

February-March 2021, Volume 8, Issue 6

The role of main families in the quality of infertile couples' life: A study of content analysis

Mahdi Khanabadi^{1*}, Ferdos Mehdizade Ardakani², Fariba Tabkhi³

1- PhD in Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

2- Master of Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

3-Master of Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mehdi Khanabadi, PhD in Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Email: mehdikhanabadi@gmail.com

Received: 6 Oct 2020

Accepted: 20 Jan 2021

Abstract

Introduction: The quality of couples' life in Iran have a close relation with the connection and performance of their main families. The aim of this study is to investigate the role of main families in the quality of marital life of infertile couples.

Methods: This study is done with a qualitative approach and data were collected by semi-structured exploratory interview with 15 infertile couples who were selected purposefully among referrals to Yazd Infertility Center. Data from each interview were in a saturation status for the second time. Coding and data analysis was done by thematic analysis.

Results: According to the analysis of responds, the role of main families in the quality of marital life of infertile couples can be sorted in 129 first content, 22 categories, 9 sub-contents and 4 main contents such as "informative & thoughtful interface of families with infertility", "support and help of families in all aspects", "good relation of main families" and "the role of families in couples compatibility and the sustainability of marriage".

Conclusions: The health of the main families of an infertile couple and their social support by accepting the problem of infertility of the couple and empathy and consensus with the couple, can play an effective role in their better adaptation to this crisis. The results of this study can help couples therapists working in the field of education and counseling with infertile couples to pay serious attention to the main family system in this regard and related interventions, as well as to couples and main families to help increase the level Marital Satisfaction to be effective with the relationship.

Keywords: Main families, Marital life quality, Infertile couples, Thematic analysis.

نقش خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور: یک مطالعه تحلیلی

مضمون

مهدی خان آبادی^{۱*}، فردوس السادات مهدی زاده اردکانی^۲، فریبا طبخی^۳

۱- دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مهدی خان آبادی، دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ایمیل: mehdi.khanabadi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی زناشویی زوج ها در ایران ارتباط نزدیکی با رابطه و عملکرد خانواده های اصلی زوج ها دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور است.

روش کار: این پژوهش با رویکرد کیفی انجام شده و داده ها از طریق روش مصاحبه اکتشافی نیمه ساختاریافته با ۱۵ زوج نابارور که به صورت هدفمند از بین مراجعه کنندگان به مرکز درمان ناباروری یزد انتخاب شده بودند انجام شد. داده های به دست آمده از هر مصاحبه در بار دوم به وضعیت اشباع رسید. برای کدگذاری و تحلیل داده ها از شیوه تحلیل مضمون استفاده شد.

یافته ها: با توجه به تحلیل پاسخ های ارائه شده، ابعاد نقش خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور را می توان در ۱۲۹ مفهوم اولیه، ۲۲ مقوله، ۹ مضمون فرعی و چهار مضمون اصلی شامل «مواجهه آگاهانه و مدبرانه خانواده ها با ناباروری»، «حمایت و مساعدت همه جانبه خانواده ها»، «سلامت و رابطه حسنه خانواده های اصلی» و «نقش خانواده ها در سازگاری زوج و پایداری ازدواج» طبقه بندی کرد.

نتیجه گیری: سلامت خانواده های اصلی یک زوج نابارور و حمایت اجتماعی از آنان از طریق پذیرش مشکل ناباروری زوج و همدلی و همفکری با زن و شوهر، می تواند در سازگاری بهتر آنان با این بحران نقش مؤثری ایفا کند. نتایج این تحقیق می تواند به زوج درمانگرانی که در حوزه آموزش و مشاوره با زوج های نابارور مشغول به کار هستند در زمینه توجه جدی به سیستم خانواده اصلی در این رابطه و مداخلات مربوطه و همچنین به زوج ها و خانواده های اصلی در راستای کمک به افزایش سطح رضایت از رابطه موثر و کمک کننده باشد.

کلیدواژه ها: خانواده های اصلی، کیفیت زندگی زناشویی، زوج های نابارور، تحلیل مضمون.

مقدمه

شدن» است. فرزند نداشتن و ناباروری یکی از دلایلی است که به ویژه در فرهنگ ما، بر کیفیت و پایداری ازدواج تأثیرگذار است (۴). زوجی که با مشکل ناباروری مواجه می شود، مجبور است فشارهای خانوادگی و اجتماعی پیرامون این موضوع را نیز تحمل کند. حتی در برخی خانواده های ایرانی مردی که همسرش نابارور است، مجبور می کنند مجدداً ازدواج کند و این موضوع نگرانی و استرس زیادی را درباره ی پایداری ازدواج در بین زنان نابارور به وجود می

ناباروری به عنوان یک بحران رشدی برای خانواده، با مشکلات و تعارضات زوجی رابطه دارد (۱) و پیامدهایی برای بهزیستی روانی و اجتماعی زوج درگیر با این مشکل در پی خواهد داشت (۲) و حتی می تواند هدف یک ازدواج را زیر سؤال ببرد (۳)، بحران بزرگی در زندگی زوج ها به وجود بیاورد و نمایانگر عدم توانایی زوج در تحقق یک هدف مهم در زندگی زناشویی شان باشد که همانا «آرزوی فرزنددار

حال بسیاری از والدین علی رغم از دست رفتن آرزوی نوه دار شدن، چندان تمایلی هم به طلاق فرزندان شان ندارند و فشار روانی ناشی از آن را غیرقابل تحمل تر از ناباروری می دانند (۶).

در نتیجه در ایران با اینکه شرع و قانون، به زوج های نابارور برای جدایی و طلاق آزادی عمل داده است، اما برخی از این زوج ها علی رغم تحمل فشارهای روانی و محیطی زیاد تصمیم می گیرند با هم بمانند و زندگی شان را با وجود فرزندان نشدن ادامه دهند. هر چند در واقع رابطه ی زن و شوهری از زمان تشخیص ناباروری با چالشی جدی مواجه می شود، اما به نظر می رسد بسیاری از زوج ها به خوبی با این شرایط خود را وفق داده و از منابع مناسبی برای مواجه شدن با این شرایط برخوردار هستند و نتیجه ی بعضی از تحقیقات نیز نشان می دهد برای بسیاری از زوج های نابارور این تجربه، فرصتی فراهم می آورد تا کیفیت رابطه با همسرشان را ارتقاء بخشیده و باهم صمیمی تر شوند (۱۳). برخی از محققان گزارش می دهند هرچند ناباروری می تواند تجربه ای بسیار استرس زا باشد، اما در عین حال به دلیل اشتراک تجربه ی زوج نابارور در افکار و احساسات و حمایت متقابل آنها از یکدیگر و ایجاد صمیمیت بین آنها، می تواند تأثیری مثبت بر کیفیت رابطه ی زناشویی آنها داشته باشد (۱۴). به دلیل اینکه در تعدادی از تحقیقات در زمینه ی خانواده و مشکلات آن به طور خاص به بررسی کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور در کشورهای غربی پرداخته شده است (۱۵، ۱۶) و خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور نقشی مهم و انکارناپذیر در موفقیت و شکست رابطه زناشویی فرزندان خود دارند و این عامل از مؤلفه های خاص فرهنگ های جمع گرا از جمله ایران است (۱۷)، و با توجه به اینکه بررسی پیشینه پژوهشی نشان داد که پژوهش های گذشته بیشتر به بررسی عوامل فردی و رابطه ای بین زوجین پرداخته شده است. در نتیجه به نظر می رسد به عامل خانواده های اصلی و نقشی که می توانند در بالابردن کیفیت زناشویی زوجین داشته باشند اشاره نشده است، محقق در این تحقیق قصد دارد مضامین مرتبط با نقش خانواده های اصلی در کیفیت زناشویی زوج های نابارور ایرانی را شناسائی و تبیین نماید.

روش کار

برای درک و شناسایی نقش خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور، تحقیق حاضر با رویکرد کیفی انجام شد؛ چرا که رویکرد کیفی جهت کشف و

آورد (۵)؛ هرچند طبق گزارش نتیجه ی برخی تحقیقات، مردان نابارور نیز ناراضیاتی زیادی از خود، ازدواج و استرس های مرتبط با درمان ناباروری تجربه می کنند که می تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم رابطه شان را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۶، ۷).

نتایج تحقیقات نشان می دهد استرس ناباروری بر سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی زناشویی و پایداری ازدواج این دسته از زوج ها تأثیرگذار است (۴) و بسیاری از زوج های نابارور که علی رغم درمان پزشکی نمی توانند فرزند بیولوژیک داشته باشند، از این اتفاق به عنوان یک "تراژدی" در زندگی شان یاد می کنند (۸، ۹). نوع تعامل با دوستان و خانواده تغییر می کند و مخصوصاً زنان فشار عاطفی زیادی را در ارتباط با اقوام و آشنایان، به خاطر نوع نگاه ها و حرف های شان تحمل می کنند، خیلی اوقات به جشن های خانوادگی دعوت نمی شوند یا خودشان قبول نمی کنند بروند و احساس می کنند لکه ی ننگی برای خانواده ی خود و همسر هستند (۵، ۱۰). بر اساس نتیجه ی تحقیقی ۸۰ درصد زوج های ناباروری که طلاق را تجربه کرده بودند، تنش ناباروری را شدیدتر از طلاق توصیف کردند (۱۱).

