

Improving Access and Utilization of Infertility Treatment Services for Infertile Women: A Policy Brief

Zahra Najafi¹ , Zeinab Khaledian² , Donya Saberpour¹ , Alireza Olyaeemanesh¹ , Elham Shakibazadeh³ , Maryam Tajvar^{1*} 

¹ Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Health Service Management, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran

³ Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Policy Brief

Article History:

Received: 31 Oct 2025

Revised: 5 Aug 2026

Accepted: xxxx

ePublished: xxxx

Keywords:

Infertility,
Utilization,
Access,
Health Policy,
Iranian Health System

Abstract

Background. Infertility is a major reproductive health concern, and barriers to accessing and utilizing infertility treatment services may lead to significant individual and societal consequences. This study aimed to identify the barriers to accessing and utilizing infertility treatment services among infertile women and to propose policy options to address these challenges.

Methods. This policy brief was developed based on a multi-phase study employing a mixed (quantitative-qualitative) approach, which included a narrative review study of the available evidence, a descriptive cross-sectional study examining the status of infertile women referring to public and private infertility treatment centers in Tehran (n = 450), and finally, a focus group discussion study aimed at obtaining the opinions of experts in the field of infertility.

Results. The major barriers identified included financial constraints and inadequate insurance coverage, geographic accessibility limitations, challenges related to service delivery, insufficient awareness among couples, certain shortcomings in service quality, and individual and cognitive factors affecting treatment continuation. Based on these findings, four policy options were proposed: expanding insurance coverage for infertility services, developing infertility treatment centers, improving the quality of infertility care, and strengthening educational and awareness-raising programs.

Conclusion. The findings of this study suggest that treatment costs and inadequate financial support are among the most significant barriers to accessing and utilizing infertility treatment services among infertile women in Tehran. Policy interventions focusing on enhanced insurance coverage, improved geographic access, better quality of care, and increased awareness may help reduce these barriers and improve the utilization of infertility services.

Najafi Z, Khaledian Z, Saberpour D, Olyaeemanesh A, Shakibazadeh E, Tajvar M. Policy Brief: Improving Access and Utilization of Infertility Treatment Services for Infertile Women. *Depiction of Health*. 2026; 17(3): xxx-xxx. doi: . (Persian)

Research Insight

* Corresponding author; Maryam Tajvar, E-mail: mtajvar@tums.ac.ir



© 2026 This work is published by Depiction of Health as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

- Infertility is one of the important issues in reproductive health, and barriers to access to and utilization of treatment services can have considerable individual and social consequences.
- Sufficient evidence was lacking regarding the barriers to access to and utilization of infertility treatment services by infertile women, as well as effective policy options for addressing them.
- This study, employing a mixed-methods approach, identified the main barriers (financial, insurance-related, geographical, service quality, awareness, and individual factors) and presented four policy options to address them.
- By documenting the identified barriers and providing specific policy recommendations, this article filled the scientific gap at the level of problem recognition and solution provision, although it did not assess the effectiveness of the implementation of these policies.

Extended Abstract Background

Infertility has become an increasingly significant public health issue in Iran, with notable demographic implications. Recent population trends indicate a declining fertility rate alongside a growing proportion of elderly citizens, raising serious concerns among policymakers. In response, national and international policy documents such as Iran's 2014 General Population Policies and the sustainable development goals (SDGs) emphasize equitable access to infertility treatment as a key component of reproductive health and demographic sustainability. Despite Iran's scientific and technological advances in assisted reproductive technologies (ARTs) and its recognized regional leadership in infertility treatment, many infertile couples continue to face barriers to accessing and utilizing these services. This policy brief, derived from a multi-phase mixed-methods study conducted in Tehran, aimed to identify barriers to access and utilization of infertility treatment services among infertile women and to propose evidence-informed policy options to improve service equity and coverage.

Methods

This policy brief was developed based on a multi-phase study employing a mixed (quantitative-qualitative) approach conducted in Tehran, Iran, between 2022 and 2023. The keywords included the following: infertility, barriers to healthcare access, service utilization, health policy stratifies, effective interventions and related combinations. The inclusion criteria comprised studies published from 2000 onward in Persian or English that investigated barriers to accessing, utilizing, or continuing infertility treatment, as well as relevant strategies to address these barriers. The exclusion criteria also included purely clinical studies without reference to access barriers, animal or laboratory studies, articles lacking full text or available only as abstracts, studies with irrelevant target populations.

In the first phase, evidence on access to and utilization of infertility treatment services was reviewed

through searches of PubMed, Scopus, Web of Science, Semantic Scholar, and relevant national documents.

In the second phase, a descriptive-analytical study was conducted among 450 infertile women attending public and private infertility treatment centers in Tehran. Eligible participants were Iranian, Persian-speaking women with a confirmed diagnosis of primary or secondary infertility who had been married for at least one year and had undergone infertility treatment for a minimum of six months. Women who declined further participation or submitted incomplete questionnaires were excluded. Data were collected through structured interviews using a questionnaire assessing six dimensions of access (affordability, geographic accessibility, accommodation, awareness, availability, and acceptability) and three dimensions of utilization (personal and cognitive factors, service quality, and interpersonal communication). Data were analyzed in SPSS version 26 using descriptive statistics and Spearman's correlation test.

In the third phase, the perspectives of 20 experts—including health policymakers (n = 4), infertility specialists (n = 6), healthcare managers (n = 5), psychologists (n = 2) and health economists (n = 3) were obtained through four expert panel discussions to inform the development of policy recommendations.

Results

Financial barriers emerged as the most critical constraint to access and utilization. Out-of-pocket expenditure accounted for an average of 84% of treatment costs, while insurance coverage accounted for only 16%. Many participants reported difficulty affording medications, travel, and accommodation, particularly those residing outside Tehran. Geographic barriers included the limited distribution of infertility centers, long travel times, and inadequate public transportation. Organizational barriers such as complex referral pathways, long waiting times, and limited clinic hours further restricted access. Inadequate awareness of available services, insufficient patient education, and poor communication with healthcare providers were also identified as major challenges. In addition, personal and

psychosocial factors including stigma, emotional distress, and lack of family support adversely affected treatment adherence and continuity.

Policy Options

Four main policy options were proposed to address these barriers:

1. **Expanding insurance coverage** for infertility diagnosis and treatment to reduce out-of-pocket expenditures and improve equity of access.

2. **Developing and decentralizing infertility centers** across provinces to improve geographic accessibility and relieve pressure on referral facilities.

3. **Enhancing service quality** through improved clinical standards, staff training, and patient-centered communication.

4. **Increasing public awareness and education** about infertility causes, treatment options, and available services through targeted media and community-based programs.

