

Comparison of Marital Conflict between Infertile, Fertilized by Artificial Insemination and Naturally Fertile Couples

MohammadReza Roshanaei¹, Hossein Mohagheghi^{2*}, Hatam Hosseini³,
Mosayeb Yarmohamadi Vassel⁴

Abstract

Childbearing is one of the human needs. In some cases, couples are not able to have children naturally and need medical help. A group become fertile by artificial insemination and another group does not benefit from this God's blessing, which can cause certain psychological and family problems. The purpose of this research was the comparison of marital conflict between infertile, fertilized by artificial insemination and naturally fertile couples. The research method was causal-comparative and the statistical population included all couples who visited the hospitals and fertility and infertility clinics of Tehran city. The sample included 50 infertile couples, 50 fertilized couples by artificial insemination and 50 naturally fertile couples who visited Arash Women's Hospital in Tehran between May and June 2022 and were selected using the available sampling method. The Kansas Marital Conflict Scale was used to collect data. The results of the multivariate analysis of variance showed that there was a significant difference between infertile couples (primary and secondary), those fertilized by artificial insemination and naturally fertile ones in terms of marital conflict; Marital conflict was higher among primary infertile and fertile couples by artificial insemination than secondary infertile and naturally fertile couples. Based on this research, infertility and inability to have natural fertility affects marital relationships and makes couples prone to marital disputes and conflicts.

Keywords: Marital conflict, Natural fertility, Primary infertility, Secondary infertility, Artificial insemination

Received: 2022-06-23

Accepted: 2022-08-14

1 M.A. in Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran; m.roshanaei@eco.basu.ac.ir

2 Associate Professor of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran (Corresponding Author); h.mohagheghi@basu.ac.ir

3 Associate Professor of Demography, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran, and Adjunct Professor, Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Arts and Science, Nipissing University, Canada; h-hosseini@basu.ac.ir

4 Associate Professor of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran; yarmohamadi@basu.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556415.1237>

مقایسه‌ی تعارض زناشویی در زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی

محمد رضا روشنائی^۱، حسین محقق^{۲*}، حاتم حسینی^۳، مسیب یارمحمدی واصل^۴

چکیده

فرزندآوری یکی از نیازهای بشری است. در مواردی زوجین توانایی فرزندآوری به صورت طبیعی را ندارند و نیازمند کمک‌های پزشکی هستند. گروهی با لقاح مصنوعی بارور و گروهی دیگر، از این موهبت الهی بی‌بهره می‌مانند که می‌تواند مسائل روانشناختی و خانوادگی خاصی را ایجاد کند. هدف از این پژوهش، مقایسه‌ی تعارض زناشویی در زوج‌های نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی بود. روش پژوهش، علی-مقایسه‌ای و جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی زوجین مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های باروری و ناباروری شهر تهران بودند که نمونه‌ای با حجم ۵۰ زوج نابارور، ۵۰ زوج بارور شده با لقاح مصنوعی و ۵۰ زوج بارور طبیعی که در بازه‌ی زمانی اردیبهشت و خرداد ۱۴۰۱ به بیمارستان بانوان آرش تهران مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تعارض زناشویی کانزاس استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین زوجین نابارور (اولیه و ثانویه)، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی از نظر تعارض زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این صورت که در زوجین نابارور اولیه و بارور شده با لقاح مصنوعی، تعارض زناشویی بالاتر از زوجین نابارور ثانویه و بارور طبیعی است. بر پایه این پژوهش، ناباروری و عدم توانایی در باروری طبیعی، روابط زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و زوجین را مستعد اختلافات و تعارضات زناشویی می‌کند.

واژگان کلیدی: تعارض زناشویی، باروری طبیعی، ناباروری اولیه، ناباروری ثانویه، لقاح مصنوعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳
۱ دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران؛ m.roshanaei@eco.basu.ac.ir
۲ دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران (نویسنده مسئول)؛

h.mohagheghi@basu.ac.ir

۳ دانشیار جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران، و استاد وابسته گروه جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی دانشگاه نپیسینگ، کانادا؛ h-hosseini@basu.ac.ir

۴ دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران؛

yarmohamadi@basu.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556415.1237>

مقدمه و بیان مسئله

ازدواج یکی از مهم‌ترین رویدادها در چرخه‌ی زندگی انسان است. در بیشتر زوجین نیاز غریزی و عاطفی طبیعی انسان حکم می‌کند که زن و مرد پس از ازدواج صاحب فرزند شوند (D'Souza, Noronha and Nayak, 2014). مطالعات تاریخی نشان می‌دهد که جامعه ایران از دیرباز همواره به‌عنوان یک جامعه خانواده‌مدار مطرح و توجه فراوان به مقوله فرزندآوری مطلوب بوده است (مدیری و رازقی‌نصرآبادی، ۱۳۹۴). با وجود تغییرات مختلف در زمینه نگرش نسبت به مسائل جنسی در قرون اخیر هنوز هم اهمیت باروری^۱ در ذهن بشر حفظ شده است، به‌نحوی که یکی از عوامل تحکیم زندگی زناشویی وجود فرزند است. به همین علت باروری که مرحله‌ای طبیعی از زندگی و یکی از مهم‌ترین اهداف هر پیوند زناشویی است، مفهومی از ادامه روند زندگی جاودانه برای بشر دارد (Monga et al. 2004). از این رو باروری، زایمان و صاحب فرزند سالم شدن در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی است که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند و ناباروری باعث ایجاد نگرانی در آن‌ها می‌شود (D'Souza et al. 2014). همچنین تحلیل روند و سیاست‌های جمعیتی در کشور حکایت از آن دارد که در دهه ۶۰ کشور شاهد نرخ رشد و نرخ باروری کل بالا و چشم‌گیری بوده؛ به‌طوری که نرخ باروری کل کشور در سال ۱۳۶۵ معادل ۷/۱ و نرخ رشد جمعیت معادل ۳/۹ درصد بوده است. با این حال، طی سرشماری در دهه‌های بعد، این روند کاهنده و نگران‌کننده شده؛ به‌گونه‌ای که نرخ باروری کل کشور به ۱/۸ در سال ۱۳۹۸ و نرخ رشد جمعیت به ۱/۲۴ در سال ۱۳۹۵ تنزل یافته است. این افت شاخص‌های جمعیت بسیار نگران‌کننده بوده و هشدار جدی برای سال‌های آینده محسوب می‌شود. از این جهت در بستر اجتماعی فرهنگی و جمعیتی جامعه ایران، فرزندآوری به‌عنوان یکی از ارزش‌های خانواده اهمیت دارد. طبق اصل ۱۱۰ قانون اساسی که رهبری مسئولیت تعیین و ابلاغ سیاست‌های کلی نظام را عهده‌دار هستند، ایشان در اردیبهشت ۱۳۹۳ سیاست‌های کلی جمعیت را، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سیاست‌های کلی نظام، در قالب ۱۴ بند ابلاغ کردند، که در بند سوم بر توجه به درمان ناباروری مردان و زنان، پوشش هزینه‌های درمان ناباروری

1 fertility

و تقویت نهادها و موسسات حمایتی زیربسط و در بند چهارم بر مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری تاکید شده است. همچنین براساس قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (آبان ماه ۱۴۰۰) بر افزایش باروری به بالاتر از سطح جانشینی و کمک به زوجین نابارور تاکید شده است (قانع مخلصونی و همکاران، ۱۴۰۰؛ شقاقی شهری و کریم، ۱۴۰۰).

در مقابل باروری، جنبه مهم دیگری به نام ناباروری^۱ وجود دارد که با ناتوانی در بارداری شدن بعد از یک سال فعالیت جنسی منظم و بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تعریف می‌شود (قره‌خانی و ساداتیان، ۱۳۸۱). در سراسر جهان ناباروری یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت در باروری است که بر افراد و کل جامعه تاثیر زیادی دارد (Eldib and Tashani, 2018). ناباروری را می‌توان به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم کرد؛ در ناباروری اولیه حاملگی در گذشته اتفاق نیفتاده است ولی در ناباروری ثانویه حداقل یک مورد حاملگی موفق در گذشته اتفاق افتاده است (Berek & Novak, 2007؛ ترجمه اویسی و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به تغییرات شیوه زندگی و وجود تنش‌های زیست‌محیطی مختلف، بروز ناباروری به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته و بعد از سرطان و بیماری‌های قلبی-عروقی سومین بیماری جدی است (Cong et al. 2016). از این‌رو به دنبال رشد و پیشرفت علمی در حوزه درمان ناباروری، اکثر زوجین ناباروری که به‌صورت طبیعی امکان فرزندآوری را ندارند، برای درمان به مراکز ناباروری مراجعه می‌کنند. در این مراکز از روش لقاح در خارج از بدن یا IVF^۲ برای درمان ناباروری زوجین استفاده می‌کنند. آمارها نشان می‌دهد که مشکل ناباروری در کشور روز به روز در حال افزایش است. در ایران براساس پژوهشی که بر روی ۱۷ هزار زن در ۲ سال صورت گرفت، میزان شیوع ناباروری اولیه ۲۰/۲ درصد گزارش شد. میزان شیوع در شهرها ۱۹/۹ درصد و در روستاها ۲۲ درصد است (Akhondi et al, 2013). در پژوهش دیگری که روی ۸۸۸ نفر در چهار استان کشور صورت گرفت، شیوع ناباروری طول عمر ۶/۴ درصد، ناباروری اولیه ۲۱/۱ درصد و

1 infertility

2 In Vitro Fertilization

ناباوری ثانویه ۷/۸ درصد گزارش شد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین در پژوهشی که بر روی ۶۶۹ زن در استان تهران انجام شد، شیوع ناباروری کنونی براساس تعریف پزشکی^۱ ۹/۵ درصد گزارش شد که شامل ناباروری اولیه (۳/۱ درصد) و ناباروری ثانویه (۶/۴ درصد) می‌باشد (رازقی نصرآباد، حسینی چاووشی و عباسی شوازی، ۱۴۰۱). از این بین در سراسر جهان تنها نیمی از زوجین نابارور به دنبال درمان برمی‌آیند (Greil, Slauson- Blevins and McQuillan, 2010)، ولی آمار دقیقی از زوجین نابارور ایرانی که به دنبال درمان هستند، در دسترس نیست. در بستر فرهنگی مذهبی خاص جامعه ایران، بسیاری از زوجین استفاده از روش‌های کمک باروری را منوط به اجازه شرع می‌دانند (Latifnejad Roudsari, Jafari and Taghipour, 2019). عده‌ای به دلیل عدم آگاهی از مجاز اعلام شدن این روش‌ها توسط علمای دینی و یا اعتقاد به در تضاد بودن این اقدامات با خواست خداوند، با این روش‌ها را مخالف بودند (عباسی شوازی، عسگری خانقاه و رازقی نصرآباد، ۱۳۸۴). در مقابل، از دید بسیاری از افراد نابارور، اهمیت تلاش و جستجو برای حل مشکلات، یک ارزش مذهبی مهم تلقی می‌شود. آن‌ها معتقدند که ناباروری یک آزمایش الهی می‌باشد و خدا می‌خواهد که آن‌ها به تلاش‌شان ادامه دهند؛ نیز بر این عقیده هستند که اگر خدا نخواهد، آن‌ها هرگز صاحب فرزند نخواهند شد (Latifnejad Roudsari et al, 2019).

