

◆ *Original Research Article*

Comparison of Marital Commitment Among Infertile, Fertilized with Artificial Insemination and Natural Fertility Couples

Hossein Mohagheghi^{1*}, MohammadReza Roshanaei², Shahryar Yarmohamadi Vasel³,
Hatam Hosseini⁴

Abstract

Childbearing is one of the human needs and one of the reasons for the tendency of young people to live together. In some cases, couples are not able to have children naturally and need medical help. A group achieves fertility with medical assistance, while others are left unable to benefit from this gift, which can cause certain psychological and family problems. The purpose of this article was to compare marital commitment among infertile couples, couples fertilized with artificial insemination, and those with natural fertility. The research method was causal-comparative, and the statistical population included all the couples referred to the hospitals and fertility and infertility clinics of Tehran. A sample size of 50 infertile couples, 50 couples fertilized with artificial insemination, and 50 natural fertile couples who referred to Arash Women's Hospital in Tehran between May and June 2022 were selected using available sampling method. The DCI Marital Commitment Scale was used to collect data. The results of multivariate analysis of variance showed that there is a significant difference in marital commitment and its components among infertile couples, couples fertilized with artificial insemination, and those with natural fertility. Infertile couples and those fertilized with artificial insemination, marital commitment exhibit lower marital commitment compared to naturally fertile couples. Based on this research, infertility and the inability to have natural fertility affects marital relationships, and as a result, reduce marital commitment.

Keywords: Artificial insemination, Couples, Marital commitment, Natural fertility, Infertility.

Received: 2024-06-30 Accepted: 2024-10-05

^{1*}. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran (Corresponding Author), h.mohagheghi@basu.ac.ir

². Ph.D. Student in Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran, m.roshanaei@eco.basu.ac.ir

³. Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran, yarmohamadi@basu.ac.ir

⁴. Professor, Department 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

Extended Abstract

Introduction

Marriage is one of the most important events in the human life cycle. For most couples, the instinctive and emotional need dictates that a man and a woman have children after marriage (D'Souza, Noronha, & Nayak, 2014). However, due to lifestyle changes and various stressors, the incidence of infertility has increased significantly, and it is the third most serious disease after cancer and cardiovascular diseases (Cong et al., 2016). Therefore, following the growth and scientific progress in the field of infertility treatment, most of the infertile couples who are not able to have children naturally refer to infertility centers for treatment. In these centers, in vitro fertilization or IVF is used to treat couples' infertility. In Iran, based on a study conducted on 17,000 women in 2 years, the prevalence of primary infertility was reported as 20.2% (Akhundi et al., 2019; Mohebi & Ali Mohammadzadeh, 2016). One of the factors that affects fertility and infertility is the communication pattern of couples and the relationships between them (Fatehizadeh & Ahmadi, 2005). Therefore, the purpose of this study was to answer the question of whether there is a difference between infertile couples, couples fertilized with artificial insemination, and those with natural fertility in terms of marital commitment.

Methods and Data

The design of the present research was descriptive and of causal-comparative type. Marital commitment was the dependent variable, and fertility status (including levels of infertility, fertility with artificial insemination and natural fertility) was the independent variable of the research. The statistical population of this research was all the couples referred to the hospitals and fertility and infertility clinics in Tehran, while the sample size for the current research included 150 couples in three separate groups of 50 couples: infertile couples, couples fertilized with artificial insemination (IVF), and naturally fertile couples who visited Arash women's hospital in Tehran in May and June 1401 and had no history of any psychiatric disease. These couples were selected using the available sampling method. After determining the population and the sample, the data were collected using the DCI Marital Commitment Scale (Adams and Jones, 1997), after obtaining participant consent and ensuring confidentiality. The data were then analyzed using SPSS26 software through multivariate analysis of variance and post hoc test (Tukey).

Findings

Initially, the normality of the data was confirmed by using the skewness and kurtosis test.

The contents of Table 1 show that there is a significant difference between the three groups of infertile couples, couples fertilized with artificial insemination, and naturally fertile couples in terms of at least one component of marital commitment (personal, moral, and structural), with $P < 0.05$.

Table 1- Results of multivariate analysis of variance of marital commitment dimension scores in the group of infertile couples, couples fertilized with artificial insemination, and naturally fertile couples

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Pillai's Trace	.14	7.63	6.00	592.00	.000	.07
Wilks' Lambda	.86	7.86	6.00	590.00	.000	.07
Hotelling's Trace	.16	8.08	6.00	588.00	.000	.08
Roy's Largest Root	.16	15.46	3.00	296.00	.000	.13

According to the results shown in Table 2, there is a significant difference between the three groups of infertile couples, couples fertilized with artificial insemination, and naturally fertile couples in terms of the components of personal, moral, and structural commitment. This indicates that the scores of the components of marital commitment in the group of naturally fertile couples are higher than other groups, reflecting a greater level of marital commitment compared to infertile couples and those fertilized with artificial insemination.

Table 2- The test of the effects between the subjects on the scores of the dimensions of marital commitment in the group of infertile couples, fertilized with artificial insemination and natural fertility

Source	SS	df	MS	F	P	ETA
Personal Commitment	6165.93	2	3082.96	20.25	.000	.12
Moral Commitment	8231.73	2	4115.86	20.68	.000	.12
Structural Commitment	32458.91	2	16229.45	22.33	.000	.13
Commitment (total score)	122036.69	2	61018.34	21.82	.000	.13

Conclusion and Discussion

The results of the multivariate variance analysis showed that there is a significant difference in the variable of marital commitment (personal, moral, and structural commitment) between three groups: infertile couples, couples fertilized with artificial insemination, and naturally fertile couples. In this way, infertile couples and couples with artificial insemination have a lower marital commitment than naturally fertile couples. In explaining this finding, it can be said that individual problems caused by infertility often stems from the wife's tendency to blame herself for these conditions. This self-blame can lead to disappointment and less attention to married life, including reduced sexual intimacy and an increase in negative emotions during interactions with the spouse. These conditions can be the source of boredom, reduced attentiveness to the spouse, and a failure to maintain a proper and affectionate relationship, which will eventually cause the couple to lose interest and commitment to the marital relationship. In general, the problem of infertility reduces the commitment of couples to married life and has a negative effect on the quality of couples' relationships.

As stated in the research, infertility affects the marital relationship of couples and reduces the marital commitment. Also, infertile couples who undergo difficult and expensive infertility treatments – even when fertilization is successful through artificial insemination – exhibit lower marital commitment than naturally fertile couples. This finding suggests that the economic conditions and high costs of infertility treatment affect marital commitment.

This research had limitations. Since the sampling method used in this study was based on convenience sampling, this limitation should be considered when generalizing the results to other societies. Another limitation of the research was the use of a questionnaire, which requires motivation and interest to answer the questions accurately and correctly. Although there was no specific case of carelessness or unrealistic response, the unique conditions during the COVID-19 pandemic should be considered when interpreting the results.

Acknowledgments

The data of this study are part of the master's thesis of the second author in psychology, conducted in the Faculty of Economic and Social Sciences at Bu-Ali Sina

University. The authors express their gratitude to all the participants and people who contributed in any way to the completion of this research.

Citation:

Mohagheghi, M., Roshanaei, M. R., Yarmohamadi Vassel, S., & Hosseini, H. (2024), Comparison of Marital Commitment Among Infertile, Fertilized with Artificial Insemination and Natural Fertility Couples, *Journal of Population Association of Iran*, 19(38), 179-221. <http://doi.org/10.22034/jpai.2024.2034028.1361>

ارجاع:

محقق، حسین، روشنائی، محمدرضا، یارمحمدی واصل، شهریار، حسینی، حاتم. (۱۴۰۳). مقایسه‌ی تعهد زناشویی در زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۹(۳۸)، ۱۷۹-۲۲۱. <http://doi.org/10.22034/jpai.2024.2034028.1361>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

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

حسین محقق^{۱*}، محمدرضا روشنائی^۲، شهریار یارمحمدی واصل^۳، حاتم حسینی^۴

چکیده

فرزندآوری یکی از نیازهای بشری و از دلایل گرایش جوانان به زندگی مشترک است. در مواردی زوجین توانایی فرزندآوری به صورت طبیعی را ندارند و نیازمند کمک‌های پزشکی هستند. گروهی به کمک علم پزشکی با لقاح مصنوعی بارور و گروهی دیگر از این موهبت بی‌بهره می‌مانند که ممکن است مشکلات روانشناختی و خانوادگی خاصی را ایجاد کند. هدف از این پژوهش، مقایسه‌ی تعهد 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 تعهد زناشویی DCI استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی از نظر متغیر تعهد زناشویی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به این صورت که در زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی، تعهد زناشویی پایین‌تر از زوجین بارور طبیعی داشتند. بر پایه این پژوهش، ناباروری و عدم توانایی در باروری طبیعی، روابط زناشویی را تحت تأثیر قرار داده و زوجین را مستعد اختلافات زناشویی می‌کند و در نتیجه موجب کاهش تعهد زناشویی می‌شود.

واژگان کلیدی: باروری طبیعی، تعهد زناشویی، زوجین، لقاح مصنوعی، ناباروری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۴

*۱. دانش‌یار روانشناسی، دانش‌کده علوم اقتصاد و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران (نویسنده مسئول)؛
h.mohagheghi@basu.ac.ir

۲. دانش‌جوی دکتری روانشناسی، دانش‌کده علوم اقتصاد و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران؛
m.rosanaei@eco.basu.ac.ir

۳. استاد روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران؛
yarmohamadi@basu.ac.ir

۴. استاد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران و استاد وابسته‌ی گروه جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی دانشگاه نیپسینگ، کانادا؛
h-hosseini@basu.ac.ir

مقدمه و بیان مسئله

ازدواج یکی از مهم‌ترین رویدادها در چرخه‌ی زندگی انسان است. در بیشتر زوجین نیاز غریزی و عاطفی حکم می‌کند که زن و مرد پس از ازدواج صاحب فرزند شوند (D'Souza et al., 2014). مطالعات تاریخی نشان می‌دهد که جامعه ایران از دیرباز همواره به‌عنوان یک جامعه خانواده‌مدار مطرح و در آن توجه فراوان به مقوله فرزندآوری مطلوب بوده است (مدیری و رازقی‌نصرآباد، 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). 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 (شقاقی شهری و کریم، ۱۴۰۰).

