا HDL د سويې کموالی، د وينې لخته کيدل، د سيروم د ګلوکوز او انسولين د اوچتوالي سره د قندونو د استقلاب زياتوالی او داسې نورو څخه. دغه اغيزې د ګولۍ د پروجستوجن برخې د دوز سره مثبته اړيکه لري. د کورنې تنظيم متخصيصينو داسې نظر ورکړی دی چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درمل کيدای شي د دوي کارونکو ته د اوږدې مودې ستونزې پيدا کړي لکه کيدای شي چې اتيروجنيسيس (Atherogenesis) زيات کړي او په پايله کې کلينکي ستونزې لکه د زړه د عضلې اسکيميا او سټروک ورته پيدا شي.

۴. نورې ناوړه اړخيزې اغيزې

i. د ځګر ګډوډي

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

ii. شيدې ورکول

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

هغه ښځې چې د خولې دلارې د اميدوارۍ ضد درمل اخلي، هر ډول چې وي، يوه کمه کچه هارمون په شيدو کې افراغوي خو په ماشوم باندې يي اغيزې کمې ښودل شوې دي.

وروستنۍ اميدواري (Subsequent fertility)

په عمومي ډول دا معلومه شوې ده چې د خولې د لارې د اميدوارۍ ضد درمل د کم وخت لپاره د اميدوارۍ په رامنځته کيدو کې ځنډ منځته راولي، زياتره ښځې د درملو د بنديدلو څخه وروسته تر دوه مياشتو پورې بيرته اميدواره کيږي چې کيدای شي ۱۵_۳۵ ٪ سلنه ښځې وي. دا معلومه نده چې د ګوليو دوامداره کاريدنه تر ۵_۱۰ کلونو پورې وروستنۍ اميدواري خرابوي او که نه؟

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

دا په هغه ښځو کې چې یوازې پروجستوجن لرونکې ګولۍ کاروي نسبت هغه ښځو ته چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد ګډې ګولۍ کاروي ډیره دودیزه پیښنه 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. دودیېزې ناخوښه اغیزې

الف: د تیونو حساسوالی : هغه ښځې چې د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل اخلي د تیونو حساسوالی، ډکوالی او ناراحتي پکي 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.

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

ب: ګټورې اغيزې

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

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

مضاد استطبابات

الف: مطلق مضاد استطباب

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

ب: ځانګړي ستونزې چې طبي کتنې ته اړتیا لري

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

طبي څارنه (Medical suprervision)

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

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

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

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

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

لاندې شیان د تاریخچې یا کتنې په وسیله وګورئ.	هو	نه
د ځلوېښت 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 ورکړې وي	----	-----
د سینې شدید درد	-----	----
د تمرین څخه وروسته غیر دودیزه ساه لنډې	-----	-----
سخت سردرد او یا د لیدلو نیمګړتیاوې	----	-----
شیدې ورکول (هو= د شپږ میاشتو څخه کم وخت)	-----	-----
د میاشتني عادت ترمنځ وینه بهیدنه او یا د جنسي عمل څخه وروسته وینه بهیدنه	------	------
د میاشتني عادت بندیدل یا Amenorrhoea	------	-----
د پوستکي او سترګو غیرنورمال ژیړوالی	-----	-----
د وینې فشار (هو= سیستولیک د ۱۴۰ او ډیاستولیک د ۹۰ ملي متره ستون سیماب څخه پورته)	-----	----
په تیونو کې د کټلې شتون	-----	-----
پړسیدلې پنډۍ (اذیما)	-----	----
لارښوونه: که چیرې پورتني ټول شیان منفي وي نو ښځې ته د خولې د لارې د امیدوارۍ ضد درمل ورکول کیدای شي، خو که چیرې یو حالت هم ورڅخه مثبت وي نو ښځه اول باید د ډاکټر په وسیله وکتل شي.	-----	-----

ب: د هارمون ورو ازادونکي درمل (Depot formolaion)

د depot formulation شتون ځکه اړین دی چې:

- ډیر اغیزمن دي.
- د امیدوارۍ ضد اغیزې یې د بیرته ګرځیدو وړتیا لري.
- د اوږدې مودې لپاره اغیزه کوي.
- د امیدوارۍ ترمنځ د واټن رامنځته کولو لپاره د استروجن څخه خالي دي.
- یو دوز یې د څو میاشتو یا کلونو لپاره بسنه کوي.

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

۱. د امیدوارۍ ضد زرقي درمل

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

اول : یوازې پروجستوجن لرونکي د امیدوارۍ ضد زرقي درمل

دوه ډوله د امیدوارۍ ضد زرقي درمل چې د دواړو بنسټ پروجستوجن جوړوي تر اوسه پیژندل شوي دي او د کارولو لپاره د منلو وړ درمل دي. دغه درمل نسبت پخوانیو د مخنیونې لارو ته د ناخوښه امیدوارۍ د مخنیوي لپاره په ریښتیني ډول ډیر

اغیزمن دي.

د امیدوارۍ ضد زرقي درمل عبارت دي له:

a. DMPA یا Depot medroxy progesterone acetate

b. NET_EN یا Noregthisterone enantate

الف: DMPA

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

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

ناوړه اړخیزې اغیزې یي (لکه د وزن زیاتوالی، غیرمنظمه وینه بهیدنه، او د کارونې څخه وروسته د اوږد وخت لپاره شنډوالی) د هغه نقصانونو څخه عبارت دي چې ددې کارول یي په هره ډله عمر لرونکو ښځو کې بند کړي دي. لکه اوس په زیاتره هیوادونو کې دا ښودل شوې ده چې دا د امیدوارۍ ضد درمل په هغو ځو ځلې

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

په ځینو هیوادونو کې د DMPA کارولو ته په راتلونکي امیدوارۍ باندې د اغیزو د منځته راتګ له کبله اجازه نه ورکوي. شته ځیړنې دا ښئ 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 Norethisterone Enantate (NET-EN) د ۱۹۲۰م کال څخه راپدیخوا امیدوارۍ ضد زرقي درملو په ډول کاریدنه لري که څه هم د DMPA په نسبت لږ پراخه کارول کیږي. دا درمل د عضلې د لارې ۲۰۰ ملي ګرامه هر ۲۰ ورځې وروسته ورکول کیږي. د دې درملو د امیدوارۍ ضد اغیزې د تخمې د ازادولو څخه د مخنیوي او د رحم غاړې پر مخاط د پروجستوجنیک اغیزو له کبله منځه راځې. د DMPA سره په پرتله کولو دا درمل لږڅه زیات د امیدوارۍ د رامنځته کیدو چانس (۰،۴) لري.

تطبیق (Administration)

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

ناوړه اړخيزې اغيزې

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

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

ځيږنو ښودلې ده هغه ښځې چې د DMPA کارول بند کړي د درملنې د مودې څخه ۵،۵ مياشتې وروسته اميدواري اخلي او ۹۰ سلنه مخکنۍ کارونکې ښځې د دوه کلونو په موده کې بيرته اميدواري اخلي. په هند کې داسې ځيړنې روانې دي چې په هغه ښځو کې کوم چې د NET-EN کارول يې بند کړی وي بيرته د اميدواره کيدو حالت ته راګرځيدل معلوم کړي. تراوسه پورې د DMPA او NET-EN دواړو د اوږدې مودې اغيزې معلومې نه دي.

