

Sara Esmaelzadeh Saeieh¹,
Razieh Lotfi², Zohreh
Mahmoodi¹, Zahra
Mehdizadeh Tourzani³,
Kourosh Kabir⁴, Mahnaz
AkbariKamrani¹, Yazdan
Mohsenzadeh⁵, Elham Molaei
Birgani⁶, Mansoureh
Yazdkhasti^{1*}

¹ Department of Midwifery,
Assistant Professor, social
determinant of health research
center, school of medicine,
Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

² Department of Midwifery,
Associate professor, school of
medicine, social determinant
of health research center,
Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

³ Department of Midwifery,
Instructor, school of medicine,
Alborz University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

⁴ Department of community
medicine, M.D, Associate
professor, social determinant
of health research center,
school of medicine, Alborz
University of Medical
Sciences, Karaj, Iran

⁵ Department of nursing,
Instructor,, school of
Paramedic, Alborz University
of Medical Sciences, Karaj,
Iran

⁶ Research expert, Kamali
hospital, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran

***Corresponding Author:**

Alborz University of Medical
Sciences, school of medicine: Blvd
Hassan Abad, Township oaj, Karaj,
Iran

E-mail: M.Yazdkhasti@abzums.ac.ir
Tel: 026-34336007

Review of the Socioeconomic Effects on Unwanted Pregnancy of Reproductive Health Approach in Health System

Received:22 Dec. 2017 ; Accepted:2 May 2018

Abstract

Background: Unwanted pregnancy is one of the key challenges facing the public health and health sector and imposes noticeably socioeconomic costs on society. In this review article was discussed about of the socioeconomic effects on unwanted pregnancy of reproductive health approach in health system.

Methods: In this review article was searched of numerous scientific databases including: Web of sciences, SCOPUS, PubMed, SID, IPPF, UNFPA (1985-2015). Key words were based on MESH. Step to, step search was done. A total of 53 articles remained that were directly with the research purpose. Then, the number of articles reached 21 with consider to including criteria.

Results: Unwanted pregnancy has a wide range of economic, social, health, public health and reproductive health. Economic effects on the labor, production sector, crime at the social level, criminal covert abortions, economic burden on the family and society, the reduction of public health and reproductive health are among complications in this spectrum.

Conclusion: Regarding recent policy changes in Iran on family planning programs and adopting a new approach in increasing population may place the country at a higher risk of increasing the rate of unintended pregnancy. Control of Unwanted pregnancy c means economic growth, socioeconomic development, and the promotion of community health. Therefore, economic planning and appropriate policies in the reproductive health sector are needed more and more in this regard.

Key words: Unwanted pregnancy, Socioeconomic effects, Reproductive health

مروری بر تاثیرات اقتصادی - اجتماعی حاملگی نا خواسته از دیدگاه بهداشت باروری بر نظام سلامت

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۱۰/۱؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲

چکیده

مقدمه: بارداری ناخواسته یکی از چالش‌های کلیدی پیش روی بخش بهداشت عمومی و سلامت می‌باشد و هزینه‌های اقتصادی - اجتماعی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کند. در این مقاله مروری به تاثیرات اقتصادی - اجتماعی حاملگی ناخواسته از دیدگاه بهداشت باروری بر نظام سلامت پرداخته می‌شود.

روش کار: در تدوین این مقاله مروری از پایگاه‌های علمی متعدد شامل: Web of Science, SID, PubMed, UNFPA, IPPF, SCOPUS، در بازه زمانی ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۵، با تمرکز بر کلید واژه‌های مبتنی بر MESH جستجو گردید. با انجام جستجوی گام به گام، در مجموع ۵۳ مقاله باقی ماند که با هدف پژوهش متناسب بودند. سپس با لحاظ کردن معیارهای ورود و خروج تعداد مقالات به ۲۱ عدد رسید.

یافته‌ها: حاملگی ناخواسته دارای طیف وسیعی از عوارض اقتصادی، اجتماعی، سلامت، بهداشت عمومی و باروری است. تاثیرات اقتصادی بر بخش نیروی کار و تولید، افزایش جرم و جنایت در سطح اجتماعی، افزایش میزان سقط‌های پنهانی به شکل غیرایمن و جنایی، افزایش بار اقتصادی بر خانواده و اجتماع، کاهش سطح سلامت عمومی و باروری از جمله عوارضی است که در این طیف جای می‌گیرند.

نتیجه‌گیری: در جریان تحول و دگرگونی نقشه تنظیم خانواده در ایران و رویکرد افزایش جمعیت احتمالاً کشور در معرض خطر بیشتر بارداری ناخواسته قرار گرفته است. کنترل بارداری ناخواسته به معنای رشد اقتصادی، توسعه اقتصادی - اجتماعی و ارتقای سطح سلامت جامعه است. لذا برنامه ریزی‌های اقتصادی و سیاست گذاری‌های متناسب با آن در بخش بهداشت باروری در این خصوص بیش از پیش لازم است.

کلمات کلیدی: حاملگی ناخواسته، تاثیرات اقتصادی - اجتماعی، بهداشت باروری

*نویسنده مسئول:

دانشگاه علوم پزشکی البرز، دانشکده پزشکی
بلوار حسن آباد، شهرک اوج

۰۲۶-۳۴۳۳۶۰۰۷

E-mail: M.Yazdkhasti@abzums.ac.ir

مقدمه

حاملگی‌های ناخواسته از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و از خطرات عمده بهداشت باروری است و عبارت است از حاملگی که معمولاً تصادفی بوده و خواسته یک یا هر دو والد نمی‌باشد.^۱ براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۵)، سالانه در جهان ۲۱۰ میلیون حاملگی رخ می‌دهد که ۸۷ میلیون آن ناخواسته بوده که از این بین ۴۱ میلیون آن‌ها ادامه یافته و منجر به تولد نوزاد شده است. در سال ۲۰۰۸، تعداد سقط غیرایمن به‌دنبال بارداری ناخواسته، ۲۲-۲۱ میلیون و میزان سقط غیرایمن در زنان ۴۴-۱۵ ساله به ازای هر هزار زن در دنیا، ۲۲ مورد برآورد شده است. در همین سال، ۴۷۰۰۰ مرگ مادر به دلیل سقط غیرایمن تخمین زده شده است که معادل با ۱۳ درصد مرگ‌های مادری است. قریب به ۵۰ درصد حاملگی‌ها در آمریکا ناخواسته می‌باشد و تقریباً ۴۸ درصد زنان سن باروری (۱۵-۴۵) سال حداقل یک بار آن را تجربه نموده‌اند.^۲