یکی از عواملی که تحت تأثیر باروری و ناباروری قرار می‌گیرد، الگوی ارتباطی زوجین در روابط بین آن‌هاست (فاتحی زاده و احمدی، ۱۳۸۴). همچنین احساسات، افکار و عقاید زوج‌های نابارور اغلب به عنوان یکی از پیامدهای تشخیص ناباروری تغییر می‌کنند (Hocaoglu, 2019). به بیان دیگر، افزون بر این که ناباروری مایه آسیب روانشناختی معنی‌دار می‌گردد، می‌تواند همچون آسیب نیرومند در برابر پایداری پیوند زناشویی عمل نماید و تعارض‌های زناشویی تندی را میان زن و شوهر برپا سازد. زوجین مبتلا، به‌ویژه در جوامع سنتی، افزون بر محرومیت از فرزند، با چالش‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و

۱ بارور نشدن پس از یک سال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری.

اقتصادی گوناگونی رویارو هستند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۴). زوج‌های نابارور، اغلب ناباروری را فشارآورترین حادثه‌ی زندگی خود دانسته که می‌تواند باعث از هم‌گسیختگی ثبات خانواده شود (علیزاده و همکاران، ۱۳۸۴). روابط زناشویی زوجین در اثر نازایی می‌تواند در جهت منفی و مخربی سوق پیدا کند (محمدی و خلیج آبادی فراهانی، ۱۳۸۰)؛ چرا که در هر رابطه زناشویی، زوجین تمایل دارند تا فرزندى داشته باشند و ناتوانایی برای تحقق این امر تنش را در فرد ایجاد می‌کند (Schmidt, 2009). ریدنور، یورگاسن و پترسون^۲ (۲۰۰۹) نشان داده‌اند ناباروری انتظارات زندگی زوج نابارور را به چالش می‌کشد و زندگی آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند که در رأس آن، نگرش درباره خاتمه ارتباط زناشویی است که خود تنش‌زا می‌باشد. همچنین، زوجینی که از طریق لقاح مصنوعی باردار می‌شوند ممکن است دچار بحران‌هایی شوند. علی‌زاده و همکاران (۱۳۸۴) بر این باورند که زوجین نابارور تحت درمان و بارور شده از طریق روش‌های کمک بارداری که اعتقاد دارند هیچ ارتباطی بین رفتار آنان و تقویت‌کننده‌ها (روش‌های کمک بارداری) وجود ندارد و کنترل پیامدهای زندگی آنان توسط افراد قدرتمند (از جمله پزشکان) صورت می‌گیرد، تنش زیادی را متحمل می‌شوند و این تنش می‌تواند بر روابط فردی زوجین و از همه بیشتر بر سلامت روان فردی تأثیر زیادی بگذارد و باعث مختل شدن روابط زناشویی، ارتباط جنسی و ایجاد شرایط بحرانی گردد و بالطبع سبب دوری زوجین از دوستان و منابع حمایتی، زودرنجی، تنش و کاهش انرژی گردد.

تعارض زناشویی^۳ از جمله جنبه‌های ارتباطی زوجین است که تحت تأثیر توانایی باروری و ناباروری زوجین تغییر می‌کند. تعارض‌های زناشویی یکی از مشکلات شایع زوج‌ها در دنیای امروز است (Papp, 2018)، که عبارت است از یک ناهماهنگی و واکنش کلامی یا فیزیکی که به دو صورت مخرب یا سازنده از ناحیه زوجین صادر می‌شود (Yong and Long, 2008)؛ به نقل از محققى، ۱۳۹۰). بر این اساس رضوانی، وزیرى و لطفی کاشانی (۱۳۹۸) بیان کردند که مهم‌ترین مشکل زوج‌های نابارور در حیطه روابط بین فردی

1 World Health Organization

2 Ridenour, Yorgason & Peterson

3 marital conflict

آن‌ها (ارتباط زوجین با همدیگر)، کاهش رضایتمندی زناشویی، کاهش سازگاری زناشویی، کاهش رضایت جنسی، افزایش تعارض زناشویی و ترس از طلاق و جدایی است که هر کدام از این موارد تنش و فشار روانی مضاعفی برای فرد نابارور به وجود می‌آورد.

اهمیت توجه به جنبه‌های روانشناختی و کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور چنان است که سازمان بهداشت جهانی، به کلینیک‌های ناباروری توصیه می‌کند که تنها به تشخیص و درمان ناباروری اکتفا نکنند، بلکه به جنبه‌های روانشناختی این اختلال و همچنین به افزایش رضایت، کیفیت و پایداری زندگی زناشویی این افراد نیز توجه نمایند (جنیدی و همکاران، ۱۳۸۸). از این رو با توجه به آمار بالای ناباروری که تقریباً از هر ۵ زوج، یک زوج را درگیر کرده است و نرخ بالای مراجعه زوجین به مراکز ناباروری برای درمان، ضروری است که مطالعاتی در حوزه روابط زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی صورت گیرد تا پیشگیری‌ها و درمان‌هایی برای جلوگیری از ایجاد تعارض، فاصله، مشکلات روانشناختی و روابط فرازناشویی صورت گیرد. پژوهش‌های معدودی در خصوص تعارض زناشویی زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی صورت گرفته است. هدف از این مقاله پاسخ به این پرسش است: آیا بین زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی از نظر تعارض زناشویی تفاوت وجود دارد؟

مبانی نظری

در حوزه تعارضات زناشویی دیدگاه‌ها و نظریات بسیاری وجود دارد که هر کدام به‌نحو خاصی به تعارض نگاه می‌کنند. مثلاً نظریه روانپوشی^۱، مشکلات زناشویی را مشکلات درون روانی همسران می‌داند و معتقد است مشکلات خانوادگی ریشه در نظام خانوادگی دارد. ماهیت و کیفیت رابطه زناشویی به خانواده پدری به‌ویژه به اینکه تا چه حد تعارضات خانواده‌های آن‌ها حل شده باشد، بستگی دارد (فرجی، ۱۳۹۸). براساس این نظریه، اگر زوجین در خانواده‌های پدری خود شاهد کیفیت رابطه زناشویی و خانوادگی نامناسبی

باشند، این موضوع سبب شده در مقابل ناکامی‌ها دچار تعارض زناشویی شوند و همان الگوی خانواده‌پدیری را تکرار کنند. از این‌رو اگر زوجین نابارور نمونه‌های ناکامی مشابهی با تجربه ناباروری در خانواده‌های پدری خود با حفظ کیفیت بالای رابطه زناشویی بین پدر و مادرشان را مشاهده کرده باشند، در برخورد با تجربه ناباروری در زندگی فعلی خود، مراقب رابطه زناشویی‌شان هستند و سعی در جلوگیری از کاهش کیفیت و ایجاد تعارض زناشویی دارند.

براساس دیدگاه شناختی^۱ آرون بک^۲ (۱۹۷۶) و آلبرت الیس^۳ (۱۹۶۲) در مورد رفتار سازش نیافته، پنج طبقه از پدیده‌های شناختی (توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، مفروضه‌ها و معیارهای ذهنی) نقش مهمی در پدیدآیی و تداوم نابهنجاری زناشویی دارند. این پنج مؤلفه شناختی توسط بوکام و همکاران^۴ (۱۹۸۹) شناسایی شده‌اند و بر سطح رضایت‌مندی همسران از روابطشان و بر میزان ارتباط و گفتگوی زوج‌ها با یکدیگر، به شکل مثبت و منفی تأثیر می‌گذارد. طبق نظریه منطقی-هیجانی الیس (۱۹۶۲) وقتی یکی یا هر دو زوج نسبت به رویدادهای ارتباطی خود دارای باورهای غیرمنطقی باشند، واکنش‌های منفی و بیمارگونه از خود بروز می‌دهند. آشفتگی یک زوج به‌طور مستقیم به اعمال طرف دیگر یا شکست‌های سخت زندگی مربوط نمی‌شود؛ بلکه بیشتر به‌دلیل باور و عقیده‌ای است که این زوج درباره اعمال و شکست‌ها دارند. آرون بک (۱۹۷۶) معتقد است مهم‌ترین علت مشکلات زناشویی و روابط انسانی سوتفاهم و خطاهای شناختی و افکار اتوماتیک است. یکی از مهم‌ترین علل اختلاف زناشویی، انتظارات متفاوت زن و شوهر از یکدیگر در خانواده است. براساس این دیدگاه، زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی ممکن است به‌دلیل عقیده‌ای که درباره‌ی فرزندآوری طبیعی دارند، در رابطه زناشویی خود آشفتگی را تجربه کنند.