در مقابل باروری، جنبه مهم دیگری به نام ناباروری^۲ وجود دارد که با ناتوانی در باردار 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 فراگیرترین مشکلاتی بوده که بر سلامت روان افراد و کل جامعه (Eldib & Tashani, 2018) و رابطه زناشویی زوجین تاثیر زیادی دارد (روشنائی و همکاران، ۱۴۰۰). ناباروری را می‌توان به دو دسته اولیه و ثانویه

1. fertility

2. Infertility

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 (برک و نواک، ۱۳۹۸). با توجه به تغییرات شیوه زندگی و وجود استرس‌های زیست محیطی مختلف، بروز ناباروری به‌طور قابل توجهی افزایش یافته و بعد از سرطان و بیماری‌های قلبی-عروقی سومین بیماری جدی است (Cong et al, 2016). از این‌رو به‌دنبال 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^۱ برای درمان ناباروری زوجین استفاده می‌کنند. ازسوی دیگر 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, 2019؛ محبی و علی محمدزاده، ۱۳۹۵). در پژوهش دیگری که بر روی ۶۶۹ زن در استان تهران انجام شد، شیوع ناباروری کنونی براساس تعریف پزشکی^۲ 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 به‌دنبال درمان برمی‌آیند (Greil et al, 2010)، ولی آمار دقیقی از زوجین نابارور ایرانی که به‌دنبال 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 & Taghipour, 2019) و عده‌ای به‌دلیل 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 مخالفت می‌کنند (عباسی شوازی عسگری خانقاه و رازقی نصرآباد، ۱۳۸۴).

1. In Vitro Fertilization

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

در مقابل، از دید بسیاری از افراد نابارور، اهمیت تلاش و جستجو برای حل مشکلات، یک ارزش مذهبی مهم تلقی می‌شود. (Latifnejad Roudsari et al, 2019).

یکی از عواملی که تحت تأثیر باروری و ناباروری قرار می‌گیرد، الگوی ارتباطی زوجین و روابط بین آن‌هاست (فاتحی‌زاده و احمدی، ۱۳۸۴). مشکل ناباروری در دنیای امروز یک نگرانی اجتماعی است و علاوه بر اینکه ضربه روانی شدیدی به زوجین وارد ساخته و منجر به عدم تعادل روانی زوجین شود، می‌تواند منجر به قطع رابطه بین آن‌ها و طلاق گردد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۵). براساس نتایج گزارش‌ها در ایران، بسیاری از زوجین نابارور از فقر رضایت در روابط جنسی خود و ۵۰ تا ۶۰ درصد از تبعات ناشی از آن و خصوصاً طلاق رنج می‌برند (هنرپروران و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین گزارش شده است که زوج‌های نابارور در طول مقاربت‌شان فقط به فرزنددار شدن فکر می‌کنند، بنابراین وجود این نگرانی باعث افزایش سطح استرس و کاهش رضایت جنسی آن‌ها می‌شود (Masoumi et al, 2017). 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 اختلاف‌های زناشویی تندی را میان زن و شوهر برپا سازد.

زوجین نابارور، به‌ویژه در جوامع سنتی، افزون بر محرومیت از فرزند، با چالش‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی گوناگونی رویارو می‌شوند (Rutstein & Iqbal, 2004). زوج‌های نابارور، اغلب ناباروری را فشارآورترین حادثه‌ی زندگی خود دانسته که می‌تواند باعث از هم گسیختگی ثبات خانواده شود (علی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۴) و روابط زناشویی زوجین در اثر نازایی می‌تواند در جهت منفی و مخربی سوق پیدا کند (محمدی و خلج آبادی فراهانی، ۱۳۸۰)؛ چرا که در هر رابطه زناشویی، زوجین تمایل دارند تا فرزندی داشته باشند و ناتوانایی برای تحقق این امر تنش را در فرد ایجاد می‌کند (Schmidt, 2009). ریدنور، یورگاسون و

پترسون^۱ (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 فرد 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.

تعهد زناشویی^۲ از جمله جنبه‌های ارتباطی زوجین است که می‌توان آن را با توجه به توانایی باروری زوجین بررسی نمود. در روابط زناشویی، یکی از مهم‌ترین وظایف ارتباطی زوجین تعهد است که عبارت است از اینکه همسران به چه میزان و چگونه به رابطه زناشویی‌شان ارج نهاده و چه میزان به حفظ و تداوم این رابطه تعلق خاطر دارند. تعهد در ایجاد ثبات و موفقیت در یک ازدواج، نقش اساسی دارد (شاه‌سیاه، بهرامی و محبی، ۱۳۸۸) و برجسته‌ترین عاملی است که می‌تواند پایداری به ازدواج را تضمین کند (مجمودپور و همکاران، ۱۳۹۷). تعهد به‌عنوان یکی از عوامل حیاتی در رشد و ثبات روابط شخصی به‌شمار می‌آید و به تفسیر اینکه چرا بعضی روابط پایان می‌یابند و بعضی دیگر نه، کمک می‌کند (Hou, Jiang & Wang, 2019) و بنابراین تعهد به افزایش مسئولیت‌پذیری زوج کمک می‌کند (محقق، ۱۳۹۰). دیو و جکسون^۳ (۲۰۱۸)

-
1. Ridenour, Yorgason & Peterson
 2. Marital commitment
 3. Dew & Jackson

تعهد زناشویی را به سه نوع متمایز تقسیم‌بندی کرده‌اند که شامل: الف) تعهد به همسر یا تعهد شخصی^۱ (به‌عنوان فردی دوست داشتنی که در کنار او بودن برای فرد لذت بخش است)؛ ب) تعهد به ازدواج یا تعهد اخلاقی^۲ (به‌عنوان بنیان اجتماعی و مقدس و الزام پابندی به قول و قرارها) و ج) تعهد اجباری^۳ (احساس گیر افتادن در ازدواج و ادامه دادن رابطه به‌دلیل سرمایه گذاری‌ها، دارایی‌های مشترک و هزینه‌هایی که جدا شدن بر فرد تحمیل می‌کند) می‌باشد.

تعهد نقشی تمام و کمال در برانگیختن زوجین برای مقابله با فراز و نشیب‌های ازدواج به‌منظور باقی ماندن در ازدواج بازی می‌کند؛ از این‌رو تعهد زناشویی نشانه‌ای از آینده مشترک و پیمانی برای با هم بودن است (Marston et al, 1998). کلاید، هاوکنگز و ویلوقبی^۴ (۲۰۲۰) دریافتند که تعهد بین زوج‌ها می‌تواند بر واکنش نسبت به خطاها و باورهای اشتباه آن‌ها نسبت به یکدیگر تأثیر بگذارد و موجب تعاملاتی سازنده یا مخرب بین آن دو شود. درکنار متغیرهای جمعیت‌شناختی و روانشناختی عنوان شده می‌توان عنوان کرد که 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 و جامعه‌شناختی این اختلال و همچنین به افزایش رضایت، کیفیت و پایداری زندگی زناشویی این افراد نیز توجه نمایند (جنیدی و همکاران، ۱۳۸۸). از این‌رو 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 حوزه‌ی روابط زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی صورت گیرد تا پیشگیری‌ها و درمان‌هایی برای جلوگیری از کاهش تعهد و ایجاد فاصله، مشکلات روانشناختی و روابط فرازناشویی صورت

1. Personal commitment

2. Moral commitment

3. Structural commitment

4. Clyde, Hawkins & Willoughby

گیرد. پژوهش‌های معدودی در خصوص تعهد زناشویی زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی صورت گرفته است. هدف از این مطالعه پاسخ به این پرسش بود که آیا بین زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی از نظر تعهد زناشویی تفاوت وجود دارد؟

مبانی نظری

در حوزه تعهد و عوامل مؤثر بر آن نظریه‌های مختلفی ارائه شده است. این نظریه‌ها را می‌توان در طیف و سیعی از نظریه‌های سطح کلان تا نظریه‌های سطح خرد دسته‌بندی نمود. براساس مدل سرمایه‌گذاری^۱ رزبالت^۲ تعهد، عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی در عهدشکنی است. تعهد، میزان وسوسه شدن برای عهدشکنی را کاهش می‌دهد و منابعی برای قادر ساختن افراد برای تغییر تمرکزشان از پیامدهای لذت‌خواهی کوتاه‌مدت به لذت‌خواهی بلندمدت را فراهم می‌کند. بنابراین افراد دارای تعهد بالا، با احتمال بیشتر از عهدشکنی زناشویی اجتناب می‌کنند، درحالی‌که افراد با سطوح تعهد پایین‌تر ممکن است بیشتر درگیر روابط خارج از حیطه زناشویی شوند. مطابق با مدل سرمایه‌گذاری رزبالت، تعهد در زندگی زناشویی از رضایتمندی زناشویی، کیفیت جایگزین‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها متأثر می‌شود (Harmon, 2005).