Conclusion

High treatment costs and inadequate insurance coverage remain the primary obstacles preventing infertile women from accessing and benefiting from infertility care in Iran. Coordinated policies involving the

Ministry of Health, insurance organizations, and the private sector can significantly reduce these disparities. Strengthening financial protection, expanding service networks, improving quality of care, and promoting awareness will collectively help overcome access barriers, support national population policies, and advance reproductive health equity.

Practical Implications of Research

The findings of this study can inform the development and implementation of evidence-based interventions to improve access to and utilization of infertility treatment services among infertile women. The results highlight the need for policymakers and health system managers to prioritize strengthening financial protection mechanisms and expanding insurance coverage for infertility care. In addition, the equitable expansion of infertility treatment centers, improved service quality, streamlined service delivery processes, and targeted educational and awareness-raising programs for infertile couples may help reduce existing barriers. Incorporating these findings into policy and decision-making processes could enhance equity in reproductive health and improve the responsiveness of the health system to the needs of infertile couples.

بهبود دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور از خدمات درمان ناباروری: خلاصه سیاستی

زهرا نجفی^۱، زینب خالدیان^۲، دنیا صابریور^۱، علیرضا اولیایی منش^۱، الهام شکیبازاده^۳، مریم تاجور^{۱*}

^۱ گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ گروه مدیریت خدمات بهداشتی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

^۳ گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه. ناباروری یکی از مسائل مهم سلامت باروری است و موانع موجود در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات درمانی می‌تواند پیامدهای فردی و اجتماعی قابل توجهی به همراه داشته باشد. این مطالعه با هدف شناسایی موانع دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور از خدمات درمان ناباروری و ارائه گزینه‌های سیاستی برای رفع این موانع انجام شد. **روش کار.** این خلاصه سیاستی بر پایه یک مطالعه چند فازي با رویکرد ترکیبی (کمی-کیفی) تدوین شد که شامل یک مطالعه مرور روایتی شواهد در دسترس، یک مطالعه مقطعی-توصیفی برای بررسی وضعیت زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری دولتی و خصوصی شهر تهران (۴۵۰ نفر) و نهایتاً یک مطالعه بحث گروهی برای اخذ نظر خبرگان حوزه ناباروری بود.

یافته‌ها. مهم‌ترین موانع شناسایی شده شامل مشکلات مالی و پوشش ناکافی بیمه‌ای، محدودیت‌های دسترسی جغرافیایی، چالش‌های مرتبط با ارائه خدمات، آگاهی ناکافی زوجین، برخی کاستی‌های کیفیت خدمات و عوامل فردی و شناختی مؤثر بر تداوم درمان بود. بر این اساس، چهار گزینه سیاستی شامل افزایش پوشش بیمه‌ای، توسعه مراکز درمان ناباروری، ارتقای کیفیت خدمات و تقویت برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی استخراج و توسط خبرگان پیشنهاد شد.

نتیجه‌گیری. بر اساس یافته‌های این مطالعه، هزینه‌های درمان و حمایت ناکافی مالی از مهم‌ترین موانع دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور از خدمات درمان ناباروری در شهر تهران محسوب می‌شوند. اجرای مداخلات سیاستی با تأکید بر تقویت پوشش بیمه‌ای، بهبود دسترسی جغرافیایی، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش آگاهی می‌تواند در کاهش موانع موجود و بهبود بهره‌مندی از خدمات ناباروری مؤثر باشد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

خلاصه سیاستی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۹
اصلاح نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۱۴
پذیرش: XXXX
انتشار برخط: XXXX

کلیدواژه‌ها:

ناباروری،
بهره‌مندی،
دسترسی،
سیاست‌گذاری سلامت،
نظام سلامت ایران

پیام مقاله

- ناباروری یکی از مسائل مهم سلامت باروری است و موانع دسترسی و بهره‌مندی از خدمات درمانی می‌تواند پیامدهای فردی و اجتماعی قابل توجهی داشته باشد.
- شواهد کافی درباره موانع دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور از خدمات درمان ناباروری و گزینه‌های سیاستی مؤثر برای رفع آن‌ها وجود نداشت.
- این مطالعه با رویکرد ترکیبی، موانع اصلی (مالی، بیمه‌ای، جغرافیایی، کیفیت خدمات، آگاهی و عوامل فردی) را شناسایی و چهار گزینه سیاستی برای رفع آن‌ها ارائه کرد.
- مقاله با شناسایی مستند موانع و ارائه توصیه‌های سیاستی مشخص، شکاف علمی را در سطح شناخت مسئله و ارائه راهکار پر کرد، هرچند اثربخشی اجرای این سیاست‌ها را ارزیابی نکرد.

* پدیدآور رابط: مریم تاجور، آدرس ایمیل: mtajvar@tums.ac.ir

خلاصه اجرایی

این خلاصه سیاستی با هدف بهبود دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور از خدمات درمان ناباروری، بر اساس یک مطالعه ترکیبی (کمی - کیفی) در شهر تهران، ایران و با استفاده از پرسش‌نامه، مصاحبه و اسناد موجود انجام شد. یافته‌ها نشان داد حوزه دسترسی در شش حوزه شامل استطاعت مالی، جغرافیایی، هم‌سازی، آگاهی، فراهم‌بودن و پذیرش، و بهره‌مندی در سه حوزه شامل مسائل شخصی و شناختی، کیفیت خدمت و ارتباطات بین‌فردی، با چالش مواجه است. بنابراین راهکارهای افزایش پوشش بیمه‌ای، توسعه مراکز درمانی در سطح کشور، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش آگاهی زوجین پیشنهاد می‌شود که اجرای هماهنگ آن‌ها توسط ذی‌نقشان مربوطه می‌تواند به رفع موانع، تحقق سیاست‌های جمعیتی و ارتقای سلامت باروری کمک کند.