در ایران نیز علی‌رغم تلاش‌های انجام‌شده در این زمینه، حاملگی ناخواسته یکی از مشکلات شایع است. در مطالعه جهان‌نفر در ایران و امانی در اردبیل، به ترتیب با ۴۰ و ۶۱ درصد حاملگی‌ها، ناخواسته اعلام شده است.^۳ در مطالعه پورحیدری در سال ۱۳۸۶ در شاهرود، شیوع حاملگی ناخواسته ۳۱ درصد گزارش شد که در این بین ۵۶ درصد آن ناخواسته و بدون برنامه ریزی و ۴۴ درصد بدون برنامه‌ریزی بود.^۴ بارداری ناخواسته جزء حاملگی‌های پرخطر محسوب شده و با مجموعه‌ای از پیامدهای منفی در مادر، همسر و کودک همراه است. از جمله این که در زنان با حاملگی ناخواسته میزان شیوع خودکشی،^۵ افسردگی، تغذیه نامناسب دوران بارداری^۶ مسائل بهداشت روانی، روابط خانوادگی نایست/متزلزل، تجربه خشونت فیزیکی- روانی، احتمال سقط جنین، وزن کم هنگام تولد،^۸ تاخیر در شروع مراقبت‌های دوران بارداری بیشتر است.^۹ کودکان ناخواسته نیز در معرض خطر بیشتری از کودکان خواسته هستند. آنان با تجربه درک منفی فیزیکی- روانی بیشتر، در معرض احتمال ترک تحصیل در دوران دبیرستان و رفتارهای بزهکارانه در طول سال‌های نوجوانی بیشتری قرار می‌گیرند.^{۱۰} نتایج مطالعه حیات‌بخش در استرالیا نشان داد که کودکان ۱۴ ساله حاصل

از بارداری ناخواسته در مقایسه با کودکان حاصل از بارداری خواسته، بیشتر دچار افسردگی، اضطراب و بزهکاری شده و مصرف دخانیات در میان آنان رایج‌تر می‌باشد.^{۱۱}

مطالعات متعدد در سطح خرد نشان داده‌اند که سلامت کودک اثر عمده‌ای بر توانایی او در یادگیری و کسب دانش دارد. هم‌چنین وضعیت سلامت بزرگسالان بر حجم نیروی کار، غیبت کارگر از کار و کارایی کارگر تأثیر می‌گذارد. مطالعات در سطح کلان نشان دهنده این است که سلامت یک جمعیت به طور قابل توجهی نرخ رشد اقتصادی یک کشور را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد.^{۱۱}

در مجموع، شواهد مذکور نشان می‌دهد که بارداری ناخواسته به عنوان یکی از چالش‌های کلیدی پیش روی بخش بهداشت عمومی و سلامت می‌باشد و هزینه‌های اقتصادی- اجتماعی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کند.^{۱۰،۱۲} بنابراین مطالعه مروری پیش رو با هدف بررسی پیامدهای اقتصادی- اجتماعی با دیدگاه بهداشت باروری انجام گردید. نتایج تحقیقات درازمدت نشان داده است در صورت تقلیل حاملگی ناخواسته افزایش نرخ مشارکت نیروی کار، بهبود پیشرفت تحصیلی، نتایج بهتر بهره‌وری اقتصادی، افزایش سطح شاخص‌های بهداشت باروری و کاهش جرم و جنایت در بین گروه‌های آسیب‌پذیر بهبود می‌یابد. لذا در این مقاله به تأثیرات اقتصادی- اجتماعی بارداری ناخواسته از دیدگاه بهداشت باروری پرداخته می‌شود.

مواد و روش‌ها

در تدوین این مقاله مروری از پایگاه‌های علمی متعدد شامل: UNFPA, IPPF, SID, PubMed, SCOPUS، در بازه زمانی ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۵ با تمرکز بر کلیدواژه‌های مبتنی بر MESH، جستجو گردید. کلمات کلیدی مرتبط شامل: حاملگی ناخواسته، پیامدهای اقتصادی، پیامدهای اجتماعی، هزینه، پیامدهای اجتماعی و اقتصادی، شاخص‌های سلامت و بهداشت باروری بودند. ابتدا کلیه مقالاتی که از نظر عنوان مرتبط با هدف مطالعه بودند، وارد نرم افزار مدیریت رفرنس‌ها (ENDNOTE) گردید. در این مرحله ۲۳۵۱ مقاله وارد شدند. با حذف مقالات تکراری، تعداد مقالات به ۲۲۹۵ مقاله کاهش یافت. سپس چکیده هر مقاله خوانده شد و مقالات غیر

مرتبط حذف شدند؛ در این مرحله ۱۰۳۱ مقاله حذف گردید. سپس کل متن مقالات خوانده شد و ۱۲۱۱ مقالات غیر مرتبط حذف گردید. در این مرحله ۵۳ مقاله باقی ماند که با هدف پژوهش متناسب بودند. سپس با لحاظ کردن معیارهای ورود و خروج در کل تعداد مقالات به ۲۱ عدد رسید. معیارهای ورود شامل: ۱- مقالات منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی (مقالات اصلی)، مقاله‌های بازبینی، کتاب‌های منتشر شده در مورد هدف مقاله مورد استفاده قرار گرفت). ۲- هماهنگی بین مقالات و اهداف پژوهشی (پیامدهای اجتماعی-اقتصادی حاملگی ناخواسته) و متغیرهای اجتماعی - اقتصادی که بر حاملگی ناخواسته تاثیر گذار بودند. ۳- عوامل تعیین کننده اقتصادی - اجتماعی با تمرکز بر بهداشت باروری (شامل: سن، سطح تحصیلات همسران، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال زنان، نوع روش پیشگیری از بارداری، سقط جنین و تعداد فرزندان زنده یا مرده بودند). مطالعاتی که منحصرأ به بحث تئوری‌های اقتصادی یا اجتماعی پرداخته بودند در معیارهای خروج قرار گرفتند.

بارداری ناخواسته و سقط غیر ایمن از دیدگاه اقتصادی

بارداری ناخواسته در گروه بارداری‌های پرخطر، طبقه بندی شده و در کلیه نژادها و در هر وضعیت اقتصادی-اجتماعی^۳ به ویژه اقشار کم درآمد و فقیر^{۱۲} رخ می‌دهد. احتمال سقط جنین غیر قانونی در حاملگی‌های ناخواسته به طرز چشمگیری افزایش می‌یابد. طبق آمارهای جهانی سالانه ۱۹ میلیون زن در کشورهای در حال توسعه و بیش از ۱۵ میلیون زن در آسیا سقط غیر ایمن را تجربه می‌کنند. در این بین ۵۰۰۰۰۰ زن در کشورهای در حال توسعه در نتیجه عوارض بارداری جان خود را از دست می‌دهند. به طوری که سقط‌های غیر ایمن یا غیر قانونی جنین از مهم ترین علل این مرگ‌ها می‌باشد. هزینه درمان عوارض سقط‌های غیر ایمن و غیر قانونی در برابر سقط‌های بهداشتی و قانونی بسیار بیشتر است.^{۱۳} سقط‌های شاخص مهمی در اندازه گیری بارداری ناخواسته است.^{۱۴} آمار سقط در سال ۲۰۰۸ نشان داده است به طور کلی در حدود ۴۳/۸ میلیون سقط در سراسر جهان به وقوع می‌پیوندد که نزدیک به نیمی از آن‌ها غیر ایمن می‌باشد. هم چنین، ۹۸ درصد