نظریه میدانی^۳ لوین^۴ (۱۹۵۱) به فرایندی اشاره دارد که در آن، فرد به خود اجازه داشتن روابطی خارج از ازدواج را می‌دهد (فتحی، ۱۳۹۳). موس^۵ (۱۹۸۸)، نظریه میدانی لوین را این‌گونه خلاصه می‌کند که افراد در زندگی اهداف و مقاصدی دارند که می‌تواند ظرفیت جاذبه یا دافعه داشته باشد. بر این اساس فردی که نیازها و تمایلاتش را با روابطی خارج از ازدواج مرتفع می‌کند، برای رسیدن به این هدف (پاسخ به نیازهای جنسی‌اش)، با توجه به جذابیت

-
1. The Investment Model
 2. Rusbult
 3. Field Theory
 4. Lewin
 5. Muss

موضوع، یکی از دو حالت زیر را بوجود می‌آورد، یا فرد ناامید می‌شود و یا تلاش خود را برای رسیدن به هدفش افزایش می‌دهد (فتیحی، ۱۳۹۳). براساس این نظریه، زوجین نابارور نیز ممکن است وقتی از دستیابی به هدف خود مبنی بر داشتن فرزند بازمانند، ظرفیت دافعه رابطه زناشویی‌شان بروز می‌کند و در نتیجه فرد از رابطه‌ی جنسی با همسر خود که به فرزندآوری ختم نمی‌شود، خسته شده و در پی رسیدن به هدف خود با روش‌های دیگر برمی‌آید.

بر طبق نظریه برابری^۱، رابطه‌ای که برابر و عادلانه نیست، باعث اضطراب و نگرانی در زوج‌ها می‌شود و هر چقدر که این احساس نابرابری و بی‌عدالتی بیشتر باشد، لذت و جذب کمتر و نفرت بیشتری را در روابط خود تجربه می‌کنند و علی‌رغم تحمل رابطه مشکل‌دار و پریشان خود، سعی در برطرف کردن آن دارند تا تعادل حاصل شود. افراد در این رابطه سه راه دارند: برای ایجاد تعادل رفتار خود را تغییر دهند، شناخت و درک خود را نسبت به مسئله برابری تغییر دهند (مانند تغییر طرز تفکر و نگرش به فداکاری‌های انجام شده و تلاش برای افزایش برابری از طریق برآوردن نیازهای شخصی خود) و ترک کردن رابطه یا ایجاد رابطه خارج از ازدواج (Jeanfreau, 2009). دختر و پسر در ابتدا با انتظارات گوناگونی که فرزندآوری یکی از آن‌ها می‌باشد، تشکیل خانواده می‌دهند. اگر این انتظار توسط یکی از آن‌ها و بنابر دلایل جسمانی و پزشکی برآورده نشود، طرف مقابل احساس نابرابری و بی‌عدالتی می‌کند و ممکن است که تعهد زناشویی به خطر بیفتد.

استرنبرگ^۲ (۱۹۸۸) در نظریه مثلثی خود عشق را شامل سه بخش می‌داند و معتقد است روابط عاشقانه را با توجه به سه مؤلفه صمیمت، میل یا لذت و تعهد می‌توان ارزیابی کرد. صمیمت، مؤلفه هیجانی عشق است که شامل روابط نزدیک، حمایت عاطفی، علاقه‌مندی و احساس تعلق، درک کردن یکدیگر و شریک شدن در اموال و احساسات هم می‌باشد. میل یا

1. Equality Theory

2. Sternberg

لذت، مؤلفه انگیزشی و تحریک‌کننده عشق است که شامل روابط رمانتیک، جذابیت جسمانی و احساسات جنسی است. تعهد شامل تصمیم‌های خودآگاه و ناخودآگاهی می‌باشد که فرد خواستار نگهداری رابطه‌ای طولانی‌مدت با شخصی است که دوستش دارد و تصمیم می‌گیرد که فقط با یک نفر باشد و شریک دیگری اختیار نکند که در کوتاه‌مدت برای دوست داشتن کسی و در بلندمدت برای حفظ عشق و رابطه و بودن با یک شریک و دوری از هر رابطه دیگری می‌گیرد و مؤلفه شناختی عشق می‌باشد. این دو جنبه از تعهد لزوماً با یکدیگر همراه نیستند، ممکن است فرد تصمیم بگیرد که به کسی بدون داشتن تعهد عشق بورزد، اما در رابطه طولانی‌مدت فرد می‌تواند بدون ابراز دوست داشتن خود به طرف مقابل، به یک رابطه متعهد باشد. تعهد لازمه حفظ ارتباط در شرایط سخت و دشوار زندگی است (Sternberg, 1986). تعهد و به کارگیری خرد لازمه عشق اصیل است که برای اثبات عشق باید به کسی که به او علاقه‌مندیم، متعهد باشیم و در غیر این‌صورت به او آسیب می‌زنیم (طریقی، پورشهریار و شکری، ۱۳۹۴). طبق این نظریه، زوجین تصمیماتی می‌گیرند که رابطه‌شان به مدت طولانی حفظ شود و در نتیجه تعهد زناشویی افزایش پیدا کند. حال اگر زوجینی که تصمیم به فرزندآوری گرفته‌اند، در رسیدن به این هدف موفق نشوند، ممکن است میزان تعهد آن‌ها تغییر کند.

رویکرد مبادله که نخستین بار هومانز آن را در علوم اجتماعی به کار برد، روابط اجتماعی به‌ویژه روابط نزدیک را همانند مبادلات تجاری برحسب مفاهیم سود، زیان، هزینه‌ها، پاداش‌ها و مانند آن، تبیین می‌کند. براساس این تئوری، روابط بر پایه تبادل تحسین شکل می‌گیرند و روابط رضایت‌بخش و طولانی‌تر آن‌هایی هستند که با مشکل کمتر و تحسین همراه‌اند. صاحب‌نظران مکتب مبادله توضیح می‌دهند که چرا روابط زناشویی مسئله‌دار همیشه انحلال نمی‌یابند، بلکه ممکن است استمرار پیدا کنند. به گفته آنان ممکن است همسری به دلیل آنکه پاداش‌های دریافتی او بسیار کمتر از هزینه‌هایش هستند، احساس خشنودی کمتری داشته باشد، اما به دلیل آنکه ارزش‌ها جایگزین نیز در نظرش پایین است (مثلاً فرصت مناسبی برای ازدواج مجدد ندارد) یا به دلیل آنکه در روابط جاری‌اش سرمایه‌گذاری فراوانی کرده است (مثلاً چندین فرزند

را پرورش داده است)، به رابطه زناشویی ادامه دهد (بستان نجفی، بختیاری و شرف الدین، ۱۳۹۰). براساس بخش اول این نظریه می‌توان گفت زوجینی که در فرزندآوری مشکل دارند و یا به صورت طبیعی قادر به بچه‌دار شدن نیستند، ممکن است نتوانند یکدیگر را مورد تحسین قرار دهند و یا حتی طعنه‌هایی به یکدیگر بزنند، که در نتیجه رابطه زناشویی و تعهدشان نسبت به آن تحت شعاع قرار می‌گیرد.

براساس مدل فسخ و پیوستگی زناشویی لوینگر (۱۹۷۶-۱۹۶۵) که با ترکیب عقاید لوین و نظریه مبادله‌ای، تدوین شده است، ازدواج شامل تشکیل یک گروه دو نفره است، بنابراین نیروهایی وجود دارند که این گروه را به سوی انحلال و یا تداوم آن سوق می‌دهند. ماندن در روابط زناشویی بستگی به جذابیت این گروه و جذابیت روابط و گروه‌های دیگر دارد. رضایت زن و شوهر یکی از عواملی است که باعث پیوستگی گروه می‌شود و موانعی مانند وجود فرزندان یا اموال مشترک مانع از انحلال گروه می‌شوند و مشوق‌ها و فاکتورهایی وجود دارند که خروج فرد از گروه را تشویق و تسهیل می‌کنند، مانند وجود گروهی مناسب و در دسترس و جذب فرد برای شرکت در آن گروه. تداوم رابطه زناشویی بستگی به قدرت نیروهای جاذبه، دافعه و مانع شونده دارد (Friemel, 1985). طبق این نظریه، زوجین نابارور که با وجود تلاش‌های فراوان امکان فرزندآوری را ندارند، ممکن است پیوند زناشویی‌شان ضعیف شده و تعهد آن‌ها در زندگی مشترک‌شان تحت تاثیر قرار گیرد.

علاوه بر نظریات فوق، دیدگاه‌های دیگری نیز وجود دارد. به نظر می‌رسد نظریه‌های سرمایه‌گذاری، میدانی، برابری، فسخ و پیوستگی زناشویی بهتر می‌توانند پیش‌بینی‌کننده روابط زناشویی، به‌ویژه تعهد بین زوجین، باشند. لذا فرضیه تحقیق عبارت است از:

- تعهد زناشویی در زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی تفاوت معناداری دارد.

پیشینه پژوهش

وکیلان و همکاران (۲۰۲۴)، نشان دادند که بین تعهد زناشویی زوجین و باورهای غیرمنطقی در زوجین نابارور رابطه معکوس وجود دارد که براساس آن باورهای غیرمنطقی در زوجین نابارور منجر به تعهد زناشویی کمتر می‌شود. حسین پناهی و همکاران (۲۰۲۰) و صحرانیان و همکاران (۲۰۱۹) بیان کردند که ناباروری می‌تواند منجر به تعارضات زناشویی، اختلال در عملکرد جنسی، کاهش اعتماد به نفس، تعهد و کیفیت زندگی شود. همچنین بیلال و همکاران^۱ (۲۰۲۱) نشان دادند که ناباروری طولانی مدت روابط زناشویی را بدتر می‌کند و تعهد زناشویی را به عنوان یک جنبه قدرتمند برای ایجاد یک رابطه زناشویی طولانی مدت و پایدار کاهش می‌دهد. اینهورن^۲ (۲۰۰۴) بیان کرد که دسترسی به تکنولوژی درمان ناباروری^۳ منجر به استحکام روابط زوجین از طرق مختلف مانند افزایش تعهد زناشویی (از آنجایی که زن و شوهر باهم به دنبال خدمات ART هستند) می‌شود (Inhorn & Patrizio, 2015). همچنین حکیم، سلطان و احمد^۴ (۲۰۰۱) نشان دادند که بیشتر زنان نابارور با درگیری‌های زناشویی شدید مواجه شده‌اند و مورد آزار جسمی و کلامی قرار گرفته‌اند. در مطالعه دیگری، اندرز، آبی و هالمن^۵ (۱۹۹۱) نشان دادند که هزینه‌های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه‌بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس و جوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه به همسر و تنش‌های بالقوه ناشی از درمان‌ها، منجر به ایجاد تنش‌ها، احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید تعهد و اعتماد به نفس، کناره‌گیری، انزوا، مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی‌معنایی و عدم

1. Bilal et al.

2. Inhorn

3. ART

4. Hakim, Sultan & Ahmad

5. Andrews, Abbey & Halman

سازگاری زناشویی در زندگی می‌شود. علاوه بر این ساباتلی، مس و گاوازی^۱ (۱۹۸۸) نشان دادند که رابطه مهمی بین عزت نفس، تعهد زناشویی و تعدیل مثبت افراد در پاسخ به بحران بی‌فرزندگی غیرارادی وجود دارد.