مقدمه

نگاهی به سیمای جمعیتی کشور گویای نگرانی‌های جدی نسبت به جمعیت کشور است. بر اساس روند فعلی باروری، رشد جمعیت در سال‌های ۱۴۲۰-۱۴۱۵ به حدود صفر و سهم جمعیت سالمند (بالای ۶۵ سال) در سال ۱۴۰۹ به بالای ۱۰ درصد کل جمعیت کشور خواهد رسید.^۱ معضل کاهش باروری و حرکت به سوی سالخوردگی جمعیت در سال‌های اخیر به نحو ویژه‌ای مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است. بخشی از این سیاست‌ها به زوجین نابارور که گروه مهمی در تحول ساختار جمعیتی هستند، تعلق یافته است. میزان دسترسی به خدمات درمانی و بهره‌مندی از آنها یکی از مهم‌ترین فاکتورهای سنجش کارآمدی نظام سلامت در هر کشوری می‌باشد.^۲ با توجه به افزایش شمار زوجین نابارور در سال‌های اخیر، بررسی دسترسی و بهره‌مندی این زوجین به خدمات درمان ناباروری می‌تواند به برطرف کردن موانع موجود و پیشبرد سیاست‌ها کمک شایانی نماید. مطالعه‌ای در بوستون نشان داد که هزینه مهم‌ترین مانع اجتماعی اقتصادی در دسترسی به خدمات ناباروری است و زنان فاقد بیمه احتمال کمتری برای پیگیری درمان دارند. همچنین، ناآگاهی گسترده درباره پوشش بیمه‌ای - به‌طوری‌که ۹۱ درصد شرکت‌کنندگان نمی‌دانستند آیا بیمه آنان خدمات ناباروری را پوشش می‌دهد - بیانگر

وجود شکاف جدی اطلاعاتی و ضرورت بهبود آموزش و اطلاع‌رسانی به بیماران در این حوزه بوده است.^۳ همچنین نتایج یک مرور نظام‌مند در کشورهای در حال توسعه، نشان داد که درمان ناباروری زنان را در معرض هزینه‌های فاجعه‌بار برای حتی مداخلات پایه قرار می‌دهد. افزون بر هزینه‌ها، پیامدهای اقتصادی - اجتماعی همچون از دست دادن کار، طلاق و تبعیض مبتنی بر نگرش‌های منفی نسبت به ناباروری نیز گزارش شده است. یافته‌ها تأکید می‌کند که زنان بیشترین آسیب‌پذیری را نسبت به پیامدهای اقتصادی و اجتماعی ناباروری دارند.^۴

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان مجری اصلی خدمات سلامت در کشور در همکاری با بخش خصوصی، خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری را در ۹۶ مرکز در سطح کشور ارائه می‌دهد که ۴۰ مورد از این مراکز دولتی می‌باشند. به اذعان سازمان‌های بین‌المللی و در سایه تلاش‌های نظام سلامت و ارکان آن از جمله پیشرفت‌های علمی و تخصصی و تکنولوژیکی، ایران جزو ۱۰ کشور برتر دنیا در درمان‌های ناباروری و در جمع ۶ کشور دارای دانش ساخت محصولات ناباروری است، با این حال در ایران ۲۸/۳ درصد از زوجین به دلایل مختلفی دوره درمانی خود را ناتمام می‌گذارند.^۵ با توجه به اسناد بالادستی ملی مشتمل بر بند ۴ سیاست‌های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۹۳ مبنی بر ارتقاء، پویایی و بالندگی و جوانی جمعیت و نیز سند بین‌المللی اهداف توسعه هزاره در سال ۲۰۰۰ توجه به دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری ضروری است.^۶ زوجین نابارور با موانعی در دسترسی به خدمات ناباروری و بهره‌مندی از آنها روبرو هستند و تاخیر در دسترسی به خدمات تشخیصی و درمانی می‌تواند امکان موفقیت در درمان را تحت تأثیر قرار دهد.^۷ با توجه به اهمیت موضوع، این خلاصه سیاستی با استناد به یک مطالعه کمی در شهر تهران با عنوان "بررسی موانع دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور در برخورداری از خدمات درمان ناباروری در شهر تهران"، موانع دسترسی را در ۶ بعد شامل دسترسی جغرافیایی (Accessibility)، فراهم‌بودن (Availability)، پذیرش (Acceptability)، هم‌سازی (Accommodation)، استطاعت مالی (Affordability) و آگاهی (Awareness) و موانع بهره‌مندی را در سه بعد مسائل شخصی و شناختی (Cognitive)، کیفیت خدمت

(Service Quality)، ارتباطات بین فردی (Interpersonal Communication) مورد شناسایی قرار داده است و به دنبال آن گزینه‌های سیاستی مناسبی را برای رفع یا کاهش این موانع ارائه می‌دهد. این مستند سیاستی می‌تواند برای مدیریت و سیاست‌گذاری در زمینه مقابله با چالش‌های دریافت خدمات ناباروری مفید باشد.^۸

روش کار

این خلاصه سیاستی بر پایه یک مطالعه چند فازي با رویکرد ترکیبی (کمی- کیفی) تدوین شد که در سال‌های ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۲ در شهر تهران انجام گرفته بود. این مطالعه در سه فاز مجزا طراحی و اجرا گردید.

فاز اول، مرور شواهد و مستندات موجود: با توجه به ماهیت چندوجهی موضوع و تنوع مطالعات انجام‌شده، فاز اول مطالعه به صورت مرور روایتی طراحی گردید. هدف این فاز، شناسایی ابعاد مختلف موانع دسترسی و بهره‌مندی از خدمات درمان ناباروری بر اساس شواهد موجود و همچنین شناسایی راهکارهای مؤثر برای کاهش این موانع بود. سؤال اصلی مطالعه در دو بخش تدوین گردید: بخش اول به شناسایی موانع دسترسی و بهره‌مندی از خدمات تشخیص و درمان ناباروری از دیدگاه زنان و زوج‌های نابارور پرداخت که بر اساس الگوی PICO با عناصر جمعیت (زنان و زوج‌های نابارور در سنین باروری)، پدیده مورد مطالعه (موانع دسترسی و بهره‌مندی)، بافت و زمینه (سیستم‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته، مراکز دولتی و خصوصی، مناطق شهری و روستایی)، و پیامد (مداخلات و راهکارهایی که منجر به کاهش یا حذف موانع شناخته شده می‌شوند) تدوین شد. بخش دوم سؤال به شناسایی راهکارهای مؤثر برای کاهش این موانع بر اساس شواهد موجود و تجارب نظام‌های سلامت سایر کشورها اختصاص یافت. جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داده Web of Science، Scopus، PubMed، Magiran و SID با استفاده از کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی انجام شد. کلیدواژه‌های فارسی شامل ناباروری، موانع دسترسی، بهره‌مندی از خدمات، راهکارهای سیاستی، مداخلات مؤثر، و کلیدواژه‌های انگلیسی شامل Effective interventions، Health policy Stratifies و ترکیبات مرتبط بود. در این مرحله موانع شناسایی و راهکارها

جمع‌آوری شد تا مبنای تدوین گزینه‌های سیاستی در فاز سوم قرار گیرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش سنتز روایتی در سه مرحله کدگذاری، دسته‌بندی موضوعی و سنتز نهایی انجام شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل مطالعات مرتبط با شناسایی موانع دسترسی، بهره‌مندی یا ادامه درمان ناباروری، راهکارها، انجام‌شده بر روی زنان یا زوج‌های نابارور در سنین باروری، با طراحی کمی، کیفی یا ترکیبی، در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته، به زبان فارسی یا انگلیسی، منتشرشده از سال ۲۰۰۰ به بعد بود. ملاک‌های خروج نیز شامل مطالعات صرفاً بالینی بدون اشاره به موانع دسترسی، مطالعات حیوانی یا آزمایشگاهی، مقالات فاقد متن کامل یا فقط به صورت چکیده، مطالعات با جمعیت هدف غیرمرتبط، مقالات به زبان غیر از فارسی یا انگلیسی، و مطالعات صرفاً متمرکز بر راهکارهای درمانی بودند.