مضاد استطباب

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

د DMPA او NET-EN ځانګړې ګټه داده چې دا درمل د اوږدې مودې لپاره ډير اغيزمن دي، او د بيرته ګرځيدو وړ د اميدوارۍ ضد اغيزې لري.

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

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

دوهم :ګډ ډول د اميدوارۍ ضد زرقي درمل :

دا زرقي درمل هم پروجستوجن او هم استروجن لري. دا د يوې مياشتې په واټن درې ورځې کم يا زيات، ورکول کيږي.

ګډ ډول د اميدوارۍ ضد درمل په بنسټيز ډول د تخمې د ازاديدو د مخنيوي له کبله د اميدوارۍ ضد اغيزه منځته راوړي. د رحم د غاړې مخاط په ريښتيا سره د پروجستوجن په وسيله اغيزمن کيږي او د سپرم د تيريدو په وړاندې خنډ جوړوي. همدارنګه په اندومتريوم کې بدلون منځته راوړي تر څو چې که چيرې تخمه القاح شي ددغه القاح شوې تخمې د غرس لپاره برابر نه اوسي.

په کلينکي څيړنو کې ښودل شوې ده چې Cyclofem/ Cyclo- provera او Mesigyna دواړه درمل د ۱۲ مياشتو لپاره ډير اغيزمن دي. د Cyclofem/ Cycloprovera د پاتې راتللو کچه ۲،۰ سلنه او د Mesigyna لپاره ۴،۰ سلنه ده. ناوړه اړخيزې اغيزې يې د پروجستوجن يوازې زرقي درملو په څير دي مګر ډيرې لږې رامنځته کيږي. اميدوارۍ ته د بيرته راګرځيدو او د تخمې د ازاديدو معلومات يې نيمګړي دي.

مضاد استطبابات يې عبارت دي له: په ګوته شوې يا شکمنه اميدواري، د شته يا پخوانۍ ترومبوامبوليک ګډوډيو نښې نښانې، د عصبي رګونو او يا د زړه د رګونو ناروغۍ، څايي نيم سرى (Migraine)، د تيونو سرطان، او د شکرې ناروغي چې د رګونو د اختلاطاتو سره يوځاى وي.

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

چې د زیږون څخه وروسته د شیدو ورکولو په اولو شپږو میاشتو کې وي، همدارنګه د هغه ښځو لپاره لږ ورږ 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 امیدوارۍ 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 درلودونکې دي. کوم چې په پرتلیز ډول دننه کول او ویستل یې اسانه دي. د سیلاستیک کپسولونه یا راډونه د لیچو او یا مټ په پوستکي کې دننه ایښودل کیږي. د پنځه کلونو څخه زیات وخت لپاره اغیزمنه د امیدوارۍ ضد اغیزه منځته راوړي. د نارپلانټ د امیدوارۍ ضد اغیزې د کپسول په ویستلو سره بیرته ګرځیدونکي دي.

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

۳. مهبلي کړۍ (vaginal rings)

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

د زيږون څخه وروسته لارې (د اميدوارۍ پا ی)

(Post conceptional method s)

د مياشتني عادت تنظيم

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

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

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

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

B: د قانونی بندیز نشتوالی

C: د وختي عملیې د خوندي توب زیاتوالی.

د میاشتني عادت تنبه کول

دا په بنسټیز ډول د پروجسترون اوپروستاګلاندین ترمنځ د موازینې او بیلانس د ګډوډولو په وسیله منځته راځي. پداسې ډول چې د رحم په دننه کې د پروستاګلاندین د محلول ۱،۵ ملي ګرامه یا۲_ ۲،۵ ملي ګرامه pellet) اینښودل کیږي. د پروستاګلاندین د محلول د تطبیق څخه څو دقیقې وروسته اغیزې یې پیل کیږي چې رحم د پروستاګلاندین د تطبیق په وړاندې په پر له پسې توګه تقبض کوي. وروسته بیا په وقفوی ډول سره تقلصات پیلوي او تر ۳_۴ ساعتونو پوري پر له پسې والی پیداکوي په پایله کې وینه بهیدنه پیلیږي او تر څو ورځو پورې پایښت مومي (په دودیز ډول تر ۷_۸ ورځو پورې).

زیان (Abortion)

په نظري لحاظ سره د زیان تعریف پدې ډول دی چې مخکی لدې څخه 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 دننی مودې سره سر خوري او د جنین وزن په اټکلي ډول زر (۱۰۰۰) ګرامه وی.

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

مخې زيان منځته راځي. په ريښتينې ډول د نړۍ په ځينو هيوادونو لکه هنگري کې د قانونی زيان شمير د ژونديو زيږيدنو څخه زيات دی. زيان په دوو کتگوريو ويشل شوی دی يو په خپل سر يا Spontaneous ډول او بل د انډکشن يا تنبه او تحريک په وسيله زيان دی. د خپل سر زيانو نو شمير په هر پنځه لس (۱۵) اميدواريو کې يو دانه دی. چې د زيږيدنو د کنترول دپاره يوه طبيعي لاره گڼل کيږي.

Induce abration د خپل سر زيان څخه په بل ډول، د تنبه او تحريک په وسيله منځته راځي. دا کيدای شي چی قانوني يا هم غير قانوني وي. غير قانوني زيان ډير خطرناک وي. دا وروستنی کړنه ده چې ښځې کله چې د دوي ژوند په خطر کې وي خپلې اميدوارۍ ته پای ورکوي.

د زيان پيښې په دقيق ډول سره په ټوله نړۍ کې معلومې ندي. خو په اټکلي ډول سره په کال کی د (**۵۵-۳۰**) مليونه پورې رسيږي. يا په بل عبارت د زيان پيښې په هرو زرو (۱۰۰۰) ښځو کې چې د بچي زيږونې په عمر کې وي **۷۰-۴۰** پورې شميرل شويدي. او د زرو ژونديو زيږيدنو په سر يې شمير د **۲۷۰_۴۵۰** پورې رسيږي.

په هندوستان کی هر کال د زيان (**۲**) مليونه پيښې منځته راځي لدې جملې څخه څلور (**۴**) مليونه يې د تنبه په وسيله (induced) او پاتې (**۲**) مليونه يې په خپل سر ډول پيښيږي.

د زيان خطرونه

زيان که په خپل سر ډول وي او يا هم په قصدي ډول وي، که د يو پوهه لرونکي کس د خوا او يا هم د ناپوه کس په وسيله تر سره شي ، د خطر سره مل وي چې په پايله کې د ميندو د ناجوړيدو او مړينې لامل کيږی. په پرمختللو هيوادنو کې هغه زيانونه چې قانوني وي او معلومات يې هم سم دي د مړينې نسبت پکې د يو څخه تر

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

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

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 قانوني 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

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

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

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

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

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

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

۱: هغه شرائط چی د هغی لاندې امیدواري پای موندلی شي (MTP ACT 1971)

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

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

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

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

ه: چې د امیدوارۍ ضد درملو د پاتې راتللو له کبله امیدواري رامنځته شي. د امیدوارۍ ضد د هرې آلې یا لارې پاتې راتلل چې د امیدوارۍ پایښت د مور د سختې دماغي صدمې لامل شي.