سقط غیر ایمن در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است.^{۱۵} در کشور ایران نیز حدود ۴۰ درصد بارداری‌ها ناخواسته است^{۱۶} با توجه به تخصیص منابع مالی به بخش سلامت، حاملگی ناخواسته بار مالی سنگینی را بر دولت‌ها از جمله دولت‌های فدرال وارد می‌کند. احتمالاً بسیاری از هزینه‌های خرج شده مالیات دهندگان در بخش سلامت به زنان با حاملگی ناخواسته و پیامدهای باروری آنان تعلق می‌گیرد. تحلیل‌های اقتصادی در ایالات متحده نشان می‌دهد مالیات دهندگان، سالانه بیش از ۱۲ میلیارد دلار در بخش مربوط به حاملگی ناخواسته هزینه می‌کنند.^{۱۷} بخش خدمات درمانی و برنامه بیمه بهداشتی کودکان (CHIP)، در بخش تحلیل هزینه پزشکی واجدین شرایط، نشان داد سالانه ۱۲/۱ میلیارد دلار جهت ۱/۲۵ میلیون بارداری ناخواسته هزینه می‌شود که ۱۰۳ میلیون دلار آن به هزینه در بخش سقط مربوط شده است. از سویی دیگر مطالعات نشان داده که با صرفه جویی در هزینه‌های پزشکی بارداری ناخواسته بیش از سه چهارم تخصیص بودجه دولت فدرال را که در سال ۲۰۱۰ در صندوق مراقبت از کودکان و توسعه خرج کرده است، برآورده کرده و پس انداز می‌نماید. کاهش میزان حاملگی ناخواسته با کاهش میزان مرگ مادر همراه است. شاخص مرگ مادر یکی از مهم ترین شاخص‌های توسعه در جهان بوده و بر اساس اهداف توسعه هزاره سوم تا سال ۲۰۱۵ باید تا سه چهارم (۷۵ درصد) نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش می‌یافت. در ایران، میزان مرگ مادر ۲۱ در یکصد هزار تولد زنده است که با کاهش بارداری‌های ناخواسته کاهش بیشتری می‌یابد. در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، آمار حاملگی ناخواسته و سقط غیر ایمن بسیار مشکل و ابهام آمیز بوده و متعاقباً هزینه‌های اقتصادی منتج از آن و افزایش بار مالیاتی مالیات دهندگان نامشخص است.^۲

حاملگی ناخواسته و جمعیت از دیدگاه اقتصادی-اجتماعی

تحولات جمعیتی در دو قرن اخیر، دگرگونی بنیادی در سبک زندگی، توسعه تکنولوژی و افزایش سطح انتظارات بشر در تأمین رفاه جسمی، روانی - اجتماعی سبب شده تا مسائل جمعیتی و راهکارهای سامان بخشی جمعیت بیش از پیش مورد توجه قرار

و بزرگسالان بار اقتصادی زیادی را بر دوش دولت‌ها می‌نهد.^{۲۰} بارداری ناخواسته بالاخص در نوجوانان فقیر بیشتر گزارش می‌شود. فقر و بیماری از علل ناتوانی جوامع و از جمله علل تسریع کننده رشد جمعیت و توزیع ناعادلانه سرویس‌های بهداشتی یا نابرابری بهداشتی است.^{۲۱،۲۲} نابرابری بهداشتی مفهومی است که یکی از زوایای آن نابرابری بهداشتی با منشاء اقتصادی-اجتماعی است. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند، کشورهای فقیر پیامدهای بهداشتی نامناسب و بار بیماری بیشتری نسبت به کشورهای مرفه تر داشته اند. همچنین، بارداری ناخواسته موجب کاهش رفاه زوجین و تقلیل توسعه اقتصادی-اجتماعی می‌شود.^{۲۲}

در سلسله مراتب اجتماعی، افراد براساس وضعیت شغلی، سطح تحصیلی و درآمد، موقعیت‌های مختلفی را تصاحب می‌کنند و موقعیت آن‌ها در این سیستم به صورت وضعیت اقتصادی-اجتماعی تخلیص می‌گردد. بارداری ناخواسته به سبب کاهش سطح تحصیلات و کاهش سطح درآمد و اجبار نوجوانان به روی آوردن به شغل‌های سطح پایین موقعیت اقتصادی-اجتماعی آنان را به مخاطره می‌اندازد. در ارزیابی نابرابری در توزیع درآمد، ضریب Gini بر مبنای منحنی Lorenz، نیز کاربرد دارد. این ضریب، منحنی فراوانی تجمعی است که توزیع متغیر خاص را با توزیع همسان که نشان دهنده برابری است مقایسه می‌کند. در این راستا گستره ای متنوع از مشکلات مربوط به منابع داده‌ها در مورد وضعیت سلامت جمعیت به طور بالقوه می‌تواند در اندازه گیری و پایش نابرابری‌های بهداشتی تورش جدی ایجاد کند. به دلیل ابهام در آمار بارداری ناخواسته و پیامدهای اقتصادی-اجتماعی آن و محدودیت مطالعات در این زمینه احتمال تورش جدی در مورد وضعیت سلامت در ایران وجود دارد.^{۲۳}

پذیرفتن این که سطح سلامت افراد از فعالیت‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی - درمانی یک کشور تأثیر می‌پذیرد، معقولانه و منطقی است. در ضمن این که جامعه چگونه خود را در رابطه با راه‌اندازی سیاست‌های سلامت و تأمین مالی ارائه مراقبت‌های بهداشتی سازمان دهد، احتمالاً تأثیر مستقیم و مستقل بر متغیرهای اقتصاد کلان خواهد داشت.^{۲۴} در یک سیستم با تأمین مالی دولتی یا سیستمی که شخص ثالث از طریق پرداخت مالی (سیستم‌های بیمه مبتنی بر تأمین مالی کارفرما)، هزینه‌های سلامت را متحمل می‌شود،

گیرد.^{۱۸} وضعیت سلامت یک جمعیت از متغیرهایی چون ساختار سنی، قرار گرفتن جمعیت در معرض ناقلان گوناگون از نظر اپیدمیولوژی، میزان مرفه بودن جمعیت، رفتار جمعیت، ویژگی‌های جمعیتی و رفتارهای باروری تأثیر می‌پذیرد. تقاضاهای مربوط به سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، یک کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کمسیون اقتصاد کلان و سلامت بیان نموده که سطح سلامت جمعیت احتمالاً تأثیر بسزایی بر ابعاد گوناگون اقتصاد خرد، بازار کار و متغیرهای پس انداز خواهد گذاشت که متعاقباً وضعیت اقتصاد کلان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^{۱۹} بارداری ناخواسته به سبب تأثیر بر رشد بی رویه جمعیت و سلامت مادر و کودک یکی از چالش‌های عمده کشورهای در حال توسعه است. جمعیت جهان هر ۴۰ سال دو برابر می‌شود و جمعیت بسیاری از کشورهای فقیر در مدت کمتر از ۲۰ سال آینده ۲ برابر خواهد شد. در این راستا بارداری ناخواسته از عوامل موثر بر این رشد بی رویه جمعیت است. بارداری ناخواسته در این زمینه از دو رویکرد قابل بررسی است، رویکرد نخستین عبارت از پیشگیری از رشد بی رویه جمعیت و دیگری اثر آن بر سلامت مادر و کودک می‌باشد.^{۱۴} در ریشه یابی بارداری ناخواسته عواملی چون بارداری ناخواسته در نوجوانان، خدمات ناکافی تنظیم خانواده، سطح اقتصادی-اجتماعی پایین، عدم استفاده یا عدم آگاهی و یا استفاده نادرست از روش‌های تنظیم خانواده رصد می‌گردد. بارداری ناخواسته در نوجوان کم درآمد آمریکا ۶۰ درصد گزارش شده است. بارداری ناخواسته در نوجوانی ۱۵-۱۹ سال، منتج به افت تحصیلی شدید، ترک تحصیل نوجوانان، مسائل روحی- روانی، خودکشی، سقط‌های غیر ایمن شده و سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد. سلامت نوجوانان در افزایش توان یادگیری سهم بسزایی داشته و موجب افزایش بازده سرمایه گذاری در تعلیم و تربیت می‌گردد. مطالعه‌ای به نقل از Spence نشان داد، سلامتی کودکان در جنوب آمریکا بر قابلیت شناختی و کسب موفقیت آن‌ها در آموزش تأثیر مثبت داشته است. سلامتی سال‌های عمر مولد پس از تحصیل را افزایش و بازدهی حاصل از تربیت نیروی انسانی را بهبود می‌بخشد. از آن جایی که سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، یادگیری و توانایی جهت رشد جسمی- روانی و هوشی بوده و امری ضروری برای بهره‌وری دوران بزرگسالی است، بارداری ناخواسته با تأثیر بر سلامت کودکان