فاز دوم، بررسی کمی وضعیت موجود: در مرحله دوم، یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی زنان نابارور مراجعه‌کننده به پنج مرکز درمان ناباروری دولتی و خصوصی شهر تهران انجام شد. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده انتخاب و پس از اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. داده‌ها به روش مصاحبه و با استفاده از پرسش‌نامه ضمن رعایت ملاحظات اخلاقی جمع‌آوری شد. جهت تصادفی بودن نمونه‌گیری ابتدا سعی بر این بود که نمونه‌ها به صورت یک در میان جمع‌آوری شوند؛ اما با توجه به اینکه تعداد کثیری از بیماران ساکن شهر تهران بودند جهت تنوع بخشیدن به نمونه‌ها در هر مراجعه سعی بر این شد که با بیمارانی که از سایر استان‌ها مراجعه نموده بودند نیز مصاحبه صورت گیرد. بدین صورت، اولویت مصاحبه به افرادی از استان‌هایی که تا آن لحظه نمونه‌ای در پژوهش نداشتند تعلق گرفت تا جایی که پرسشگران موفق شدند از ۱۹ استان کشور نمونه جمع‌آوری کنند. از میان افراد واجد شرایط، ۴۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ایرانی بودن و توانایی مکالمه به زبان فارسی، گذشت حداقل یک سال از ازدواج، تشخیص قطعی ناباروری اولیه یا ثانویه، و گذشت حداقل شش ماه از شروع درمان ناباروری بود. افرادی که تمایل به ادامه مشارکت در مطالعه نداشتند یا پرسش‌نامه‌های آنان به صورت ناقص تکمیل شده بود، از مطالعه خارج شدند.^۹ ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق‌ساخته بود که بر اساس مرور

یافته‌ها شواهد خارجی

در فاز اول؛ یافته‌ها نشان داد که موانع دسترسی و بهره‌مندی از خدمات درمان ناباروری چندبعدی بوده و در ۱۰ دسته اصلی قابل طبقه‌بندی هستند. موانع اقتصادی (هزینه‌های درمان و نبود پوشش بیمه‌ای مناسب) و موانع جغرافیایی (فاصله و دسترسی) شایع‌ترین موانع گزارش شده در اکثر مطالعات بودند.^{۲۲-۱۲، ۷، ۴، ۳} انگ اجتماعی،^۴ ناامیدی از درمان،^{۲۳، ۱۸، ۲۲} سواد باروری پایین،^{۲۵، ۲۰، ۱۴} عدم حمایت خانواده،^{۲۱، ۱۲، ۴} تجربه نامناسب کلینیک،^{۲۴، ۱۴، ۱۳} محدودیت‌های شغلی،^{۲۱، ۱۶} ترس از عوارض^{۲۴، ۲۳، ۱۴} و اولویت‌دهی به درمان‌های سنتی^{۲۵، ۲۳، ۲۱} از دیگر موانع مهم محسوب می‌شوند. هم‌چنین، هشت حوزه اصلی مداخله‌ای شامل: حمایت مالی و توسعه پوشش بیمه‌ای،^۳ بهبود دسترسی جغرافیایی از طریق توسعه عادلانه مراکز درمانی، ایجاد سیستم‌های ارجاع کارآمد و بهره‌گیری از خدمات از راه‌دور،^{۲۱، ۱۸، ۱۷، ۷} ساده‌سازی مسیر ارجاع و استانداردسازی آموزش بیماران،^{۲۵، ۱۹، ۱۳} کاهش انگ اجتماعی از طریق مشاوره و طراحی خدمات بدون تبعیض،^۴ آموزش مستمر و قابل‌فهم درباره علل ناباروری، گزینه‌های درمانی و مراحل مختلف درمان،^{۲۵، ۲۱، ۲۰، ۱۴} ارائه خدمات حساس به فرهنگ، زبان و باورهای بیماران،^{۲۵، ۲۳، ۲۱} ادغام حمایت‌های روانشناختی در بسته خدمات درمانی،^۳ و نهادینه‌سازی رویکرد بیمارمحور در تمامی سطوح ارائه خدمت^{۲۵، ۲۰، ۱۹، ۱۳} شناسایی شد. مطالعات داخلی نیز بر لزوم بازنگری در بسته بیمه‌ای،^{۱۵-۱۳} توسعه مراکز درمانی در استان‌های محروم،^{۲۱، ۱۷، ۷} استانداردسازی پروتکل‌های درمانی^{۲۵، ۱۳} و تقویت برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی^{۲۰، ۱۲} تأکید داشته‌اند.

شواهد داخلی

در فاز دوم از بین زنان شرکت‌کننده، ۷۴ درصد دچار ناباروری اولیه و بقیه ثانویه بودند. هم‌چنین، ۵۶ درصد ساکن استان تهران (که ۱۸ درصد آنها به‌جز شهر تهران) بودند و بقیه از سایر استان‌ها مراجعه کرده بودند. بر اساس یافته‌های این مرحله، همان‌گونه که در جدول ۱ آمده است مهم‌ترین موانع برای دسترسی و بهره‌مندی زنان از خدمات درمان ناباروری شامل موارد زیر می‌باشد:

گسترده متون و با بهره‌گیری از پرسش‌نامه‌های معتبر پیشین و هم‌چنین مدل مفهومی ساورمن تدوین گردیده بود.^{۱۱، ۱۰} این پرسش‌نامه شامل سه بخش مشتمل بر مشخصات دموگرافیک و اقتصادی- اجتماعی شرکت‌کنندگان؛ اطلاعات مربوط به تاریخچه طبی و درمانی ناباروری؛ و سؤالات اختصاصی موانع دسترسی و بهره‌مندی از خدمات درمان ناباروری (در طیف لیکرت ۵ امتیازی؛ ۵= خیلی زیاد، ۱= خیلی کم) بود.