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

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

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

د زیان قانون د مور ژوند ساتي. دغه عملیه باید د یو طبی متخصص په وسیله چې په نسائي او ولادي کې بشپړه تجربه ولري باید تر سره شي، په هغه صورت کې چې د امیدوارۍ د پایښت موده یي تر دولس (۱۲) اونیو ښځه زیاته تیره شوې نه وي. او که د امیدوارۍ د پایښت موده یي د دولس اونیو ښځه زیاته او د شل (۲۰) اونیو ښځه کمه وي نوپدې صورت کې د دوه طبي متخصیصونو شتون اړین دی ترڅو زیان تر سره او امیدوارۍ 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 ښځه پرته چې د حکومت د خوا جوړ شوی وي، بل چیرته تر سره نشی. یا په داسې یو ځای کې چې د حکومت له اړخه د همدې موخې لپاره ټاکل شوی وي باید تر سره شي.

په طبي ډول د امیدوارۍ د پای ته رسولو قاعدې

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

اکتوبر په میاشت کې بدلون پکې رامنځته شو. په دې ډول چې هغه عملیې چې په طبي ډول د امیدوارۍ پای ته رسولو کې ګډون درلوده او ډیر وخت 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 تائیدول:

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

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

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

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

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

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

د نوي قانون لاندې غیر دولتي روغتونونه چې د اولسوالۍ د مشر 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 قانوني زیان کلنۍ پیښې د ۲،۰ 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

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 یي ستونزمن کار دی. دا د طبیعي ځواک کمزوري کول غواړي او سړي ته باید بلې خوا ته لاربنونه وشي. همدارنګه د عصبي تنبه ماتول هم ترسره کیدای شي. نو ځکه ویل کیږي چې دې لاره عملي کول ستونزمن کار دی.

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

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

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

ناوړه اړخیزې اغیزې یي لکه د حوصلې 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،

هیڅ د کورنی تنظیم لاره ونه کارول شي.

ځیرنو ښودلې ده چې د انزال څخه مخکې د جنسي آلې دباندې ویستل د جنسي عمل د نه ترسره کولو لارې 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)

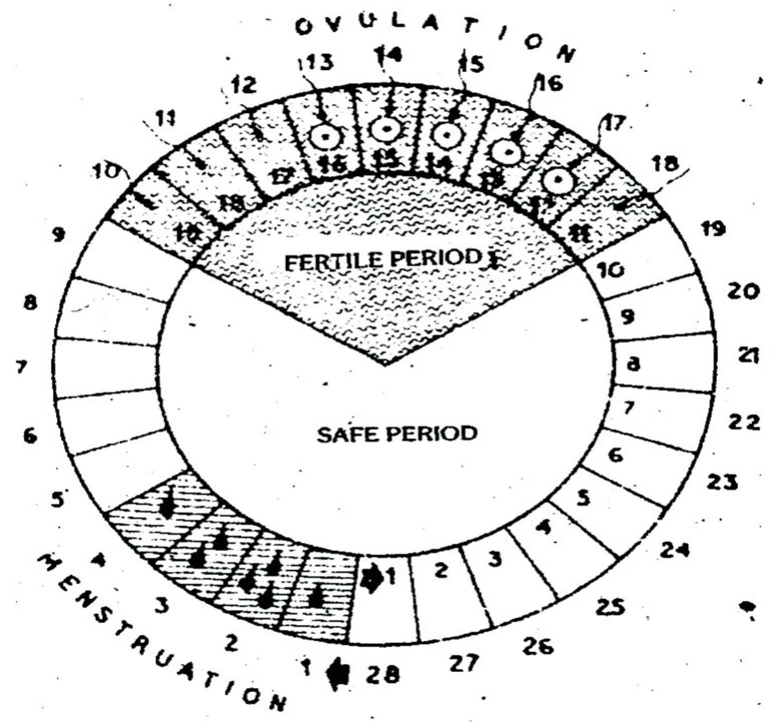
دا د جنترۍ لارې په‌نوم هم یادیږي. د لومړي ځل لپاره په ۱۹۳۰م کال کې د Ogino په نوم عالم له خوا تشریح شوه. د دې لارې بنسټ په دې حقیقت ولاړ دی چې د تخمې ازادیدل د میاشتنی عادت په ۱۲_۱۲ ورځ منځته راځي (لاندې اتمه ګڼه انځور وګورئ).

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

که چیرې تر ټولو لنډ میاشتنی 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 میاشتنی عادت موده د ۳۱-۲۲ ورځو پورې وي، نو د امیدوارۍ اخستلو لپاره ښه موده چې په هغې کې ښځه باید کوروالی ونکړي د میاشتنی عادت د ۸_۲۱ ورځو پورې ده.

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

اتمه ګڼه انځور:



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

د جنتري د لارې نقصان پدې کې دی چې:

۱. د یوې ښځې د میاشتنې عادت موده هر وخت منظمه نه وي. که دوران غیرمنظم وي نو دا به ډیره سخته وي چې ددې لارې د خوندي توب په باره کې وړاند وینه وکړو.

۲. دا لاره یوازې د زده کړه لرونکو او مسوٌلیت درک کوونکو جوړو په وسیله عملی کیدای شي چې یو د بل سره همکاري وکړي.

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

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

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

د جنترى د لارې دوه غوره طبي اختلاطات راپور ورکړل شوي دي. چې یو بې ځایه امیدواري او بل د جنین د ابنارملتي ګانو څخه عبارت دی.

بې ځایه امیدواري کیدای شي چې د تخمې د بي ځایه کیدو له کبله د هغې امیدوارۍ په پایله کې رامنځته شي کوم چې د میاشتني عادت په وروستۍ برخه کې منځته راغلې وي، او جنیني ابنارملتي ګانې کیدای شي چې د زیات عمر لرونکي سپرم، او یا زیات عمر لرونکي تخمې له کبله منځته راشي.

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

۴. د کورني تنظیم طبیعي لارې

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

(الف): Basal body temperature لاره

(ب): Cervical mucus method

(ج): Symptothermic method

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

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

د امیدوارۍ د مخنیوې لپاره جوړه باید د میاشتني عادت پدې موده کې ځان د جنسي نږدیوالي څخه وساتي. دوي په بشپړ ډول د امیدوارۍ ضد درملو او هر ډول آلې د کارولو څخه ځان ساتي. دا کورني تنظیم د طبیعي لارو غوره والی دی.

الف: **Basal body temperature method**

BBT لاره د یوې معلومی او ځانګړیي فزیالوژیکي پیښې پورې اړه لري. چې هغه د تخمې د ازادیدو په وخت کې د پروجسترون د جوړیدو د زیاتوالې له کبله، د بدن د تودوخې درجې پورته کیدل دي.