او، نشات می‌گیرد.^{۳۱} Skevington (۲۰۰۲) به نقل از Ferran & Powers (۱۹۸۵)، ابعاد کیفیت زندگی را به صورت اجتماعی و اقتصادی، خانوادگی، روانشناختی یا معنوی، سلامتی و عملکرد تقسیم‌بندی کردند.^{۳۲} اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق نظر دارند که کیفیت زندگی حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد و دارای ابعاد مختلفی می‌باشد. از طرفی آن را یک مفهوم فردی و پویا قلمداد می‌نمایند.^{۳۳} بررسی کیفیت زندگی نیز کاربردهای فراوانی، هم چون ارزیابی شرایط مزمن ناشی از بیماری، بهبود رابطه بیمار با کادر درمانی، ارزیابی اثر بخشی، ارزشیابی خدمات بهداشتی - درمانی، سیاست‌گذاری بهداشتی، پژوهش، ارزیابی اقتصادی و توزیع منابع دارند.^{۳۴} از مفهوم کیفیت زندگی، جهت بررسی شاخص‌های سلامت، کار آیی درمان‌ها، داروها و جراحی‌ها و دوران‌های مختلف زندگی، استفاده می‌شود.^{۳۵}

گزارشات متعدد نشان می‌دهند، بارداری ناخواسته طیف وسیعی از پیامدهای منفی از جمله: چالش‌های بازار کار را افزایش می‌دهد هم چنین، بارداری ناخواسته با افزایش روزهای غیبت از کار سبب ناتوانی در نیروی کار می‌شود.^{۳۶} از دیدگاه سرمایه‌گذاری، رابطه زمان و سلامت بدین گونه است که اگر وضعیت سلامت فرد خوب بوده و دوران بیماری در وی کمتر باشد، روزهای بیشتری برای کار کردن و کسب در آمد بیشتر، خواهد داشت. به عبارتی، افزایش مطلوبیت در ذخیره سلامتی، موجب مطلوبیت رشد اقتصادی می‌شود. بدین لحاظ، ارتباط متقابلی بین سلامت و رشد اقتصادی وجود دارد. بنابراین، ارتقای سلامت افراد جامعه به خصوص نیروی کار تاثیر مستقیمی بر رشد اقتصادی و متعاقباً توسعه اقتصادی-اجتماعی می‌گذارد. افزایش رشد اقتصادی نیز متقابلاً با بهبود و افزایش ارتقای سلامت در سطح جامعه همراه می‌گردد.^{۳۷}

بارداری ناخواسته احتمالاً با کاهش ذخیره موجودی سلامت افراد، بهره‌وری نیروی انسانی را تنزل داده و به نوبه خود با کاهش سطح درآمد، سطح زندگی افراد را تقلیل می‌دهد. در این راستا می‌توان به "جریان علیت دورانی و تراکم میردال" اشاره نمود. بر حسب این جریان درآمدهای کم به سطح پایین زندگی منجر می‌شود. لذا سطح بهره‌وری نیروی انسانی را در حد پایین نگه داشته و با وجود درآمدهای پایین، این دور باطل تکرار می‌شود.^{۳۸}

فشارهایی از سوی مردم یا گروه‌های بیمه شده برای تأمین این تقاضا وجود دارد. کمترین تأثیر این امر، افزایش فشارهای بودجه‌ای است. هزینه‌های سنگین تر چنین محصولات و شیوه‌های جدید ممکن است سرانجام در شاخص قیمت مصرف کننده Consumer Price Index (CPI)، منعکس گردد.^{۳۵} فشارهای بودجه در بارداری ناخواسته و هزینه‌های خرج شده مالیات دهندگان بسیار زیاد است به طوری که اخیراً میانگین هزینه هر حاملگی ناخواسته در بودجه عمومی ایالات متحده آمریکا نزدیک به ده هزار دلار برآورد شده است.^{۳۶} پر واضح است که بار مالی اعمال شده در بارداری ناخواسته در مالیات دهندگان قابل توجه است و راهبردهای پیشگیری از آن در افزایش کیفیت پارامترهای اقتصادی-اجتماعی هوشمندانه، منطقی و تأثیرگذار می‌باشد.^{۳۶}

بارداری ناخواسته و سلامت از دیدگاه اقتصادی-اجتماعی

سلامت و سلامتی مقوله‌ای است که ارتباط نزدیکی با پیشرفت و توسعه همه جانبه، از جمله رشد و توسعه اقتصادی دارد. افراد سالم جامعه با نشاط ترند و با انگیزه بیشتری به تلاش و فعالیت می‌پردازند. این امر با کاهش هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم به رشد و توسعه اقتصادی منجر می‌شود. به همین دلیل جوامع توجه ویژه‌ای را به افزایش شاخص‌های سلامت معطوف نموده‌اند.^{۳۷} مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد اقتصادی شامل: نیروی کار، سرمایه فیزیکی و انسانی می‌باشد.^{۳۸}

سرمایه انسانی در ادبیات اقتصادی شامل آموزش، تحصیلات، سلامت، مهارت، تخصص، تجربه، مهاجرت و دیگر سرمایه‌گذاری‌هایی است که باعث افزایش بهره‌وری نیروی کار و در نتیجه بهبود رشد اقتصادی می‌شوند.^{۳۹} هنگامی که از بهبود کیفیت نیروی کار سخن گفته می‌شود، مسئله منحصر به آموزش، مهارت و تجربه نمی‌شود. لذا بهداشت و سلامت افراد نیز به عنوان عاملی مهم در انباشت سرمایه انسانی در نظر گرفته می‌شود. در این راستا بارداری ناخواسته با سلامت در ابعاد مختلف در تقابل قرار می‌گیرد.^{۴۰}

بارداری ناخواسته با تاثیر بر ابعاد مختلف سلامت بر فرد و خانواده از دیدگاه اقتصادی-اجتماعی از کیفیت زندگی و بهره‌وری نیروی کار می‌کاهد. کیفیت زندگی احساس بهزیستی شخص است که از رضایت یا عدم رضایت او از حیطه‌های زندگی مهم در نظر

بارداری ناخواسته و بهداشت باروری از دیدگاه اقتصادی-اجتماعی

محور توسعه بهداشت، سلامت عمومی و محور سلامت عمومی، بهداشت باروری است.^{۳۹} زیر شاخه‌های بهداشت باروری، شامل: مشاوره، اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط پیرامون تنظیم خانواده، حق انتخاب آزادانه ازدواج، برابری و عدالت بین زن و مرد جهت تصمیم‌گیری در مورد ازدواج، ارائه خدمات تنظیم خانواده، قدرت تصمیم‌گیری باروری، فراهم نمودن مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت سلامت زنان، امنیت باروری و روابط جنسی، پیشگیری از نازایی و درمان نامناسب ناباروری، پیشگیری از سقط جنین و درمان به موقع و عوارض ناشی از آن، درمان عفونت‌های دستگاه تولید مثل، برخورد صحیح با بیماری‌های منتقله جنسی و درمان مناسب آنهاست.^{۴۰-۴۲}