در بخش هایی از جامعه ی ایران، برای اشاره به زوج های نابارور برچسب هایی چون «اجاق کور» مورداستفاده قرار می گیرد. این هنجارها، عمیقاً در باورهای مردم ریشه دارد و به وسیله ی دیدگاه های مذهبی و سنتی نیز مورد حمایت قرار می گیرد. حساسیت نسبت به این موضوع حتی در قانون حمایت از خانواده ی ایرانی نیز مشهود است: طبق بند ۹ این قانون، ناباروری می تواند به لحاظ مذهبی و قانونی علت طلاق و پایان ازدواج باشد (۱۲). هرچند ناباروری به عنوان یک استرس شدید و فقدان بزرگ برای مردان و زنان نابارور در سرتاسر دنیاست و درجاتی از پریشانی عاطفی در مواجهه با ناباروری قابل درک و پذیرش است، اما نوع واکنش روانی و اجتماعی زوج های نابارور در همه جای دنیا عین هم نیست (۳). با توجه به اینکه مسأله ی ناباروری به ویژه به این خاطر که در فرهنگ ایران همچنان بسیاری از ازدواج ها فامیلی است و اینکه اغلب زوج ها با خانواده ی اصلی شان رابطه ی بسیار نزدیکی دارند - به زبانی دیگر «ازدواج در ایران پیوند دو فرد نیست، بلکه پیوند دو خانواده است»، نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوج ها بعد عمیق تری به خود می گیرد؛ زیرا بیشتر اوقات بلافاصله پس از ازدواج، خانواده ی زن و شوهر، منتظر خبر حاملگی عروس هستند و با تأخیر در حاملگی کنجکاو می شوند و فشار اطرافیان موجب نگرانی زوج ها و خانواده های شان می شود. با این

تطبیق پاسخ های واقعی به مسائل دنیای واقعی به شیوه ای که در بافت کمی امکان پذیر نیست، مورد استفاده قرار می گیرد. باتوجه به هدف تحقیق برای ورود به درون جهان زیسته کنشگران تحقیق و بررسی تجربیات زندگی آنها، این مطالعه با رهیافت کیفی انجام شده است (۱۸). جامعه ی تحقیق شامل تمام زوج های ناباروری بود که به مرکز تحقیقات ناباروری یزد مراجعه کرده، پرونده ی آنها موجود بود و امکان برقراری تماس با آنها وجود داشت، درمان پزشکی شان ناموفق بوده است و از این رو امکان اینکه در حین انجام تحقیق فرزند بیولوژیک داشته باشند منتفی بود. نمونه گیری در پژوهش حاضر با استفاده از شیوه نمونه گیری هدفمند و به این صورت انجام شد که ضمن همکاری با کلینیک درمان ناباروری یزد، از بین زوج های نابارور اولین زوجی که متناسب با ملاک های اولیه ی ورود به پژوهش (یعنی ملاک هایی که با مشاهده ی پرونده ی مراجعان قابل بررسی است) بود، به طور هدفمند انتخاب شد و ضمن تماس و بررسی شرایط مشارکت آگاهانه در تحقیق و انجام مصاحبه ی آشنایی و مقدماتی، مصاحبه ی نیمه ساختارمند نهایی نیز با آنها انجام شد. این روند به صورت هدفمند درباره ی سایرین نیز انجام گرفت و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. داده های به دست آمده از هر مصاحبه در بار دوم به وضعیت اشباع رسید. علت اشباع برای بار دوم این است که داده های مصاحبه اول پس از کدگذاری اولیه، با همان کنشگران به صورت تلفنی مورد بررسی مجدد قرار گرفت تا اگر اطلاعات اضافی وجود دارد به داده های قبلی اضافه شود و چون داده ها تأیید شدند اطلاعات جدیدی اضافه نشد و در نتیجه به اشباع رسید. در مورد سطح کیفیت زناشویی زوج های نابارور، ملاک های گزینش نمونه این اطمینان را ایجاد می کرد که تمام شرکت کنندگان در این پژوهش از سطح کیفیت زناشویی موردنظر پژوهشگر برخوردارند. با این حال، مقدم بر گزینش نهایی، «مقیاس کیفیت زناشویی (RDAS)» جهت ارزیابی اولیه ی کیفیت زندگی زناشویی زوج ها - بر اساس آنچه در پژوهش تعریف شده است - و پرسشنامه GHQ-28 - با هدف تشخیص جمعیت برخوردار از سلامت عمومی - نیز در مورد گروه نمونه انجام شد. در ضمن تلاش شد در نمونه ی پژوهش، انواع مختلف ناباروری (زن نابارور، مرد نابارور، مرد و زن نابارور و ناباروری نامشخص) وجود داشته باشد. ملاک های گزینش نمونه در تحقیق نیز با توجه به اهداف پژوهش شامل این موارد بود: ایرانی و فارسی زبان بودن زوج، طبق تعریف نابارور بوده و علت مراجعه

ی آنان درمان ناباروری باشد، ازدواج کنونی اولین ازدواج شان باشد، حداقل پنج سال از ناباروری آنها گذشته باشد و تاکنون صاحب فرزند نشده باشند، زوج به جز ناباروری دچار بیماری جسمانی حاد یا مزمن دیگری نباشند، ازدواج خود را با کیفیت بالا ارزیابی کرده و در مقیاس کیفیت زناشویی، نمره ای بالاتر از ۳۵ کسب کنند، فرم اطلاعاتی و رضایت نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کرده باشند و باتوجه به نتیجه ی پرسشنامه GHQ-28 از جمعیت برخوردار از سلامت عمومی باشند. کنشگران بر اساس ملاک های ورود از سوی مسئولان مرکز درمان ناباروری یزد شناسایی شدند و پس از هماهنگی های لازم در مطالعه ی حاضر شرکت کردند. برای گردآوری اطلاعات این پژوهش از مصاحبه ی نیمه ساختارمند (Semi-structured Interview) استفاده شد. مصاحبه نیمه ساختارمند یکی از معمول ترین انواع مصاحبه است که در تحقیقات کیفی مورد استفاده قرار می گیرد که در آن تمام پاسخگویان سؤال های مشابهی پرسیده می شود، اما آنها آزادند که پاسخ خود را به هر طریقی که مایلند ارائه دهند و مسئولیت رمزگردانی پاسخ ها (کدگذاری) و طبقه بندی آنها بر عهده خود محقق است. در این شکل از مصاحبه، مجموعه ای از سؤالات اولیه تهیه شده و به صورت رودررو با انجام مصاحبه - با انعطاف پذیری در پرسش و پاسخ - مورد بررسی قرار می گیرد (۱۹). باتوجه به هدف تحقیق، محورهای زیر در مصاحبه به عنوان محورهای اصلی سوالات «ارتباط زوج با خانواده های اصلی»، «واکنش خانواده های اصلی به ناباروری زوج» و «نقش خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج ها» در نظر گرفته شد و باتوجه به ماهیت نیمه ساختار یافته ی آن، سوالات دیگری نیز باتوجه به پاسخ ها و به منظور روشن تر شدن مفهوم پاسخ های ارائه شده امکان طرح داشت. روند کار به این صورت بود که مجموعه ای از سؤالات اولیه بر اساس نظر چند متخصص مرتبط تهیه شده و به صورت رودررو با انجام مصاحبه مورد اکتشاف و بررسی قرار گرفت. به منظور انجام مصاحبه ها دستورالعملی تهیه شد. در ابتدای مصاحبه به طور کلی هدف پژوهش ذکر شد و تأکید شد که از مصاحبه ها تنها برای مقاصد پژوهشی استفاده خواهد شد و هویت افراد به هیچ وجه در گزارش های تحقیق و مقالات منتشر شده مشخص نخواهد شد. بعد از امضای فرم رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق توسط کنشگران، برای ضبط صدای مصاحبه کسب اجازه گردید و در صورت مخالفت با ضبط صدای مصاحبه، صرفاً از نظرات یادداشت برداشته شد. در پایان هر جلسه ی

مهدی خان آبادی و همکاران

سعی بر آن بود که پژوهشگر پیش فرض های پیشین خود را تا حد امکان در فرایند جمع آوری اطلاعات دخالت ندهد. جهت تصدیق قابلیت اطمینان و کفایت (Dependability)، از راهنمایی و نظارت همکاران متخصص که در پژوهش حاضر استادان راهنما و مشاور بودند، استفاده شد و متن مصاحبه جهت بررسی کدگذاری ها به استادان و یک متخصص پژوهش کیفی ارائه گردید. جهت افزایش قابلیت تعمیم و انتقال به موقعیت های دیگر (Transferability)، این تلاش صورت گرفت که برای شرکت در پژوهش تا حد امکان از انواع چهارگانه ی ناباروری (مرد نابارور، زن نابارور، هر دو نابارور و ناشناخته) و نیز افرادی با سطح تحصیلات، سطح اقتصادی - اجتماعی و نیز افرادی با طول مدت متفاوت دوره ی ناباروری - حداقل پنج سال - استفاده شود. اینک ابزارهایی ورود کنشگران به پژوهش به طور مختصر معرفی می شوند.

مقیاس کیفیت زناشوئی (RDAS): مقیاس کیفیت زناشوئی (RDAS) - فرم تجدید نظر شده توسط باسبی (Busby) و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است - که به منظور سنجش میزان کیفیت روابط زناشوئی به کار می رود (۲۱). با استفاده از تحلیل تمایزات، نقطه برش برای این ابزار ۲/۸۴ محاسبه شده است؛ به این معنا که اگر نمره کیفیت زناشوئی فردی بالاتر از ۲/۸۴ بشود، دارای کیفیت زناشوئی خوب است و اگر زیر این نمره دریافت کند، دارای کیفیت زناشوئی ضعیف می باشد. همچنین حساسیت پرسشنامه ۷۴/۱۲ درصد و ویژگی آن ۷۸/۴۷ درصد برآورد شده است. در پژوهش یوسفی (Usefi)، ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه کیفیت زناشوئی در کل نمونه برای ۱۴ ماده و عامل های چهارگانه استخراج شده، به تفکیک جنس بالای ۰/۷۰ بوده که حاکی از همگونی و همسانی ماده های پرسشنامه هستند (۲۲).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): بالینگران و محققان به طور معمول از پرسشنامه های خود - گزارشگری برای سرند کردن علائم و پایش آثارمداخلات درمانی استفاده می کنند که یکی از این ابزارها پرسشنامه ی سلامت عمومی (GHQ) است. این پرسشنامه از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است. مطالعات مختلف در ایران اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ (۲۳)، حساسیت آن را بین ۸۳ تا ۸۸ درصد، کارایی آن را ۷۶ درصد و میزان اشتباه کلی طبقه بندی آن ۲/۸ تا ۱۹ درصد گزارش کرده اند (۲۴). این پرسشنامه ابزاری خودایفاء بوده که جهت سنجش اختلالات روان شناختی و عاطفی به کار می رود.