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

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

ب: **Cervical mucus method**

داد Billing's method او د تخمې د ازادیدو د لارې په نوم هم یادیږي. د دې لارې بنسټ د رحم د غاړې د مخا ط په ځانګړتیاؤ کې د بدلون منځته راتلو باندې ولاړ دی. د تخمې د ازادیدو په وخت کې د رحم د غاړې مخاط ډیر شفاف او اوبلن ښکاري لکه د خامې هګۍ د سپینو غوندي نرم او ښوي وي. خو د تخمې د ازادیدو وروسته د پروجسترون تر اغیزې لاندې د رحم د غاړې مخاط پنډ او غلیظ کیږي او مقداریې کمیږي. ښځه باید د کاغذ تشناب په وسیله د مهبل داخل ښه پاک کړي ترڅو د مخاط ځانګړتیاوې او اندازه معلومه کړی. هغه ښځې چې دا لاره عملې کوي باید د مخاط د بیلابیلو ډولونو ترمنځ توپیر وکولی شي.

دا لاره نسبت د نورو ټولو لارو څخه زیاتې هڅونې او همکارۍ ته اړتیا 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 نشې کړلی، نو کولی شي چې د بلې نښې په وسیله خپل ځان یقیني کړي. نو لدې کبله دا لاره د Billing لارې څخه ډیره ګټوره ده.

په لنډ ډول سره، د کورنې تنظیم د طبیعي لارو تطبیقول نظم او د جنسي نږدیوالي په برخه کې پوره پوهې ته اړتیا لري. د هر چا لپاره مناسبې ندي. ددې لارو لپاره زده کړه د نورو ټولو لارو څخه ډیره غوره ده. د نږیوالې روغتیایي ادارې، د بچي زیږونې په برخه کې ځانګړې پروګرام دا وښودله چې د کورنې تنظیم طبیعي لارې، په ځانګړې ډول د مخ پر ودې هیوادونو کې ډیر لږ د عمل وړ لارې دي.

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 امیدوارۍ 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 امیدوارۍ 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 امیدوارۍ ضد لارو کارولو ته اړتیا پیدا کوي.

٦. 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 امیدوارۍ په وختي مرحله کې منځته راځي. ۴_۲ اونۍ وروسته انتي بادي منځته راځې 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 پاینښت موده کولی شو چې د دوهمې بوستر دوز واکسین په تطبیقولو سره زیاته کړو. په اوس وخت کې د امیدوارۍ ضد دوه ډوله واکسینونه چې دواړه د هیومن کاریونیک ګونادوتروفین هارمون د بیتا فرعي برخې څخه جوړ

شوي دي، تر کلينکي څېړنو لاندې دي. د زېږېدنې د کنترول لپاره د واکسين منځته راوړلو هڅې لاروانې دي خو د نه منځته راتگ چانس يې زيات دی.

اخرنۍ لارې

شنډوالی (Sterilization)

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

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

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

د شنډولو لپاره لارښوونې (Guide lines)

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

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

ب: د ښځې عمر باید د شل (**۲۰**) کلونو څخه ټیټ نه وي، او د پنځه څلوېښت (**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 غوځیږي. بیا د پایپ بل سره هم غوټه کیږی او وروسته په خپل ځای باندی بیرته قات او ګنډل کیږي. د پایپ غوځې شوې برخې باید پدې ډول واچول شي چې خولې یې یو بل ته مخامخ نه وي. او دا کار په راتلونکي کې د بیاقنات جوړونې څخه مخنیوی کوي. دا کار ډیر ارزښت لري او پکار ده چې ټینګار ورباندې وشي.

د عملیات څخه وروسته سړی په سم دلاسه ډول نه شنډیږي بلکې په اټکلي ډول د دیرش (۳۰) انزالونو پوري وخت په بر کې نیسي. نو په دغه منځنۍ موده کې باید د بل 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 درې (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

ډیره غوره ګیله یي د درد او پړسوب څخه عبارت ده. د کلینکي بڼې له مخې کتله په جس سره کلکه او غټوالی یي نږدې اوه ملي مترو (7mm) ته رسیږي.

د سپرم ګرانولز کیدای شي چې د پرې شوو کانالونو د بیا یوځای کیدو (اناستوموزس) لپاره یوه لاره جوړه کړي. د سپرم ګرانولز په پای کې له منځه ځي. داسې راپور ورکړل شوی دی که چیرې وړوکی فلزي کلیپ د وازپایپ د تړلو لپاره وکارول شي، نو دا ستونزه به کمه او یا له منځه یوسي.

(ج): په خپل سر د قنات بیاجوړیدل:

زیاتره اپیتیلیل تیوبونه د تخریب څخه وروسته دوباره جوړیږي او Vasdeferen کوم ځانګړي تیوب ندی. د کانال بیاجوړیدل د صفر څخه تر شپږ سلنې (۰_۶%) پورې توپیر لري. د قنات بیا جوړیدل یوه د پام وړ خبره ده نو ځکه باید جراح ډاکټر د عملیات هر منونکي ته، د دې شوني کیدل مخکې د عملیات د ترسره کیدو څخه روښانه کړي او پکار ده چې لیکل شوی سند ورڅخه واخلي.

په انګلستان کې د ښځو په یوه څیړنه کې چې میړونو یې وازیکټومي ترسره کړې وه د ۱۴۰۴۷ ښځو څخه شپږ (۶) تنه یې د شپاړس میاشتو دننه او د درې کلونو څخه وروسته امیدواره شوې وې. نو ددې لپاره ناروغ باید تر درې کلونو پورې په منظم ډول په بیا بیا ډول وکتل شي.

(د): Autoimmune response:

وازیکټومي زیاتره وخت د سپرم په وړاندې د یو معافیتي ځواب د پیداکیدو لامل کیږي. د وازپایپ تړل د سپرمونو د بیرته جذبیدو لامل کیږي او په پایله کې د وینې په دوران کې د سپرمونو په وړاندې انټي بادې منځته راځي. په نورمال ډول دوه سلنه

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

(ځ):سایکولوژیک:

ځیني سړیان کیدای شي چې د جنسي غښتلتیا د کموالي، سردرد ، سستي اوداسې نورو څخه ګیله وکړي. دا شیان په هغه سړیانو کې ډیر پیدا کیږي چې Vasectomyیي د یو روحی فشار لاندې ترسره کړی وي. نو ځکه ډاکټر باید هر سړي ته چې نوموړی عملیات ترسره کوي، د دې عملیات لاره ، قاعدې ، 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 ۰،۱۵ سلنې ته رسیږي. د پاتې راتللو ډیر غوره لامل د Vasdeference په پیژندلو کې د سهوې کول دي. پدې ډول چې د Vasdeference پرځای بل کوم جوړښت لکه ترومبوتیک ورید یا ضخیم شوی لمفاوي رګ نیول کیږي. نو ځکه په پرمختللي هیوادونو کې د زیاتره پوهانو له پلوه د هر وازیکټومي عملیات څخه وروسته د ډاډ لپاره د هستولوژیک ازموینو د تر سره کولو سپارښتنه کیږي. خو په مخ پر ودې هیوادونه کې د دې ازموینو د ترسره کولو لپاره، د اسانتیاؤ د نه شتون له کبله دا ازموینې د منځه تللې دي. پدې هیوادونو کې یوه ساده ازموینه تر سره

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 دننۍ 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 امیدوارۍ 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 یا Scrotal support واغوندي. ساحه باید وچه او پاکه وساتي.