برای سنجش روایی محتوایی پرسش‌نامه، شاخص روایی محتوا (CVR) برابر با ۹۲٪ و نسبت روایی محتوا (CVR) با مقدار ۹۹٪ محاسبه گردید که نشان‌دهنده روایی محتوایی مطلوب ابزار است. داده‌ها پس از کدگذاری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. در بخش توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش تحلیلی از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد.^۹

فاز سوم، اخذ نظر خبرگان و اولویت‌بندی گزینه‌های

سیاستی: در این فاز، ابتدا بر اساس شواهد حاصل از مرور (فاز اول) و اولویت‌های شناسایی‌شده در پیمایش مقطعی (فاز دوم)، چهار گزینه سیاستی تدوین گردید. سپس، به منظور دریافت دیدگاه خبرگان و اولویت‌بندی این گزینه‌ها، چهار جلسه بحث گروهی متمرکز (FGD) با حضور ۲۰ نفر از متخصصان حوزه زنان و ناباروری (۶ نفر)، مدیریت (۵ نفر)، سیاست‌گذاری (۴ نفر)، اقتصاد سلامت (۳ نفر)، و روانشناس (۲ نفر) برگزار شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل حداقل پنج سال سابقه پژوهش، طبابت یا مدیریت در حوزه ناباروری یا سلامت باروری، داشتن تجربه در سیاست‌گذاری یا تصمیم‌گیری در نظام سلامت، و تمایل به مشارکت در مطالعه بود. در ابتدای هر جلسه، گزینه‌های سیاستی برای خبرگان تشریح شد و از ایشان خواسته شد هر گزینه را براساس هزینه- اثربخشی درک شده توسط خبرگان، اولویت‌بندی نمایند. هم‌چنین موانع احتمالی اجرا و پیش‌نیازهای عملیاتی‌سازی آنها را شناسایی کنند. هر جلسه به‌طور میانگین حدود دو ساعت به طول می‌انجامید. در پایان، داده‌های حاصل از جلسات با روش تحلیل محتوای کیفی و رویکرد استقرایی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ تحلیل شد.

جدول ۱. فراوانی موانع دسترسی و بهره‌مندی از خدمات درمان ناباروری از دیدگاه زنان نابارور مراجعه کننده

موانع درک شده	دامنه نمرات قابل اکتساب	میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداقل کسب شده	حداکثر کسب شده	نمره از مقیاس ۱۰۰
استطاعت مالی	(۳۰-۰)	$10/22 \pm 8/66$	.	۳۰	۵۰/۷
دسترسی جغرافیایی	(۳۰-۰)	$10/63 \pm 9/62$	.	۳۰	۳۵/۴
هم‌سازی	(۴۰-۰)	$11/45 \pm 8/81$	.	۴۰	۲۸/۶
آگاهی	(۲۵-۰)	$4/79 \pm 5/25$	.	۲۳	۱۹/۱
کیفیت خدمت	(۳۰-۰)	$6/9 \pm 5/5$	.	۳۰	۲۳
مسائل شخصی و شناختی	(۷۵-۰)	$12/9 \pm 11/7$	.	۵۸	۱۷

استطاعت مالی

مشکلات و موانع مالی به‌عنوان بزرگ‌ترین مانع بر سر راه درمان زوجین نابارور گزارش شد. تاثیر استطاعت مالی بر درمان ناباروری می‌تواند از چند زاویه مورد بررسی قرار گیرد. درمان ناباروری هزینه‌های قابل توجهی را برای زوجها ایجاد می‌کند. هزینه‌های مستقیم درمان ناباروری مانند تهیه دارو، جراحی، هزینه‌های رفت و آمد و اقامت و تاثیر مستقیمی که وضعیت مالی زوجین نابارور بر روند درمانی دارد.

دسترسی جغرافیایی

مشکلات مرتبط با دسترسی جغرافیایی به مراکز درمانی یک چالش مهم در سیستم بهداشت و درمان است و از جمله موانع درک شده در این زمینه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: "نبود مرکز درمانی در شهر محل اقامت و مشکل در رفت و آمد"، "طولانی بودن زمان موردنیاز برای رسیدن به مرکز درمانی و فاصله تا محل اقامت"، "کمبود وسایل نقلیه عمومی برای مراجعه به مراکز درمانی"، "نداشتن وسیله نقلیه شخصی"، "گرانی و هزینه بالای تردد به مراکز درمانی".

هم‌سازی

در این بخش چالش‌ها و موانع درک شده عبارت بودند از: "دشواری در گرفتن نوبت و فقدان تنوع در روش‌های رزرو وقت"، "طولانی بودن زمان انتظار"، "سیستم ارجاع پیچیده و طولانی در فرایند تشخیص و درمان"، "نیاز به مراجعه به مراکز مختلف برای آزمایش یا دسترسی به پزشک"، "محدودیت در ساعت و روزهای کار مرکز درمانی"، "عدم دسترسی تلفنی به تیم درمانی در شرایط اضطراری"، "نامناسب بودن ساعت کاری مرکز درمانی دولتی برای

دریافت خدمت"، و "نامناسب بودن فضای فیزیکی مرکز درمانی برای دریافت خدمات".

آگاهی

آگاهی، بخشی جدایی‌ناپذیر از دسترسی است و در این زمینه موانع درک شده شامل "آموزش و ارائه اطلاعات ناکافی در مورد درمان"، "عدم آگاهی از وجود مراکز درمانی ناباروری"، "آموزش و ارائه اطلاعات به زبان و بیان نامناسب و تخصصی"، و "آموزش و ارائه اطلاعات در شرایط نامناسب مثل استرس" می‌باشد.

کیفیت خدمات

پایین بودن کیفیت خدمات ارائه شده در مرکز درمانی می‌تواند مانعی اساسی در تداوم دریافت خدمات توسط افراد باشد از جمله موانع درک شده مرتبط با کیفیت شامل: "بروز عوارض جانبی در بیماران برخی مراکز"، "نامطلوب بودن نظافت محیط درمانگاه"، "پایین بودن سرعت رسیدگی به امورات بیماران"، "عدم حضور به موقع پزشکان و انتظار طولانی جهت ویزیت بیمار"، و "فراهم نبودن امکانات رفاهی (نظیر صندلی، تخت، آب‌سردکن و سایر موارد)" می‌باشد.