مصاحبه نیز از مصاحبه شوندهگان درخواست شد که چنانچه مطلب دیگری برای طرح دارند اضافه کنند. مصاحبه ها در اتاق روان شناسی مرکز درمان ناباروری انجام گرفت. تعداد کنشگران پژوهش ۱۵ زوج بودند که مصاحبه ها با هر دو زوج انجام گرفتو مدت زمان هر مصاحبه بین ۷۰ تا ۹۰ دقیقه بود(متناسب با گفته ها، میزان تحمل و علاقه مشارکت کنندگان). پس از انجام هر مصاحبه، به دقت مصاحبه روی کاغذ پیاده سازی شد و پس از بررسی و در صورت نیاز، سوالات جدیدی اضافه گردید.

مراجعات با اطلاع از هدف پژوهش و داشتن حق خروج از پژوهش، در مطالعه مشارکت نمودند. پس از اطمینان دادن به مراجعات از محرمانه بودن اطلاعات، اجازه ضبط مصاحبه ها از مشارکت کنندگان گرفته شد. لازم به ذکر است که برای محفوظ ماندن مشخصات کنشگران در گزارش تحقیق، از نام مستعار(شرکت کننده شماره ۱، ۲ و ...) برای آنها استفاده شد. پس از پیاده سازی همه مصاحبه ها، داده های به دست آمده از مصاحبه ها با روش تحلیل مضمون (Thematic Analysis) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل مضمون روشی است برای شناسایی، تجزیه و تحلیل و ارائه داده ها در قالب گزارشی از مدل های موجود در داده های کیفی و فرایندی است که طی آن داده هایی که اغلب به دست آمده از مصاحبه های کیفی هستند و تبدیل این داده ها به یافته هایی منسجم و یکپارچه و غنی است (۱۹). مراحل کار به صورت مختصر عبارت بود از: ۱- پیاده سازی: مصاحبه های ضبط شده، کلمه به کلمه تایپ شدند ۲- خواندن متن مصاحبه ها و آشنایی با متن: متون موردنظر، چندین مرحله بازخوانی شد تا فهم کلی از مطالب موجود حاصل آید ۳- جداسازی متن بر اساس جملات، سطور یا پاراگراف ها: متون مصاحبه برچسب موضوع و محتوایی که ارائه شد، به صورت سطر به سطر، جمله به جمله و پاراگراف به پاراگراف، جداسازی شد ۴- اتصال یک کد مفهومی به (عبارت مفهومی) به هر یک از سطرها، جملات یا پاراگراف ها (که حاوی متن خام مصاحبه ها بود) ۵- انجام مراحل سه گانه کدگذاری بر اساس روش تحلیل مضمون (تماتیک): الف. مفاهیم خام (ولیه)؛ ب. مقوله ها و ج. مضامین. به منظور صحت و اعتبار داده های پژوهش نیز از چهار شاخص اعتبار لینکلون (Lincoln) استفاده گردید (۲۰)؛ برای تضمین قابلیت اعتبار (Trustworthiness) داده ها پس از تحلیل، هر مصاحبه دوباره به شرکت کننده ارجاع شد تا صحت و سقم مطالب تایید و در نهایت، تغییرات لازم اعمال گردد. جهت تضمین قابلیت تصدیق (Conformability)،

بر اساس دستورالعمل این پرسشنامه افزایش نمره با بدتر شدن وضعیت سلامت روان همراه است و نمرات بیشتر از ۳۴ به عنوان علائم مرضی در نظر گرفته شده است (۲۳). این پژوهش کد اخلاق را از کمیته اخلاق در پژوهش پژوهشکده علوم تولیدمثل یزد با شناسه IR.SSU.RSI.REC.1396.11 دریافت کرده است.

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش حاضر از روش تحلیل مضمون استفاده شد. از میان فهرست کدهای استخراج شده در مرحله جمع آوری داده ها، مفاهیم بااهمیت و تکرارشونده با توجه به روابط بین کدها و مفاهیم بر اساس نوع داده ها از شیوه های تکرار و شناسایی شباهت ها و تفاوت ها شناسایی شد. تعداد زوج های مشارکت کننده در این پژوهش ۱۵ زوج بودند که اطلاعات جمعیت شناختی آنها در (جدول ۱) آمده است.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی کنشگران تحقیق

شماره	زوج مشارکت کننده/شهر	سن	تحصیلات	شغل	طول دوره ناباروری	نوع ناباروری	درمان های ناموفق
۱	زن/اکرمان مرد/اکرمان	۳۴ ۳۷	فوق دیپلم دیپلم	کارمند راننده	۱۴سال	ناشناخته	IUI و IVF
۲	زن/آبادان مرد/آبادان	۴۸ ۴۸	ابتدائی ابتدائی	خانه دار راننده	۲۵سال	هر دو نابارور	دارو درمانی و کمک باروری
۳	زن/یزد مرد/یزد	۳۷ ۴۲	دیپلم دیپلم	خانه دار آزاد	۱۴سال	زن نابارور	دارو های دارویی و IVF
۴	زن/اقلید مرد/اقلید	۳۱ ۳۴	لیسانس دیپلم	کارمند راننده	۸سال	ناشناخته	دو بار درمان IVF
۵	زن/اصفهان مرد/اردکان	۳۶ ۳۹	کارشناسی کارشناسی ارشد	کارمند کارمند	۱۲سال	مرد نابارور	دارو درمانی
۶	زن/یزد مرد/یزد	۳۱ ۳۴	دیپلم فوق دیپلم	خانه دار نظامی	۹سال	مرد نابارور	دو بار درمان IVF
۷	زن/یزد مرد/یزد	۲۳ ۲۳	فوق دیپلم فوق دیپلم	خانه دار کارمند	۵سال	مرد نابارور	طب سوزنی و IVF
۸	زن/یزد مرد/یزد	۴۲ ۶۲	کارشناسی کارشناسی ارشد	خانه دار مهندس	۱۰سال	زن نابارور	دارودرمانی، طب سوزنی و IUI
۹	زن/یزد مرد/یزد	۳۳ ۳۵	کارشناسی ارشد کارشناسی	کارمند روزنامه نگار	۶سال	مرد نابارور	طب سوزنی و عمل جراحی واریس
۱۰	زن/آذربایجان غربی مرد/آذربایجان غربی	۳۵ ۴۳	کارشناسی کارشناسی	حسابدار کارمند	۱۰سال	زن نابارور	دارو درمانی IUI و IVF
۱۱	زن/اهواز مرد/اهواز	۲۵ ۳۵	سیکل دیپلم	خانه دار کارگر	۶سال	هر دو نابارور	دارودرمانی IUI
۱۲	زن/اهواز مرد/اهواز	۲۶ ۲۹	دیپلم سیکل	خانه دار کشاورز	۶سال	ناشناخته	دارو درمانی IUI و IVF
۱۳	زن/یزد مرد/یزد	۲۵ ۲۶	دیپلم ابتدائی	خانه دار مکانیک	۵سال	زن نابارور	دارو درمانی IUI و IVF
۱۴	زن/ایهاباد مرد/بافق	۲۹ ۲۸	کارشناسی کارشناسی	کارمند مهندس	۵سال	زن نابارور	دارو درمانی IUI
۱۵	زن/آذربایجان غربی مرد/آذربایجان غربی	۳۷ ۴۳	سیکل ابتدائی	خانه دار کارگر	۷سال	زن نابارور	دارو درمانی IUI

مهدی خان آبادی و همکاران

۱۲۹ مفهوم اولیه و ۲۲ مقوله و ۹ مضمون فرعی شد و در نهایت مضامین اصلی مرتبط با نقش خانواده های اصلی در حفظ و ارتقاء سطح کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور در بین گروه نمونه کنشگران تحقیق عبارتند از: «مواجهه آگاهانه و مدبرانه خانواده ها با ناباروری»، «حمایت و مساعدت همه جانبه خانواده ها»، «سلامت و رابطه حسنه خانواده های اصلی» و «نقش خانواده ها در سازگاری زوج و پایداری ازدواج».

همان طور که در (جدول ۱) مشاهده می کنید کنشگران تحقیق از اقبال گوناگون جامعه و از اهالی شهرهای مختلف کشور انتخاب شده اند، از سطح تحصیلات متنوعی برخوردارند، سن آنها بین ۲۳ تا ۶۲ سال و طول دوره ناباروری شان از ۵ سال تا ۲۵ سال متغیر است. همچنین تلاش شده است تا کنشگران تحقیق از انواع متفاوت ناباروری انتخاب شوند (که شامل ۴۰ درصد زن نابارور، ۲۶/۷ درصد مرد نابارور، ۲۰ درصد ناشناخته، ۱۳/۳ درصد هر دو نابارور بودند). طبق یافته های پژوهش، تجزیه و تحلیل داده ها منجر به تولید

جدول ۲: مقوله ها، مضامین فرعی و اصلی مرتبط با نقش خانواده های اصلی در کیفیت زناشویی زوج های نابارور