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

ځان وساتي. که څه هم بشپړ استراحت ته 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، ارامونکې او منونکې لاره ده. دغه نوی لاره د نرانو لپاره د کورني 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 واړه 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 دلارې 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 پړسول کیږي. وروسته بیا ګیډې ته لپراسکوپ دننه کیږي ترڅو تیوبونه وکتل شي. کله چې تیوب ته ورسیږي نو د تیوب د تړلو لپاره په تیوب کې

Fallopring یا کلیپ اچول کیږي. دا عملیات یوازې په هغه مرکزونو کې باید ترسره شي چې هلته د نسائي ولادي متخصص ډاکټران شتون ولري.

د دې لارې ډیر غوره والی اوښه والی پدې کې دی چې ناروغ په روغتون کې د کم وخت لپاره پاتې کیږي، د عملیات وخت یې لنډ وي، او هم د ګیډې د پاسه ډیر کم سکار یا داغ پریږدي.

د ناروغ ټاکنه:

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

د عملیات څخه وروسته ناروغ ته پکار ده چې تر اته څلویښت (۴۸) ساعتونو پورې په روغتون کې پاتې شي. 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 لپراسکوپی د سترو تاوانونو څخه شمیرل کیږي.

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 شوي وه.

(ب): Minilap operation

Minilapratomy د ګیډې د لارې د تیوبیکټومي سم شوی ډول عملیات دی. دا یوه ډیره ساده عملیه ده چې د ځایي انستیزی 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 لومړني 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 امیدوارۍ ضد لارو ارزونه

د امیدوارۍ ضد لارو اغیزمنتوب په عمومي ډول د غیر پلان شوي امیدوارۍ د شمیر د مخې چې د امیدوارۍ ضد لارو د کارولو په ځانګړې موده کې منځته راځي، ارزول کیږي. دوه لارې چې د هغې له مخې د امیدوارۍ 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 امیدوارۍ

د پورتني فورمول په عملي کولو سره پکار ده چې په صورت کې ټول هغه ناځاپي راتلونکي امیدوارۍ چې پایله یې هر ډول وي یعنی ژوندی زیږیدنه، Still birth زیان، او هم هغه امیدوارۍ چې لاتراوسه 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 امیدوارۍ لپاره د لسو (۱۰) ځخه 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 امیدواري یا ۲،۵ امیدوارۍ به په ناځاپي 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 ځیرنې لږ تر لږه شپږ سوه (۶۰۰) میاشتې اړینې دي تر څو یوې قناعت ورکونکې پایلې ته ورسیږو.

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

Life table analysis:

د life table analysis امیدوارۍ 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 ځیرنه پریږدې پرته د هغه

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

د کورنۍ تنظیم نه ترلاسه شوی اړتیا

Unmet need for family planning

د نه ترلاسه شوي اړتیا مفکوره په رېښتني ډول په ۱۹۲۰م کال کې رامنځته شوه. کله چې د امیدوارۍ ضد یوې سروې KAP یا (Knowledge, Attitude, and Practice) دا وښودله چې د ځینو ښځو د بچي راوړلو د ارادې او د امیدوارۍ ضد سلوک ترمنځ واټن شتون لري. هغه اصطلاح چې دغه ډلې خلکو ته په مشهور ډول کارول کیږي د KAP gap په نوم یادیږي. په ۱۹۷۷م کال کې د لومړي ځل لپاره د unmet اصطلاح کاریدل خپور شول.

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

زیاتره ښځې کومې چې د جنسي عمل له پلوه فعالې دي نه غواړي چې امیدواري واخلي مګر د دوي د جنسي ملګري (pratner) په ګډون دوې هیڅکله کوم د امیدوارۍ ضد لارې څخه کار نه اخلي نو داسې ویل کیږي چې دا ښځې د کورنۍ تنظیم د خدمتونو لپاره نه ترلاسه شوې اړتیا لري.

دغه مفکوره په دودیز ډول د واده شوو ښځو لپاره عملي کیدای 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 یوازې د واده شوو ښځو پورې تړلي دي.

د نه ترلاسه شوي اړتیا مفکوره کیدای شي چې د کورنۍ تنظیم لپاره یوه غښتلې

مفکوره وي او د کورني تنظیم د پروګرامونو لپاره یو ګواښ جوړ کړي تر څو هغه کچې ته ورسیږي چې میلونونه ښځې کومې چې د بچي زیږونې په پړاو کې دي او د یو یا څو لاملونو له کبله د امیدواری ضد لارو څخه ګټه نه اخلي، د هغه ښځو سره یوشان کړي چې د امیدواری ضد لارې 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 (۱۲) سلنه واده شوې ښځې د کورني 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 کورني 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 کورني تنظیم نه ترلاسه شوی اړتیا د زیږیدنو تر ولکې لاندې راوستلو لپاره وي.

د کورني 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 کورني تنظیم لپاره نه ترلاسه شوی اړتیا ښودل شوې ده.

څلورویشتمه ګڼه جدول: د ځانګړیو خواصو په نظر کې نیولو سره اوس وخت کې په هند کې د کورني تنظیم لپاره د واده شوو ښځو نه ترلاسه شوې اړتیا (۱۹۹۸_۹۹).

ځانګړې ځانګړتیاوې	د واټن لپاره	د زیږیدنو د تر ولکې لاندې راوستلو لپاره	ټوله اندازه
عمر			
• ۱۵_۱۹	۲۵،۲	۱،۲	۲۷،۱
• ۲۰_۲۴	۱۸،۴	۵،۹	۲۴،۴
• ۲۵_۲۹	۸،۱	۱۰،۵	۱۸،۲
• ۳۰_۳۴	۳،۱	۱۱،۱	۱۴،۱
• ۳۵_۳۹	۱،۱	۹،۱	۱۰،۲
• ۴۰_۴۴	۰،۲	۵،۵	۵،۷
• ۴۵_۴۹	۰،۱	۳،۰	۳،۱
اوسیدنه			
• ښاري	۲،۷	۲،۷	۱۳،۴
• کلیوالي	۹،۸	۷،۸	۱۲،۷
زده کړه			
• بې زده کړې	۷،۸	۸،۵	۱۲،۲
• زده کړه لري < د منځني ښوونځي تکمیلول	۸،۴	۲،۱	۱۴،۵
• منځنی ښوونځی یې تکمیل کړی وي	۱۱،۱	۲،۱	۱۷،۱
• لیسه یې تکمیل 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
• عیسوي	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

سره توپیر لري. دا د هند په سترو ایالاتونو کې د اوه (۷) سلنې څخه (په پنجاب کې) تر ۲۵ سلنې (په اوتارپرادیش او بیهار کې) پورې توپیر لري. په راجستان، 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 امیدوارۍ ضد درملو او لاروچارو کارول زیات شوي دي او نه ترلاسه شوې اړتیا مخ په کمیدو ده، مګر د کورني تنظیم د خدمتونو په څرنګوالي او پوښښ کې باید د نظر وړ ښه والی رامنځته شي په ځانګړي ډول په څلورو سترو ایالاتونو یعنی اوتارپرادیش، بیهار، مادیاپرادیش، او راجستان کې.