مسائل شخصی و شناختی

در مواردی نیز مسائل شخصی ناشی از شرایط خاص هر فرد به مانعی برای دریافت خدمت تبدیل می‌شود. مثلاً "خجالت و شرم از دیگران برای اقدام به درمان"، "عدم باور و پذیرش مشکل باروری"، "امید به باروری خودبه‌خودی مثلاً در سنین جوانی بودن"، "عدم آمادگی جسمی و روانی لازم برای داشتن فرزند علی‌رغم پیشگیری نکردن"، "فقدان حمایت و ترس از قضاوت خانواده، دوستان و اطرافیان" و "ترجیح به استفاده از درمان‌های خانگی".^۸

گزینه‌های سیاستی

در فاز سوم، گزینه‌های سیاستی بر اساس دو فاز مرور متون و مطالعه مقطعی تنظیم و طی چهار جلسه بحث گروهی با مشارکت ۲۰ خبره نهایی شد. چارچوب نظری این مرحله، مدل دسترسی پنچانسکی و توماس (Penchansky & Thomas) و اصلاح‌شده آن توسط ساورمن (Saurman) بود.^{۱۱} تحلیل داده‌های حاصل از جلسات بحث گروهی متمرکز منجر به شناسایی ۴ مضمون اصلی، و ۱۲ زیرمضمون شد. جدول ۲ مضامین، کدها و نمونه نقل قول‌های مستقیم خبرگان را نشان می‌دهد. به عنوان نمونه، خبره ۳ در مورد موانع مالی اظهار داشت: "بیماران

به‌خاطر هزینه‌ها درمان را رها می‌کنند؛ بیمه باید حداقل ۷۰ درصد هزینه‌ها را پوشش دهد". همچنین خبره ۷ در مورد دسترسی جغرافیایی گفت: "در استان‌های محروم، نزدیک‌ترین مرکز IVF چند ساعت فاصله دارد". این نقل قول‌ها مبنای استخراج مزایا، معایب، موانع و الزامات اجرایی در جدول ۳ قرار گرفته‌اند.

چهار گزینه سیاستی در قالب مضامین اصلی و به ترتیب اولویت شامل: افزایش پوشش بیمه‌ای، توسعه مراکز درمانی، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش آگاهی زوجین بودند.

جدول ۲. مضامین و کدهای استخراج شده از نظرات خبرگان

ردیف	مضمون اصلی	زیرمضمون	کد	نمونه نقل قول
۱	افزایش پوشش بیمه‌ای	بار مالی درمان	هزینه‌های کمرشکن	بیماران به‌خاطر هزینه‌ها درمان را رها می‌کنند؛ بیمه باید حداقل ۷۰ درصد هزینه‌ها را پوشش دهد. (خبره ۳)
		عدم پوشش بیمه	بسته ناقص خدمات	الان بیمه فقط بخشی از داروها را پوشش می‌دهد، ولی IVF و گامت اهدایی پوشش ندارد. (خبره ۵)
		تقاضای القایی	افزایش مراجعات غیرضروری	اگر بیمه کامل شود، ممکن است برخی مراجعات غیرضروری هم افزایش یابد. (خبره ۱۹)
۲	توسعه مراکز درمانی	دسترسی جغرافیایی	فاصله زیاد	در استان‌های محروم، نزدیک‌ترین مرکز IVF چند ساعت فاصله دارد. (خبره ۷)
		کمبود نیروی متخصص	کمبود متخصص بودجه بالا	تعداد متخصصان ناباروری در شهرستان‌ها بسیار کم است. (خبره ۱)
		هزینه سرمایه‌ای		ساخت مرکز جدید هزینه زیادی دارد و نیاز به تخصیص بودجه ملی دارد. (خبره ۴)
۳	ارتقای کیفیت خدمات	استانداردسازی	نیود پروتکل ملی	هر مرکزی پروتکل خودش را دارد؛ باید استاندارد ملی تدوین شود. (خبره ۲)
		آموزش تیم درمان	آموزش مستمر	تیم درمان باید آموزش مستمر ببینند تا کیفیت خدمات بالا برود. (خبره ۶)
		رضایت بیمار	تجربه نامناسب	بیماران از برخورد نامناسب برخی کارکنان گلایه دارند. (خبره ۸)
۴	افزایش آگاهی زوجین	سواد باروری	عدم آگاهی	خیلی از زوجین نمی‌دانند چه زمانی باید مراجعه کنند. (خبره ۹)
		انگ اجتماعی	پنهان کاری	نمی‌خواهند کسی بداند نابارورند، چون فکر می‌کنند نقص دارند (خبره ۱۰)
		تأخیر در مراجعه	دیر مراجعه کردن	اغلب زوجین بعد از چند سال تلاش بی‌نتیجه مراجعه می‌کنند. (خبره ۱۵)

بر اساس جمع‌بندی نظرات خبرگان، افزایش پوشش بیمه‌ای خدمات ناباروری با توافق ۱۸ از ۲۰ خبره به عنوان اولویت اول، توسعه و توزیع عادلانه مراکز درمانی با توافق ۱۶ از ۲۰ به عنوان اولویت دوم، ارتقای کیفیت خدمات با توافق ۱۵ از ۲۰ به عنوان اولویت سوم، و افزایش آگاهی و آموزش زوجین با توافق ۱۴ از ۲۰ به عنوان اولویت چهارم انتخاب شدند.

جدول ۳. گزینه‌های سیاستی پیشنهادی، مزایا و معایب، موانع احتمالی، الزامات اجرایی و ذینفعان*

گزینه سیاستی	شرح کلی	مزایا	معایب	موانع احتمالی	الزامات اجرایی و ذینفعان کلیدی
افزایش پوشش	گسترش پوشش	کاهش پرداخت از	افزایش بار مالی بر	محدودیت منابع	تأمین منابع مالی پایدار؛ بازنگری بسته