مقوله ها	مضامین فرعی	مضامین اصلی
تاثیرگذاری و تاثیرپذیری طبیعی خانواده ها از ناباروری زوج / عدم فاجعه سازی خانواده ها از ناباروری / اعتماد به زوج برای تصمیم گیری مستقلانه / رویارویی عاقلانه با ناباروری زوج (۱) / عدم مداخله در فرایند درمان / راهنمایی دلسوزانه زوج در فرایند درمان / تزریق خوش بینی به زوج در طول درمان / ترغیب به پیگیری فرایند درمان (۲) / عدم سرزنش و اجبار زوج برای بچه دار شدن / حفظ احترام زوج نابارور / پذیرش بی قید و شرط فرد نابارور (۳) /	واکنش مدبرانه خانواده ها به ناباروری (۱) / عملکرد مثبت و مؤثر خانواده ها در فرایند درمان (۲) / برخورد همراه با احترام و حفظ عزت نفس زوج در برابر ناباروری (۳) /	مواجهه آگاهانه و مدبرانه خانواده ها با ناباروری
حمایت روان شناختی خانواده ها / دلگرمی خانواده ها / تحسین زوج نابارور توسط خانواده ها (۴) / مساعدت مالی خانواده ها / پشتیبانی معنوی خانواده ها (۵) /	حمایت و دلگرمی خانواده ها (۴) / پشتیبانی مادی و معنوی خانواده ها (۵) /	حمایت و مساعدت همه جانبه خانواده ها
رابطه حسنه خانواده های اصلی باهم (۶) / داشتن خانواده سالم / باز بودن خانواده نسبت به تغییر (۷) /	رابطه حسنه خانواده های اصلی با همدیگر (۶) / سلامت خانواده اصلی (۷) /	سلامت و رابطه حسنه خانواده های اصلی باهم
موضع گیری در برابر طلاق و پایداری ازدواج (۸) / کمک به سازگاری زوج با تفاوت های خانوادگی / کمک خانواده ها به کاهش تاثیرپذیری زوج از حرف دیگران (۹) /	حمایت قاطع خانواده ها از پایداری ازدواج (۸) / کمک به سازگاری سالم زوج (۹) /	نقش خانواده ها در سازگاری زوج و پایداری ازدواج

در این پژوهش خانواده های شان نگران بالا رفتن سن زوج و ادامه ناباروری شان بودند، از ناباروری زوج حتی گاهی بیش از خود آنها ناراحت بودند و نسبت به آن بی تفاوت نبودند، خانواده ها با آگاهی از ناباروری فرزندان دچار شوک شده بودند، والدین در صورت تک فرزند بودن برای بچه دار شدن زوج تلاش و مداخله بیشتری می کردند، نوعی احساس فشار روانی را به خاطر الزام به پاسخگویی به حرف های دیگران تحمل می کردند، ناباروری زوج را بر ازدواج خواهر - برادرها مؤثر می دانستند، ناباروری فرزندان شان را فقط در حد یک بیماری می دانستند، به استقلال و عزت نفس زوج در انتخاب مسیر درست زندگی اعتماد داشتند، به خود زوج برای تصمیم گیری جهت ماندن یا جدایی با وجود ناباروری اختیار داده بودند، تلاش داشتند که به خاطر ناباروری استرسی به زوج وارد نکنند، به میزان حساسیت زوج درباره صحبت پیرامون ناباروری توجه می

بر اساس یافته های (جدول ۲)، تجزیه و تحلیل داده ها در مضمون اول منجر به تولید ۵۵ مفهوم اولیه، ۱۱ مقوله و ۳ مضمون فرعی شامل «واکنش مدبرانه خانواده ها به ناباروری»، «عملکرد مثبت و مؤثر خانواده ها در فرایند درمان» و «برخورد همراه با احترام و حفظ عزت نفس زوج در برابر ناباروری» و در نهایت مضمون اصلی «مواجهه آگاهانه و مدبرانه خانواده ها با ناباروری» شد. اینک به شناسائی و تبیین مضامین فرعی تشکیل دهنده ی این مضمون اصلی می پردازیم.

واکنش مدبرانه خانواده ها به ناباروری: این مضمون فرعی از ۴۰ مفهوم اولیه و چهار مقوله «تاثیرگذاری و تاثیرپذیری طبیعی خانواده ها از ناباروری زوج»، «عدم فاجعه سازی خانواده ها از ناباروری»، «اعتماد به زوج برای تصمیم گیری مستقلانه» و «رویارویی عاقلانه با ناباروری زوج» تشکیل شده است. بنا به گفته برخی از زوج های مشارکت کننده

کردند و عکس العمل‌های مناسب نشان می‌دادند، آنها سعی نمی‌کردند یکی از زن یا شوهر را در موضوع ناباروری مقصر جلوه دهند، مرتباً مشکل ناباروری را به روی آنها نمی‌آوردند، به فرد نابارور طعنه و کنایه نزنند، نزد فرزندشان از ناباروری همسر او گله‌گزاری نکنند، با برخوردی عاقلانه با ناباروری زوج شرایط و زمینه‌ای برای گفتگوی آزادانه آنها با خود فراهم می‌کردند و در مجموع با ناباروری زوج برخورد معقولانه و صبورانه‌ای داشتند. با این وجود واکنش‌های ناپخته نیز از جانب برخی از خانواده‌ها انجام گرفته بود؛ مثلاً برخی از کنشگران اذعان داشتند خانواده‌های شان بعد از تشخیص ناباروری هنگام مواجهه با زوج سرد برخورد کرده‌اند، ناباروری زوج را بدون هماهنگی با آن‌ها نزد دیگران افشاء کرده بودند و برای تعیین تقصیر در ناباروری تلاش می‌کردند.

«ما خانواده‌ها مون واقعا با ما راه میان... از طرف خانواده خانم چون خانمم دختر اول بود و ما تازه ازدواج کرده بودیم و بچه هاشون هیچ کسی ازدواج نکرده بود، اونها راحت تر با این مسأله کنار میومدند و خیلی با ما راحت بودند. شاید هم هیچ وقت نشده که به ما بگن چرا بچه دار نمی‌شید. در کل ما راحت بودیم» (زوج شماره ۵).

عملکرد مثبت و مؤثر خانواده‌ها در فرایند درمان: این مضمون فرعی از ۱۵ مفهوم اولیه و چهار مقوله «عدم مداخله در فرایند درمان»، «راهنمایی دلسوزانه زوج در فرایند درمان»، «تزییق خوش بینی به زوج در طول درمان» و «ترغیب به پیگیری فرایند درمان» تشکیل شده است. بنا به گفته تعدادی از زوج‌های مشارکت‌کننده در این پژوهش خانواده‌ها در تصمیمات زوج در مواجهه با درمان ناباروری و انتخاب روش درمان دخالت نمی‌کردند، درباره هزینه کردن فرزندشان در فرایند درمان حرف ناراحت‌کننده‌ای نمی‌زدند، اگر پزشکان مجربی برای درمان می‌شناختند به زوج معرفی می‌کردند، والدین برای کسب اطلاعات جدید درباره درمان ناباروری و انتقال آن به زوج تلاش دلسوزانه‌ای داشتند، به زوج درباره مشکلات آینده زندگی زناشویی بدون فرزند راهنمایی می‌کردند، پیشنهادهای غیرمستقیم برای انتخاب مسیر درمان توسط زوج ارائه می‌کردند، به زوج برای تامین هزینه‌های درمان کمک فکری می‌دادند، به درمان موفق امیدوار بوده و این امیدواری را به زوج انتقال می‌دادند، خانواده‌ها به فرد نابارور برای خوش بینی به نتیجه درمان دلگرمی و امید می‌دادند، زوج را به

پیگیری فرایند درمان در سن جوانی ترغیب می‌کردند و نسبت به درمان ناباروری زوج خنثی و بی تفاوت نبودند. با این وجود واکنش‌های ناپخته نیز از جانب برخی از خانواده‌ها در حوزه درمان ناباروری انجام گرفته بود؛ مثلاً برخی از کنشگران اذعان داشتند خانواده‌های اصلی زوج را به روی آوردن به روش‌های خرافی برای بچه دار شدن ترغیب می‌کردند، تجویزهای تغذیه‌ای غیرعلمی برای درمان ناباروری می‌کردند، باورهای غلط خود در زمینه درمان‌های پزشکی، دارویی و کمک باروری را به زوج منتقل می‌کردند، گهگاه در فرایند درمان مداخله می‌کردند و به زوج برای پیروی از پیشنهادهای درمانی خود اصرار می‌کردند.

«ما هر وقت میایم درمان یکی پول واسه مون می فرسته یکی میوه و خوراکی همراه مون می کنه... الان که برمی‌گردیم خونه هی این دعوت مون می کنه، اون دعوت مون می کنه. این میاد خونه مون، اون میاد خونه مون. بعضی موقع‌ها که من عملی داشتم برگشتم، خواهرشوهرام میان کمک من خیلی موقع‌ها. نمی‌ذارن یه لیوان جا به جا کنم. خواهرای خودمم همین‌طور کمک می‌کنند... تنهامون نمی‌ذارن خلاصه» (زوج شماره ۲).

برخورد همراه با احترام و حفظ عزت نفس زوج در برابر ناباروری: این مضمون فرعی از ۱۴ مفهوم اولیه و سه مقوله «عدم سرزنش و اجبار زوج برای بچه دار شدن»، «حفظ احترام زوج نابارور» و «پذیرش بی‌قید و شرط فرد نابارور» تشکیل شده است. بنا به گفته بخشی از زوج‌های مشارکت‌کننده در این پژوهش اجباریاز سوی والدین برای بچه دار شدن احساس نمی‌کردند، از طرف خانواده‌ها بخاطر ناباروری سرزنش نمی‌شدند، فشار آنچنانی از طرف خانواده‌ها به خاطر ناباروری متحمل نمی‌شدند، خواهر - برادرهای زوج نابارور نیز با آنها رفتار محترمانه‌ای داشتند، خانواده‌ها به خاطر ناباروری متحمل نمی‌شدند، خواهر - برادرهای زوج نابارور از طرف خانواده‌ها برچسب منفی زده نمی‌شد، زمینه راحت صحبت کردن درباره ناباروری در خانواده‌ها فراهم شده بود، والدین آنها بین فرد نابارور و خواهر - برادرهایش فرقی نمی‌گذاشتند، ناباروری فرزند(عروس/داماد) را برای خود انگ نمی‌دانستند، به مقایسه زن نابارور با زنان دیگر (مرد نابارور با مردان دیگر) نمی‌پرداختند، بین عروس نابارور با بقیه عروس‌ها (داماد نابارور با بقیه دامادها) تبعیض قائل نمی‌شدند و ناباروری عروس (داماد) را همچون فرزند خود پذیرفته بودند.

این جوری بودند بچه گیرشون نیومده. ولی دوا و دکترا بکن برو دکتر انشالله گیت میاد. نه شما پیرید نه خدا بخیله و این روی ما تاثیر خوبی میذاره» (زوج شماره ۴).