در مطالعه‌ی شاه حسینی تازیک، صیادی و طاهری (۱۳۹۸) بیان شد که در خرده مقیاس تعهد شخصی، زوجین بارور دارای امتیاز بالاتری نسبت به زوجین نابارور بودند. همچنین اظهار کردند که هر یک از مشکلات فردی پیش‌آمده ناشی از ناباروری، به این دلیل است که همسر، خود را مقصر این شرایط می‌داند و این امر باعث ناامیدی و توجه کمتر به زندگی زناشویی مانند آمیزش جنسی کمتر و هیجانات منفی بیشتر هنگام رابطه جنسی و احترام می‌شود. این شرایط می‌تواند منشا بی‌حوصلگی، توجه کم به همسر و عدم رعایت رابطه مناسب و محبت‌آمیز باشد که در نهایت زوجین علاقه و تعهد خود را نسبت به رابطه زناشویی از دست خواهند داد. به‌طور کلی مسئله ناباروری از تعهد زوجین نسبت به زندگی زناشویی می‌کاهد و در کیفیت برقراری روابط زوجین تأثیر منفی می‌گذارد. علاوه بر این، موسوی و ابویی مهریزی (۱۳۹۹) نشان دادند که وجود تعارض‌های حل نشده در روابط زناشویی موجب کاهش توانایی خودتعیین‌گری در رابطه شده، با کاهش تعهد زناشویی، رضایت از رابطه را کاهش می‌دهد. همچنین عدل، پیرانی و شفیع آبادی (۱۳۹۷) بیان کردند که مجموع میانگین سه زیرمقیاس تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری در زنان نابارور تحت آزمایش برابر با ۵۷/۸ می‌باشد که بیانگر تعهد زناشویی ضعیف در زنان نابارور است. در آخر علی‌زاده و همکاران (۱۳۸۴) نشان دادند که ناباروری باعث ضربه سنگینی به شخصیت فرد به‌ویژه احساس تعهد، عزت نفس، احساس کنترل بر امور زندگی و احساس ماجراجویی فرد شده است.

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 تعهد زناشویی پرداخته‌اند و به‌نحوی زوجین بارور شده با لقاح مصنوعی نادیده گرفته شده است. از این‌رو در این پژوهش با جمع‌آوری داده‌ها از سه گروه زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی به‌دنبال بررسی تعهد زناشویی با توجه به قدرت باروری زوجین هستیم.

روش و داده‌های تحقیق

طرح پژوهش حاضر به‌صورت توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. تعهد زناشویی، متغیر وابسته و وضعیت باروری (شامل سطوح ناباروری، باروری با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی)، متغیر مستقل پژوهش بودند. جامعه آماری این پژوهش 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 حجم نمونه 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 و سابقه هیچ‌گونه بیماری روانپزشکی نداشتند که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آن‌ها از لحاظ سنی، در محدوده سنی (۲۰-۵۵ سال)، و از لحاظ تحصیلات، در محدوده سطوح علمی (سیکل، دیپلم، فوق دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) قرار داشتند. 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:

تعهد زناشویی: بنابر نظر آدامز و جونز^۱ (۱۹۹۷)، تعهد زناشویی ناظر بر فرآیند ارزش‌گذاری زوجین به یکدیگر در جهت حفظ و تداوم رابطه زناشویی بوده و میزان وفادار ماندن به خانواده و اعضای آن را در همه‌ی اوقات زندگی تعیین می‌کند. همچنین تعهد به‌عنوان قصد جدی برای ماندن در یک رابطه شامل جهت‌گیری طولانی‌مدت نسبت به مشارکت به‌علاوه احساسات دلبستگی روانشناختی، تعریف شده است (صیادی و همکاران، ۱۳۹۶). در این پژوهش، تعهد زناشویی بر حسب نمرات زوجین در پرسشنامه تعهد زناشویی (DCI)^۲ سنجیده شده است.

ناباروری: ناباروری به‌صورت رخ ندادن حاملگی به‌دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون روش‌های جلوگیری از حاملگی) تعریف می‌شود (Berek & Novak, 2007؛ ترجمه اویسی و همکاران، ۱۳۹۸). در این پژوهش منظور از زوجین نابارور، زن و یا 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.

بارور شده با لقاح مصنوعی: لقاح مصنوعی یا لقاح خارج از رحمی یک روش درمان نوین کمک باروری است که در آن اسپرم^۳ و تخمک^۴ در آزمایشگاه جنین‌شناسی باهم ترکیب می‌شوند. سپس جنین‌های حاصل از این روش را به درون رحم^۵ منتقل می‌کنند (Kiessling, 2010). در این پژوهش

1. Adams & Jones

2. Dimensions of Commitment Inventory

3. Sperm

4. Oocyte

5. Uterus

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 بر اظهار نظر خودشان، با میل و علاقه هر دو طرف به صورت طبیعی و بدون نیاز به کمک‌ها پزشکی بارور شده‌اند. 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. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه تعهد زناشویی DCI: این پرسشنامه به وسیله آدامز و جونز در سال ۱۹۹۷ تهیه و تدوین شده است. پرسشنامه تعهد زناشویی که میزان پایبندی افراد به همسر و ازدواجشان و ابعاد آن را اندازه‌گیری می‌کند، شامل ۴۴ گویه است و سه بعد تعهد زناشویی را که شامل تعهد شخصی (از سؤال ۱ تا ۱۰)، تعهد اخلاقی (۱۱ تا ۲۲) و تعهد ساختاری (۲۳ تا ۴۴) است، بررسی می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه تعهد زناشویی براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. به این صورت که کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نه مخالف ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره می‌گیرد. باید توجه داشت که در این پرسشنامه سوالات ۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ و ۲۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل امتیاز ممکن ۴۴ و حداکثر امتیاز ۲۲۰ خواهد بود و تفسیر آن، به این شکل است که نمره بین ۴۴ تا ۸۸ حاکی از تعهد زناشویی پایین، نمره بین ۸۸ تا ۱۳۲ حاکی از تعهد زناشویی متوسط و نمره بالاتر از ۱۳۲ حاکی از تعهد زناشویی بالا است. آدامز و جونز در شش پژوهش گوناگون برای رسیدن به پایایی و روایی پرسشنامه، آن را در مورد ۴۱۷ فرد

متأهل، ۳۴۷ فرد مجرد و ۴۶ فرد مطلقه اجرا کردند. در این مطالعات، همبستگی هر پرسش با نمره کل پرسشنامه، بالا و معنادار بود. پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شد. در اعتباریابی آزمون توسط (شاه‌سیاه و همکاران، ۱۳۸۸) روایی محتوا توسط اساتید دانشگاه اصفهان تأیید و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. در مطالعه‌ای دیگر توسط عباسی مولید (۱۳۸۸) روایی محتوا این آزمون مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش زارعی و حسینی (۱۳۹۲) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

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

یافته‌ها

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. در این قسمت ابتدا آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و چولگی و کشیدگی به‌منظور تحلیل نرمال بودن داده‌ها) مربوط به متغیرهای پژوهش بیان شده؛ سپس به‌منظور تحلیل هم‌زمان متغیرهای وابسته، نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری آورده شد. در ادامه به تحلیل اثرات بین آزمودنی‌ها پرداخته و در آخر آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد تعهد 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 (۱ و ۲) چگونگی توزیع آزمودنی‌ها در سه گروه مورد نظر را با توجه به متغیرهای مختلف نشان می‌دهد.

جدول ۱: 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	۱۰۰	۳۳/۳
علت ناباروری	آقا	۶۲	۲۰/۷
	خانم	۷۰	۲۳/۳
	هر دو	۶۸	۲۲/۷
	هیچ کدام (بارور)	۱۰۰	۳۳/۳
سن	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
مجموع درآمد خانواده	دکتری و بالاتر	۲۸	۹/۳
	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

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر تعهد زناشویی و ابعاد آن

متغیر پژوهش	ابعاد	گروه بارور طبیعی		گروه بارور با لقاح مصنوعی		گروه نابارور	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعهد زناشویی	تعهد شخصی	۴۰/۵۹	۱۰/۷	۳۶/۰۲	۱۲/۲۷	۲۹/۵۴	۱۳/۸۴
	تعهد اخلاقی	۴۸/۳۴	۱۲/۷۴	۴۲/۳۹	۱۴/۳	۳۵/۵۲	۱۵/۱۷
	تعهد ساختاری	۸۶/۴۴	۲۴/۱	۷۴/۹۴	۲۷/۱۴	۶۱	۲۹/۳۷
	نمره کل	۱۷۵/۳۷	۴۷/۰۷	۱۵۳/۳۵	۵۳/۱۴	۱۲۶/۰۶	۵۸/۳۸

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه‌ها با یکدیگر متفاوت است؛ که می‌توان به معنای تفاوت تعهد زناشویی در سه گروه زوجین نابارور، بارور با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی باشد. یکی از پیش‌فرض‌های لازم در تحلیل واریانس، نرمال بودن داده‌ها می‌باشد که باتوجه به تعداد بالای آزمودنی‌ها می‌توان با استفاده از میزان چولگی و کشیدگی به بررسی این فرض پرداخت (حبیبی و سرآبادانی، ۱۴۰۱).