پوشش بیمه‌ای خدمات ناباروری (اولویت اول)	بیمه‌ای خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری با تأمین منابع مالی پایدار و بازنگری بسته خدمات	جیب زوجین؛ افزایش عدالت در دسترسی؛ افزایش تقاضای مؤثر برای دریافت خدمات؛ کاهش احتمال انصراف از درمان	سازمان‌های بیمه‌گر؛ احتمال افزایش تقاضای القایی؛ ضرورت تعیین اولویت‌ها و معیارهای پوشش	مالی بیمه‌ها؛ مقاومت برخی بیمه‌گران؛ نبود بسته خدمتی استاندارد ناباروری	بیمه‌ای خدمات ناباروری؛ تدوین دستورالعمل‌های شفاف برای پوشش بیمه‌ای؛ هماهنگی بین وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر.
توسعه و توزیع عادلانه مراکز درمان ناباروری در سطح کشور (اولویت دوم)	توسعه متوازن مراکز درمان ناباروری بر اساس نیازهای منطقه‌ای با اولویت مناطق کم‌برخوردار و مشارکت بخش خصوصی	بهبود دسترسی جغرافیایی؛ کاهش هزینه‌های رفت‌وآمد و اقامت؛ کاهش ازدحام مراکز مرجع؛ افزایش پوشش خدمات در مناطق کم‌برخوردار	نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه بالا؛ زمان‌بر بودن توسعه زیرساخت‌ها؛ احتمال استفاده ناکافی از ظرفیت در برخی مناطق	کمبود نیروی انسانی متخصص؛ محدودیت بودجه؛ توزیع نامتوازن امکانات و تجهیزات	نیازسنجی منطقه‌ای؛ تأمین تجهیزات و زیرساخت‌های لازم؛ تربیت و حفظ نیروی انسانی متخصص؛ مشارکت بخش خصوصی در توسعه خدمات.
ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری (اولویت سوم)	تدوین استانداردهای ملی کیفیت، استقرار نظام پایش و اعتباربخشی، و آموزش مستمر تیم درمان	افزایش رضایت و اعتماد بیماران؛ بهبود تجربه دریافت خدمت؛ ارتقای ایمنی بیمار و پیامدهای درمانی؛ افزایش تداوم درمان	نیاز به صرف زمان و منابع برای آموزش و پایش کیفیت؛ احتمال افزایش هزینه‌های ارائه خدمت	مقاومت در برابر تغییر؛ نبود نظام ارزیابی مستمر کیفیت؛ محدودیت منابع انسانی و مالی	تدوین استانداردهای کیفیت؛ استقرار نظام پایش و اعتباربخشی؛ آموزش مستمر کارکنان؛ تقویت ارتباطات بین‌فردی و رویکرد بیمارمحور.
افزایش آگاهی و آموزش زوجین نابارور (اولویت چهارم)	طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نیاز زوجین با مشارکت متخصصان، رسانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد	ارتقای سواد سلامت؛ افزایش مشارکت آگاهانه در درمان؛ کاهش باورهای نادرست و انگ اجتماعی؛ بهبود پایبندی به درمان	نیاز به سرمایه‌گذاری در برنامه‌های آموزشی؛ اثربخشی متغیر برنامه‌ها در گروه‌های مختلف جمعیتی	دسترسی محدود برخی گروه‌ها به منابع آموزشی؛ تنوع فرهنگی و اجتماعی؛ ناکافی بودن زیرساخت‌های اطلاع‌رسانی	طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نیاز؛ استفاده از رسانه‌های جمعی و فضای مجازی؛ مشارکت متخصصان و انجمن‌های علمی؛ ارائه آموزش در مراحل مختلف درمان.
					دینفعان کلیدی؛ مدیریت مراکز درمان ناباروری؛ متولیان نظام سلامت

*مزایا، معایب، موانع و الزامات اجرایی این جدول بر اساس کدها و نقل‌قول‌های مستقیم خبرگان که در جدول ۲ نمونه آن ارائه شده است، استخراج گردیده‌اند.

توصیه‌های سیاستی

کاهش پرداخت از جیب زوجین می‌تواند از انصراف از درمان جلوگیری کرده و عدالت مالی در دسترسی به خدمات را ارتقا بخشد.

توسعه و توزیع عادلانه مراکز درمان ناباروری: وزارت بهداشت با بهره‌گیری از ظرفیت بخش خصوصی و دانشگاه‌های علوم پزشکی، باید توسعه مراکز درمان ناباروری را بر اساس نیازهای منطقه‌ای و با اولویت مناطق کم‌برخوردار در دستور کار قرار دهد. این اقدام می‌تواند دسترسی جغرافیایی را بهبود بخشد و هزینه‌ها و دشواری‌های ناشی از سفرهای درمانی را کاهش دهد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، مجموعه‌ای از توصیه‌های سیاستی برای کاهش موانع دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور از خدمات درمان ناباروری پیشنهاد می‌شود:

افزایش پوشش بیمه‌ای خدمات ناباروری: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و سایر ذی‌نفعان مرتبط، لازم است با تأمین منابع مالی پایدار، پوشش بیمه‌ای خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری را گسترش دهند. همچنین، ساده‌سازی فرآیندهای اداری، بازنگری در بسته خدمات تحت پوشش و

ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری: مدیران مراکز

درمان ناباروری و متولیان نظام سلامت باید با تدوین و اجرای استانداردهای کیفیت، آموزش مستمر کارکنان، بهبود ارتباطات بین فردی و استقرار نظام‌های ارزیابی و پایش کیفیت، در جهت افزایش رضایت بیماران و بهبود تجربه دریافت خدمات گام بردارند.

افزایش آگاهی و آموزش زوجین نابارور: طراحی و

اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر نیاز زوجین نابارور، با مشارکت متخصصان حوزه سلامت باروری، رسانه‌های جمعی و سازمان‌های مردم‌نهاد، ضروری است. ارتقای سواد سلامت در زمینه ناباروری، آشنایی با خدمات موجود و اصلاح باورهای نادرست می‌تواند به تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر و تداوم درمان کمک کند.

اجرای هماهنگ این توصیه‌ها با مشارکت وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، مراکز ارائه‌دهنده خدمات، انجمن‌های علمی و سایر ذی‌نقشان مرتبط، می‌تواند در کاهش نابرابری‌های موجود، بهبود دسترسی و بهره‌مندی از خدمات ناباروری و تقویت پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای زوجین نابارور مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

علی‌رغم توسعه سیاست‌ها و سازوکارهای حمایتی توسط دولت در سال‌های گذشته، زوجین نابارور همچنان با مشکلات زیادی در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات ناباروری روبرو هستند. زوجین نابارور با هزینه‌های درمانی هنگفتی روبرو هستند به طوری که مشکلات مالی بزرگ‌ترین مانع دسترسی آنان به خدمات درمانی است که لزوم حمایت همه جانبه از آنان را می‌طلبد و با متعادل کردن هزینه‌های درمانی و ارتقای پوشش بیمه تا حدودی این امر قابل دستیابی می‌باشد. با توجه به مشکلات عدیده در دسترسی فیزیکی زوجین نابارور به درمان از طرفی و عدم رضایت از کیفیت خدمات درمانی از سوی دیگر، توسعه و افزایش دسترسی به خدمات مطلوب درمانی باید در دستور کار قرار گیرد. در کنار موارد عنوان شده لزوم آگاهی‌بخشی و آموزش به زوجین در مراحل مختلف پیش از شروع درمان و در حین درمان جهت بهبود نتایج محسوس می‌باشد.

پیامدهای عملی پژوهش

یافته‌های این مطالعه می‌تواند در طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد برای بهبود دسترسی و بهره‌مندی زنان نابارور از خدمات درمان ناباروری مورد استفاده قرار گیرد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید تقویت حمایت‌های مالی و گسترش پوشش بیمه‌ای خدمات ناباروری را در اولویت قرار دهند. همچنین، توسعه عادلانه مراکز درمان ناباروری، ارتقای کیفیت خدمات، تسهیل فرآیندهای ارائه خدمت و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی هدفمند برای زوجین نابارور می‌تواند به کاهش موانع موجود کمک کند. به‌کارگیری این شواهد در فرآیند تصمیم‌گیری، زمینه را برای ارتقای عدالت در سلامت باروری و بهبود پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای زوجین نابارور فراهم خواهد ساخت.