مطالعات جمعیت‌شناختی در نیمه دوم قرن بیستم حکایت از انتقال باروری، در نقاط مختلف جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه دارد. تحقیقات بیانگر نوعی همبستگی بین انتقال باروری و سطح باروری ناخواسته است. Bongaarts نشان داد: در مرحله ابتدایی انتقال باروری، باروری ناخواسته رو به افزایش می‌نهد و تا نزدیکی انتهای دوره انتقال باروری، این روند ادامه یافته و کاهش نمی‌یابد. استدلال او این است که علت اصلی افزایش بارداری ناخواسته در نیمه اول دوره انتقال باروری ناشی از کاهش تعداد فرزندان ایده آل زوجین بوده و این تمایل منجر به افزایش، نسبت به زمانی می‌شود که در معرض بارداری ناخواسته قرار می‌گیرند.^{۴۳} بارداری ناخواسته از مسائل عمده بهداشت باروری است و شاخص‌های آن را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد.^{۴۴}

میزان مرگ و میر نوزادان از جمله شاخص‌های بهداشت باروری می‌باشد که توسط بارداری ناخواسته تحت تاثیر واقع می‌شود. مطالعات متعدد بر روی نوزادان حاصل از بارداری ناخواسته گزارش نموده‌اند که میزان مرگ و میر، سوء تغذیه، بدرفتاری و بیماری‌های روانی از جمله اسکیزوفرنی در مراحل بعدی زندگی آنان شایع‌تر است و آنان در مراحل آتی زندگی از پیشرفت‌های تحصیلی مطلوبی برخوردار نمی‌باشند. بارداری ناخواسته، تولد نوزادان با وزن کم را افزایش می‌دهد و بر شاخص‌های رشد نوزادان موثر است. مطالعه مورد-شاهدی افشار

و دیگران، نشان داد میانگین وزنی نوزادان در گروه بارداری ناخواسته، به طور معنی‌داری از میانگین وزنی نوزادان با حاملگی خواسته کمتر است. شاخص مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، شاخص دیگر بهداشت باروری است که تحت الشعاع بارداری ناخواسته است. بارداری ناخواسته از دلایل عمده مرگ و میر ۱۴ میلیون کودک زیر ۵ سال در سطح جهان شمرده می‌شود.^{۴۵ و ۴۶}

شاخص مرگ و میر مادران به دلیل انجام سقط‌های جنایی یا غیر قانونی از بارداری ناخواسته تاثیر می‌پذیرد.^{۴۷} همچنین مطالعات جهانی، اغلب بر پیامدهای روحی-روانی سقط عمد در زنان متمرکز بوده است و مسائل زنانی که بارداری خود را به پایان می‌رسانند، کمتر بررسی شده است. مطالعه مروری Major، در زمینه تجارب روحی روانی و ارتباطات جنسی قبل و به دنبال سقط جنین، نشان داد که به دنبال کشف بارداری و قبل از سقط، ۴۵-۴۰ درصد زنان اضطراب و حدود ۲۰ درصد، نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. گرچه به دنبال سقط، پریشانی و اندوه کاهش می‌یابد. ولی در حدود ۳۰ درصد زنان، حتی یک ماه بعد از سقط، هنوز مشکلات روحی-روانی دارند.^{۴۸} نتایج مطالعه Major که بر اساس گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا در مورد ارتباط سقط عمد و سلامت روان تهیه شده است، نشان داد که خطر نسبی مشکلات روحی روانی در زنانی که یک سقط قانونی در سه ماهه اول بارداری ناخواسته داشته‌اند، بیشتر از زنانی که بارداری ناخواسته را به انتها می‌رسانند، نیست.^{۴۸ و ۴۹} در مطالعه زمانی در ایران، بیش از یک سوم زنان هنگام مواجهه با بارداری ناخواسته، اقدامات مخاطره‌آمیزی مانند وارد نمودن ضربه، بلند کردن اجسام سنگین، استفاده از اجسام غیرطبی و اژینال، تزریق دارو و خوردن داروهای گیاهی و شیمیایی را انجام داده‌اند.^{۴۷ و ۵۰} در شاخص بهداشت باروری مراقبت‌های دوران بارداری، مطالعه افشار و دیگران به نقل از اباذری نشان داد، میانگین وزن‌گیری مادران با حاملگی ناخواسته از میانگین وزن‌گیری مادران با حاملگی ناخواسته به طور معنی‌داری کمتر است.^{۱۸}

شاخص تنظیم خانواده در بهداشت باروری در مادران با حاملگی خواسته و ناخواسته، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. استفاده از قرص‌های ضد بارداری به طور معنادار در گروه بارداری ناخواسته کمتر است. کاربرد مؤثر وسایل تنظیم خانواده باعث افزایش میزان مرگ و میر مادران به علل ناشی از بارداری

می‌شود که این شاخص، نشانگر حساس برای عدالت و برابری در سلامت است.^{۳۹}

شاخص امید به زندگی، از دیگر شاخص‌های بهداشت باروری به شدت تحت تاثیر مرگ و میر شیرخواران (IMR)، قرار دارد و خود تحت تاثیر مرگ و میر نوزادان قرار می‌گیرد. شاخص امید به زندگی، بهترین نشانگر رشد اقتصادی- اجتماعی است. در مطالعه لطفی پور و دیگران^{۴۰} موجودی سلامت سرمایه انسانی (امید به زندگی) و سرمایه گذاری در سلامت، سرمایه انسانی (مخارج بهداشتی)، به ترتیب در سطوح معنی داری ۹۹ و ۹۰ درصد تاثیر مثبت بر نرخ رشد سرآمد سرانه داشته اند. در این مطالعه گزارش شد، به ازای هر یک درصد افزایش موجودی و سرمایه گذاری در سلامت سرمایه انسانی به ترتیب افزایش ۰/۱۶ و ۰/۲۲ درصد نرخ رشد درآمد سرانه، حاصل می‌گردد.^{۴۱}

تحلیل شاخص‌های بهداشت باروری و تاثیرات بارداری ناخواسته بر روی آن‌ها، نشان می‌دهد بارداری ناخواسته، مخارج بهداشتی و بار تکفل را افزایش داده و باعث کاهش مشارکت زنان در فعالیت‌های اقتصادی می‌گردد. بهشتی به نقل از شفلر، نیروی کار و بهره‌وری آن را علاوه بر افزایش سرمایه انسانی، عامل دیگری برای تاثیر پذیری تولید از مخارج بهداشتی معرفی می‌نماید. به اعتقاد وی در اغلب کشورهای در حال توسعه، نرخ زاد و ولد بالا، بار تکفل بالا و میزان پس انداز و در نتیجه تولید پایین است.^{۴۲} بنابراین، وضعیت کلی اقتصاد، از جمله نرخ‌های رشد جاری و آتی آن می‌تواند به واسطه تحت تاثیر قرار دادن مقادیر واقعی و انتظاری متغیرهایی که جزء عوامل تعیین کننده سلامت به شمار می‌روند، وضعیت سلامتی جامعه را تغییر دهد. بنابراین لزوم تدوین و طرح‌های سیاست عمومی و تخصصی هوشمندانه جهت کاهش و پیشگیری از بارداری ناخواسته، صرفه جویی قابل توجهی در بودجه عمومی دولت‌ها ایجاد می‌نماید. این امر منتج به رشد اقتصادی شده و سبب افزایش درآمد دولت و عمدتاً مالیات‌ها و درآمد حاصل از فعالیت‌های انتفاعی دولت گشته و امکان توسعه خدمات سلامت و درمان را در بخش عمومی فراهم می‌کند.^{۴۳}