د امیدوارۍ 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 امیدوارۍ کچه د ټولو امیدواریو ۱۰_۲۰ سلنه جوړوي او په دوامدار ډول شمیر یې نور هم زیاتیږي.

په Adolescence عمر کې د امیدوارۍ منځته راتلل زیاتره وخت د خطر سره یوځای وي، ډیرې یې ناخوښه امیدوارۍ 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 ګواښونکی اختلاطات رامنځته کولی شي. د مړیني او اخته کیدنې زیاتوالی (په ځانګړي ډول په دویمي ډول شنډوتوب) هم په دې ښځو کې رامنځته کیدای شي.

د روغتیایي تعلیماتو د لارې په ځوانو خلکو کې د ناخوښه امیدوارۍ او د جنسي

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

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

د مخنیونې لارې:

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

د امیدوارۍ ضد هارموني درمل:

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

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

د رحم دننۍ آله یا IUD :

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

نورې لارې:

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

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

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

د کورني 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 ریښتیني 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 نژدې وخت کې د کورني 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 هرې دروازې ته د خدمتونو رسول او د خلکو داسې هڅول چې د کوچنۍ کورنۍ د قانون سره ځان برابر کړي.

د کورني ښه والی پروګرام اداري جوړښت کوم چې په ۱۹۶۲م کال کې د مرکزي روغتیا او کورني ښه والی وزارت په وسیله منځته راغلی دی، د ګڼ شمیر ځانګو لرونکی دی. د هند د روغتیا او کورني بهبو وزارت سکرتریت د کورني ښه والی د دیپارتمنت مسؤل دی چې د ځانګړي سکرتریت او نورو سکرتریتونو په وسیله مرسته ورسره کیږي یعنی په ګډه ډول کار کوي. ځانګړي سکرتریت (special secratery) د

پروګرام عملي کيدل او د فعاليتونو هم غړي کول تر څارنې لاندې نيسي. اوس دغو ځانګو کې زده کړه ورکوونکی یا 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 کورني ښه والی د ښه والي لپاره د زده کړې، تربيوي خدمتونو، پلټنې او ارزونې له لارې يو اوچت تخنيکي انستيوت دی. د کورني 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 کورني ښه والی پروګرام د فعاليتونو په پرمختګ باندې پام اچوي.

د کورني 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 مسُوليت لري. پدې اوسني وخت کې دا يوه غوره لاس ته راوړنه ده.

د ایالت په کچه

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

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

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

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

د اولسوالی په کچه

د اولسوالۍ په کچه د دې جوړښت د اولسوالۍ کورني ښه والی د اداري څخه جوړ شوی دی کوم چې دري غوره برخې یا divisions لري. دغه غوره برخې په دې ډول دي.

- اداري برخه یا Administrative division : چې د کورني ښه والي د اولسوالۍ افسر یا District Family Welfare Officer په وسیله یې مشري کیږي.
- د کتلوي تعلیم ورکولو او مډیا برخه: چې د اولسوالۍ د کتلوي مډیا او زده کړې ورکولو افسر یې مشري کوي.
- د ارزونې برخه یا Evaluation division : چې احصایوي افسر یا statistical officer یې مشري کوي.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 وړاندي شول.

تر **۲۰۰۳**م 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 (دري 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 معمولاً داسې تربیه کیږي چې په طبي ډول د امیدوارۍ پای ته رسول او شنډول وکولی شي. د مس لرونکو T انځور لرونکو د رحم د دننني 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.

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

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

د کلي په کچه

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

الف: د کلي روغتيايي لارښود:

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

ب: تربيه شوي دائې:

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

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

د ټولنې د اړتياؤ د ارزونې کړنلاره

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

د کلونو په تيريدلو سره دا معلومه شوه چې دلته ګڼ شمير زيانونو په top down target تګلارې کې شتون درلوده، کوم چې د لوړو چارواکو له خوا پريکړه وشوهترڅو د اميدوارۍ ضد درملو په ډول او اندازه باندې بايد غور وشي.

لومړی دا چې د کارونکو له خوا غوره والی ورکول موخې نه منعکسوي. که چيرې د کاروونکي د خوښې سره سم د اميدوارۍ ضد لاره ونه موندل شي نو موخه نه شي ترلاسه کيدلی. دلته يو سم او پيژندل شوی سيستم د ځواب ورکونې لپاره شتون نه لري چې کوم ډول د اميدوارۍ ضد درمل په کوم ځای او کوم عمر لرونکو ډله خلکو لپاره بايد وکارول شي.

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

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 امیدوارۍ 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 کیرالااو تامیل نادو د لومړني project په ګډون) یوازې یوې اولسوالۍ د موخې د ترلاسه کولو وړتیا پیداکړه. وروسته د ۱۹۹۲م کال تر اپریل پورې د فردي امیدوارۍ ضد درملو څخه په ګټه اخستلو سره دغه موخې ترلاسه شوې. دا د دې معنی نه لري چې نور دي څوک کار نه کوي. د خلکو موخې لکه د 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

Needs Assessment Approach Manual په نوم دې ونومول شي.

د خصوصي سکتور شريکول

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

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 دننۍ آلې د دننه کولو لپاره شل (۲۰) هندې کلدارې د دې کاروونکو 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 دننۍ 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 درې ماشومانو د راوړلو څخه وروسته د شنډتوب عمليه تر سره کوي ځانګړې رتبه يا ترفيع ورکوي (د دوه ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عمليې ترسره کولو په سر دوه رتبې او د درې ماشومانو څخه وروسته د شنډتوب عمليې ترسره کولو په سر يوه رتبه). همدارنګه د مرکزي دولت کارکوونکې د شنډتوب د عمليې 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 کوچنۍ کورنۍ قانون ته پرمختګ ورکړل شي نو هغه کارکوونکي چې د ۵۰ کلونو څخه کم او ښځه يې د ۴۵ کلونو څخه کم عمر ولري نو دوي ته به ځانګړې رخصتې ورکول کيږي (د ښځې لپاره ۱۴ ورځې او د سړي لپاره اوه (۷) ورځې). مګر د درې ماشومانو د راوړلو څخه وروسته هيڅ رخصت نه ورکول کيږي.

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

د ایالاتونو دولتي ادارو داسې غوښتنه کړې ده چې هغه د امیدوارۍ ضد منوونکي چې وروسته د دوه ماشومانو څخه تل پاتې د امیدوارۍ ضد لاره وکاروي باید شین کارډ (Green card) ورته ورکړل شي ترڅو په هغه پروژو کې چې امتیازي درملنه ترسره کیږي دوي وپیژندل شي او د لومړي توب حق ورکړل شي. نقدي امتیاز هم هغه ایالاتونو ته ورکول کیږي چې ښه کارکول ولري او دغه پیسې باید د کورني ښه والي پروګرام په ښه کولو باندي 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 کورني ښه والي پروګرام د لارې ښه کړي کوم چې دا خدمتونه د زیږون څخه مخکي (Antenatal)، د زیږون پر مهال (Neonatal) او د زیږون څخه وروسته

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

الف: هغه ښځې چې په نژدې وخت کې یې زیږېدنه کړې وي د امیدوارۍ لپاره برابرې دي او کیدای شي چې ډېر ژر امیدواره شي.