جدول ۳: کشیدگی و چولگی متغیر تعهد زناشویی و ابعاد آن

متغیر	ابعاد	چولگی	کشیدگی
تعهد زناشویی	تعهد شخصی	-۰/۸۱	-۰/۹۶
	تعهد اخلاقی	-۰/۵۲	-۱/۳۸
	تعهد ساختاری	-۰/۶۴	-۱/۱۶
	نمره کل	-۰/۶۶	-۱/۱۴

نتایج جدول ۳ بیانگر این است که شاخص‌های چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همگی در فاصله‌ی ۲+ و ۲- قرار دارند؛ بنابراین می‌توان گفت که فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. با توجه به وجود سه مؤلفه تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری در متغیر تعهد زناشویی و همچنین وجود متغیر وضعیت باروری (شامل سطوح ناباروری، باروری

با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی) به‌عنوان متغیر مستقل، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری 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 ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات ابعاد تعهد زناشویی در گروه زوجین نابارور، بارور

شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری (P)	مجدور/اتا
اثر پیلایی	۰/۱۴	۷/۶۳	۶	۵۹۲	۰/۰۰۰	۰/۰۷
لامبدای ویلکز	۰/۸۶	۷/۸۶	۶	۵۹۰	۰/۰۰۰	۰/۰۷
اثر هتلینگ	۰/۱۶	۸/۰۸	۶	۵۸۸	۰/۰۰۰	۰/۰۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۶	۱۵/۴۶	۳	۲۹۶	۰/۰۰۰	۰/۱۳

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین سه گروه زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی از لحاظ حداقل یکی از مؤلفه‌های تعهد زناشویی (شخصی، اخلاقی و ساختاری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۵: آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها بر روی نمرات ابعاد تعهد زناشویی در گروه زوجین نابارور، بارور

شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی

ابعاد	SS	Df	MS	F	P	ETA
تعهد شخصی	۶۱۶۵/۹۳	۲	۳۰۸۲/۹۶	۲۰/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۱۲
تعهد اخلاقی	۸۲۳۱/۷۳	۲	۴۱۱۵/۸۶	۲۰/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۱۲
تعهد ساختاری	۳۲۴۵۸/۹۱	۲	۱۶۲۲۹/۴۵	۲۲/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۱۳
نمره کل	۱۲۲۰۳۶/۶۹	۲	۶۱۰۱۸/۳۴	۲۱/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۱۳

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۵ مشاهده شد که مقدار F بدست آمده نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات سه گروه زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی در مؤلفه‌های تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری ($P < ۰/۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. با نگاهی به میانگین گروه‌ها، نتایج حاکی از آن است که نمرات مؤلفه‌های تعهد زناشویی در گروه زوجین بارور طبیعی بالاتر از گروه‌های دیگر است. در ادامه برای بررسی این که تفاوت‌های معنی‌دار بین سه گروه زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی در مؤلفه‌های تعهد زناشویی در کدام بعد قرار دارد، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد، که نتایج آن در جدول زیر (جدول ۶) آمده است.

جدول ۶: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد تعهد زناشویی

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
تعهد شخصی	بارور طبیعی	بارور با لقاح مصنوعی	۴/۵۷*	۱/۷۴	۰/۰۲
	نابارور	بارور طبیعی	-۱۱/۰۵*	۱/۷۴	۰/۰۰
	بارور با لقاح مصنوعی	نابارور	۶/۴۸*	۱/۷۴	۰/۰۰
تعهد اخلاقی	بارور طبیعی	بارور با لقاح مصنوعی	۵/۹۵*	۱/۹۹	۰/۰۰
	نابارور	بارور طبیعی	-۱۲/۸۲*	۱/۹۹	۰/۰۰
	بارور با لقاح مصنوعی	نابارور	۶/۸۷*	۱/۹۹	۰/۰۰
تعهد ساختاری	بارور طبیعی	بارور با لقاح مصنوعی	۱۱/۵*	۳/۸۱	۰/۰۱
	نابارور	بارور طبیعی	-۲۵/۴۴*	۳/۸۱	۰/۰۰
	بارور با لقاح مصنوعی	نابارور	۱۳/۴۹*	۳/۸۱	۰/۰۰

همان‌گونه که جدول بالا نشان می‌دهد، بین مؤلفه‌های تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری در تمام گروه‌ها تفاوت معنادار است. با توجه به نتایج، بین تعهد زناشویی 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 چند متغیره نشان داد که در متغیر تعهد زناشویی (تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری) بین چهار گروه زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$)؛ به این صورت که زوجین نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی دارای تعهد زناشویی پایین‌تری نسبت به زوجین بارور طبیعی هستند. این نتایج با یافته‌های عدل و همکاران (۱۳۹۷) و شاه حسینی تازیک و همکاران (۱۳۹۸) همسو است ولی با یافته‌های لوسرو و همکاران^۱ (۲۰۱۳) مخالف است. عدل و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که زنان نابارور دارای تعهد زناشویی کمتری هستند. در مطالعه‌ی شاه حسینی تازیک و همکاران (۱۳۹۸) زوجین بارور دارای امتیاز بالاتری نسبت به زوجین نابارور در خرده مقیاس تعهد شخصی بودند. همچنین هر یک از مشکلات فردی پیش‌آمده ناشی از ناباروری، به این دلیل است که همسر، خود را مقصر این شرایط می‌داند و این امر باعث ناامیدی و توجه کمتر به زندگی زناشویی مانند آمیزش جنسی کمتر و هیجانات منفی بیشتر هنگام رابطه جنسی و احترام می‌شود. این شرایط می‌تواند منشا بی‌حوصلگی، توجه کم به همسر و عدم رعایت رابطه مناسب و محبت‌آمیز باشد که در نهایت زوجین علاقه و تعهد خود را نسبت به رابطه زناشویی از دست خواهند داد. به‌طور کلی مسئله ناباروری ممکن است از تعهد زناشویی زوجین نسبت به زندگی زناشویی می‌کاهد و در کیفیت برقراری روابط زوجین تأثیر منفی می‌گذارد.

همان‌گونه که در پژوهش آمده است، تعهد زناشویی در زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی نسبتاً کمتر از زوجین بارور طبیعی بوده است. نکته‌ای که نیاز است در اینجا بیان شود، زوجین ناباروری که درگیر درمان‌های سخت و گران ناباروری می‌شوند؛ حتی وقتی که باروری با لقاح مصنوعی صورت می‌گیرد، با وجود بارور شدن، دارای تعهد زناشویی پایین‌تری از

زوجین بارور طبیعی هستند که این نشان می‌دهد شرایط اقتصادی و هزینه‌های بالای درمان ناباروری ممکن است بر تعهد زناشویی تاثیرگذار باشد. از این رو طبق مدل فسخ و پیوستگی زناشویی، که رضایت زن و شوهر را یکی از عوامل پیوستگی خانواده و وجود فرزندان را یکی از موانع انحلال آن می‌داند، کاهش تعهد زناشویی بین زوجین نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی قابل پیش‌بینی می‌باشد؛ به عبارتی، ناباروری و عدم توانایی در بارداری طبیعی روابط زوجین را تحت شعاع قرار داده و باعث کاهش تعهد زناشویی می‌شود. براساس نظریه میدانی لوین، افراد در زندگی اهداف و مقاصدی دارند که می‌توانند ظرفیت جاذبه یا دافعه داشته باشند. یکی از اهداف زوجین از ازدواج، فرزندآوری است و زمانی که گروهی از آن‌ها با عدم توانایی در باروری مواجه می‌شوند، تعهد زناشویی کاهش یافته و بین آن‌ها فاصله به وجود می‌آید. همچنین طبق نظریه مبادله، روابط رضایت‌بخش و طولانی‌تر آن‌هایی هستند که با مشکل کمتر و تحسین همراه‌اند؛ از این رو زوجین نابارور به دلیل مواجهه با مشکلاتی نظیر عدم توانایی در باروری و زوجین بارور شده با لقاح مصنوعی به دلیل مواجهه با مشکلاتی نظیر عدم توانایی در باروری طبیعی و صرف هزینه‌های بالای درمان، تعهد زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت تعهد زناشویی، ماهیت وابستگی شخص را نشان می‌دهد؛ این که شخص در رابطه تا چه حد احساس امنیت می‌کند و چقدر احساس می‌کند که رابطه در دراز مدت ارزشمند است (Ramirez, 2008). کاسلو و رابینسون^۱ (۱۹۹۶) تعهد زناشویی را به عنوان اساسی‌ترین عامل موفقیت زناشویی در نظر گرفته‌اند. آن‌ها عنوان کرده‌اند که تعهد نسبت به روابط زناشویی عامل اساسی و اولیه برای تداوم رابطه زناشویی بویژه در زمان‌های دشوار می‌باشد. تحقیقات نشان داده‌اند در مواردی که زوجین با مسئله ناباروری درگیر هستند، گاهی مشارکت بیشتر در حوزه‌های اجتماعی و شغلی و همچنین کناره‌گیری از خانواده و در

1. Kaslow & Robinson

برخی موارد روابط جنسی فرازناشویی دیده می‌شود (Weeks & Treat, 2013؛ صاحب‌دل، زهراکار و دلاور، ۱۳۹۵)؛ بدین ترتیب این امر عاملی تهدیدکننده برای تعهد زناشویی است و می‌تواند باعث فروپاشی و انحلال نظام خانواده شود؛ زیرا ازدواج سالم مستلزم حضور چندین عنصر مثل تعهد، رضایت زناشویی، ارتباط و نبود عناصری نظیر خشونت و خیانت است (عباسی مولید، ۱۳۸۸، قزلسفلو و همکاران، ۱۳۹۵).