پیشگیری از بارداری ناخواسته و پیامدهای اقتصادی- اجتماعی

هزینه کردن در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در سرتاسر جهان، بودجه دولت و خانوار را تحت فشار قرار می‌دهد. در بسیاری از کشورها، مخارج سرانه سلامت سریع‌تر از سرانه تولید ناخالص داخلی Gross domestic product (GDP)، افزایش می‌یابد.^{۴۴} تمامی کشورها با اقتصاد پیشرفته در تلاش هستند تا سیر صعودی مخارج سلامت را همزمان با دستیابی به اهداف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کنترل نمایند. مهار هزینه اولویتی مهم در سیاست گذاری سلامت و نیروی محرکه فرایند اصلاح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در بسیاری از کشورهای با اقتصاد پیشرفته است.^{۴۵}

مخارج سلامت سهم فزاینده‌ای از درآمد ملی را به مصرف می‌رساند و کشورها در صدد ایجاد محدودیت‌های مؤثر بودجه‌ای در بخش سلامت و محدود نمودن بار دولت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت می‌باشند.^{۴۶} برای دستیابی به پیامدهای بهتر و کاهش هزینه‌های مراقبتی، لزوم اجرا و کاربرد رفتارها و اقدامات پیشگیری کننده، ارتقای اطلاعات دانش بهداشتی، افزایش مهارت‌های خود مراقبتی مبتنی بر شواهد، ارتقای عملکرد سیستم اطلاع رسانی همراه با برنامه‌های الکترونیکی به منظور ردیابی و پیگیری نحوه درمان است. در بارداری ناخواسته استراتژی پیشگیری راهکاری مؤثر برای کاهش بار اقتصادی - اجتماعی در بخش سلامت، می‌باشد.

علت عمده بارداری ناخواسته، عدم استفاده از وسایل پیشگیری یا مصرف نادرست و شکست این روش‌ها است. انتظارات اجتماعی و فشارهایی که تعیین کننده نیاز زنان است موجب می‌شود زنان نتوانند به تنهایی از حاملگی‌های ناخواسته جلوگیری نمایند. تحریم‌های اجتماعی، نابرابری بین حقوق اجتماعی زن و مرد، مخالفت همسران، عدم دسترسی به روش‌های متنوع پیشگیری از بارداری، برنامه‌ریزی ناکافی، کم رنگ بودن نقش مشاوره؛ گاهی سبب می‌شود که روش‌های توصیه شده با شرایط فرد سازگار نبوده و موجب عدم استفاده از روش‌ها گردد.^{۴۷}

براساس متون اقتصاد سلامت و بیماری، برنامه‌های بهداشتی

دیگران در ایران همبستگی معکوس بین تحصیلات و میزان بارداری ناخواسته را نشان می‌دهد. بطوریکه میزان بارداری ناخواسته در زنان بی سواد ۴۸ درصد و در زنان با تحصیلات دانشگاهی ۱۸/۸ درصد گزارش گردیده است. در این مطالعه عدم استفاده صحیح از وسایل پیشگیری به دلیل فقردانشی با افزایش بارداری ناخواسته همراه بوده است.^{۵۳} بنابراین توجه به پارامترهای پیشگیری از بارداری ناخواسته دارای اهمیتی بسیار در کاهش بار اقتصادی - اجتماعی آن می‌باشد.

بحث

بهداشت و سلامت افراد به عنوان عاملی مهم در انباشت سرمایه انسانی، کاهش رفاه زوجین و تقلیل توسعه اقتصادی - اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. در جمع بندی تحلیل‌های اقتصادی - اجتماعی می‌توان به صورت منطقی، استنباط نمود که بارداری ناخواسته به عنوان یکی از چالش‌های کلیدی پیش روی بخش بهداشت عمومی و سلامت است^۴ و هزینه‌های اقتصادی - اجتماعی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌نماید. بارداری ناخواسته با تأثیر بر ابعاد مختلف سلامت از دیدگاه اقتصادی - اجتماعی از کیفیت زندگی و بهره‌وری نیروی کار می‌کاهد.^{۱۱} حاملگی ناخواسته دارای طیف وسیعی از عوارض اقتصادی، اجتماعی، سلامت، بهداشت عمومی و باروری است. تأثیرات اقتصادی بر بخش نیروی کار و تولید، افزایش جرم و جنایت در سطح اجتماعی، افزایش میزان سقط‌های پنهانی به شکل غیرایمن و جنایی، افزایش بار اقتصادی بر خانواده و اجتماع، کاهش سطح سلامت عمومی و باروری از جمله عوارضی است که در این طیف جای می‌گیرند.^{۱۲} نتایج مطالعه کیفی Kirkman در استرالیا با عنوان "دلایل زنان برای در نظر گرفتن یا انجام سقط جنین" نشان داد که تصمیم‌گیری در مورد سقط در زمینه کلی زندگی زنان گرفته می‌شود. در این مطالعه، دلایل در نظر داشتن یا انجام سقط، به تصمیم زنان، تعداد بچه‌های خانواده، نظر همسر و سایر افراد مهم در زندگی آنان مربوط می‌شد.^{۱۶} نتایج مطالعه Karacam در ترکیه نشان داد که زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی در مقایسه با زنانی که بارداری خواسته داشته‌اند، در دوره بعد از زایمان دارای سطح هموگلوبین کم‌تر، احساس منفی و احساس درد بیشتر در طی لیبر بوده‌اند و نیز در معرض افسردگی بعد از زایمان قرار داشته‌اند.^۹ بنابر گزارش WHO، فقر و نابرابری‌های بهداشتی عوامل مهمی در

برای پوشش بیماری‌ها چند نوع هزینه را بر افراد جامعه و دولت تحمیل می‌کنند: ۱- هزینه مستقیم مشخص مانند: هزینه‌های سرمایه‌ای و جاری مداخلات بهداشتی ۲- هزینه‌های مستقیم نامحسوس مانند: هزینه‌های پشتیبانی برنامه یا پرداخت‌های متفرقه ۳- هزینه‌های غیر مستقیم مانند: هزینه وقت و فرصت بیمار ۴- هزینه‌های نامملوس مانند: هزینه‌های درد، اضطراب، استرس^{۳۹} حاملگی ناخواسته جزء هزینه‌های نامملوس و نامحسوس است. این هزینه‌ها فقط مخارج مالی نبوده و به طور عمده باعث کاهش کیفیت زندگی مادر و خانواده شده و غیر قابل محاسبه‌اند. بارداری ناخواسته طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب از جمله: چالش‌های بازارکار، نرخ جرم و جنایت، افزایش سقط جنین، افزایش سطح استرس خانواده و دیگر مواردی است که در تراز نامه عمومی ثبت نشده و نیز بار مالی اعمال شده با در نظر گرفتن ارزش اولیه اسمی در مالیات دهندگان قابل توجه می‌باشد. پیشگیری از بارداری ناخواسته سبب افزایش پس انداز ملی شده و منوط به رشد اقتصادی می‌گردد. بدیهی است تصویب سیاست‌هایی از قبیل: پیشگیری از بارداری نوجوانان، افزایش سواد بهداشتی در خانواده، برنامه‌ریزی با توجه به منافع اجتماعی - اقتصادی گسترده^۲ ارتقای سطح آموزش در استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، مشاوره، مشارکت مردان، کاهش روابط جنسی محافظت نشده و اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده^{۳۹} می‌تواند سبب صرفه‌جویی قابل توجهی در بودجه عمومی دولت‌ها شده و به کاهش نرخ تورم هزینه سلامت بیانجامد.^{۱۹}