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

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

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

د خلکو پوهاوی

د خلکو پوهاوی په دې ډول تعریفیږي چې: دا یو د زده کړې پروګرام دی کوم چې د ټولنې، هیواد، او نړۍ د وګړو د حالتونو د 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 وپېژني. د وګړو د زده کړې پروګرام منځ پانګه د ځانګړو ملي حالتونو لکه سیاسي او تعلیمي موخو په وسیله اغیزمنه کیږي.

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

د کورني تنظیم سوسیالوژي

(Socialogy of family planning)

د کورنۍ جوړښت په خپله د یو انسان په شان دی. کورنۍ د ټولنې بنسټیز واحد دی. د دې د تنظیم اړینتوب په دې نژدې وخت کې منځته راغلی دی ځکه چې د نړۍ په اقتصادي، ټولنیز او کلتوري بڼه کې بدلون منځته راغلی دی او دغه ټول شیان ځکه غوره دي چې د ژوند د ښکلا (quality of life) د حیات د کیفیت کریټیریاوې ټاکي. سوسیالوژیست او اقتصادپوه دا ښودلی ده چې دا به ستونزمنه وي چې د ټولنې د ژوند کچه د وګړو د پرله پسې زیاتوالي د نه کنترول سره اوچته شي. د پنځه کلن پرمختیایي پلان لاس ته راوړنې د بنسټیزو اړتیاؤ لپاره لکه خواړه، کور، جامې، زده کړه، او طبي خدمتونه د وګړو د تیز زیاتوالي له کبله د منځه تللې دي.

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

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

نو ځکه د کورني تنظیم ستونزه د ټولنیز بدلون لپاره ستر خنډ دی. د امیدوارۍ ضد تکنالوژي ددې ستونزې هوارۍ 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 کړي اوچتوالی او د دندې پیدا کول ورته، د زړو خلکو ساتنه، د ماشومانو په زور سره زده کړه، د اقتصادي بدلونونو منځته راوړل ترڅو د نفرسر شتمني زیاته شي، او داسې نور.

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

خپلواکه اداري (voluntary organization)

د پیل څخه تر اوسه پورې خپلواکه ادارو د وګړو په کنټرول کې ستر رول لوبولی دی. دوي د هرې شونې لارې څخه ګټه اخلي ترڅو د دولت هڅې د کورني ښه والي پروګرام د پرمختګ په برخه کې پوره کړي. د زده کړې او هڅولو ترڅنګ د دوي د کورني ښه والي د مرکزونو، د زیږون څخه وروسته مرکزونو، د ANM د تربیوي ښوونځیو، د وګړو د پلټنې مرکزونو، او نورو نوو پروژو په چلولو کې هم برخه اخلي.

د هند یو څو پیژندل شوې خپلواکه اداري عبارت دي له: _Family Planning Family Planning Foundation and the Population ، Assosciation of India Council of India ، او داسې نورې لکه د هند سره میاشت، د هند طبي اداره، روټري کلب، Loins Clubs ، Cetizine Forum ، Christian Missionaries او شخصي روغتونو څخه.

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

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

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 **۱۹۵۲**م 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 څیړنو پروګرامونو پکې ګډون درلوده.

په دریم پنځه کلن پلان (**۱۹۶۱_۶۶**م) کې کورنی تنظیم د پلان شوې پرمختګ لپاره مرکزي پروګرام اعلان شو. او پروګرام د وړو کتنځیو د تګلارې څخه یوې سترې تعلیمې تګلارې ته بدلون پیدا کړو ترڅو خلک دې ته وهڅوي چې د کوچنۍ کورنۍ قانون ومني.

په **۱۹۶۵**م کال کې د lippes لوپ منځته راتلل د پروګرام لپاره د سترې ادارې منځته راتلل اړین وګڼول، هماغه وه چې په **۱۹۶۶**م کال کې د روغتیا په وزارت کې د کورنۍ تنظیم لپاره جلا څانګه منځته راغله. د **۱۹۶۶_۱۹۶۹**م 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 ادارې) غښتلی شو.

د څلورم پنځه کلن په موده کې (**۱۹۶۹_۷۴**م) 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 **۱۹۷۲**م

کال کې د an All India Hospital Postpartum Programme او په طبي ډول د امیدوارۍ 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 غښتلې هلې ځلې د دې لامل شوې چې د ۱۹۷۷م کال په ټاکنو کې کانګرس ته ماتې ورکړي. د ۱۹۷۷م کال په جون میاشت کې نوې حکومت منځته راغی او دې حکومت نوې د وګړو تګلاره جوړه کړه، چې د هر وخت لپاره سمه او یوه بشپړه تګلاره وه. د کورني تنظیم وزارت د کورني ښه والي وزارت په نوم ونومول شو.

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

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

کړه. او په ۱۹۸۳م کال کې دغه نوې روغتیايي 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 زیږېدنې کچه یویشت (۲۱) او د مړینې کچه نه (۹) تنه وي، د جوړې د ساتنې کچه یا couple protection rate باید ۶۰ 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 روغتیايي تګلارې د روغتیايي خدمتونو څخه د ګټه اخستنې سیستم یا Health Care Delivery System د جوړولو غږ وکړو، ترڅو تر ۲۰۰۰م کال پورې د روغتیا د ټولو لپاره موخې ترلاسه شي او کورنۍ تنظیم پدې ډول د روغتیايي پرمختګ لپاره مرکزي رول لري.

په ۱۹۸۵_۸۶م 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 میندو او ځوانو ماشومانو د روغتیا ښه کول، او د دوی 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

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 کورنی ښه والي پروګرام پرمختګ وکړي.

په لاندې ۲۵ ګڼه جدول کې د کورنی ښه والي پروګرام د بریالي شوو پلانونو خرچ ښودل شوي دي او دا ورڅخه معلومیږي چې خرچ د لږې کچې څخه چې ټولې ۰،۲۵ کروړه د اول پلان په موده کې وو، تر لسم پلان پورې ډیرې زیاتې کچې یعنی ۲۷۱۲۵ کروړو روپیو ته بدلون کړی دی.