قدردانی‌ها

بدین وسیله از تمامی همکارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند صمیمانه تشکر می‌کنیم.

مشارکت پدیدآوران

زهره نجفی در نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله، تحلیل داده‌ها، بازبینی و ویرایش محتوای علمی؛ دنیا صابریور در طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، مشارکت در نگارش مقاله؛ زینب خالدیان در جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، مشارکت در نگارش مقاله؛ علیرضا اولیایی‌منش در تحلیل داده‌ها، مشارکت در نگارش مقاله؛ الهام شکیبازاده در تحلیل داده‌ها، مشارکت در نگارش مقاله و مریم تاجور در طراحی مطالعه، نظارت بر کلیت پژوهش، تحلیل داده‌ها، بازبینی نهایی مقاله مشارکت داشتند. نسخه نهایی مقاله مورد تایید تمامی نویسندگان می‌باشد.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی مستقیم از سوی نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1401.092 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است و کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله کسب

در آماده‌سازی ساختار این خلاصه سیاستی، از مولدهای هوش مصنوعی استفاده نشده است.

رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، حفظ محرمانگی داده‌ها و ذخیره امن فایل‌های صوتی انجام شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچگونه تعارض منافعی در تدوین و انتشار این مقاله ندارند.

استفاده از هوش مصنوعی

References

1. Ministry of Health and Medical Education. Financial support guidelines for infertile couples, and infertility treatment services development. 2015. <https://ird.behdasht.gov.ir/>. (Persian)
2. Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging (Albany NY)*. 2019; 11(23): 10952-10991. doi: 10.18632/aging.102497
3. Insogna IG, Lanes A, Hariton E, Blake-Lamb T, Schilling S, Hornstein MD. Self-reported barriers to accessing infertility care: patient perspectives from urban gynecology clinics. *J Assist Reprod Genet*. 2020; 37(12): 3007-3014. doi: 10.1007/s10815-020-01997-y
4. Dyer S, Patel M. The economic impact of infertility on women in developing countries—a systematic review. *Facts Views Vis Obgyn*. 2012; 4(2): 102-109.
5. Morshed-Behbahani B, Lamyian M, Joulaei H, Montazeri A. Analysis and exploration of infertility policies in Iran: a study protocol. *Health Res Policy Syst*. 2020; 18(1): 1-7. doi: 10.1186/s12961-019-0505-3
6. Islamic Republic of Iran Broadcasting. Political Deputy, Department of Political Research. Infertility treatment in the country, achievements and challenges. Radio and Television News Agency Website. 2021. <https://www.iribnews.ir/>. (Persian)
7. Makuch MY, Bahamondes L. Barriers to access to infertility care and assisted reproductive technology within the public health sector in Brazil. *Facts Views Vis Obgyn*. 2012; 4(4): 221-226.
8. Saberpour D. Investigating the Barriers to Access and Utilization of Infertility Treatment Services among Infertile Women in Tehran [Master's thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2023. <https://lib.tums.ac.ir/site/catalogue/251003>
9. Tajvar M, Saberpour D, Atashbahar O, Shakibazadeh E, Oliyaemanesh A, Khaledian Z. Barriers to access and utilization of infertility treatment services among Iranian infertile women: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2026;1-15. doi:10.1186/s12913-026-15454-6
10. Hoseini-Esfidarjani SS, Negarandeh R, Delavar F, Janani L. Psychometric evaluation of the perceived access to health care questionnaire. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(1): 1-10. doi:10.1186/s12913-021-06655-2
11. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *J Health Serv Res Policy*. 2016; 21(1): 36-39. doi:10.1177/1355819615600001
12. Taheripanah R, Haghdoost AA, Baneshi MR, Yazdanpanah M, Salehi F, Akbari N, et al. Nationwide prevalence of infertility in Iranian couples: findings from a 2019 study. *BMC Public Health*. 2025; 25(1): 1-10. doi: 10.1186/s12889-025-22974-z
13. Hossein Rashidi B, Malek Afzali H, Haghollahi F, Abedini M, Eslami M. The utilization of infertility services by infertile couples in Iranian infertility Clinics in 2012-2014. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017; 20(2): 1-12. doi: 10.22038/ijogi.2017.8709. (Persian)
14. Fahami F, Hosseini Ghouchani S, Ehsanpour S, Zargham A. Women's lived experiences of female infertility. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010; 13(4): 45-53. doi:10.22038/ijogi.2010.5836. (Persian)
15. Karimi M, Omani Samani R, Shirkavand A. A qualitative study of the experiences of infertile woman in Iran. *Payesh*. 2015; 14(4): 453-465. (Persian)
16. Torkian Valashani S, Zamani Alavijeh F, Heidari Z, Shoushtari Moghadam E. Fertility desire: Facilitators and inhibitors. *Payesh*. 2019;18(3):241-249. (Persian)
17. Maxwell E, Mathews M, Mulay S. The impact of access barriers on fertility treatment decision making: a qualitative study from the perspectives of patients and service providers. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018; 40(3): 334-341. doi:10.1016/j.jogc.2017.08.025
18. Adashi EY, Dean LA. Access to and use of infertility services in the United States: framing the

- challenges. *Fertil Steril*. 2016; 105(5): 1113-1118. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.01.017
19. Silva S, Barros H. Perspectives on access to in vitro fertilization in Portugal. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2): 344-350. doi: 10.1590/s0034-89102012000200017
20. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Disparities in access to effective treatment for infertility in the United States: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2021; 116(1): 54-63. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.02.019
21. Halim B, Girsang E, Nasution SLR, Ginting CN. Access barriers of infertility services for urban and rural patients. International Conference on Health Informatics, Medical, Biological Engineering, and Pharmaceutica. 2020: 149-157.
22. Nachtigall RD. International disparities in access to infertility services. *Fertil Steril*. 2006; 85(4): 871-875. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.08.066
23. Mosalanejad L, Parandavar N, Abdollahifard S. Barriers to infertility treatment: an integrated study. *Glob J Health Sci*. 2013; 6(1): 181-191. doi: 10.5539/gjhs.v6n1p181
24. Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update*. 2012; 18(6): 652-669. doi: 10.1093/humupd/dms031
25. Aghakhani N, Marianne Ewalds-Kvist B, Sheikhan F, Merghati Khoei E. Iranian women's experiences of infertility: A qualitative study. *Int J Reprod Biomed*. 2020; 18(1): 65-72. doi: 10.18502/ijrm.v18i1.6203