1 Cognitive

2 Aaron T Beck

3 Albert Alice

4 Baucom *et al*

طبق نظریه تحولی^۱، تعارض وقتی شکل می‌گیرد که زن و شوهر در مراحل قابل پیش‌بینی و غیرقابل پیش‌بینی رشد و تکامل، تنش را تجربه کنند. در خلال مرحله‌ی انتقال در چرخه زندگی خانواده، تعارض در روابط خانوادگی بیشتر می‌شود. هرچه مسئله انتقال برای زن و شوهر دشوارتر باشد، تعارض شدیدتر است (یوسفی‌نجف‌آبادی، ۱۳۹۴). براساس این دیدگاه در مرحله‌ای از زندگی، زوجین در حال انتقال به دوره پدری و مادری کردن هستند؛ از این رو برای فرزندآوری تلاش می‌کنند. عده‌ای ممکن است محتمل راهکارهای دشوار و پرهزینه‌ای برای باروری و فرزندآوری شوند و عده‌ای دیگر به هدف خود دست پیدا نکنند. در این دوره‌ی انتقال، موضوع غیر قابل پیش‌بینی ناباروری و هزینه‌های درمان آن، زوجین نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی را دچار ناکامی و مستعد بروز تعارض زناشویی می‌کند.

نظریه کارکردگرایی ساختاری^۲، هرگونه تداخل و تغییر در نظم سنتی مبتنی بر تفکیک نقش‌های بیانگر و ابزاری بین زن و شوهر، از جمله اشتغال زن در بیرون از خانه را عامل اصلی تعارض بین آن‌ها قلمداد می‌کند (Parsons, 1949). زوجین براساس نظم سنتی نقش‌ها، تمایل دارند نقش پدری و مادری کردن را تجربه کنند و زمانی که بنابر دلایل پزشکی نتوانند این نقش‌ها را تجربه کنند، تعارض میان آن‌ها شکل می‌گیرد.

نظریه مبادله اجتماعی^۳، رابطه زناشویی را به‌عنوان یک فرایند مبادله در نظر گرفته و معتقد است که افراد با یک سری نیازها یا انتظارات وارد ازدواج می‌شوند و هنگامی که فواید رابطه، انتظارات را برآورده نکند یا نسبت هزینه به سود بالا باشد، بروز اختلاف محتمل خواهد بود (Craib, 1997؛ ترجمه مخیر، ۱۳۸۱). دختر و پسر در ابتدا با انتظارات گوناگونی که فرزندآوری یکی از آن‌ها می‌باشد، تشکیل خانواده می‌دهند. اگر این انتظار بنابر دلایل جسمانی و پزشکی برآورده نشود، بروز تعارض زناشویی قابل پیش‌بینی است.

1 Developmental Theory

2 Structural Functionalism Theory

3 Social Exchange Theory

براساس نظریه کنش متقابل نمادین^۱، افراد براساس فرایندهای معنی‌سازی که از دل کنش متقابل اجتماعی بیرون می‌آید در ارتباط نمادین با اشیا، افراد و روابطشان قرار می‌گیرند. در زمینه زناشویی، نظریه کنش متقابل نمادین بر این نکته اشاره دارد که هر فرد از رهگذر ارتباط با خانواده، دوستان و فرهنگ بزرگتر، یک معنای شخصی در خصوص زندگی زناشویی کسب می‌کند. معنایی که یک فرد در خصوص ازدواج و روابط زناشویی می‌پروراند، در فهم کنش‌های او در موقعیت‌های مربوط به زندگی زناشویی بسیار بااهمیت است (Willoughby, 2013)؛ به نقل از فرجی، (۱۳۹۸).

طبق نظریه تجربه‌نگر^۲، اختلال خانواده هم از جنبه‌های ساختاری و هم از بعد فرایندی مورد توجه قرار می‌گیرد. از لحاظ ساختاری ممکن است مرزهای خانوادگی درهم‌ریخته و یا به صورت نفوذناپذیر باعث عملکرد ناسازگار خرده‌نظام‌ها و جدایی نسل‌ها از هم گردد. مشکلات مربوط به فرایند می‌تواند موجب فروپاشی امکان مذاکره و توافق اعضا برای حل تعارض شود و باعث گردد تا صمیمیت، دلبستگی و یا اعتماد از بین برود. نشانه‌های اختلال هنگامی ظهور پیدا می‌کند که فرایندهای مختل به مدت طولانی تداوم می‌یابند و مانع توان خانواده برای اجرای یک زندگی خوب می‌شود (Vitaker, 2003)؛ به نقل از فرجی، (۱۳۹۸).

در نظریه ناکامی-پرخاشگری^۳، پرخاشگری برآیند جریانی در نظر گرفته می‌شود که در آن افراد از دستیابی به اهداف خود بازمی‌مانند و احساس ناکامی در آن‌ها شکل می‌گیرد. ناکامی حاصل از چنین جریانی در نهایت سبب بروز رفتار پرخاش‌جویانه بین افراد می‌شود (محسنی‌تبریزی، ۱۳۷۹). زوجین نابارور نیز ممکن است وقتی از دستیابی به هدف خود مبنی بر داشتن فرزند بازمی‌مانند، احساس ناکامی کنند و در نتیجه اختلافاتی میان آن‌ها بروز کند.

علاوه بر نظریات فوق، دیدگاه‌های دیگری مانند هیجان‌مدار، سیستمی، تضاد، رفتاری و غیره وجود دارد. به نظر می‌رسد نظریه‌های ناکامی-پرخاشگری، شناختی، تحولی، دلبستگی،

1 Symbolic Interaction Theory

2 Experimental theory

3 Frustration-Aggression Theory

کارکردگرایی ساختاری و مبادله اجتماعی، در راستای انتخاب چارچوب نظری بهتر می‌تواند پیش‌بینی‌کننده روابط زناشویی، علی‌الخصوص تعارض بین زوجین، باشند. لذا فرضیه اصلی تحقیق را می‌توان اینگونه بیان نمود: "بین میزان تعارض در زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی تفاوت وجود دارد".

پیشینه پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش، مطالعاتی در زمینه قدرت باروری و کیفیت روابط زوجین علی‌الخصوص تعارض زناشویی صورت گرفته است که به آن‌ها اشاره می‌کنیم. محمودی میمند^۱ (۲۰۲۱) و شاهوردی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که تعارض زناشویی زنان نابارور بیشتر از زنان بارور است. مطالعات رضوانی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که مهم‌ترین مشکل زوج‌های نابارور در حیطه روابط بین فردی آن‌ها (ارتباط زوجین با یکدیگر)، کاهش رضایتمندی زناشویی، کاهش سازگاری زناشویی، کاهش رضایت جنسی، افزایش تعارض زناشویی و ترس از طلاق و جدایی است که هر کدام از این موارد تنش و فشار روانی مضاعفی برای فرد نابارور به وجود می‌آورد. همچنین آن‌ها بیان کردند که هر چه اندازه حمایت اجتماعی در زنان نابارور کاهش یابد، تعارض زناشویی افزایش می‌یابد. در مطالعه دیگری، رجبی، کریمی و امان‌الهی (۱۳۹۷) بیان شد که ناباروری شامل کیفیت زندگی پایین‌تر، مشکلات روانپزشکی، تعارضات زناشویی و ناخشنودی جنسی است. همچنین شاهوردی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که سلامت روان، شادکامی و رضایت زناشویی در زنان بارور و احساس حقارت و تعارض زناشویی در گروه نابارور بیشتر است. همچنین آن‌ها بیان کردند که گروه بارور در حل تعارضات زناشویی موفق‌تر از گروه نابارور عمل می‌کنند.

ناباروری به دلیل فشارهایی که از لحاظ روانی به افراد وارد می‌کند و تاثیری که بر کیفیت زندگی زوجین دارد، باعث مشکلات وسیعی مانند احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس، کاهش اعتماد به نفس، کناره‌گیری و انزوا، مشکل در

هویت، احساس نازیبایی و بی‌معنایی زندگی می‌شود. همچنین ناباروری به‌عنوان یک تنش بزرگ از طریق تحمیل مشکلات روانشناختی (چون سرخوردگی، احساس درماندگی تعارض، کناره‌گیری و انزوا) تأثیر منفی بر روابط بین فردی می‌گذارد و اختلال در عملکرد و رضایت جنسی زوجین را در پی دارد و قدرت سازگاری کلی زوجین و همین‌طور سازش آن‌ها با ناباروری را کاهش می‌دهد (بهدانی و همکاران، ۱۳۸۳). علاوه بر این، در مطالعه حقیقتیان، حقیقت و رستمی (۱۳۹۳) بیان شد افرادی که طول مدت نازایی آن‌ها بین ۶ تا ۱۰ سال بوده است، تعارضات زناشویی بیشتری داشته‌اند و فشار روحی ناشی از ناباروری می‌تواند موجب سست شدن بنیان خانواده و افزایش تعارضات زناشویی گردد و یا حتی آن‌ها را به مرز جدایی نزدیک کند.

در مطالعه‌ی اولله و همکاران^۱ (۲۰۲۱) روی زوجین نابارور، نشان داده شد که در بسیاری از موارد ناباروری منجر به جدایی می‌شود و همچنین ۸۱ درصد زنان نابارور معتقدند که ناباروری باعث تعارضات خانوادگی می‌شود. در نهایت این محققین بیان کردند زمانی که زن مجبور است تأثیر عمده سرزنش بی‌فرزندگی زوجین را یک‌تنه تحمل کند، این مسئله اغلب منجر به درگیری‌های خانوادگی و انحلال ازدواج می‌شود. همچنین در مطالعه‌ی دیگری، ناز و بتول^۲ (۲۰۱۷) نشان دادند که تعارضات زناشویی یکی از موضوعات اصلی پدیدار شده در حوزه‌ی مشکلات زوجین نابارور است. از این رو ناباروری با ایجاد تعارض در روابط زناشویی، بر ثبات روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد. زوجین نابارور حتی اگر با شرکای خود دعوا نکرده و آن‌ها را به طلاق تهدید نکرده بودند، در مورد ناتوانی آن‌ها در به دنیا آوردن فرزند سوء تفاهم دارند (Kushwaha et al. 2018).