میزان حاملگی ناخواسته را می‌توان بوسیله اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده تقلیل داد. در بین عوامل اقتصادی - اجتماعی، آموزش و تحصیل همواره به عنوان عاملی قوی تأثیر خود را بر روی رفتارهای باروری نشان داده‌اند. زنان با سطح آموزش بالاتر با احتمال موفقیت بیشتری باروری خویش را کنترل و از فرصت بیشتری در فرزندآوری برخوردارند. Weinberger با استناد از داده‌های بررسی باروری جهان نشان داد، در کشورهایی که در گروه متوسط توسعه یافتگی قرار دارند، بالاترین نسبت بارداری ناخواسته در زنان با سطح آموزش متوسط دیده می‌شود و در بین دو گروه زنان با سطح آموزش پایین و سطوح آموزشی بالا این نسبت کمتر است.^{۵۳} مطالعه شوازی و

ناپذیری مانند مرگ، معلولیت و ناتوانی را برای مادر یا در صورت ناکام ماندن سقط، بر نوزاد وارد می‌نماید. این صدمات به کیفیت نیروی انسانی خدشه زده و هزینه‌های گزافی را بر بخش سلامت تحمیل نموده که حتی در تراز نامه‌های مالی بخش بهداشت نیز ثبت نمی‌شود.^۲

نتیجه‌گیری

بارداری ناخواسته از دیدگاه اقتصادی- اجتماعی با تاثیر بر شاخص‌های باروری در نظام سلامت باعث کاهش کیفیت زندگی و بهره‌وری نیروی کار می‌گردد. در جریان تحول و دگرگونی نقشه تنظیم خانواده در ایران و رویکرد افزایش جمعیت احتمالاً کشور در معرض خطر بیشتر بارداری ناخواسته قرار گرفته و لذا برنامه ریزی، تدوین و طرح‌های سیاست عمومی منطقی و هوشمندانه، جهت پیشگیری و کنترل بارداری ناخواسته صرفه جویی قابل توجهی در بودجه عمومی دولت و کاهش تورم هزینه سلامت ایجاد می‌نماید. کنترل بارداری ناخواسته به معنای رشد اقتصادی، توسعه اقتصادی- اجتماعی و ارتقای سطح سلامت جامعه است و لذا برنامه ریزی‌های اقتصادی و سیاست گذاری‌های متناسب با آن در بخش بهداشت باروری در این خصوص بیش از پیش لازم است.

رابطه با بارداری ناخواسته هستند.^{۱۱،۱۳} بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند، کشورهای درحال توسعه با عواقب نامطلوب سلامت و بار بیشتر بیماری‌ها مواجه هستند. در این بین، حاملگی ناخواسته متعاقباً سبب کاهش سلامتی و رفاه زوجین، کاهش توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌گردد. سرمایه‌های اجتماعی از جمله نیروهای کار حاصل از حاملگی ناخواسته در معرض عوامل خطر متعددی مانند: سطح تحصیلات پایین تر، درآمد کمتر و روی آوردن به مشاغل کاذب و سطح پایین تری قرار می‌گیرند.^{۲۳،۲۴} در مطالعات متعددی کاهش حمایت اجتماعی، برنامه ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی نامتناسب در سطح کلان و خرد باعث تنزل شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی و باروری در جوامع می‌گردد.^{۴۰-۴۲} در برنامه قبلی دولت در خصوص کنترل جمعیت با رویکرد تنظیم خانواده شیوع حاملگی ناخواسته ۴۰ درصد و در سطح استان هایی مانند: اردبیل ۶۱ درصد از طریق آمارهای غیر رسمی گزارش شده بود.^۴ برعکس، برنامه‌ریزی صحیح در این جهت منتج به رشد اقتصادی، افزایش درآمد دولت و کاهش تورم هزینه سلامت شده و امکان توسعه خدمات سلامت و درمان را در بخش عمومی فراهم می‌نماید.^{۳۹} با توجه به بافت مذهبی، فرهنگی و اجتماعی ایران که جز در موارد معدودی اجازه سقط قانونی داده نمی‌شود، برخی از بارداری ناخواسته با سقط جنین‌های پنهانی و غیر بهداشتی همراه می‌گردد که در پاره ای اوقات صدمات جبران

References

1. Vakili M, Shahbazi H, Dehghani MH. The Prevalence of Unintended Pregnancies and its Related Demographic Factors in Hospitals of Yazd City -2008. *Tolloee Behdasht*, 2008; 4(30):23-37. [In Persian].
2. Sonfield A & et al. The Public Costs of Births Resulting from Unintended Pregnancies: National and State-Level Estimates. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011;43(2):94-102.
3. Amani F, Bashiri J, Nahan Moghadam N, Tabarraie Y. [Application of logistic regression model in surveying effective causes of unwanted pregnancy. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 2010;4(1): 32-6. [In Persian]
4. Jahanfar S, Ramazani Tehrani F, Sadat Hashemi S. [The prevalence of unwanted pregnancy and its effective factors in 10 cities in Iran 2000. *TUMJ*. 2002; 60(4): 334-40. [In Persian]
5. Pourheydari M, Souzani A, Shamaian N. Prevalence of unwanted pregnancy and their correlates in pregnant women in Shahrood. *Iran Payesh*, 2007; 6(1): 63-70. [In Persian]
6. Afshar M, Delavardevin N, Kianfar S. Comparison of neonatal growth indices in unwanted pregnancies with gestational asked. *Goums*, 2004; 13(83):40-5 [In Persian]
7. Fourn L, Ducic S, Seguin L. Factors associated with low birth weight: a multivariate analysis. *Sante*, 1999;9(1):7-11.
8. Sereshti M, Delaram M, Rafieian M. Prevalence and causes of unwanted pregnancy from the perspective of pregnant women. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Science*, 2005; 13(24):8-15. [In Persian]
9. Karacam Z, Onel K, Gercek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery*, 2011; 27(2):288-93.