پشتیبانی مادی و معنوی خانواده‌ها: این مضمون فرعی از ۱۰ مفهوم اولیه و دو مقوله «مساعت مالی خانواده‌ها» و «پشتیبانی معنوی خانواده‌ها» تشکیل شده است. بنا به گفته تعدادی از زوج‌های مشارکت کننده در این پژوهش، خانواده‌ها برای تأمین هزینه‌های درمان بدون چشمداشت به آنها کمک می‌کردند، خانواده‌ها به حفظ عزت نفس زوج در کمک مالی به آنها توجه داشتند، برای درمان ناباروری زوج دعا می‌کردند، اثر مطلوب دعای والدین برای بچه دار شدن را بر رابطه خویش شاهد بودند، در باور به نقش مصلحت خداوند در بچه دار شدن یا نشدن خود با خانواده‌ها تفاهم داشتند و حتی در گفتگوهای خانوادگی صلاح خدا را مهم تر از مداخلات پزشکی می‌دانستند.

«می‌دونن مشکل هست ولی هیچ وقت چیزی نگفتند. شخصیتی ندارند که بخوان از این مدل حرفها به من بزنند... یه جورایی پشتیبان ما هستند... مادر یا خواهر که باهم بیشتر در ارتباط هستیم و خیلی صمیمی تر هستیم در همین حد که بگه درمان رو پیگیری کنید ولی دخالتی نمی‌کنند... پشت سر دعامون هم می‌کنند» (زوج شماره ۹).

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲، تجزیه و تحلیل داده‌ها در مضمون سوم منجر به تولید ۲۳ مفهوم اولیه، ۳ مقوله و ۲ مضمون فرعی شامل «رابطه حسنه خانواده‌های اصلی با همدیگر» و «سلامت خانواده اصلی» و در نهایت مضمون اصلی «سلامت و رابطه حسنه خانواده‌های اصلی باهم» شد. اینک به شناسایی و تبیین مضامین فرعی تشکیل دهنده ی این مضمون اصلی می‌پردازیم.

رابطه حسنه خانواده‌های اصلی با همدیگر: این مضمون فرعی از ۱۰ مفهوم اولیه و یک مقوله «رابطه حسنه خانواده‌های اصلی باهم» تشکیل شده است. بنا به گفته بعضی از زوج‌های مشارکت کننده در این پژوهش، خانواده‌های اصلی شان نوعی دوستی و رفاقت بین خود ایجاد کرده بودند، رفت و آمدشان را با همدیگر حفظ کرده بودند، نوعی احترام متقابل در خانواده‌ها نسبت به همدیگر وجود داشت، پیوندهای خانوادگی شان را با همدیگر محکم کرده بودند، رضایت خانواده‌های اصلی از ازدواج خویش را بر کیفیت زناشویی شان مؤثر می‌دانستند و حتی رابطه حسنه خانواد با همدیگر را بخاطر موافقت شان با ازدواج خویش می

«مادرشوهرم مثل مادر خودمه. همون جوری هم دوستش دارم. بعد اصلاً هم این جور نیست که بخواد به روی من بیاره و بگه که شما بچه‌دار نمی‌شید، گفتم بچه‌دار نمی‌شم، یعنی می‌گم خیلی دوست داره‌ها، خیلی بیش از حد، دوست داره که بچه‌ی پسرش رو ببینه، ولی اصلاً این جور نیست که بخواد بگه شما بچه‌دار نمی‌شید، این زندگی تون با هم، یعنی ادامه زندگی تون با هم صحیح نیست، یا از این جور حرفها اصلاً و ابداً نمی‌زنه. با اینکه آدم قدیمی‌ای هم هست» (زوج شماره ۱۲).

بر اساس یافته‌های (جدول ۲)، تجزیه و تحلیل داده‌ها در مضمون دوم منجر به تولید ۳۰ مفهوم اولیه، ۵ مقوله و ۲ مضمون فرعی شامل «حمایت و دلگرمی خانواده‌ها» و «پشتیبانی مادی و معنوی خانواده‌ها» و در نهایت مضمون اصلی «حمایت و مساعت همه جانبه خانواده‌ها» شد. اینک به شناسایی و تبیین مضامین فرعی تشکیل دهنده ی این مضمون اصلی می‌پردازیم.

حمایت و دلگرمی خانواده‌ها: این مضمون فرعی از ۲۱ مفهوم اولیه و سه مقوله «حمایت روان شناختی خانواده‌ها»، «دلگرمی خانواده‌ها» و «تحسین زوج نابارور توسط خانواده‌ها» تشکیل شده است. بنا به گفته برخی از زوج‌های مشارکت کننده در این پژوهش آنها تحت حمایت عاطفی و روانی خانواده‌های شان بودند، نوعی یاری همه جانبه خانواده‌ها را از خود شاهد بودند، همراهی مؤثر خانواده‌ها در مسیر زندگی مشترک شان را تحسین می‌کردند، به همدلی خانواده‌ها با شرایط پر استرس زوج نابارور اذعان داشتند، امیدواری دادن خانواده‌ها به زوج نابارور را تایید می‌کردند، به نگرانی و دلسوزی والدین خویش برای خود زوج و نه بچه اشاره داشتند، حرفهای دلگرم کننده والدین بر روحیه خویش را مؤثر می‌دانستند، باور داشتند برای خانواده‌های شان سلامت روانی - جسمانی شان در قیاس با بچه دار شدن اولویت دارد، به دلگرمی‌های خانواده‌ها به خود جهت تلاش بی وقفه برای بچه دار شدن اشاره داشتند، از زوج در دوره نقاهت بعد از عمل‌های کمک باروری مراقبت می‌کردند، ترغیب خانواده‌ها برای امیدواری جهت تأمین هزینه‌های درمان را مفید می‌دانستند، تحسین زوج برای درمان از طرف خانواده‌ها را تایید می‌کردند و همچنین به تحسین رابطه صمیمانه و عاشقانه شان توسط خانواده‌ها می‌بالیدند.

«خانواده م میگن انشالله که بچه گیرتون میاد، خیلی‌ها

دانستند.

«ما از نظر خانوادگی خانواده خانم را می شناختیم، چون بابای خانم سرهنگ راهنمایی و رانندگی بودند و در شهر ما آدم شناخته شده ای بودند و ما شناخت داشتیم. بعد هم که رفتیم بررسی کردیم که بالاخره هم سطح باشیم و اینکه به هر حال تعریف هائی که شنیده بودیم و برخوردی که داشتیم موردپسند قرار گرفت» (زوج شماره ۳).

سلامت خانواده اصلی: این مضمون فرعی از ۱۹ مفهوم اولیه و دو مقوله «داشتن خانواده سالم» و «باز بودن خانواده نسبت به تغییر» تشکیل شده است. بنا به گفته برخی از زوج های مشارکت کننده در این پژوهش، خانواده های اصلی عملکرد سالمی در مواجهه با چالش ناباروری داشتند، رابطه سالمی بین پدر و مادرشان وجود داشته است، ساختار سالمی بر روابط اعضای خانواده اصلی شان حاکم بوده است، والدین شان الگوی خوبی از زندگی مشترک برای آنها بوده اند، تعهد و سازگاری در ازدواج را به عنوان یک ارزش خانوادگی می دانستند، پنهان کاری در زندگی زناشویی والدین شان وجود نداشت، انتقادپذیری خانواده ها و تلاش آنها برای اصلاح ارتباط با زوج را تحسین می کردند و به بهبود عملکرد خانواده ها در واکنش به ناباروری با گذر زمان و تغییرپذیری سیستم خانواده برای پذیرش ناباروری زوج اذعان داشتند.

«ژنتیک خانواده های ما از همون اول خوب بوده. خیلی تاثیر داره. مطلبی می خوندم که نوشته بود تربیت فرزند قبل از به دنیا آمدن بچه شروع میشه. و این خیلی مهمه و حتی قبل تر در هنگام به سن بلوغ رسیدن والدین. تربیتی که والدین انجام میدن و رابطه خودشون باهم. در اون مطلب گفته شده بود که از اونجا شروع میشه و بعدم زمان ازدواج و تصمیم برای بچه دار شدن و بعدم سال های کودکی و نهایتا تا ۱۲ سالگی شما توان تاثیرگذاری در تربیت دارید» (زوج شماره ۹).

بر اساس یافته های جدول شماره ۲، تجزیه و تحلیل داده ها در مضمون چهارم منجر به تولید ۲۱ مفهوم اولیه، ۳ مقوله و ۲ مضمون فرعی شامل «حمایت قاطع خانواده ها از پایداری ازدواج» و «کمک به سازگاری سالم زوج» و در نهایت مضمون اصلی «نقش خانواده ها در سازگاری زوج و پایداری ازدواج» شد. اینک به شناسائی و تبیین مضامین فرعی تشکیل دهنده ی این مضمون اصلی می پردازیم. حمایت قاطع خانواده ها از پایداری ازدواج: این مضمون

فرعی از ۱۱ مفهوم اولیه و یک مقوله «موضع گیری در برابر طلاق و پایداری ازدواج» تشکیل شده است. بنا به گفته بعضی از زوج های مشارکت کننده در این پژوهش، خانواده ها به طلاق زوج در قیاس با ناباروری تمایلی نداشتند و با طلاق آنها به خاطر ناباروری مخالف بودند، طلاق را امری قبیح و مساوی با مشکلات بسیار زیادی می دانستند، تا حد امکان زن و شوهر را از جدایی نهی می کردند، پایداری ازدواج در فرهنگ خانوادگی شان در قیاس با ناباروری اهمیت ویژه ای داشت، ادامه ی زندگی زوج نابارور بدون فرزند از نظر خانواده ها اشتباه نبود.

«یکی هم اینکه طلاق آخرین راهه و دوما خانواده های ما هم طلاق رو نمی پسندند جامعه هم طلاق رو نمی پسندد. تحمل ناباروری برای خانواده های ما از طلاق راحت تره چون تو فامیل مونم سخته طلاق نه ما و نه خانواده اونها ... خانواده سنتی هستیم که خیلی به این چیزها پایبند هستیم. ما اصلا نداریم تو فامیل که کسی طلاق گرفته باشه. من همیشه هم گفتم کسی که طلاق گرفته باشه هزارتا مشکل دیگه واسش پیش میاد» (زوج شماره ۹).