طبق نظریه میدانی لوین زوجین نابارور وقتی از دستیابی به هدف خود مبنی بر داشتن فرزند بازمی‌مانند، ظرفیت دافعه رابطه زناشویی‌شان بروز می‌کند و در نتیجه فرد از رابطه‌ی جنسی با همسر خود که به فرزندآوری ختم نمی‌شود، خسته شده و در پی رسیدن به هدف خود با روش‌های دیگر برمی‌آید (فتحی، ۱۳۹۳). براساس نظریه برابری، دختر و پسر در ابتدا با انتظارات گوناگونی که فرزندآوری یکی از آن‌ها می‌باشد، تشکیل خانواده می‌دهند (Jeanfreau, 2009). اگر این انتظار توسط یکی از آن‌ها و بنابر دلایل جسمانی و پزشکی برآورده نشود، طرف مقابل احساس می‌کند که در حقش بی‌عدالتی شده و ممکن است که تعهد زناشویی به خطر بیفتد. همچنین براساس نظریه استرنبرگ، تعهد که یکی از سه گوشه مثلث این نظریه است، شامل تصمیم‌های خودآگاه و ناخودآگاهی می‌باشد که فرد خواستار نگهداری رابطه‌ای طولانی‌مدت با شخصی است که دوستش دارد. از این رو زوجین تصمیماتی می‌گیرند که در جهت حفظ رابطه‌شان به مدت طولانی باشد و در نتیجه تعهد زناشویی افزایش پیدا کند. حال اگر زوجینی که تصمیم به فرزندآوری گرفته‌اند، در رسیدن به این هدف موفق نشوند، میزان تعهد زناشویی آن‌ها کاهش می‌یابد.

نظریات دیگری از جمله مبادله و فسخ و پیوستگی زناشویی نتایج بدست آمده از پژوهش را پشتیبانی کردند. براساس نظریه مبادله، زوجینی که در فرزندآوری مشکل دارند و یا به‌صورت طبیعی قادر به بچه‌دار شدن نیستند، ممکن است نتوانند یکدیگر را مورد تحسین قرار دهند و یا حتی طعنه‌هایی به یکدیگر بزنند، که در نتیجه رابطه زناشویی و تعهدشان نسبت به آن تحت

شعاع قرار می‌گیرد. علاوه بر این مطابق نظریه فسخ و پیوستگی زناشویی، ماندن در روابط زناشویی بستگی به جذابیت این گروه دارد. رضایت زن و شوهر یکی از عواملی است که باعث پیوستگی گروه می‌شود و موانعی مانند وجود فرزندان مانع از انحلال گروه می‌شوند. طبق این نظریه، زوجین نابارور که با وجود تلاش‌های فراوان امکان فرزندآوری را ندارند، ممکن است پیوند زناشویی‌شان ضعیف شده و تعهد آن‌ها در زندگی مشترکشان تحت تاثیر قرار گیرد.

در کل نتایج نشان داد که تعهد زناشویی در زوجین نابارور، 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 به درستی 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 افزایش تعهد زناشویی در سبب‌شناسی و طراحی مداخلات درمانی و بهبود رابطه‌ی زوجین مبتلا به مشکلات ناباروری اشاره کرد.

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 این افراد نیز توجه نمایند. ضمن آنکه جهت آشنایی پزشکان و کارمندان کلینیک‌های ناباروری، کارگاه‌های آموزشی مجهز به مشاوران و روان‌دوران 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 خانوادگی، 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 دولتی بانوان آرش واقع در بالا 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 نماند. به همین دلیل، در تعمیم نتایج بسیار دقت شود چراکه عوامل مختلف دیگری از جمله وضعیت اقتصادی و درآمد، وضعیت اجتماعی و خانوادگی، فرهنگ، سن و ... فارغ از توانایی باروری، می‌تواند تعهد زناشویی را تحت شعاع خود قرار دهد. 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 درجه دقت پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان اثر گذاشته باشد. در

نهایت به پژوهشگرانی که علاقه‌مند هستند تا به بررسی تعهد زناشویی در حوزه ناباروری بپردازند، پیشنهاد می‌شود به نقش عوامل تأثیرگذار در این زمینه مانند سابقه‌ی 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 روانشناختی به‌منظور ارتقا سلامت روانی را بر روی زوجین نابارور و بارور با لقاح مصنوعی مورد مطالعه قرار دهند.

سپاس‌گزاری

داده‌های این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم مقاله در رشته روانشناسی عمومی است که در دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا به انجام رسیده است. نویسندگان مراتب سپاس خود را از نظرات اصلاحی داوران و شرکت‌کنندگان و افرادی که به‌نحوی در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، اعلام می‌دارند.

منابع

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

بستان نجفی، حسین؛ بختیاری، محمد عزیز و شرف‌الدین، سیدحسین. (۱۳۹۰). اسلام و جامعه‌شناسی خانواده، چاپ پنجم، تهران: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

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

۱۶-۷. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2009.5898>

حبیبی، آرش و سرآبادانی، مونا. (۱۴۰۱). آموزش کاربردی SPSS، تهران: انتشارات نارون.

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

رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی؛ حسینی چاووشی، میمنت و عباسی شوازی، محمدجلال. (۱۴۰۱). شیوع ناباروری براساس سه تعریف پزشکی، اپیدمیولوژی و جمعیت‌شناسی و عوامل تعیین‌کننده آن در استان تهران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۲۴(۱)، ۶۷-۶۰.

<http://goums.ac.ir/journal/article-1-4009-fa.html>

روشنائی، محمدرضا؛ محقق، حسین؛ حسینی، حاتم و یارمحمدی واصل، مسیب. (۱۴۰۰). مقایسه‌ی تعارض زناشویی در زوجین نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور طبیعی. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۲۴۱-۲۷۳.

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

زارعی، سلیمان و حسینی، فاطمه. (۱۳۹۲). پیش‌بینی تعهد زناشویی بر پایه عواطف خودآگاه (شرم و گناه) و تمایز یافتگی خود در دانشجویان متأهل. مشاوره و روان‌درمانی خانواده دانشگاه کردستان، ۱۱۳-۱۳۳.

https://fcp.uok.ac.ir/article_9652.html

شاه حسینی تازیک، سعید؛ صیادی، معصومه و طاهری، نجمه. (۱۳۹۸). تعهد زناشویی و کیفیت ارتباط در زوجین بارور و نابارور. طب داخلی روز، ۲۵(۳)، ۱۸۴-۱۹۷.

<http://dx.doi.org/10.32598/hms.25.3.184>

شاه‌سیاه، مرضیه؛ بهرامی، فاطمه و محبی، سیامک. (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی رضایت جنسی و تعهد زناشویی زوجین شهرستان شهرضا. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۱(۴۳)، ۲۳۸-۲۳۳.

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2009.1556>

شقایق‌شهری، وحید و کریم، اسراء. (۱۴۰۰). ارزیابی وضعیت اجرای سیاست‌های کلی جمعیت (دوره ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۸). سیاست‌های راهبردی و کلان. ۹(۲)، ۳۲۷-۲۹۸.

<https://doi.org/10.30507/jmsp.2020.245435.2117>

صاحب‌دل، حسین؛ زهراکار، کیانوش و دلاور، علی. (۱۳۹۵). تحلیل مسیر اثر خصوصیات شخصیتی، ویژگی‌های ارتباطی و بسترهای فرهنگی در وابستگی عاطفی زوج‌ها. پژوهش‌های مشاوره، ۱۵(۵۷)، ۲۳-۴.

<http://iranccounseling.ir/journal/article-1-438-fa.html>

صیادی، معصومه؛ شاه‌حسینی تازیک، حسین؛ مدنی، یاسر و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر تعهد زناشویی و دلزدگی زناشویی در زوجین نابارور. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۲۶-۳۷.

<https://doi.org/10.21859/jech.4.3.26>

طریقی، زهرا؛ پورشهریار، حسین و شکری، امید. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای احساس تنهایی و تعهد زناشویی در رابطه بین میزان استفاده از فیس‌بوک و میزان رضایت زناشویی زنان. ارائه شده در کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی. <https://civilica.com/doc/436329>

عباسی‌شوازی، محمد جلال؛ عسگری خانقاه، اصغر و رازقی نصرآباد، حجه بی‌بی. (۱۳۸۴). ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی در تهران. پژوهش زنان، ۳(۳)، ۹۱-۱۱۳. https://journal.ut.ac.ir/article_19200.html

عباسی مولید، حسین. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر آموزش گروهی واقعیت درمانی بر تعهد زناشویی زوجین شهرستان خمینی شهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

عدل، حدیث‌السادات؛ پیرانی، ذبیح و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی در زنان نابارور. فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده، ۱۳(۴۵)، ۹۷-۱۱۵. https://jms.ihu.ac.ir/article_204432.html

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. فصلنامه باروری و ناباروری، ۵(۳)، ۱۹۴-۲۰۴. <https://www.jri.ir/documents/fullpaper/fa/188.pdf>

فاتحی‌زاده، مریم و احمدی، سید احمد. (۱۳۸۴). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی ازدواج و میزان رضایتمندی زناشویی زوجین شاغل در دانشگاه اصفهان. خانواده پژوهی، ۱۱(۲)، ۱۰۹-۱۱۹. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96812.html

فتحی، منصور. (۱۳۹۳). بی‌وفایی در روابط زناشویی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

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

قرلسفلو، مهدی؛ جزایری، رضوان‌السادات؛ بهرامی، فاطمه و محمدی فشارکی، رحمت‌الله. (۱۳۹۵). رابطه سلامت خانواده اصلی و شفقت خود با تعهد زناشویی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶(۱۳۹)، ۱۳۷-۱۴۸. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8163-fa.html>

کریمی، فاطمه‌زهرا؛ تقی‌پور، علی؛ لطیف‌نژاد رودسری، رباب؛ کیمیایی، سیدعلی؛ مظلوم، سیدرضا و امیریان، ملیحه. (۱۳۹۵). آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۹(۱۰)، ۳۲-۲۰. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2016.7111>

محبی، سیده فاطمه و علی محمدزاده، خلیل. (۱۳۹۵). «اتیولوژی ناباروری» براساس مرور سیستماتیک مقالات علمی- پژوهشی، طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۹۲ در ایران. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

<http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1054-fa.html>. ۱-۱۵. (۱)، ۲۶

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 روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

محمدی، محمدرضا و خلیج‌آبادی فراهانی، فریده. (۱۳۸۰). مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آن‌ها. باروری و ناباروری، ۲(۴)، ۳۹-۳۳. <https://www.jri.ir/article/64>

محمودپور، عبدالباسط؛ فرح بخش، کیومرث؛ حسینی، به‌رزان و بلوچ زاده، الهام. (۱۳۹۷). پیش‌بینی تعهد زناشویی زنان براساس شیوه‌های دل‌بستگی، خود شفقته و تحمل پریشانی. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۸(۱)، ۸۴-۶۵.