پژوهش‌های صورت گرفته، اغلب، در سطح خرد و بین دو گروه زوجین نابارور و بارور طبیعی با تاکید بر جامعه زنان به بررسی رابطه‌ی قدرت باروری و تعارض زناشویی پرداخته‌اند و به نحوی زوجین بارور شده با لقاح مصنوعی و تفکیک زوجین نابارور به دو زیرگروه اولیه و ثانویه نادیده گرفته شده است. از این رو در این پژوهش با جمع‌آوری

1 Ullah et al

2 Naz & Batool

داده‌ها از سه گروه زوجین نابارور (اولیه و ثانویه)، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی به دنبال بررسی تعارض زناشویی با توجه به قدرت باروری زوجین هستیم.

روش و داده‌های پژوهش

طرح پژوهش حاضر به صورت توصیفی از نوع پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای می‌باشد. تعارض زناشویی، متغیر وابسته و وضعیت باروری (شامل سطوح ناباروری، باروری با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی)، متغیر مستقل پژوهش هستند. جامعه آماری این پژوهش، متشکل است کلیه زوجین مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های باروری و ناباروری شهر تهران که با توجه به اینکه در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای توصیه شده است به ازای هرگروه حداقل ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شوند (دلاور، ۱۳۹۶)، در پژوهش حاضر به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج نمونه آماری، حجم نمونه این پژوهش، شامل ۱۵۰ زوج در سه گروه مجزای ۵۰ زوجی، از زوجین نابارور، زوجین بارور شده با لقاح مصنوعی (اختصاصاً IVF) و زوجین بارور طبیعی بود که در اردیبهشت و خرداد سال ۱۴۰۱ به بیمارستان بانوان آرش شهر تهران مراجعه کردند و سابقه هیچ‌گونه بیماری روانپزشکی نداشته و به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آن‌ها از لحاظ سنی، در محدوده سنی (۱۵-۵۵ سال)، و از لحاظ تحصیلات، در محدوده سطوح علمی (سیکل، دیپلم، فوق‌دیپلم، کارشناسی، کارشناسی‌ارشد و دکتری) قرار دارند. در این پژوهش، افراد سالم و بیماری که داوطلبانه تمایل به اجرای آزمون داشتند و مشکل محدودیت زمانی نداشته، و به‌عبارت دیگر، قابل دسترس‌تر بودند، بعد از تشخیص پزشک معالج و تیم درمانی کلینیک به پژوهشگر معرفی شده و پس از مطالعه پرونده پزشکی بیمار و همچنین انجام مصاحبه تشخیصی در زمینه مشکلات روانشناختی فرد به‌ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی و بررسی احتمالات علمی عدم موفقیت آن‌ها در باروری طبیعی و حتی شکست و عدم موفقیت در درمان ناباروری (با تمرکز بر مشکلات روانشناختی) که به کمک کادر پزشکی بیمارستان صورت پذیرفت، آزمودنی‌های مورد نظر با داشتن ملاک‌های ورود مورد نظر پژوهش، وارد پژوهش شدند.

در ادامه به تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق پرداخته شده است:

تعارض زناشویی: یانگ و لانگ^۱ (۲۰۰۸) تعارض زناشویی را یک ناهماهنگی و واکنش کلامی یا فیزیکی به آن که به دو صورت مخرب یا سازنده از ناحیه زوجین صادر می‌شود، می‌دانند (محقق، ۱۳۹۰). در این پژوهش، تعارض زناشویی بر حسب نمرات زوجین در پرسشنامه تعارض زناشویی کانزاس سنجیده شده است.

نابارور اولیه/ثانویه: ناباروری به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون روش‌های جلوگیری از حاملگی) تعریف می‌شود. ناباروری را می‌توان به‌عنوان ناباروری اولیه، که حاملگی در گذشته اتفاق نیفتاده است و ناباروری ثانویه که در گذشته حداقل یک مورد حاملگی موفق اتفاق افتاده است، تقسیم کرد (Berek & Novak, 2007؛ ترجمه اویسی و همکاران، ۱۳۹۸). در این پژوهش منظور از زوجین نابارور اولیه و ثانویه، زن ویا مردی است که طی نظر پزشک و پرونده پزشکی مشخص می‌شود قدرت و توان تولیدمثل نداشته و حداقل یک سال از مشکل ناباروری خود اطلاع داشته باشند، با این تفاوت که در پرونده زوجین نابارور ثانویه حداقل یک مورد حاملگی موفق قید شده است.

بارور شده با لقاح مصنوعی: لقاح مصنوعی یا لقاح خارج از رحمی یک روش درمان نوین کمک باروری است که در آن اسپرم^۲ و تخمک^۳ در آزمایشگاه جنین‌شناسی باهم ترکیب می‌شوند. سپس جنین‌های حاصل از این روش را به درون رحم^۴ منتقل می‌کنند (Kiehl, 2010). در این پژوهش منظور از زوجین بارور شده با لقاح مصنوعی، زوجینی هستند که به تشخیص پزشک قدرت و توان تولید مثل به شکل طبیعی را نداشته و به کمک لقاح مصنوعی بارور شده‌اند.

بارور طبیعی: باروری طبیعی به صورت رخ دادن حاملگی به دنبال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون روش‌های جلوگیری از حاملگی) تعریف می‌شود. زوجینی که بنا

1 Yong & Long

2 Sperm

3 Oocyte

4 Uterus

بر اظهار نظر خودشان، با میل و علاقه هر دو طرف به صورت طبیعی و بدون نیاز به کمک‌ها پزشکی بارور شده‌اند.

مقیاس تعارض زناشویی کانزاس^۱: مقیاس تعارض زناشویی کانزاس (KMCS) یک ابزار خودسنجی است که توسط اگمان، ماکسلی و شام^۲ (۱۹۸۵) به منظور تفکیک زوج‌های پریشان از زوج‌های غیرپریشان ساخته شده و دارای ۲۷ ماده و ۳ ابعاد برنامه‌ریزی^۳ (قبل از گفت‌وگو درباره اختلاف)، مشاجره^۴ (بعد از گفت‌وگو درباره اختلاف) و مذاکره^۵ (در زمان رسیدن به راه حل اختلاف) است. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز»، «به ندرت»، «برخی اوقات» و «تقریباً همیشه» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۲۷ و ۱۰۸ است و نمرات بالا در این شاخص، نشان‌دهنده تعارض کمتر است. نمره ۲۷ تا ۵۴ نشان‌دهنده تعارض زناشویی قوی، نمره بین ۵۴ تا ۶۷ نشان‌دهنده تعارض زناشویی متوسط و نمره بالاتر از ۶۷ نشان‌دهنده تعارض زناشویی ضعیف است. در عامل برنامه‌ریزی، ماده‌های ۵، ۷، ۹ و ۱۱ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در عامل مذاکره ماده‌های ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

مقیاس تعارض زناشویی کانزاس از همسانی درونی عالی و آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ برای مردان در کلیه عامل‌ها و آلفای ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ برای زنان برخوردار می‌باشد. ثبات مقیاس نیز با همبستگی‌های بازآزمایی با طول مدت شش ماه برای سه عامل بسیار خوب است که دامنه ای از ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ به دست آمده است. مقیاس‌ها از روایی گروه‌های شناخته شده خوبی برای همسران برخوردار بوده و می‌تواند به شکل معناداری بین ازدواج‌های آشفته و غیرآشفته برحسب رضایت زناشویی تمایز قائل شود. این همبستگی‌ها برای شوهران نیز مثبت بوده است، اما همواره معنادار نبوده است. مقیاس‌های KMCS همچنین از همبستگی با تعدادی از مقیاس‌های دیگر برخوردار می‌باشد که نشان از روایی عالی سازه‌ها دارد. این

1 Kansas Marital Conflict Scale

2 Egeman, Moxley & Schumm

3 planning

4 Controversy

5 Negotiation

مقیاس‌ها عبارتند از: همدلی، احترام، هماهنگی، چند خرده‌مقیاس پرسشنامه ارتباطات زناشویی، تفاهم در روابط و جهت‌گیری هدف زناشویی (Egeman, Moxley and Schumm, 1985). عرب علیدوستی، نخعی و خانجانی (۱۳۹۴) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۸ و بین این مقیاس و پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی کوتاه شده اینریچ همبستگی معنادار گزارش کردند.

لازم به ذکر است با توجه به نحوه نمره‌گذاری مقیاس تعارض زناشویی کانزاس، هر چه نمره بدست آمده از این پرسشنامه بالا باشد، زوجین تعارض زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند. در مقابل، اگر نمره بدست آمده از این پرسشنامه پایین باشد، زوجین تعارض زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند. جدول (۱)، گویه‌های پرسشنامه تعارض زناشویی کانزاس را نشان می‌دهد.