کمک به سازگاری سالم زوج: این مضمون فرعی از ۱۰ مفهوم اولیه و دو مقوله «کمک به سازگاری زوج با تفاوت های خانوادگی» و «کمک خانواده ها به کاهش تاثیرپذیری زوج از حرف دیگران» تشکیل شده است. بنا به گفته برخی از زوج های مشارکت کننده در این پژوهش، خانواده ها برای حل مشکلات سازگاری زوج در صورت نیاز به آنها کمک فکری می کردند (یا به آنها مشاوره را توصیه می کردند)، خانواده ها برای کاهش استرس ناشی از تفاوت فرهنگی نوعی تساهل به خرج می دادند، خانواده ها بر پذیرش بی قید و شرط زوج فارغ از تفاوت های خانوادگی تاکید داشتند، از ابراز سخنان تفرقه انگیز بین زن و شوهر اجتناب می کردند، برخورد عاقلانه خانواده ها در هنگام اطلاع یافتن از اختلاف زن و شوهر را تحسین می کردند، خانواده ها حد الامکان حرف مردم را به زوج نابارور منتقل نمی کردند و حرف های بیهوده مردم را نزد زوج نابارور کم اهمیت جلوه می دادند.

«خانواده ی من هیچ وقت نشده که سر بچه مثلا دعوا راه انداخته باشن یا بحث ایجاد کنند، یا قهر کرده باشند و ... یا خانواده ی همسرم چیزی گفته باشن نبوده و همین روابطی که از اول بوده همچنان هم هست و نگاه ها

های اصلی برای بچه دار شدن قرار دارد (۲۶). در تبیین این بخش از یافته های تحقیق می توان گفت باتوجه به اینکه در فرهنگ ایرانی، ازدواج پیوند دو فرد نیست و پیوند دو خانواده است، لذا هر اتفاقی در رابطه زوجی روی می دهد خواه ناخواه بر اعضای خانواده اصلی نیز تاثیرگذار است. یعنی ناباروری یک زوج ممکن است با افسردگی مادر در خانواده اصلی، فشار روانی پدر یا زمان و موارد ازدواج خواهر/برادرهای آنها مرتبط است. زن و شوهر بعد از خودشان از خانواده های شان انتظار مواجهه ای عاقلانه و مدبرانه با موضوع ناباروری دارند. این درست است که شوک روانی و فقدان می که والدین زوج تجربه می کنند دست کمی از تجربه روان شناختی زوج نابارور که مستقیماً درگیر ماجرا هستند ندارد. اما نکته مهم این است که بالاخره قرار است چه برخوردی با موضوع ناباروری داشته باشند. به صورت طبیعی اینکه عامل ناباروری چه کسی باشد نیز بر نوع برخورد خانواده ها موثر است اما اگر نگرش خانواده ها مبتنی بر این اصل باشد که به زوج همچون فرزندان خود نگاه کنند آن گاه اهمیت عامل اهمیت عامل ناباروری نیز کاهش می یابد. بوئا (Botha) و همکاران در تحقیقی پیرامون رابطه بین عملکرد خانواده اصلی و رضایت زناشویی زوج ها نحوه عملکرد خانواده اصلی همچون ارتباط، حل مسأله، حمایت عاطفی و کنترل رفتاری با رضایت زناشویی زوج ها ارتباط دارد و لذا نوع عملکرد زوج ها نقش مهمی در رضایت زناشویی زوج ها ایفاء می کند (۲۷). بنابراین مهم است که خانواده های اصلی بعد از ازدواج چگونه با مشکلات زوج مواجه می شوند. علاوه بر نوع مواجهه خانواده ها با اطلاع از ناباروری، برخورد و عملکرد آنها در مسیر درمان ناباروری زوج نیز حائز اهمیت است. اینکه آنها بتوانند به تصمیم گیری مستقلانه زوج در مسیر درمان احترام بگذارند و اگر قصد راهنمایی دارند نوعی دلسوزی در حرف های شان وجود داشته باشد قطعاً بر روحیه زوج نابارور اثری مثبت بر جای می گذارد. فارغ از اینکه والدین زوج را راهنمایی کنند یا نکنند امید دادن خانواده ها به زوج برای پیگیری درمان و به نوعی حمایت روان شناختی آنها سرمایه روانی زوج نابارور در طی مسیر درمان خواهد بود.

مضمون اصلی دوم مرتبط با کیفیت زناشویی بالا در بین زوج های نابارور مشارکت کننده در این تحقیق «حمایت و مساعدت همه جانبه خانواده های اصلی» بود. نتایج تحقیق در این مضمون با یافته های (۲۸، ۱۳، ۲۹) همخوان

دیگه الان نسبت به قدیم خیلی بهتر شده. هیچ وقت هم کسی حرف خاصی نمی زنه و سؤال هم نمی کنه...» (زوج شماره ۳).

بحث

هدف اصلی در پژوهش حاضر شناسائی و تبیین نقش خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور بود. بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده های کیفی، اولین مضمون اصلی مرتبط با کیفیت زناشویی بالا در بین زوج های نابارور مشارکت کننده در تحقیق «مواجهه آگاهانه و مدبرانه خانواده ها با ناباروری زوج» بود. نتایج تحقیق در این مضمون با یافته های (۲۵-۲۷) همخوان است. تابیندا (Tabinda) و آمینا (Amina) در مطالعه ای تحت عنوان هوش هیجانی به عنوان یک پیش بینی کننده در سازگاری زناشویی برای ناباروری به این نتیجه رسیدند جدای از هوش هیجانی، خانواده های اصلی زوج های نابارور نیز نقش بسیار مهمی در سازگاری زناشویی زوج های نابارور ایفاء می کنند (۲۵). افراد ناباروری که از طرف خانواده اصلی همسر طرد می شوند، فشارهای روانی بیشتری نسبت به افراد ناباروری که خانواده های اصلی آنها را می پذیرند، تحمل می کنند. افزایش فشار روانی از طرف خانواده های اصلی همزمان با افزایش عمر ازدواج و طول دوره ی ناباروری استرس این دسته از زوج ها را افزایش می دهد. در تبیین این بخش از یافته ها می توان گفت اینکه خانواده ها به نوعی پذیرش بی قید و شرط نسبت به زوج نابارور داشته باشند نشان دهنده احترام آنها به فرد و زوج نابارور است. فرد یا زوج نابارور به صورت طبیعی نسبت به نوع برخوردهای خانواده ها حساس می شوند. در چنین شرایطی که سطح حساسیت در هر دو طرف بالاست و در صورتی که یکی از طرفین یا هر دو طرف مواجهه مؤثر و مدبرانه ای با این شرایط پرسترس داشته باشند، این وضعیت با مدیریت بهتری کنترل خواهد شد. مدیریت شرایط هم به معنای فرار از ناباروری نیست، بلکه منظور کاهش اثرات منفی استرس های مرتبط با ناباروری بر نظام خانواده اصلی خواهد بود. امانتی (Amanati) و همکاران در تحقیقی با عنوان کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در زنان نابارور به این نتیجه رسیدند کیفیت زندگی زنان نابارور تحت تاثیر تفکرات غیرمنطقی در خصوص فرزند و فشار هزینه های درمان ناباروری و میزان فشار اطرافیان و مخصوصاً خانواده

است. جمیلیان (Jamilian) و همکاران در تحقیقی با موضوع مقایسه کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بین زنان بارور و نابارور به این نتیجه رسیدند ناباروری می تواند سلامت روانی و جسمانی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی زنان نابارور را کاهش دهد و همچنین زنان نابارور به میزان کمی از طرف خانواده، جامعه، دوستان و دیگران حمایت می شوند (۲۸). حسن پور (Hassanpoor) و همکاران در بررسی پیش بینی کننده های فردی و اجتماعی سلامت روانی در بین زنان نابارور، به این نتیجه رسیدند حمایت اجتماعی از طرف خانواده یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی زوج های نابارور است و بنابراین توجه به تقویت این نوع حمایت از طرف خانواده در جهت سلامت روانی زنان نابارور ضروری به نظر می رسد (۱۳). در تبیین این بخش از یافته ها می توان گفت علاوه بر مواجهه مدیرانه و آگاهانه خانواده ها، حمایت و دلگرمی خانواده ها نیز حائز اهمیت است. در واقع دلگرمی که زوج های نابارور از طرف خانواده های شان دریافت می کنند از هر منبع دیگری به جز رابطه خودشان تأثیر انگیزشی بیشتری دارد. ناباروری برای زوج نابارور نوعی شکست است و همچون سایر شکست های زندگی در چنین شرایطی دریافت دلگرمی از جانب کسانی که در کنار همسر نزدیک ترین ارتباط را با زوج ها و افراد نابارور دارند روحیه بخش خواهد بود. میرغفوروند (Mirghaforvand) و همکاران در پژوهشی با موضوع حمایت اجتماعی ادراک شده در زوج های نابارور و پیشگویی کننده های فردی - اجتماعی آن به این نتیجه رسیدند متغیر کفایت درآمد خانواده برای تأمین هزینه های زندگی در زنان نابارور و متغیرهای تحصیلات و کفایت درآمد خانواده برای هزینه های زندگی در مردان نابارور از پیشگویی کننده های حمایت اجتماعی درک شده بودند. حمایت اجتماعی زنان و مردان نابارور، متوسط رو به بالا بود و زنان از نظر حمایت اجتماعی درک شده وضعیت بهتری نسبت به مردان داشتند و بیشترین حمایت را از سوی خانواده خود درک می کردند و لذا برقراری روابط صمیمانه توأم با ارزش و احترام که موجب ارتقاء احساس حمایت اجتماعی در زوج های نابارور به ویژه در مردان می گردد توصیه می شود (۲۹). در تبیین این بخش از یافته ها می توان گفت از سوی دیگر باتوجه به هزینه های بالای درمان های ناباروری مساعدت مالی خانواده ها می تواند بخشی از استرس های مرتبط با ناباروری در بین زوج های نابارور را کاهش دهد. هرچند در ارائه این کمک ها

نیز عملکرد همراه با تدبیر خانواده ها مهم است، به گونه ای که این حس در زوج ایجاد نشود که خانواده ها در ازای این کمک چشمداشتی دارند یا قصد دارند با این کار در تصمیمات زوج در مسیر درمان مداخله کنند. در کنار مساعدت مالی، دعای خیر خانواده ها برای زوج نابارور نیز به لحاظ معنوی امیدبخش و دلگرم کننده خواهد بود.