<https://doi.org/10.22034/fcp.2018.60857>

مدیری، فاطمه و رازقی نصرآباد، حجیه بی‌بی. (۱۳۹۴). بررسی رابطه دین‌داری و قصد باروری در شهر تهران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۰(۲۰)، ۱۶۲-۱۲۷.

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.1735000.1394.10.20.5.4>

موسوی، فاطمه؛ و ابویی مهریزی، مطهره. (۱۳۹۹). مقایسه خودتعیین‌گری در رابطه زناشویی، تعهد به همسر و رضایت زناشویی در زنان و مردان بدون و دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره. رویش روان‌شناسی، ۹(۸)، ۳۰-۱۹.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.8.16.3>

هنرپروران، نازنین؛ تبریزی، مصطفی؛ نوایی نژاد، شکوه و شفیق آبادی، عبدالله. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زوجین. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۴(۱۵)، ۷۰-۵۹.

<https://www.sid.ir/paper/172094/fa>

Abbasi Molid, H. (2009). Investigating the effect of group reality therapy training on marital commitment of couples in Khomeini Shahr. Master's thesis in family counseling, University of Isfahan: Faculty of Psychology and Educational Sciences. [In Persian].

Abbasi-Shavazi, M. J., Asgari-Khanaghah, A., & Razeghi-Nasrabad, H. B. (2005). Infertility and the lived experience of infertile women: A case study in Tehran. *Women's Research*, 3(3), 91-113. [In Persian]. https://journal.ut.ac.ir/article_19200.html

- Adams, J. M., & Jones, W. H. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1177-1196. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.5.1177>
- Adl, H. A., Pirani, Z., & Shafi'abadi, A. (2019). The Impact of Group Psychotherapy Based on Quality of Life on Marital Commitment among Infertile Women. *The Women and Families Cultural-Educational*, 13(45), 97-115. [In Persian]. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26454955.1397.13.45.5.0>
- Akhondi, M. M., Ranjbar, F., Shirzad, M., Ardakani, Z. B., Kamali, K., & Mohammad, K. (2019). Practical difficulties in estimating the prevalence of primary infertility in Iran. *Fertility & Sterility*, 13(2), 113-117. [In Persian]. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2019.5583>
- Alizadeh, T., Farahani, M. N., Shahraray, M., & Alizadegan, S. (2005). The relationship between self-esteem and locus of control with infertility stress in infertile women and men. *Fertility and Infertility*, 5(3), 194-204. [In Persian]. <https://www.jri.ir/documents/fullpaper/fa/188.pdf>
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), 238-253. <https://doi.org/10.2307/2136806>
- Berek, J. S. (2019). *Berek Novak's gynecology*. (Translated to Persian by Fahimeh Oveisi et al.), Tehran: Jafari Novin Publishing. [In Persian].
- Bilal, A., Muhammad, K., & Riaz, S. (2021). Marital commitment and marital satisfaction in patients of chronic diseases: Mediating role of sexual satisfaction. *Rawal Medical Journal*, 46(1), 189-193. <https://www.rmj.org.pk/?mno=106489>
- Bostan Najafi, H., Bakhtiari, M. A., & Sharafuddin, S. H. (2011). *Islam and Sociology of the Family*, 5th edition, Tehran: Hawza and University Research Institute Publications. [In Persian].
- Clyde, T. L., Hawkins, A. J., & Willoughby, B. J. (2020). Revising premarital relationship interventions for the next generation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(1), 149-164. <https://doi.org/10.1111/jmft.12378>
- 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), e0155563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155563>

- 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. <https://www.researchgate.net/publication/268632270>
- Delavar, A. (2017). *Research Methodology in Humanities and Social Sciences*. Tehran: Roshd. [Persian].
- Dew, J., & Jackson, M. (2018). Commitment and relationship maintenance behaviors as marital protective factors during economic pressure. *Journal of Family and Economic Issues*, 39(2), 191-204. <https://doi.org/10.1007/s10834-017-9550-7>
- Eldib, A., & Tashani, O. (2018). Infertility in the Middle East and North Africa Region: A systematic review with meta-Analysis of prevalence surveys. *Libyan Journal of Medical Sciences*, 2(2), 37. https://doi.org/10.4103/ljms.ljms_24_18
- Fatehizadeh, M., & Ahmadi, S. A. (2005). Investigating the relationship between marital communication patterns and marital satisfaction of working couples in Isfahan University. *Journal of Family Research*, 1(2), 109-119. [In Persian]. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96812.html
- Fathi, M. (2014). *Infidelity in marital relationships*. Tehran: Sociologists Publications. [In Persian].
- Friemel, E. A. (1985). A comparison of marital cohesiveness among farm and nonfarm marriages. Doctoral dissertation, Texas Tech University. <https://ttu-ir.tdl.org/items/ac2ad1a7-8bce-4fe0-acf5-c78c5404fab0>
- Gharekhani, P., & Sadatian, A. (2002). *Main manifestations and treatment of diseases*. Tehran: Noor-e Danesh Publications. [In Persian].
- Ghezelsefloo, M., Jazayeri, R., Bahrami, F., & Mohammadi, R. (2016). Relationship between Original Family Health and Self-Compassion with Marital Commitment. *Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(139), 137-148. [In Persian]. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8163-fa.html>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Habibi, A., & Sarabadani, M. (2022). *SPSS Practical Training*. Tehran: Narvan Publication. [In Persian].

- 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.
- Harmon, D. K. (2005). Black men and marriage: The impact of spirituality, religiosity, and marital commitment on marital satisfaction. Doctoral dissertation, University of Alabama. <https://www.proquest.com/openview/b3bdca4a68d0623e119e9ebd7813b2e1>
- Honarparoran, N., Tabrizi, M., Navabinejad, S., & Shafiabadi, A. (2010). The effectiveness of emotion-focused approach training on couples' sexual satisfaction. *Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior)*, 4(15), 59-70. [In Persian]. <https://www.sid.ir/paper/172094/fa>
- Hosseinpanahi, M., Mirghafourvand, M., Farshbaf-Khalili, A., Esmaeilpour, K., Rezaei, M., & Malakouti, J. (2020). The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life among infertile couples: A randomized controlled trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 251. [In Persian]. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_512_20
- Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model: COMMITMENT AND MARITAL SATISFACTION. *International Journal of Psychology: Journal International de Psychologie*, 54(3), 369-376. <https://doi.org/10.1002/ijop.12473>
- Inhorn, M. C. (2004). Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 162-182. <https://doi.org/10.1525/maq.2004.18.2.162>
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411-426. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv016>
- Jeanfreau, M. M. (2009). A qualitative study investigating the decision-making process of women's participation in marital infidelity. Doctoral dissertation, Manhattan, Kansas University. <https://core.ac.uk/reader/5166126>
- Jonaidy, E., Noorani Sadodin, S., Mokhber, N., & Shakeri, M. T. (2009). Comparing the Marital Satisfaction in Infertile and Fertile Women Referred to the Public Clinics in Mashhad in 2006-07. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 12(1), 7-16. [In Persian]. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2009.5898>

- Karimi, F. Z., Taghipour, A., Latifnejad Roudsari, R., Kimiaee, S. A., Mazloun, S. R., & Amirian, M. (2016). Psycho-social effects of male infertility in Iranian women: A qualitative study. *Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 19(10), 20-32. [In Persian]. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2016.7111>
- Kaslow, F., & Robison, J. A. (1996). Long-term satisfying marriages: perceptions of contributing factors. *The American Journal of Family Therapy*, 24(2), 153-170. <https://doi.org/10.1080/01926189608251028>
- Kiessling, A. A. (2010). Timing is everything in the human embryo. *Nature Biotechnology*, 28(10), 1025-1026. <https://doi.org/10.1038/nbt1010-1025>
- 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. [In Persian]. <https://doi.org/10.18502/2Fijrm.v17i5.4599>
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (Edited by Dorwin Cartwright). Harpers.
- Lucero, S. M., Pargament, K. I., Mahoney, A., & DeMaris, A. (2013). Links between religious and spiritual coping and adjustment among fathers and mothers during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 309-322. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.798864>
- Mahmoudpour, A., Farahbakhsh, K., & Balochzadeh, E. (2018). Prediction of women's marital commitment based on their attachment styles, self-compassion and distress tolerance. *Family Counseling and Psychotherapy*, 8(1), 65-84. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/fcp.2018.60857>
- Marston, P. J., Hecht, M. L., Manke, M. L., Mcdaniel, S., & Reeder, H. (1998). The subjective experience of intimacy, passion, and commitment in heterosexual loving relationships. *Personal Relationships*, 5(1), 15-30. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1998.tb00157.x>
- Masoumi, S. Z., Khani, S., Kazemi, F., Kalhori, F., Ebrahimi, R., & Roshanaei, G. (2017). Effect of marital relationship enrichment program on marital satisfaction, marital intimacy, and sexual satisfaction of infertile couples. *International Journal of Fertility & Sterility*, 11(3), 197-204. [In Persian]. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2017.4885>