جدول ۱: گویه‌های پرسشنامه تعارض زناشویی کانزاس

هنگامی که شما و همسرتان قصد دارید به بحث در رابطه با عدم توافق بر سر یک موضوع مهم بپردازید هر چند وقت یکبار ممکن است موارد زیر در مورد شما صدق پیدا کند:					
شماره	گویه	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	تقریباً همیشه
۱	آیا هر دو با سرعتی قابل قبول احساسات یکدیگر را درک می‌کنید؟				
۲	آیا هر دو دیدگاه‌های خود را بی آنکه دچار مشکل بسیار شدید شوید با یکدیگر در میان می‌گذارید؟				
۳	آیا هر دوی شما قادر هستید بر دیدگاه‌های یکدیگر صحنه بگذارید؟ (دیدگاه‌های یکدیگر را تأیید کنید؟)				
۴	آیا همسرتان از احساس شما در مورد اختلاف به وجود آمده حمایت به عمل می‌آورد؟				
۵	آیا همسرتان به شما می‌گویند که احساساتان در مورد موضوع نباید آن گونه باشد که هست.				
۶	آیا همسرتان مایل است تا آنچه را که قصد بیان را دارید واقعاً بشنود؟				

				۷	آیا همسران اصرار دارد که بسیاری از ایده‌هایتان را رد کند بی آنکه حتی آنها را به درستی درک کرده باشد؟
				۸	آیا همسران دیدگاه‌های شما ولو آنکه با دیدگاه‌های خودش متفاوت باشد را مهم می‌انگارد؟
				۹	آیا همسران بیشتر علاقمند است تا به توجیه دیدگاه خودش پردازد تا اینکه دیدگاه شما را درک کند؟
				۱۰	آیا همسران باعث می‌شود که شما احساس عصبانیت یا ناراحتی کنید بی آنکه احساس تحقیر شدن بنمایید؟
				۱۱	آیا همسران شما را از بابت احساس ناکامی یا عصبانیتتان سرزنش می‌کند گویی که همه این‌ها تقصیر شما بوده است و نه تقصیر او؟
<p>پس از آنکه شما و شوهرتان به بحث در رابطه با اختلاف بر سر یک موضوع مهم پرداختید هر چند وقت یکبار ممکن است موارد زیر در مورد شما صدق کند:</p>					
شماره	گویه	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	تقریباً همیشه
۱۲	آیا قادرید به روشنی چیزهای معینی را که بر سر آنها اختلاف دارید را شناسایی کنید؟				
۱۳	آیا قادرید به روشنی چیزهای معینی را که بر سر آنها توافق نظر دارید را شناسایی کنید؟				
۱۴	آیا هر یک از شما قادرید به بیان احساس همسران در مورد موضوع پردازد؟				
۱۵	آیا هر دوی شما قادرید تقریباً به همان خوبی که به بیان دیدگاه خود می‌پردازید دیدگاه دیگری را نیز بیان کنید؟				
۱۶	حالت چهره و لحن همسران منتقل کننده ی کدام یک از احساسات زیر است؟				
	یاس	ناکامی	خشیم	بداخلاقی	
	تنفر	تاسف (به حال خود)	فروتنی	بدگمانی	رنجش
	احترام نسبت به شما	خصوصت‌ورزی		هیچ کدام	
<p>هنگامی که شما و همسران احساس می‌کنید که در حال رسیدن به راه حل اختلاف خود بر سر یک موضوع مهم هستید هر چند وقت یکبار ممکن است موارد زیر در مورد شما صدق کند:</p>					
۱۷	آیا قادرید به طور کامل اختلاف خود را با نوعی مصالحه و آشتی متقابل حل و فصل کنید؟				

				آیا پس از پایان بحث و گفتگو، اختلافان به میزان بسیار اندک حل و فصل می‌شود؟	۱۸
				آیا سریعاً در خصوص موضوع به یک نتیجه گیری می‌پردازید که برای هر دوی شما رضایت بخش باشد؟	۱۹
				آیا نیاز به گفتگوی دوباره در رابطه با موضوع در آینده را مدنظر قرار می‌دهید به این دلیل که حداقل یک نفر از شما از راه حل به دست آمده رضایت ندارد؟	۲۰
				آیا درست در همان زمانی که احساس می‌کنید موضوع حل شده است همسران یک ایده‌ی جدید را برای حل و فصل موضوع مطرح می‌کنند؟	۲۱
شماره	گویه	هرگز	به ندرت	گاهی	تقریباً همیشه
				آیا همسران همچنان به ارائه راه حل‌هایی برای حل موضوع پیش رویتان می‌پردازد که به طور متقابل برای هر دوی شما پذیرفتنی نمی باشد؟	۲۲
				آیا به نظر می‌رسد که صرف‌نظر از آنچه پیشنهاد می‌کنید، همسران همچنان راه حل‌های جدید و احتمالاً بهتری را ارائه می‌کنند؟	۲۳
				آیا هر دوی شما مشتاق ارائه و پذیرش پیشنهادها برای حل و فصل اختلاف خود می‌باشید؟	۲۴
				آیا برای آنکه به موضوع خاتمه بخشیده و آن را به سرانجام برسانید شما و همسران حاضر هستید از قسمتی از آنچه که خواهانش هستید چشم پوشید؟	۲۵
				آیا شما و همسران قادرید تا زمان رسیدن به یک راه حل که برای هر دوی شما رضایت بخش باشد و محقق ساختن آن، همیاری کنید؟	۲۶
				آیا شما و همسران قادرید به یک قرارداد قابل قبول برای هر دویتان جهت حل و فصل اختلاف دست پیدا کنید؟	۲۷

بعد از تعیین جامعه و نمونه، داده‌ها با تعیین ابزار اندازه‌گیری و با مراجعه به بیمارستان جامع بانوان آرش در شهر تهران و کسب رضایت از شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان از محرمانه بودن، گردآوری شده و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 از طریق آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی (توکی) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. در این قسمت ابتدا آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و چولگی و کشیدگی به منظور تحلیل نرمال بودن داده‌ها) مربوط به متغیرهای پژوهش را بیان شده؛ سپس به منظور تحلیل هم‌زمان متغیرهای وابسته، نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری را آورده شد. در ادامه به تحلیل اثرات بین آزمودنی‌ها پرداخته و در آخر آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد تعارض زناشویی آورده می‌شود.

در تبیین یافته‌های این پژوهش، ۵۰ زوج در گروه بارور طبیعی، ۵۰ زوج در گروه بارور با لقاح مصنوعی و ۵۰ زوج در گروه نابارور قرار گرفتند. جداول زیر (۲ و ۳) چگونگی توزیع آزمودنی‌ها در سه گروه مورد نظر را با توجه به متغیرهای مختلف نشان می‌دهد.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمونه بر حسب جنسیت، مدت ازدواج، نوع باروری، علت ناباروری، سن، تحصیلات و مجموع درآمد خانواده

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد فراوانی	
جنسیت	مرد	۱۵۰	۵۰	
	زن	۱۵۰	۵۰	
مدت ازدواج	کمتر از ۵ سال	۸۲	۲۷/۳	
	بین ۶ تا ۱۰ سال	۱۵۲	۵۰/۷	
	بالای ۱۰ سال	۶۶	۲۲	
نوع باروری	بارور طبیعی	۱۰۰	۳۳/۳	
	بارور با لقاح مصنوعی	۱۰۰	۳۳/۳	
	نابارور	نابارور اولیه	۸۶	۲۸/۷
		نابارور ثانویه	۱۴	۴/۷
علت ناباروری	آقا	۶۲	۲۰/۷	
	خانم	۷۰	۲۳/۳	

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
سن	هر دو	۶۸	۲۲/۷
	هیچ کدام (بارور)	۱۰۰	۳۳/۳
	بین ۱۵ تا ۲۰ سال	۲	۰/۷
	بین ۲۱ تا ۲۵ سال	۱۹	۶/۳
	بین ۲۶ تا ۳۰ سال	۶۵	۲۱/۷
	بین ۳۱ تا ۳۵ سال	۷۳	۲۴/۳
	بین ۳۶ تا ۴۰ سال	۸۰	۲۶/۷
	بین ۴۱ تا ۴۵ سال	۴۱	۱۳/۷
	بین ۴۶ تا ۵۰ سال	۱۴	۴/۷
	بالای ۵۰ سال	۶	۲
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۷۸	۲۶
	فوق دیپلم	۱۴	۴/۷
	لیسانس	۱۲۲	۴۰/۷
	فوق لیسانس	۵۸	۱۹/۳
	دکتری و بالاتر	۲۸	۹/۳
مجموع درآمد خانواده	کمتر از ۵ میلیون تومان	۳۴	۱۱/۳
	بین ۶ تا ۱۰ میلیون تومان	۱۰۸	۳۶
	بین ۱۱ تا ۱۵ میلیون تومان	۶۸	۲۲/۷
	بین ۱۶ تا ۲۰ میلیون تومان	۴۸	۱۶
	بین ۲۱ تا ۲۵ میلیون تومان	۲۲	۷/۳
	بالای ۲۵ میلیون تومان	۲۰	۶/۷

تعارض زناشویی (متغیر وابسته) و همچنین وجود متغیر وضعیت باروری (شامل سطوح ناباروری، باروری با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی) به‌عنوان متغیر مستقل، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده گردید. برای تعیین معنی‌داری اثر گروه بر متغیرهای پژوهش، از آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات ابعاد تعارض زناشویی در گروه زوجین

نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری (P)	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۲۱	۷/۶	۹	۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۰۷
لامبدای ویلکز	۰/۷۹	۸/۰۶	۹	۷۱۵/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۷
اثر هتلینگ	۰/۲۶	۸/۴	۹	۸۷۸	۰/۰۰۱	۰/۰۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۳	۲۲/۸۳	۳	۲۹۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین چهار گروه زوجین نابارور (اولیه و ثانویه)، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی از لحاظ حداقل یکی از ابعاد تعارض زناشویی (برنامه‌ریزی، مشاجره و مذاکره) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۶: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها بر روی نمرات ابعاد تعارض زناشویی در گروه

زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی

ابعاد	SS	df	MS	F	P	ETA
برنامه‌ریزی	۶۴۵۳/۴۵	۳	۲۱۵۱/۱۵	۲۱/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۱۸
مشاجره	۱۲۹۶/۴۷	۳	۴۳۲/۱۶	۲۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۱۸
مذاکره	۶۳۰۱/۵۹	۳	۲۱۰۰/۵۳	۱۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۱۷
نمره کل	۳۸۲۷۰/۰۵	۳	۱۲۷۵۶/۶۸	۲۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۶ مشاهده شد که بین چهار گروه زوجین نابارور (اولیه و ثانویه)، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی از نظر ابعاد برنامه‌ریزی، مشاجره و مذاکره تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این نشان‌دهنده‌ی این است که نمرات ابعاد

و نمره کل تعارض زناشویی در گروه زوجین بارور طبیعی و نابارور ثانویه بالاتر از گروه‌های دیگر است که به دلیل شیوه نمره‌گذاری این مقیاس (نمره بالاتر نشانه تعارض زناشویی کمتر است) نشانه کمتر بودن تعارض زناشویی در این دو گروه در مقایسه با دو گروه نابارور اولیه و بارور شده با لقاح مصنوعی می‌باشد. در ادامه برای بررسی این که تفاوت‌های معنی‌دار بین چهار گروه زوجین نابارور (اولیه و ثانویه)، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی در ابعاد تعارض زناشویی در کدام بعد قرار دارد، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد، که نتایج آن در جدول زیر (جدول ۷) آمده است.