سومین مضمون اصلی مرتبط با کیفیت زناشویی بالا در بین زوج های نابارور مشارکت کننده در تحقیق «سلامت و رابطه حسنه خانواده های اصلی باهم» بود. نتایج تحقیق در این مضمون با یافته های (۳۰-۳۲) همخوان است. بایراکتارآغلو (Bayraktaroglu) و کاکیکی (Cakici) در پژوهشی با عنوان عوامل پیش بینی کننده سازگاری زناشویی به این نتیجه رسیدند ارتباط حسنه با خانواده اصلی در جوامع سنتی شرقی عامل پیش بینی کننده مهمی در سازگاری زناشویی زوج هاست و ازین رو تأکید ویژه ای برای مهارت های حل مسأله و ارتباط با خانواده اصلی در مشاوره و درمان مسائل زن و شوهری قائل است (۳۰). سلامت خانواده اصلی می تواند نقشی تعیین کننده در عملکرد فرزندان در ازدواج داشته باشد و وقتی فرزندان الگوی مناسبی از یک ازدواج موفق را در منزل و در رابطه پدر و مادر مشاهده می کنند می آموزند نقش همسری را چگونه انجام دهند و به عملکرد خود در ازدواج خوش بین تر بوده و احساس خودکارآمدی خواهند کرد. ساباتلی (Sabatelli) و بارتل - هارینگ (Bartle - Haring) در تحقیقی با موضوع تجارب خانواده اصلی و سازگاری زوج ها به این نتیجه رسیدند نوع تجارب زن و شوهر در خانواده های اصلی شان تأثیری معنادار بر میزان سازگاری زناشویی آنها با همدیگر دارد (۳۲). سلامت خانواده اصلی همچنین کمک می کند تا تاب آوری خانواده در برابر تحمل و مواجهه با چالشی همچون ناباروری یکی از اعضاء یا خرده نظام های آن بالا باشد و از روش های مناسب برای مواجهه با این شرایط بهره جویند. در کنار موضوع سلامت خانواده های اصلی، رابطه حسنه خانواده ها باهم و رضایت قلبی شان به ازدواج زن و شوهر نیز از جمله عواملی است که در فرهنگ جمع گرای ایرانی بر کیفیت رابطه زوج نابارور اثرگذار است. ویتوون (Whitton) و همکاران در تحقیقی با موضوع تأثیر تعاملات خانواده اصلی بر تعاملات و سازگاری زناشویی زوج ها به این نتیجه رسیدند تجربه خصومت و دشمنی در روابط خانواده اصلی می تواند پیش بینی کننده ای قوی در روابط زناشویی آینده فرزندان باشد

زناشویی - ایفاء می کند (۳۴). در تبیین این بخش از یافته های تحقیق می توان گفت اینکه زن و شوهری تصمیم بگیرند علی رغم ناباروری کنار هم بمانند هم بی ارتباط با نظر خانواده ها در این باره نیست. وقتی زن و شوهری تصمیم به ادامه زندگی شان می گیرند دیر یا زود این موضوع را با والدین خویش نیز در میان می گذارند و وقتی با حمایت خانواده ها مواجه می شوند اطمینان بیشتری نسبت به درستی تصمیم شان کسب می کنند، نسبت به زمانی که والدین نقطه مقابل این تصمیم باشند و با حرف ها و رفتارهای شان بر ثبات رابطه زن و شوهری زوج تأثیری منفی بر جای بگذارند. سازگاری سالم زوج با خانواده ها نیز با عملکرد خانواده اصلی مرتبط است. خانواده ها می توانند زمینه ای برای شناخت متقابل فراهم کنند و به تسهیل ایجاد ارتباط حسنه با عضو تازه وارد کمک کنند، به جا خودشان را کنار بکشند و هنگام لزوم برای کمک به سازگاری زوج حضور داشته باشند. خانواده ها با میزان اهمیتی که برای حرف مردم قائل می شوند نیز در سازگاری زوج با ناباروری تأثیرگذارند. در رابطه با پژوهش های متناقض مرتبط با مضامین به دست آمده در این پژوهش علی رغم جستجوی محققان در این رابطه پژوهشی یافت نشد.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر با مدل هولمن (Holmn) در باب کیفیت زندگی زناشویی زوج ها قابل مقایسه است. طبق این دیدگاه یکی از عوامل زیربنایی موثر بر کیفیت رابطه زناشویی، عوامل مربوط به خانواده اصلی است (۳۷). منظور او از عوامل خانواده اصلی در واقع ترکیبی از چهار عامل ساختار خانواده، محیط خانواده، کیفیت رابطه والدین و رابطه والد - کودک است. از نظر او محیط خانواده شامل رویدادها، فرایندها، افراد، تعاملات و ادراک هایی است که جزئی از خانواده فرد است و این عوامل محیط کلی فرد را در بر می گیرد. در مقابل آن می توان به روابط خاص فرد با والدین اش اشاره کرد. در پژوهش حاضر نیز مشخص شد سلامت خانواده های اصلی زوج ها و رابطه حسنه خانواده ها با همدیگر می تواند بر کیفیت زندگی زناشویی زوج ها تأثیرگذار باشد. این موضوع در فرهنگ ایرانی با توجه به ارتباط بسیار نزدیک زوج ها و خانواده های اصلی قابل تبیین است. واکنش مدبرانه خانواده ها در برابر ناباروری زوج به عنوان رویدادی استرس زا که تمامی اعضای دو خانواده را

و می تواند به عنوان یک متغیر میانجی بر ناسازگاری زوج ها تأثیرگذار باشد و ازین رو الگوهای روابط خانوادگی می تواند تأثیری قوی با عملکرد، سازگاری، صمیمیت و روابط صمیمانه زوج ها با همدیگر داشته باشد (۳۱). باز بودن نظام خانواده اصلی آنها را قادر می سازد الگوهای مرادده ای خود را در پاسخ به شرایط و موقعیت جدید که تغییر قواعد و ارتباطات خانوادگی را طلب می کند تغییر داده و پاسخ ها یا قواعد قدیمی را با موقعیت جدید یعنی مواجهه و زندگی در کنار ناباروری هماهنگ سازد و در صورت لزوم تغییر دهد. مضمون اصلی چهارم مرتبط با کیفیت زناشویی بالا در بین زوج های نابارور مشارکت کننده در تحقیق «کمک خانواده ها به سازگاری زوج و پایداری ازدواج» بود. نتایج تحقیق در این مضمون با یافته های (۳۳-۳۶) همخوان است. بکائی (Bokaie) و همکاران در تحقیقی کیفی با موضوع عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر تجربیات جنسی زنان مواجه با ناباروری دریافتند خانواده های اصلی و بستگان زن و شوهر، تأثیر جامعه در قالب فقدان آموزش جنسی و عوامل اجتماعی و باورهای رایج با منشا فرهنگی، مذهبی، قومی، تغذیه ای و طرحواره های جنسی با عملکرد جنسی زنان نابارور مرتبط است و لذا در مشاوره با این دست از زوج ها با تمرکز بر این موارد می توان به بهبود عملکرد جنسی زوج ها، تصحیح باورهای غلط، کاهش تعارضات زناشویی و احتمال طلاق در آنها کمک کرد (۳۳). در این تحقیق نیز مشخص شد حمایت قاطع خانواده ها از پایداری ازدواج و موضع گیری آنها در برابر طلاق بر سازگاری زناشویی زوج های نابارور تأثیری مثبت بر جای گذاشته است. فالک (Falcke) و همکاران در مطالعه ای با موضوع ارتباط بین عملکرد خانواده اصلی و سازگاری زناشویی به این نتیجه رسیدند بین میراث خانوادگی که هر یک از زوج ها به همراه خود وارد ازدواج می کنند و سازگاری زناشویی آنها در آینده ارتباط وجود دارد (۳۶). غرقی (Ghoroghi) و همکاران در پژوهشی با موضوع کارکرد خانواده اصلی و سازگاری زناشویی به این نتیجه رسیدند تجارب خانوادگی اصلی به صورت مثبت و معنادار با سازگاری زناشویی زوج ها ارتباط دارد (۳۵). استریت (Strait) و همکاران رابطه بین تجارب خانوادگی اصلی و رضایت از رابطه جنسی در بین زوج ها به این نتیجه رسیدند رابطه ای مثبت و معنادار بین کیفیت زناشویی و رضایت از رابطه جنسی در بین زوج ها وجود دارد و تجارب خانوادگی اصلی نقشی کلیدی در رضایت جنسی زوج ها - به ویژه با نقش میانجی کیفیت

جدی به سیستم خانواده اصلی به عنوان یکی از سیستم های اصلی مرتبط با کیفیت زندگی زناشویی این دسته از زوج ها توجه نموده و مداخلات مؤثری را بر همین اساس تدارک ببیند. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به همزمانی انجام مصاحبه ها با فرآیند درمان زوج ها، مشکلاتی در حوزه جلب اعتماد زوج ها (با توجه به بومی نوبدن برخی از آنها) و عدم امکان مصاحبه با خانواده های زوج ها اشاره کرد. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود پژوهش های کیفی با هدف بررسی پدیدارشناختی تجارب خانواده های اصلی زوج ها توسط سایر پژوهشگران انجام گیرد. همچنین با توجه به اهمیت نقش خانواده های اصلی در کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور پیشنهاد می شود مداخلاتی روانی - آموزشی متناسب با نوع استرس ها و چالش هایی که این خانواده ها در ارتباط با ناباروری فرزندان شان تجربه می کنند تدوین و اعتباریابی شود.

سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دکتری مشاوره با موضوع و محوریت «کیفیت زندگی زناشویی زوج های نابارور» در دانشگاه علامه طباطبائی تهران بوده و با همکاری مرکز درمان ناباروری یزد انجام گرفته است. لذا بدین وسیله پژوهشگران این تحقیق، مراتب قدردانی خود را از کلیه مشارکت کنندگان در پژوهش و کارکنان مرکز درمان ناباروری و پژوهشکده تولیدمثل یزد ابراز می کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام میدارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Sultan S, Tahir A. Psychology Consequences of Infertility. Hellenic Journal of Psychology. 2011;8:229-247.
2. Tuzer V, Tuncel A, Goka S, DoganBulut S, Yuksel FV, Atan A, Goka E. Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. Journal of Tubitak(Turk). 2010;40(2):229-237.
3. Arifuddin A, Nusrath F, Sandeep KV, Aleem AK, Ramakrishna P, Rene DS, Rozatti R. Psychological evaluation of couples attending the infertility clinic in a tertiary care, teaching hospital. International Journal of Current

تحت تأثیر قرار می دهد نیز شاهدهی دال بر سلامت کارکرد خانواده های اصلی است. هولمن (Holmn) نیز با تکیه بر نظریه سیستم های خانواده، معتقد است که محیط، جو یا حال و هوای خانواده بر بهزیستی و شرایط اجتماعی فرزندان در بزرگسالی تأثیر دارد (۳۷). یافته های تحقیق حاضر نشان داد نوع عملکرد خانواده ها بعد از ازدواج زوج مستقل شدن آنها می تواند بر پایداری و سازگاری سالم زوج تأثیرگذار باشد. در واقع یکی از چالش های زوج نابارور بعد از مواجهه با واکنش خانواده های اصلی به تصمیم زوج برای ماندن در کنار هم یا جدایی است و وقتی با حمایت قاطع خانواده های اصلی از پایداری ازدواج شان مواجه می شوند، امید و انگیزه بیشتری برای تداوم ازدواج و اقدام برای درمان و بچه دار شدن به دست می آورند. از طرفی طبق یافته های پژوهش هولمن (Holmn) پیوندهای اجتماعی همسران یکی دیگر از عواملی است که کیفیت رابطه زناشویی آنها را پیش بینی می کند. منظور از شبکه های اجتماعی افرادی است که هم به طور مستقیم و هم غیرمستقیم با هر یک از همسران و با هر دوی آنها ارتباط دارند و بر آنها تأثیر می گذارند. وی بیشتر بر خانواده اصلی و دوستان همسران تأکید دارد. به گفته این نظریه پرداز حمایت اجتماعی به صورت هیجانی یا ابزاری است. حمایت هیجانی رفتارهای مبتنی بر عشق و علاقه به دیگری را شامل می شود، در حالی که در حمایت ابزاری امکاناتی برای انجام وظیفه یا حل مشکل به فرد ارائه می گردد (۳۷). در پژوهش حاضر نیز مشخص شد دلگرمی و حمایت مادی و معنوی خانواده های اصلی می تواند منبع حمایتی برای زوج های نابارور در مسیر سخت مواجهه با ناباروری باشد. نتایج این تحقیق می تواند به زوج درمانگرانی که در حوزه آموزش و مشاوره با زوج های نابارور مشغول به کار هستند در زمینه توجه

- Research and Academic Review. 2014;2(2): 133-147.
4. Montazeri A. [Infertility and Health Related Quality of Life: Minireview of the Literature(Persian)]. Journal of Family and Reproductive Health. 2007;1(2):55-58.
5. Hassani F. [Psychology of infertility and the comparison between two couple therapies, in infertile pairs(Persian)]. International Journal of Innovation, Management and Technology. 2010; 1(1):25-28.
6. SamadaeeGalehkolaeK, MccarthyBW, Khalilian A, Hamzehgardeshi Z, Peyvandi S, Elyasi F, Shahidi M. [Factors Associated With Marital

- Satisfaction in Infertile Couple: A Comprehensive Literature Review(Persian)]. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(5):96-109. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p96>
7. Tao P, Coates R, Maycock B. Investigating Marital Relationship in Infertility: A Systematic Review of Quantitative Studies. *J Reprod Infertil*. 2012;13(2):71-80.
 8. Marci R, Graziano A, Piva I, Monte GL, Soave I, Giugliano E, Caracciolo S. Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure?. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10:140-146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-140>
 9. Reis S, Xavier MR, Coelho R, Montenegro N. Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013;171(1):61-66. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.034>
 10. Ali ST, Sami N. Psychosocial consequences of secondary infertility in Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2006;56(1):19-22.
 11. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ghojazadeh M, Soleimani MA, Kazemi-Jaliseh H, Sadeghi T. [Relation between infertility and sexual satisfaction in couples(Persian)]. *JQUMS*. 2010;14(2):5-11.
 12. Hasanpour SH, Bani S, Mirghafourvand M, Yahyavi Kochaksarayie F. [Mental health and its personal and social predictors in infertile women(Persian)]. *Journal of Caring Sciences*. 2014; 3(1): 37-45.
 13. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Moller A. First IVF treatment: short-time impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*. 2006;21:3295-3302. <https://doi.org/10.1093/humrep/del288>
 14. Moura-Ramos M, Gamiro S, Canavarro MC, Soares I, Santos TA. The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychol Health*. 2012;27(5):533-49. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.598231>
 15. Dillu R, Sheoran P, Sarin J. An Exploratory study to Assess the Quality of Life of Infertile Couples at Selected Infertility Clinics in Haryana. *Journal of Nursing and Health Science*. 2013; 2(2):45-51.
 16. Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2011;4(2):79-85. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.86088>
 17. Rajabi GH, Kaveh-Farsani, Z, Amanelahi A, Khojasteh-Mehr R. Identifying the components of marital Relationship: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2012; 7 (2): 172-187.
 18. Asayesh MH, Farahbakhsh K, Salimi-Bejestani H, Delavar A. [Explanation of Experiences and Emotional Reactions in Women Victims of infidelity: A Qualitative Study(Persian)]. *J Qual Res Health Sci*. 2017;6(4):355-72.
 19. Sadooghi M. [Criteria of evaluation qualitative research(Persian)]. *Methodology of Social Sciences and Humanities Journal*. 2008; 14(56):55-72.
 20. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaee M. [Strategies to enhance Rigour in qualitative research(Persian)]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2013;5(3):663-670. <https://doi.org/10.29252/jnkums.5.3.663>
 21. Busby DM, Crane DR, Larson JH, Christensen C. A Revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct Hierarchy and Multidimensional Scale. *JMFT*. 1995;21:289-308. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x>
 22. Usefi N. [An Investigation of the Psychometric of the Marital Quality Scale, Revised Form(RDAS) (Persian)]. *JCCP*. 2011;1(2):183-200.
 23. Taqavi SMR. [A Study of the validity and reliability of general health questionnaire(GHQ) (Persian)]. *J Psy*. 2002;5(4):381-98.
 24. Hassanshahi MM, Ahmadian K. [Mental health of psychiatric patients(Persian)]. *Journal of Principles of Mental Health*. 2003; 6(23, 24): 131-39.
 25. Tabinda J, Aminda M. Emotional intelligence as a predictor of marital adjustment to infertility. *International Journal of Research Studies in Psychology*. 2013;2(3):45-58. <https://doi.org/10.5861/ijrsp.2013.237>
 26. Amanati L, Allami M, Shokrabi SH, Haghani H, Ramezanzadeh F. [Quality of life and influencing factors among infertile women(Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010;12(4):30-36.
 27. Botha, A, Van den berg HS, Venter CAV. The relationship between family-of-origin and marital satisfaction. *J Health SA Gesondheid*. 2009;14(1):1-7. <https://doi.org/10.4102/hsag.v14i1.441>
 28. Jamilian H, Jamilian M, Soltany SH. [The comparison of life and social support among fertile and infertile women(Persian)]. *Patient Saf Qual Improv*. 2017;5(2):521-525.
 29. Mirghafourvand M, Hasanpoor Sh, Bani S, Tahyavi F. [Perceived Social Support in Infertile Couples and Its Individual-Social Predictors(Persian)]. *J Mazand Univ Med Sci*. 2014;24(1):213-233.
 30. Bayraktaroglu H, Cakici E. Factors

- related with marital adjustment. *Egitim Arastirmalari-Eurasian Journal of Educational Research*. 2013;53:297-312.
31. Whitton SW, Waldinger RJ, Schulz MS, Allen JP, Crowell JA, Hauser ST. Prospective associations from family-of-origin interactions to adult marital interactions and relationship adjustment. *J Fam Psychol*. 2008;22(2):274-286. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.274>
 32. Sabatelli R, Bartle - Haring S. Family - of - origin experiences and adjustment in married couples. *Journal of marriage and family*. 2004;65(1):159-169. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00159.x>
 33. Bokaie M, Simbar M, Yasini-Ardakani SM. [Social factors affecting the sexual experiences of women faced with infertility: A qualitative study(Persian)]. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2018;20(2):228-239.
 34. Strait JG, Sandberg JG, Larson JH, Harper JM. The relationship between family-of-origin experiences and sexual satisfaction in married couples. *Journal of Family Therapy*. 2013;37(3):361-385. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12007>
 35. Ghoroghi S, Hassan SA, Baba M. Function of family-of-origin experiences and marital adjustment among married Iranian Students of University Putra Malaysia. *International Journal of Psychological Studies*. 2012;4(3):94-103. <https://doi.org/10.5539/ijps.v4n3p94>
 36. Falcke D, Wagner A, Mosmann CP. The Relationship between family-of-origin and marital adjustment for couples in Brazil. *Journal of Family Psychotherapy*. 2008;19(2):170-186. <https://doi.org/10.1080/08975350801905020>
 37. Holamn TB. *Permarital predictions of marital quality or breackup: research, Theory, and practice*. New York: Kluwer Academic Publishers;2001.