10. Hayatbakhsh MR, Najman JM, et al. A longitudinal study of child mental health and problem behaviours at 14 years of age following unplanned pregnancy. *Psychiatry Res*, 2011; 185 (1-2): 200-4. [In Persian]
11. Fogel R. Health, Nutrition, and Economic growth. *Economic development & cultural change*, 2004; 52(3): 643- 58.
12. Thomas A, Emily M. The High Cost of Unintended Pregnancy. *CCF Brief*, 2011; 45(5):2-7.
13. Carlin E.M., Boag F.C (1995). A study on the effective factors of unwanted pregnancies in pregnant women of Tehran city. *Int J STD AIDS*, 1995; 6(6):373-886.
14. Moss MCN. Unintended pregnancies. A call for nursing action. *Am J Matern Nurs*, 2003; 24-30.
15. Heather W. Indigenous Women of Latin America: Unintended Pregnancy, Unsafe Abortion, and Reproductive Health Outcomes. Pimatisiwin, 2012; 10(3): 271-82.
16. Kirkman M, Rosenthal D, Mallett S, Rowe H, Annarella H. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. *Sex Reprod Healthc*, 2010; 1(4): 149-55.
17. Morgan LM, Roberts EFS. Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*. 2012; 19(2):241-54.
18. Abazari F, Arab M, Abbasszadeh A. Relationship of unwanted pregnancy and fertility behavior in pregnant women who visited maternity wards of Kerman hospitals. *J Reprod Infertil*, 2003; 4(1):39-46
19. Poorreza A ,Khosravi M, Alipoor V,Jafari S. What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? Eds,Heller PS and Hsiao W, 2st ed, RePEc:imf:imfwpa Inc, New York,2007:40-5.
20. Spence M, Lewis M. Health and growth. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank; 2009
21. World Health Organization, World health & Statistics; 2010
22. Lotfalipoor M, Falahi MA, Borji M. The effect of health indicators and economic growth in Iran *Health Management*, 2011;14(46):70-5. [In Persian]
23. Ameryoun A, Meskarpour-Amiri M, Lorgard Dezfulejad M, Khoddami-ishteh HR, Tofighi Sh. The Assessment of Inequality on Geographical Distribution of Non- Cardiac Intensive Care Beds in Iran. *Iran J Public Health*, 2011;40(2): 25-33.
24. Halpern NA, Pastores SM, Thaler HT, Greenstein RJ. Changes in critical care beds and occupancy in the United States 1985-2000: Differences attributable to hospital size, *Crit Care Med*,2006; 34(8):2105-12.
25. Carr BG, Addyson DK, Kahn JM. Variation in critical care beds per capita in the United States: implications for pandemic and disaster planning. *JAMA*,2010; 3(14):1371-72.
26. Gipson JD, Koenig MA and Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, 2008;39(1):18-38.
27. Kasule OH. Social and religious dimensions of unwanted pregnancy: an Islamic perspective. *Med J Malaysia* , 2003;58(3):49-60.
28. Fears CS. Teenage Pregnancy Prevention: Statistics and Programs. CSR Report for congress, 2013, www.crs.gov
29. Frankenberg E, Thomas D. Reproductive Health, Empowerment of Women, and Economic Prosperity. POP POV, Research Network, 2009 popov.org/Portals/1/documents/papers/5.Frankenberg.
30. Frankenberg E & et al. Do Women Increase Their Use of Reproductive Health Care When It Becomes More Available? Evidence From Indonesia, *Studies in Family Planning*, 2009; 41 (1): 27-40.
31. Greene M, Mehta M, Pulwrit J, Wulf D, Bankole A, Singh S. Involving men in reproductive health: contributes to development. Background paper to the public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the millennium development goals. United Nation Millennium Development project 2004.[CITED SEP 5 2009]. Available at: URL: [http:// www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf](http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-final.pdf)
32. Skevington S M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *World Health Organization Quality of Life Assessment, Qual Life Res*,2002; 11(2): 135-44.
33. Yazdkhasti M et al. The Effect of Support Group Method on Quality of Life in Post-menopausal Women. *IJPH*, 2012;41(11): 78-84.
34. Yazdkhasti M, Keshavarz M, Mahmoodi Z, Hosseini AF Self-directed Learning and Its Impact on Menopausal Symptoms. *Ircmj*, 2014; 16(5):32-9.
35. King J.T, Tsevat J, Moosy J, Roberts M. Preference-Based Quality of Life Measurement in Patients with Cervical Spondylotic Myelopathy. *Spine*, 2004; 29: 1271-80.
36. Khang YH, Lynch JW, Yun S, Lee SI. Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004; 58: 308-14.
37. Kardesler E, Yetkiner I H. (2009), "The Impact of Corruption on FDI: An Application of Efficient Grease Hypothesis to EU Countries", *The Empirical Economics Letters*, Vol. 8, No. 8, pp.409-429
38. Laporte, A. Do Economic Cycles Have a Permanent Effect on Population Health? Revisiting the Brenner Hypothesis. *Health Economics*,2004;13(8):767-79.

39. Khakki SI, Khani H , Halimi SS, Monemi A. Best practice of comparison of Reproductive health Indicators on the bases on design check list of family physicians and current guidelines of health Ministry Chaharbid rural health and medical centers in 2011. International Journal of optimal experience and functioning primary health care system,2011; 2(1):1-8
40. Sadeghi H, AminiSani N, Arshi S, Sezavar Sh. Reproductive factors among migrant tribes (Ashayer) women in Ardabil province.JAUMS,2003; 3(9):38-41 . [In Persian]
41. Mazlumi Mahmudabad SS, Shasidi F, AbbasiShavazi M, Shahrizadeh F. Evaluating knowledge, attitude and behavior of women on reproductive health subject in seven central cities of Iran. Journal of reproductive and infertility, 2007;4(29):391-400.[In Persian]
42. Mohammadi A, Eftekhari Ardebffi H, Akbari Haghghi F, Mahmoudi M, Poorreza A. Evaluation of services quality based on the patients expectation and perception in Zanjan hospitals.Sjsph,2004; 2 (2):71-84. [In Persian]
43. Bongaarts J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. Stud Fam Plan,1997;28 (4):267-277
44. Jourabchi Z, Ranjkesh F, Asefzadeh S, Sann L.M. Impact of integrated maternal health care on reducing pregnancy and delivery complication in Qazvin province (2009-2011) .The Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 2013; 164(35):47-53. [In Persian]
45. Minnesota Department of Health. Strategies for Public Health: A Compendium of Ideas, Experiences, and Research from Minnesota's Public Health Professionals 2002; 2. Available from: <http://www.health.state.mn.us/strategies/toc.pdf>[accessed on July 4, 2011].
46. Aghababaei S, Bakht R, Moien R. Study of Contraceptives Used in Unwanted Pregnancies. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences 2010;18 (3):307-14.[In Persian].
47. Kirkman M, Rosenthal D, Mallett S, Rowe H, Annarella H. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. Sex Reprod Health,2010; 1(4): 149-55
48. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. Am Psychol ,2009; 64(9): 863
49. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.2ND ED. LONDON: Sage Publications, Inc,2008, PP: 21-8.
50. Wilson EK, McQuiston C. Motivations for pregnancy planning among Mexican immigrant women in North Carolina. Matern Child Health J, 2006;10(3): 311-20
51. Beheshti M, Sojudi S. Empirical Analysis of the Relationship between Health Expenditure and GDP in Iran. salname- Barresi ha ye eghtesadi, 2007; 4(4): 115-135. [In Persian].
52. Shovazi MJ, Hoseini Chavoshi M, Delavar B. Unwanted pregnancy and its influencing factors in Iran. J Reprod Infertil,2003; 1(5):62-7. [In Persian]
53. Weinberger M. B. The relationship between women's education and fertility: selected findings from the World Fertility Surveys. Int Fam Plan Perspec,1987;13(2):35-46.