جدول ۷: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد تعارض زناشویی

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
برنامه‌ریزی	بارور طبیعی	بارور با لقاح مصنوعی	۳/۸۸*	۱/۴	۰/۰۳
		نابارور اولیه	۱۰/۸۹*	۱/۴۶	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۳/۴۸	۲/۸۲	۰/۰۶
	بارور با لقاح مصنوعی	بارور طبیعی	-۳/۸۸*	۱/۴	۰/۰۳
		نابارور اولیه	۷/۰۱*	۱/۴۶	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۷/۳۷*	۲/۸۲	۰/۰۴
	نابارور اولیه	بارور طبیعی	-۱۰/۸۹*	۱/۴۶	۰/۰۰
		بارور با لقاح مصنوعی	-۷/۰۱*	۱/۴۶	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۱۴/۳۸*	۲/۸۵	۰/۰۰
	نابارور ثانویه	بارور طبیعی	۳/۴۹	۲/۸۲	۰/۰۶
		بارور با لقاح مصنوعی	۷/۳۷*	۲/۸۲	۰/۰۴
		نابارور اولیه	۱۴/۳۸*	۲/۸۵	۰/۰۰
مشاخره	بارور طبیعی	بارور با لقاح مصنوعی	۱/۷۶*	۰/۶۳	۰/۰۳
		نابارور اولیه	۴/۹۹*	۰/۶۵	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۰/۹۵	۱/۲۷	۰/۸۸

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
مذاکره	بارور با لقاح مصنوعی	بارور طبیعی	-۱/۷۶*	۰/۶۳	۰/۰۳
		نابارور اولیه	۳/۲۳*	۰/۶۵	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۲/۷۱	۱/۲۷	۰/۱۵
	نابارور اولیه	بارور طبیعی	-۴/۹۹*	۰/۶۵	۰/۰۰
		بارور با لقاح مصنوعی	-۳/۲۳*	۰/۶۵	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۵/۹۴*	۱/۲۸	۰/۰۰
	نابارور ثانویه	بارور طبیعی	۰/۹۵	۱/۲۷	۰/۸۸
		بارور با لقاح مصنوعی	۲/۷۱*	۱/۲۷	۰/۱۵
		نابارور اولیه	۵/۹۴*	۱/۲۸	۰/۰۰
مذاکره	بارور طبیعی	بارور با لقاح مصنوعی	۳/۳۹	۱/۴۵	۰/۰۹
		نابارور اولیه	۱۰/۷۸*	۱/۵۱	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۳/۱۱	۱/۹۳	۰/۷۱
	بارور با لقاح مصنوعی	بارور طبیعی	-۳/۳۹	۱/۴۵	۰/۰۹
		نابارور اولیه	۷/۳۹*	۱/۵۱	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۶/۴۹	۱/۹۳	۰/۱۲
	نابارور اولیه	بارور طبیعی	-۱۰/۷۸	۱/۵۱	۰/۰۰
		بارور با لقاح مصنوعی	-۷/۳۹*	۱/۵۱	۰/۰۰
		نابارور ثانویه	-۱۳/۸۹*	۲/۹۵	۰/۰۰
	نابارور ثانویه	بارور طبیعی	۳/۱۱	۲/۹۳	۰/۷۱
		بارور با لقاح مصنوعی	۶/۴۹	۲/۹۳	۰/۱۲
		نابارور اولیه	۱۳/۸۹*	۲/۹۵	۰/۰۰

همان‌گونه که جدول ۷ نشان می‌دهد، بین بُعد برنامه‌ریزی در گروه زوجین نابارور ثانویه و گروه زوجین بارور طبیعی ($\text{sig} = ۰/۶$) تفاوت معناداری وجود ندارد. بین بُعد

مشاخره در گروه زوجین بارور طبیعی و گروه زوجین نابارور ثانویه ($\text{sig} = ۰/۸۸$) و گروه زوجین نابارور ثانویه و گروه زوجین بارور شده با لقاح مصنوعی ($\text{sig} = ۰/۱۵$) تفاوت معناداری وجود ندارد. بین بُعد مذاکره در گروه زوجین بارور طبیعی و گروه زوجین نابارور ثانویه ($\text{sig} = ۰/۷۱$)، گروه زوجین بارور طبیعی و گروه زوجین بارور با لقاح مصنوعی ($\text{sig} = ۰/۰۹$) و گروه زوجین بارور با لقاح مصنوعی و گروه زوجین نابارور ثانویه ($\text{sig} = ۰/۱۲$) تفاوت معناداری وجود ندارد. بین سایر ابعاد در تمام گروه‌ها تفاوت معنادار است. با توجه به نتایج، بین میزان تعارض در زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی تفاوت معنادار وجود دارد و در نتیجه، فرضیه پژوهش تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که در متغیر تعارض زناشویی (برنامه‌ریزی، مشاخره و مذاکره) بین چهار گروه زوجین نابارور (اولیه و ثانویه)، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$)؛ به این صورت که زوجین نابارور اولیه و بارور شده با لقاح مصنوعی دارای تعارض زناشویی بالاتری نسبت به زوجین نابارور ثانویه و بارور طبیعی هستند. این نتایج با یافته‌های عباسی و رضازاده (۱۳۹۱)، حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۳)، بهدانی و همکاران (۱۳۸۳)، شاهرودی و همکاران (۱۳۹۴)، رجبی و همکاران (۱۳۹۷)، رضوانی و همکاران (۱۳۹۸)، محمودی میمند (۲۰۲۱)، فاگان و همکاران^۱ (۱۹۸۶)، آبی، آندروز و هالمن^۲ (۱۹۹۲)، حکیم، سلطان و احمد^۳ (۲۰۰۱)، اشمیت، کریستنسن و هولستین^۴ (۲۰۰۵)، کوئینگ، استفنسون و احمد^۵ (۲۰۰۶)، مک کینان و گرینبرگ^۶ (۲۰۱۳)، کاسلو و رابینسون^۷ (۱۹۹۶)، ناز و بتول (۲۰۱۷)، هس، رز و گیلیند^۸ (۲۰۱۸) و اولله و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. محمودی میمند (۲۰۲۱) نشان

1 Fagan *et al*

2 Abbey, Andrews & Halman

3 Hakim, Sultan & Ahmad

4 Schmidt, Christensen & Holstein

5 Koenig, Stephenson & Ahmed

6 Mckinan & Greenberg

7 Kaslow & Robinson

8 Hess, Ross & Gililand

داد که تعارض زناشویی زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بود. در مطالعه شاهوردی و همکاران (۱۳۹۴) نیز اختلاف معناداری بین تعارض زناشویی در گروه‌های زنان نابارور و بارور مشاهده گردید؛ به طوری که تعارض زناشویی در گروه زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بود و همچنین گروه بارور در حل تعارضات زناشویی موفق‌تر از گروه نابارور عمل کردند. در مطالعه رضوانی و همکاران (۱۳۹۸)، مهم‌ترین مشکل زوج‌های نابارور در حیطه روابط بین فردی آن‌ها (ارتباط زوجین با یکدیگر)، کاهش رضایتمندی زناشویی، کاهش سازگاری زناشویی، کاهش رضایت جنسی، افزایش تعارض زناشویی و ترس از طلاق و جدایی است که هر کدام از این موارد تنش و فشار روانی مضاعفی برای فرد نابارور به وجود می‌آورد. همچنین در مطالعه‌ی اولثه و همکاران (۲۰۲۱) روی زوجین نابارور، نشان داده شد که در بسیاری از موارد ناباروری منجر به جدایی می‌شود و همچنین ۸۱ درصد زنان نابارور معتقدند که ناباروری باعث تعارضات خانوادگی می‌شود.

همانگونه که مشخص است تعارضات زناشویی یکی از موضوعات اصلی پدیدار شده در حوزه‌ی مشکلات زوجین نابارور است (Naz and Batool, 2017). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت موضوع ناباروری بر رابطه زناشویی زوجین اثر گذاشته و باعث افزایش تعارضات زناشویی می‌شود. نکته‌ای که نیاز است در اینجا بیان شود، این است که زوجین نابارور ثانویه عکس زوجین نابارور اولیه عمل می‌کنند و دارای تعارضات زناشویی کمتری هستند؛ چراکه می‌توان گفت این زوجین دارای یک یا چند فرزند بوده، نقش پدری و مادری را تجربه کرده‌اند و اغلب دارای سن بالاتری از بقیه زوجین هستند. همچنین زوجین ناباروری که درگیر درمان‌های سخت و گران ناباروری می‌شوند؛ حتی وقتی که باروری با لقاح مصنوعی صورت می‌گیرد، با وجود بارور شدن، دارای تعارضات زناشویی بیشتری از زوجین بارور طبیعی و نابارور ثانویه هستند که این نشان می‌دهد شرایط اقتصادی و هزینه‌های بالای درمان ناباروری بر تعارضات زناشویی تاثیرگذار است. طبق نظریه تحولی که تعارضات زناشویی را محصول تجربه تنش در مراحل قابل پیش‌بینی و غیرقابل پیش‌بینی رشد و تکامل بین زن و شوهر می‌داند، زوجین در مرحله‌ای از زندگی در حال انتقال به دوره پدری و مادری کردن هستند، از این رو برای فرزندآوری تلاش می‌کنند. در این دوره انتقال، موضوع غیرقابل پیش‌بینی ناباروری و هزینه‌های درمان آن، زوجین نابارور و بارور