- Modiri, F., & Razeghi-Nasrabad, H. B. (2015). A Study on the Relationship between Religiosity and Fertility Intention in Tehran. *Population Association of Iran*, 10(20), 128-163. [In Persian]. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.1735000.1394.10.20.5.4>
- Mohagheghi, H. (2011). Developing a training program for empowering couples based on Sternberg's theory of love and its effect on reducing marital conflict and increasing satisfaction of unhappy couples in Hamedan. PhD thesis in psychology, Allameh Tabatabaie University: Faculty of Psychology and Educational Sciences. [In Persian].
- Mohammadi, M. R., & Khalajabadi Farahani, F. (2001). Emotional and psychological problems caused by infertility and strategies to deal with them. *Fertility and Infertility*, 2(4), 33-39. [In Persian]. <https://www.jri.ir/article/64>
- Mohebbi, S. F., & Ali Mohammadzadeh, K. (2016). Systematic review of the etiology of the infertility on Iranian domestic published articles between 1999 and 2013. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch*, 26(1), 1-15. [In Persian]. <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1054-en.html>
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015>
- Mousavi, S. F., & Abooei-Mehrizi, M. (2020). Comparison of Self-Determination in Marital Relationship, Commitment to Spouse and Marital Satisfaction in Married Men and Women Without and With Conflict Referring to Counseling Centers. *Rooyesh*, 9(8), 19-30. [In Persian]. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.8.16.3>
- Muss, R. E. (1988). *Theories of adolescence* (5th ed.). New York: Random House.
- Ramirez, A., Jr. (2008). An examination of the tripartite approach to commitment: An Actor-Partner Interdependence Model Analysis of the effect of relational maintenance behavior. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(6), 943-965. <https://doi.org/10.1177/0265407508100309>
- Razeghi-Nasrabad, H. B., Hosseini-Chavoshi, M., & Abbasi-Shavazi, M. J. (2022). Prevalence of Infertility by Clinical, Epidemiological, Demographic Definitions and its Determinants in Tehran, Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 24(1), 60-67. [In Persian]. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-4009-fa.html>

- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 34-51. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9077-z>
- Roshanaei, M. R., Mohagheghi, H., Hosseini, H., & Yarmohamadi Vassel, M. (2021). Comparison of Marital Conflict between Infertile, Fertilized by Artificial Insemination and Naturally Fertile Couples. *Journal of Population Association of Iran*, 16(32), 241-273. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.556415.1237>
- Sabatelli, R. M., Meth, R. L., & Gavazzi, S. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37(3), 338. <https://doi.org/10.2307/584573>
- Sahebdel, H., Zaharakar, K., & Delavar, A. (2016). Path Analysis of the Effectiveness of Personality Traits, Communication Attributes, and Cultural Contexts in Couples Emotional Belonging. *Counseling Research*, 15(57), 4-23. [In Persian]. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-438-fa.html>
- Sahraeian, M., Lotfi, R., Qorbani, M., Faramarzi, M., Dinpajoo, F., & Ramezani Tehrani, F. (2019). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Function in Infertile Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(7), 574-584. [In Persian]. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2019.1594476>
- Sayadi, M., Shahhosseini Tazik, S. S., Madani, Y., & Lavasani, M. G. (2017). Effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment and couple burnout in infertile couples. *Journal of Education and Community Health*, 4(3), 26-37. [In Persian]. <https://doi.org/10.21859/jech.4.3.26>
- Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility (Cambridge, England)*, 12(1), 14-20. <https://doi.org/10.1080/14647270802331487>
- Shaghghi Shahri, V., & Karim, A. (2021). Analyzing the Status of Implementing the General Policies of Population: from 2011 to 2019. *Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies*, 9(34), 298-327. <https://doi.org/10.30507/jmsp.2020.245435.2117>
- Shahhosseini Tazik S, Sayyadi M, Taheri N. (2019). Marital Commitment and Relationship Quality in Fertile and Infertile Couples. *Internal Medicine Today*, 25(3), 184-197. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.32598/hms.25.3.184>

- Shahsiah, M., Bahrami, F., & Mohebbi, S. (2009). On the relationship between sexual satisfaction and marital commitment among couples in Shahreza City, Central part of Iran. *Fundamentals of Mental Health*, 11(43), 233-238. [In Persian].
<https://doi.org/10.22038/jfmh.2009.1556>
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135.
<https://doi.org/10.1037/0033-295x.93.2.119>
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love: Intimacy, passion, commitment*. Basic Books.
- Tariqi, Z., Pourshahriar, H., & Shokri, O. (2015). The mediating role of loneliness and marital commitment in the relationship between the amount of Facebook use and the level of marital satisfaction of women. *Presented at the International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences*. [In Persian]. <https://civilica.com/doc/436329>
- Vakilian, K., Ebrahimi, S., Fouladvand, M., Moslemi, A., & Najdi, N. (2024). Predicting Commitment of Married Women based on Emotional Intimacy, Cognitive Flexibility, and Irrational Beliefs of Infertile Couples in Arak City in the 2021: A Cross-sectional Study. *The Open Public Health Journal*, 17(1). [In Persian].
<http://dx.doi.org/10.2174/0118749445267020240209073345>
- Weeks, G. R., & Fife, S. T. (2014). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice* (3rd ed.). Routledge.
- Zarei, S., & Hosseingholi, F. (2014). The Prediction of Marital Commitment based on Self-Conscious Affects (Shame and Guilt) and Self-Differentiation among Married University Students. *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(1), 113-135. [In Persian].
https://fcp.uok.ac.ir/article_9652.html

پیوست

جدول ۷: گویه‌های پرسشنامه تعهد زناشویی DCI

شماره	گویه	کدام مخالف	مخالف	نه مخالف نه موافق	موافق	کدام موافق
۱	من و همسرم به راحتی احساساتمان را برای یکدیگر بیان می‌کنیم.					
۲	هنگامی که من و همسرم روی یک موضوع بحث می‌کنیم به سختی به توافق می‌رسیم.					
۳	من نسبت به همسرم خیلی متعهد هستم.					
۴	همسرم به احساسات من توجه نمی‌کند.					
۵	همسرم را فردی وفادار می‌دانم.					
۶	من از گفتگو با همسرم لذت نمی‌برم.					
۷	آرزو می‌کنم که همسرم نسبت به من بیشتر محبت و عشق ابراز می‌کرد.					
۸	همسرم من را یک فرد ارزشمند می‌داند.					
۹	برایم سخت است که به همسرم بگویم دوستش دارم.					
۱۰	گاهی اوقات به همسرم دروغ می‌گویم.					
۱۱	ازدواج باعث شده است که بیشتر از قبل خود را ارزشمند بدانم.					
۱۲	هنگامی که از دست همسرم دلخور می‌شوم قادرم این احساسم را به او بگویم.					
۱۳	اگر قرار باشد دوباره از اول شروع کنم با همین فرد ازدواج خواهم کرد.					
۱۴	گاهی اوقات افکار و عقایدی دارم که دوست ندارم به همسرم بگویم.					
۱۵	از داشتن رابطه جنسی با همسرم رضایت ندارم.					
۱۶	همسرم مرا درک نمی‌کند.					
۱۷	رابطه جنسی ما رضایت بخش و بدون مشکل است.					
۱۸	همسرم در مورد عقاید و افکارش با من صحبت نمی‌کند.					
۱۹	من و همسرم از بودن در کنار هم لذت نمی‌بریم.					
۲۰	من نمی‌توانم همه چیزهایی که دوست دارم را به همسرم بگویم.					
۲۱	ازدواج به من کمک کرده است تا به اهدافی که در زندگی‌م ترسیم کرده بودم برسم.					
۲۲	ازدواج کاملاً مرا محدود کرده است.					

شماره	گویه	کامل مکالمه	مکالمه مکالمه	مکالمه مکالمه	مکالمه مکالمه	کامل مکالمه
۲۳	هنگامی که مشکلی برایمان بوجود می‌آید من و همسر من سعی در حل آن می‌کنیم.					
۲۴	من مطمئن هستم که می‌توانیم مشاجراتی که بین ما پیش می‌آید را حل کنیم.					
۲۵	مرتب همسر من را می‌نوسم و نوازش می‌کنم.					
۲۶	همسر من از اینکه گاهی اوقات در کنار دوستان یا خانواده ام باشم مخالفت نمی‌کند.					
۲۷	همسر من از لحاظ جنسی من را جلب می‌کند.					
۲۸	من هرگز با همسر من بحث و جدل نداشته‌ام.					
۲۹	همسر بهترین دوست من است.					
۳۰	همسر من به جز من به شخص دیگری فکر نمی‌کند.					
۳۱	همسر من به اهداف شخصی من احترام می‌گذارد.					
۳۲	همسر من را از لحاظ جنسی جذاب می‌داند.					
۳۳	من و همسر من برای استقلال یکدیگر ارزش قائلیم.					
۳۴	حاضر من برای اجتناب از درگیری با همسر من همکاری می‌کنم.					
۳۵	مدت زمانی که با اقوام و دوستان من صرف می‌کنیم کافی است.					
۳۶	در زندگی ما شوهر رهبر خانواده است.					
۳۷	حتی اگر زن خارج از خانه کار کند باز هم باید مسئول اداره خانه باشد.					
۳۸	من و همسر من به خاطر عقاید مذهبی من احساس نزدیکی بیشتری می‌کنیم.					
۳۹	احساس می‌کنم با دوست داشتن همسر من بهتر می‌توانم عشق به خدا را درک کنم.					
۴۰	عبادت کردن همراه همسر من برای من مهم است.					
۴۱	در میان گذاشتن ارزش‌های مذهبی به رابطه ما کمک می‌کند.					
۴۲	همسر من همیشه شنونده خوبی است.					
۴۳	رابطه بسیار خوبی با همسر من دارم.					
۴۴	همسر من خلق و خوی مرا کاملاً می‌شناسد و آنها را قبول دارد.					