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 (۱۹۵۶_۶۱)	۵،۰۰
دریم پلان (۱۹۶۱_۶۶)	۲۷،۰۰
کلنی پلان (د ۱۹۶۶_۶۹ منځ پلان)	۸۲،۹۰
څلوم پلان (۱۹۶۹_۷۴)	۲۸۵،۸
پنځم پلان (۱۹۷۴_۷۹)	۲۸۵،۲
کلنی پلان (۱۹۷۸_۷۹)	۱۰۱،۸
کلنی پلان (۱۹۷۹_۸۰)	۱۱۲،۲
شپږم پلان (۱۹۸۰_۸۵)	۱۳۰۹،۰۰
اوم پلان (۱۹۸۵_۹۰)	۲۸۶۸،۰۰
کلنی پلان (۱۹۹۰_۹۱)	۰۰،۲۷۵
کلنی پلان (۱۹۹۱_۹۲)	۷۴۹،۰۰
اتم پلان (۱۹۹۲_۹۷)	۶۱۹۵،۰۰
نهم پلان (۱۹۹۷_۲۰۰۲)	۱۴۱۷۰،۰۰
لسم پلان (۲۰۰۲_۲۰۰۷)	۲۷۱۲۵،۰۰

د کورني تنظیم ارزونه (Evaluation of Family Planning)

ارزونه په دې ډول تعریفیږي چې: هغه پروسه ده چې د ټاکل شوو موخو او پایلو په اړه قضاوت، او د ځانګړو معیاري قیمتونو له مخې د 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 کورني تنظیم جوړ شوي او وړاندې شوي خدمتونه ښه کړي.

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

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

۱. د اړتياو ارزونه

دا د کورني تنظيم لپاره د روغتيايي، ديموګرافيک او ټولنيزو اقتصادي اړتياؤ څخه عبارت ده. د بيلګې په ډول د مور د مړينې اوسنی حالت په ورکړل شوې ساحه کې د کورني تنظيم د اړتيا لپاره يو ښودونکی دی.

۲. د پلان ارزونه

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

۳. د کړنو يا فعاليتونو ارزونه

- خدمتونه: د کتنځي خدمتونه، ګرځنده خدمتونه، د زيږون څخه وروسته خدمتونه، د اميدوارۍ ضد درملو ويشنه، د بيا کتنې خدمتونه، تعليمي او د هڅولو کارونه.
- جواب: د نوو منوونکو شمير، د منوونکو ځانګړتياوې.
- د قيمت څيړل
- نور فعاليتونه: اداري کارونه، فردي قوه، د معلوماتو سيستم او داسې نور.

۴. د اغيزمنتوب ارزونه

په سلوک، مزاج، هڅونه او پوهه کې بدلونونه.

۵. د اغيزو ارزونه

د نړیوالې روغتیایي اداري څېړونکي 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 اساتتیاوو، او د اعدادو او معلوماتو بشپړ راټولولو ته اړتیا لري.

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

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

(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

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

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

: 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

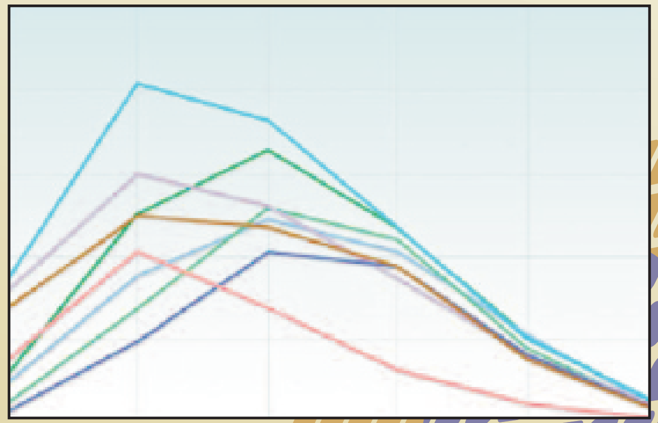
77. Inman, W.H.W. and Vessey, M.P. (1968). Brit. Med. J. 2 : 193
78. Mann, J.I. and Imman, WHW (1975) 2 : 245
79. Stradel, B.V. (1981). New Eng. J. Med., 305 : 612 – 618
80. Kols, A. et al (1982). Oral Contraceptives, The Johns Hopkins University (Population – Report Series A : 6)
81. RCGP Study (1981).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

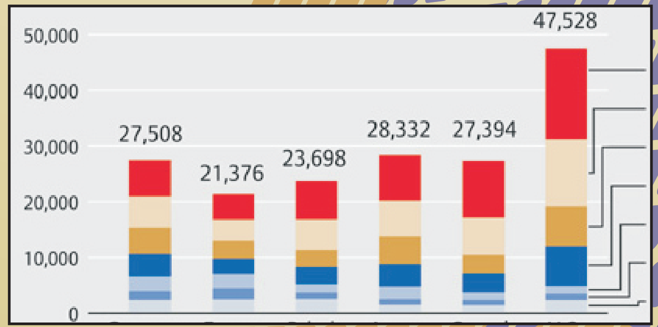
Washington University (Population Report Sr. E : 3)
104. Grewal, S. (1975). MTP: Its status, achievements and acunae, Paper Presented at WHO. Workshop on implementation of pregnancy termination at district hospotals and block levels.
105. Grewal, S. (1976). J. Indian M.A., 66 – 269
106. Cook, R.J. (1976). IPPF Bulletin, April 1966
107. Govt. of India (1978). Manual for Health Worker, Female, vol 1, Ministry of Health & Family Welfare, New Delhi
108. Peel, John and Potts Malcom (1970).Textbood of Contraceptive Practice, Cambridge University Press
109. People (1981). 8 (4) 20
110. People (1982). 9 (2) 47
111. Population Reports (J) (1981). 24 : 525
112. Jain, A.K. et al (1981). Stud. Family Plan, 12 : 79
113. ICMR Bulletin, Dec 1983
114. People (19820. 9 (2) 41
115. Gvet. Of India (1984). Year Book – Family Welfare Programme in India, 1983 – 84 Ministry of Health, New Delhi
116. 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

124. Govt. of India (1996), Annual Report 1995 – 96, DGHS, New Delhi
125. Govt. of India (200), Bulletin on Rural Health Statistics in india March 2002, issued by Rural Health Division, DGHS, New Delhi
126. Govt. of India (1985). Annual Report, 1984 – 85, Ministry of Health & Family and Welfare, New Dehli
127. Govt. of India (1998), Mannual on Community Needs Asssessment Approach (Formerly Target Free Approach) in Family Welfare Programme, Ministry of Health and Fmily Welfare, New Delhi
128. Veena Sone (1983). International Family Planning Perspectives, 9 (2) 35
129. Deparment o fFamily Planning (1971). Plan of Operation for the all India Hospital (postpartum) Family Planning Programme, Ministry of Health and Family Planning, New Delhi
130. UNISCO. Regional Office for Education in Asia (1979). Regional Workshop on Population and Family Education, Final Report, Sept/Oct 1970, Bangkok, Thailand
131. Sherris, J.D. (1982). Population Education in the Schols, Th Johns Hopkins University, Maryland (Population Rep. Ser. M : 6)
132. Gvot. Of India Annual Report, 1993 – 94, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
133. WHO (1976). Techn. Rep. Ser., No. 587

ننګرهار پوهنتون
طب پوهنځی

ډیموګرافي او کورنی تنظیم





ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

۱۳۸۹

سره له سي ډي

ډیموګرافي او کورنی تنظیم

Demography

ژباړونکی: پوهیالی دوکتور محمد ابراهیم (شیرزی)

Nangarhar University
Medical Faculty

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

Demography

Dr. M. Ibrahim (Shirzai)

2010

With CD

Funded By: DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst German Academic Exchange Service

ISBN 9-7899-3621
9789936211377
Printed in Afghanistan