شده با لقاح مصنوعی را دچار ناکامی و مستعد بروز تعارض زناشویی می‌کند. براساس نظریه ناکامی-پرخاشگری، زوجین نابارور و زوجین بارور شده با لقاح مصنوعی در مواجهه با عدم توانایی در بارداری طبیعی و هزینه‌های بالای درمان دچار ناکامی می‌شوند، به همین دلیل تعارضات زناشویی در آنها نسبت به دیگر زوجین بیشتر است. همچنین نظریه مبادله اجتماعی بیان می‌کند که افراد با انتظاراتی وارد زندگی زناشویی می‌شوند و می‌توان فرزندآوری را یکی از این انتظارات دانست؛ در نتیجه ناباروری، عدم توانایی در باروری طبیعی و هزینه‌های درمان آن مانع برآورده شدن این انتظار می‌شود و زوجین را درگیر تعارض زناشویی می‌کند. علاوه بر این، براساس نظریه روانپوشی، زوجین ناباروری که در خانواده‌های پدری خود شاهد ایجاد آشفتگی در روابط زناشویی و خانوادگی در مقابل ناکامی‌های مشابه با تجربه ناباروری بوده‌اند، در مواجهه با ناباروری و هزینه‌های بالای درمان آن، همان آشفتگی در روابط زناشویی را تجربه می‌کنند و دچار تعارض زناشویی می‌شوند. مطابق دیدگاه شناختی، زوجین باور، عقیده و آرزوهایی درباره فرزندآوری دارند و آینده‌ای برای خانواده خود تصور می‌کنند. از این رو گروهی از زوجین در مواجهه با عدم توانایی در باروری، باورها و آرزوهای خود را دست نیافتنی می‌پندارند و این موضوع بر روابط زناشویی آنها تاثیر گذاشته و باعث ایجاد تعارض زناشویی می‌شود. سرانجام مطابق دیدگاه کارکردگرایی ساختاری، زمانی که مشخص می‌شود یکی از زوجین دچار ناباروری شده و در نتیجه آن، هر دو طرف نمی‌توانند نقش‌های سنتی پدر و مادری کردن را تجربه کنند، این موضوع سبب می‌شود که بین زوجین تعارض زناشویی شکل گیرد.

در کل نتایج نشان داد که میزان تعارض زناشویی در زوجین نابارور (اولیه و ثانویه)، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی متفاوت است. به نظر می‌رسد زوجین نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی بیشتر به مشاوره و حمایت روانی نیاز دارند و در ارتباط با این مراجعه‌کنندگان، باید سعی در برقراری رابطه‌ی درمانی سازنده، ارائه آگاهی و روشنی‌بخشی در جهت شناخت دقیق مشکل و راهکارهای مناسب فائق آمدن بر آن و حمایت آشکار روانی صورت گیرد. در این شرایط، نه تنها در آنها انگیزه‌ی کافی برای کنترل مشکلات ناباروری و در صورت پیگیری درمان، انگیزه و توانایی شروع و ادامه‌ی درمان و کسب ماحصل موفق به وجود خواهد آمد، بلکه روند درمان نیز به‌درستی طی خواهد شد. البته در

مشاوره و راهنمایی چیزی که بسیار مهم است اطلاع از تفاوت‌های فرهنگی آن‌ها است. اغلب، مراجعه‌کنندگان با باورها و انتظارات از پیش تعیین شده ناشی از برچسب‌های غلط اجتماعی و ترس از طردشدگی عاطفی روبه‌رو بوده و بیماری و ناتوانی خود را مشکلی بزرگ و قابل سرزنش از سوی دیگران تلقی می‌کنند. آن‌ها از صحبت کردن درباره‌ی مشکل خود ابا دارند و خود را از حمایت‌های عاطفی بیرونی محروم می‌کنند و نهایتاً مشکلات دیگری را در کنار عدم انحلال مشکل اولیه خود، ایجاد می‌کنند و ناخواسته وارد دور باطلی از اشتباهات و اختلالات می‌شوند. لذا از کاربردهای بالینی این پژوهش می‌توان به چگونگی استفاده از نتایج کسب شده در زمینه کاهش تعارضات زناشویی در سبب‌شناسی و طراحی مداخلات درمانی و بهبود رابطه‌ی زوجین مبتلا به مشکلات ناباروری، اشاره کرد.

از این‌رو براساس این نتایج پیشنهاد می‌شود کلینیک‌های ناباروری صرفاً به تشخیص و درمان ناباروری اکتفا نکنند، بلکه به جنبه‌های روانشناختی این اختلال و همچنین به افزایش رضایت، تعهد، کیفیت و پایداری زندگی زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی این افراد نیز توجه نمایند. ضمن آنکه جهت آشنایی پزشکان و کارمندان کلینیک‌های ناباروری، کارگاه‌های آموزشی مجهز به مشاوران و روان‌درمانگران آشنا با فلسفه و فرآیند روابط این گروه از زوجین، برگزار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن مشکلات ارتباطی روانشناختی در بین زوجین نابارور، همواره در کنار کادر پزشکی یک مشاور خانواده آموزش‌دیده در زمینه‌ی روابط زوجین حضور داشته باشد که همگام با درمان‌های پزشکی، مشکلات زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی را، چه در زمینه‌ی سلامت روان و چه در زمینه‌ی عملکرد خانودگی، شناسایی و درمان کند.

این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت. از آنجا که روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده و نمونه پژوهش محدود به زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی مراجعه‌کننده به بیمارستان بانوان آرش شهر تهران بود؛ لازم است در تعمیم نتایج به جوامع دیگر، این مسئله مدنظر قرار گیرد. همچنین همگون‌سازی نشدن آزمودنی‌ها از لحاظ برخی متغیرها مانند وضعیت اقتصادی، شغل و محل زندگی، که ممکن است در تعمیم نتایج خلل وارد سازد، از نظر پنهان نامند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش استفاده از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات در بخش

کمی این مطالعه بود. یکی از محدودیت‌های پرسشنامه وجود انگیزه و علاقه لازم جهت پاسخگویی دقیق و صحیح به سوالات می‌باشد. اگرچه مورد خاصی مبنی بر بی‌دقتی یا پاسخ‌دهی غیرواقعی مشاهده نشد، اما لازم است شرایط خاص دوران کرونا در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. همچنین زیاد بودن تعداد سوالات پرسشنامه به کار رفته در این پژوهش ممکن است بر دقت پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان اثر گذاشته باشد. در نهایت به پژوهشگرانی که علاقه‌مند هستند به بررسی تعارض زناشویی در حوزه ناباروری بپردازند، پیشنهاد می‌شود به نقش عوامل تأثیرگذار در این زمینه مانند سابقه سقط، وضعیت عاطفی، شغلی، شخصیتی و اقتصادی توجه داشته باشند و جهت تعمیم بهتر نتایج از نمونه‌گیری تصادفی استفاده نمایند. همچنین بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، اثربخشی درمان‌های مختلف را بر روی زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی مورد مطالعه قرار دهند.

سپاس‌گزاری

داده‌های این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله در دانشگاه بوعلی سینا می‌باشد. نویسندگان مراتب سپاس خود را از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که به‌نحوی در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، اعلام می‌دارند.

منابع

برک و نواک. (۱۳۹۸). *بیماری‌های زنان*، چاپ اول، (ترجمه فهیمه اویسی و همکاران)، تهران: نشر جعفری نوین.

بهدانی، فاطمه؛ عرفانیان، مجید؛ جبرانی، پریا و سیدکاوه، حجت. (۱۳۸۳). "بررسی شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن در زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک نازایی منتصریه مشهد." *اصول بهداشت روانی*. دوره ۶، شماره ۲۴-۲۳، صص: ۱۴۶-۱۴۱.

جنیدی، الهام؛ نورانی، سعدالدین؛ شهلا، مخبر؛ نغمه، شاکری و محمد، تقی. (۱۳۸۸). "مقایسه خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد (۸۶-۸۵)." *زنان، مامایی و نازایی ایران*. دوره ۱۲، شماره ۱، صص: ۱۶-۷.

حسینی، جلیل؛ عمادالدین، مجید؛ مختارپور، هومن و سورانی، محمد. (۱۳۹۱). "شیوع ناباروری اولیه و ثانویه در چهار استان منتخب کشور ۱۳۸۹". *زنان، مامایی و نازایی ایران*. دوره ۱۵، شماره ۲۹، صص: ۱-۷.

حقیقتیان، منصور؛ حقیقت، فرشته و رستمی، زهرا. (۱۳۹۳). "بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان". *تحقیقات نظام سلامت*. دوره ۱۰، شماره ۲، صص: ۳۶۱-۳۵۴.

دلاور، علی. (۱۳۹۶). *روش تحقیق در علوم انسانی و علوم اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

رازقی نصرآباد، حجه بی بی؛ حسینی چاووشی، میمنت و عباسی شوازی، محمد جلال. (۱۴۰۱). "شیوع ناباروری براساس سه تعریف پزشکی، اپیدمیولوژی و جمعیت شناسی و عوامل تعیین کننده آن در استان تهران". *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. دوره ۲۴، شماره ۱، صص: ۶۷-۶۰.

رجبی، غلامرضا؛ کریمی، مریم و امان الهی، عباس. (۱۳۹۷). "رضایت زناشویی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور شهر اهواز". *مشاوره کاربردی*. دوره ۸، شماره ۱، صص: ۶۲-۴۵.

رضوانی، فریما؛ وزیری، شهرام و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۸). "تدوین مدل ساختاری استرس ناباروری براساس طرحواره‌های هیجانی، تعارض زوجین و شفقت بر خود با میانجیگری حمایت اجتماعی". *روان پرستاری*. دوره ۷، شماره ۴، صص: ۸۳-۷۴.

زارع، نرجس. (۱۳۹۸). "مقایسه‌ی الگوهای ارتباطی زوجین، عملکرد خانواده و سازگاری زناشویی در زنان نابارور و بارور". پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

شاهوردی، جمیله؛ احمدی، سیدمجتبی؛ صادقی، خیراله؛ بختیاری، میترا؛ رضایی، منصور؛ ویسی، فاطمه و خاموشی، فیروزی. (۱۳۹۴). "مقایسه‌ی سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه". *تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*. دوره ۴، شماره ۳، صص: ۲۸۵-۲۷۷.

شاهوردی، جمیله؛ رضایی، منصور؛ ایازی روزبهرانی، مریم؛ صادقی، خیراله؛ بختیاری، میترا و شاهوردی، مریم. (۱۳۹۴). "رابطه‌ی سلامت عمومی با شادکامی، احساس حقارت و تعارضات زناشویی در زنان نابارور شهرستان بروجرد". *پرستاری و مامایی*. دوره ۲۵، شماره ۹۰، صص: ۵۴-۴۷.

شفاق‌شهری، وحید و کریم، اسراء. (۱۴۰۰). "ارزیابی وضعیت اجرای سیاست‌های کلی جمعیت (دوره ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۸)". *سیاست‌های راهبردی و کلان*. دوره ۹، شماره ۲، صص: ۲۹۸-۳۲۷.

عباسی شوازی، محمد جلال؛ عسگری خانقاه، اصغر و رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی. (۱۳۸۴). "ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران". *پژوهش زنان*. دوره ۳، شماره ۳، صص: ۹۱-۱۱۳.

عباسی، حسین و رضازاده، جمیله. (۱۳۹۱). "فراتحلیل روانشناختی نتایج مطالعه‌های مرتبط با ناباروری در ایران". *زنان، مامایی و نازایی ایران*. دوره ۱۵، شماره ۱۳، صص: ۱۶-۳۳.

عرب علیدوستی، علیرضا؛ نخعی، نوذر و خانجانی، نرگس. (۱۳۹۴). "پایایی و روایی پرسشنامه‌های رضایت زناشویی کانزاس و اینریچ کوتاه شده به زبان فارسی". *بهداشت و توسعه*. دوره ۴، شماره ۲، صص: ۱۵۸-۱۶۷.

علیزاده، توران؛ فراهانی، محمد نقی؛ شهرآرای، مهرناز و علی‌زادگان، شهرزاد. (۱۳۸۴). "رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور". *باروری و ناباروری*. دوره ۵، شماره ۳، صص: ۱۹۴-۲۰۴.

فاتحی زاده، مریم و احمدی، سید احمد. (۱۳۸۴). "بررسی رابطه الگوهای ارتباطی ازدواج و میزان رضایتمندی زناشویی زوجین شاغل در دانشگاه اصفهان". *خانواده پژوهی*. دوره ۱، شماره ۲، صص: ۱۰۹-۱۱۹.

فرجی، آسیه. (۱۳۹۸). "مقایسه ارزش‌های شخصی، فرهنگی و آرزوها در زنان پرستار با و بدون تعارض زناشویی". پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان: پردیس دانشگاهی.

قانع مخلصونی، زهرا؛ رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی؛ عسکری‌ندوشن، عباس و کلاته‌ساداتی، احمد. (۱۴۰۰). "مادران جایگزین، انگیزه‌های تصمیم‌گیری و احساس تعهد: یک نظریه زمینه‌ای". *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. دوره ۱۶، شماره ۳۱، صص: ۹۷-۱۳۱.

قره‌خانی، پرویز و ساداتیان، اصغر. (۱۳۸۱). *تظاهرات اصلی و درمان بیماری‌ها*. تهران: انتشارات نور دانش.

کرایب، یان. (۱۳۸۱). *نظریه‌ی اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس*. چاپ دوم، (ترجمه عباس مخبر)، تهران: نشر آگه.

محسنی تبریزی، علی‌رضا. (۱۳۷۹). "مبانی نظری و تجربی وندالیسم: مروری بر یافته‌های یک تحقیق." *نامه علوم اجتماعی*. دوره ۱۶، شماره ۱۶، صص: ۲۲۷-۱۹۳.

محقق، حسین. (۱۳۹۰). "تدوین برنامه آموزشی توانمندسازی زوجین براساس نظریه عشق استرنبرگ و تاثیر آن بر کاهش تعارض زناشویی و افزایش رضایتمندی زوجین ناخرسند شهر همدان." رساله دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

محمدی، محمدرضا و خلیج آبادی فراهانی، فریده. (۱۳۸۰). "مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها." *باروری و ناباروری*. دوره ۲، شماره ۴، صص: ۳۹-۳۳.

مدیری، فاطمه و رازقی نصرآبادی، حجیه بی‌بی. (۱۳۹۴). "بررسی رابطه دین‌داری و قصد باروری در شهر تهران." *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. دوره ۱۰، شماره ۲۰، صص: ۱۶۲-۱۲۷.

یوسفی نجف آبادی، زهرا. (۱۳۹۴). "بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل اصفهان." پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه الزهرا: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1992). "Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict." *Marriage and the Family*, 54(2): 408-417.

Akhondi, M. M., Kamali, K., Ranjbar, F., Shirzad, M., Shafeghati, S., Behjati Ardakani, Z., Goodjani, A., Parsaeian, M., & Mohammad, K. (2013). "Prevalence of Primary Infertility in Iran in 2010." *Public Health*, 42(12): 1398-1404.

Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S. L., & Sher, T. G. (1989). "The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues." *Consulting and Clinical Psychology*, 57(1): 31-38.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Cong, J., Li, P., Zheng, L., & Tan, J. (2016). "Prevalence and Risk Factors of Infertility at a Rural Site of Northern China." *Plos One*, 11(5): 1-11.

D'Souza, V., Noronha, J. A., & Nayak, S. (2014). "Social Support of Infertile Women Seeking Infertility Treatment: A Cross Sectional Study." *Asia Pacific Journal of Research*, 1: 82-89.

Egeman, K., Moxley, V., & Schumm, W. R. (1985). "Assessing Spenses Perceptions of Gottman's Temporal Form in Mmarital Conflict." *Psychological Reports*, 57: 171-181.

Eldib, A., & Tashani, O. A. (2018). "Infertility in the Middle East and North Africa Region: A systematic review with meta-Analysis of prevalence surveys." *Medical Sciences*, 2(2): 37-44.

- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Stuart.
- Fagan, P. J., Schmidt Jr, C. W., Rock, J. A., Damewood, M. D., Halle, E., & Wise, T. N. (1986). "Sexual functioning and psychologic evaluation of in vitro fertilization couples." *Fertil Steril*, 46(4): 668-72.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). "The experience of infertility: a review of recent literature." *Sociology of health & illness*, 32(1): 140-162.
- Hakim, A., Sultan, M., & Ahmad, F. (2001). "Pakistan Reproductive Health and Family Planning Survey (2000-01): Preliminary report." National Institute of Health (NIH), Park Road.
- Hess, R. F., Ross, R., & Gililland, J. R. (2018). "Infertility, Psychological Distress, and Coping Strategies among Women in Mali, West Africa: A Mixed-Methods Study." *Reproductive Health*, 22(1): 60-72.
- Hocaoglu, C. (2019). "The psychosocial aspect of infertility." In D. S. Sheriff, *Infertility, Assisted Reproductive Technologies and Hormone Assays: Intech Open*.
- Kaslow, F., & Robinson, J. (1996). "Long-term satisfying marriages: perceptions of contributing factors." *The American Journal of Family Therapy*, 24: 153-170.
- Kiessling, A. A. (2010). "Timing is everything in the human embryo." *Nature Biotechnology*, 28(10): 1025-1026.
- Koenig, M. A., Stephenson, R., & Ahmed, S. (2006). "Individual and contextual determinants of domestic violence in North India." *public health*, 96(1): 132-8.
- Kushwaha, C., Sinha, P., Gupta, U., & Srivastava, K. (2018). "Impact of infertility on marital relationships among infertile couples attending OPD of a tertiary health care centre." *Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(3): 1164-1167.
- Latifnejad Roudsari, R., Jafari, H., & Taghipour, A. (2019). "The relationship of sociocultural beliefs and infertile couples' attitude toward reproductive donation: A descriptive-correlational study." *Reproductive Biomedicine*. 17(5): 315-324.
- Mahmoodi meymand, A. H. (2021). "Comparison of Emotional Adjustment Ability, Psychological Well-Being and Marital Conflicts in Fertile And Infertile Women." *Medical Investigation*, 10(2): 37-47.
- Mckinan, J. M., & Greenberg, L. S. (2013). "Reveating vulnerable emotion in couple therapy: Impact on session outcome." *Family Therapy*, 35(3): 303-319.
- Monga, M. O., Alexanderescu, B. O., Ekatz, S. E., Stein, M. U., & Ganiats, T. H. (2004). "Impact of Infertility on Quality of Life, Marital Adjustment, and Sexual Function." *Urology*, 63: 126-130.
- Naz, B., & Batool, S. SH. (2017). "Infertility Related Issues and Challenges: Perspectives of Patients, Spouses, and Infertility Experts." *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2): 3-11.
- Papp, L. M. (2018). "Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution." *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(1): 7-24.
- Parsons, T. (1949). *The structure of social action* (Vol. 491). New York: Free press.

- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). "The Infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors." *Contemporary Family Therapy*, 31: 34-51.
- Schmidt, L. (2009). "Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction—what are the research priorities?" *Human Fertility*, 12(1): 14-20.
- Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. E. (2005). "The social epidemiology of coping with infertility." *Human Reproduction*, 20(4): 1044-1052.
- Ullah, A., Ashraf, H., Tariq, M., Aziz, S. Z., Zubair, S., Sikandar, Kh., Ali, N., Shakoor, A., & Nisar, M. (2021). "Battling the Invisible Infertility Agony: A Case Study of Infertile Women in Khyber Pakhtunkhwa-Pakistan." *Ethnic and Cultural Studies*, 8(2): 89-105.
- World Health Organization. (2004). "Infecundity, Infertility and childless in developing countries. DHS Comparative Report." Calverton, Maryland, US: ORC Marco and the World Health Organization, 9(2): 9-26.

