

بررسی تأثیر مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری بر رضایتمندی زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه، سال ۱۳۹۴

حمیده محدثی^۱، مریم همدانی^۲، حمیدرضا خلخالی^۳، عفت السادات مرقاتی خوبی^۴، مرضیه ساعی قره ناز^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۳/۰۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۶/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: رضایت زناشویی یک جنبه‌ی بسیار مهم از یک رابطه‌ی زناشویی و از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت از زندگی است که بر میزان سلامت روانی زوجین نیز تأثیر می‌گذارد با توجه به آگاهی ماماها از مسائل مربوط به روابط زناشویی و تماس مداوم با جامعه که می‌توانند به‌عنوان مشاورین حرفه‌ای خانواده عمل کنند، این پژوهش باهدف تعیین تأثیر مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین در مراکز بهداشتی منتخب شهر ارومیه انجام شد. **مواد و روش کار:** این مطالعه‌ی نیمه تجربی بر روی ۶۰ زوج (۳۰ زوج گروه مداخله و ۳۰ زوج گروه کنترل) مراجعه‌کننده به سه مرکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند و به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند انجام شد. بعد از انجام پیش‌آزمون و گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ی دوقسمتی (اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد اینریچ) برای گروه مداخله، ۵ جلسه مشاوره‌ی ۲ ساعته با فواصل یک‌هفته‌ای برگزار شد. یک ماه پس از آخرین جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و آزمون‌های کای دو، تی زوجی، تی مستقل و آنالیز کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که بعد از مداخله در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات رضایت زناشویی در زنان و مردان نسبت به گروه کنترل وجود داشت ($P < 0/001$). همچنین طبق نتایج آزمون تی مستقل، میانگین نمرات در ابعاد پاسخ‌فرادادی، موضوعات شخصیتی در زنان و مردان، مدیریت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندپروری، بستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد، جهت‌گیری مذهبی ($P < 0/001$) بین دو گروه مداخله و کنترل در مردان و زنان تفاوت معنی‌داری داشت ولی در بعد حل تعارض فقط در زنان معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: مشاوره با رویکرد شناختی-رفتارید افزایش رضایت زناشویی زوجین خصوصاً در زمینه‌های بهبود ارتباطات و مهارت حل تعارض زوجین و روابط جنسی آن‌ها تأثیر بسزایی دارد و باید در مراکز بهداشتی-درمانی توسط پرسنل بهداشتی آموزش دیده از جمله کارشناسان ارشد مشاوره در مامایی انجام شود.

کلیدواژه‌ها: رویکرد شناختی-رفتاری، رضایت زناشویی، پرسشنامه‌ی اینریچ، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های جنسی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۸۵، آبان ۱۳۹۵، ص ۷۴۷-۷۳۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: Hamedani.maryam@ymail.com

مقدمه

خانواده، رضایت زناشویی است و در بررسی روابط زناشویی توجهی ویژه به آن می‌شود (۲، ۳). رضایت زناشویی یک جنبه‌ی بسیار مهم و پیچیده از یک رابطه زناشویی و یکی از فاکتورهای مهم و مؤثر بر سلامتی زنان و از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت از زندگی است که

در فطرت انسان، فراتر از عشق به خدا و انبیاء (ع)، عشق به دیگر موجودات زمین نیز وجود دارد و زیباترین این جلوه‌های عشق، از کانون گرم خانواده منشأ می‌گیرد (۱). سنگ زیربنای عملکرد

^۱ استادیار گروه مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه آمار زیستی، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار گروه سلامت خانواده مرکز تحقیقات بصیر، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دفتر تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

بر میزان سلامت روانی زوجین نیز تأثیر می‌گذارد (۴، ۵). رضایت زناشویی زمانی حاصل می‌شود که زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر را دارند و عبارت است از ارزیابی کلی ذهنی فرد از رابطه‌ی زناشویی (۶، ۷).

عوامل متعددی بر رضایتمندی زناشویی همسران تأثیر دارند که می‌توان به میزان تحصیلات، نوع انتخاب همسر، نزدیکی فرهنگی و اقتصادی همسران و همچنین رضایت جنسی زوجین اشاره کرد (۵، ۸). یکدیگر از عوامل مهم تأثیرگذار بر رضایت زناشویی، طول مدت زندگی مشترک می‌باشد. ۵-۲ سال اول زندگی، فرصت خوبی برای سازگاری زوجین با زندگی دنیوی، عمیق‌تر شدن شناخت آن‌ها از یکدیگر و آموختن زندگی مشترک و سرآغازی برای ورود زوجین به مرحله پدر و مادر شدن است (۹). طبق نتایج مطالعه حسینی سه دهه و همکاران در تهران (۱۳۸۹)، افرادی که مدت‌زمان بیشتری از زندگی مشترک آن‌ها می‌گذرد، از رضایت زناشویی بالاتری نسبت به افرادی که واقع در سال‌های اولیه زندگی زناشویی می‌باشند، بهره‌مند هستند (۱۰). چنانچه بر اساس گزارشات سازمان ثبت‌احوال در سال ۱۳۹۲؛ کل طلاق‌های صورت گرفته مربوط به پنج سال اول زندگی در ایران، ۵۵ درصد بوده است و در حدود ۱۵ درصد از طلاق‌های ثبت شده مربوط به زوجینی بوده است که طول مدت ازدواج آن‌ها کم‌تر از یک سال می‌باشد (۱۱).

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که یکی از مهم‌ترین عوامل مشکل‌ساز بین زن و شوهر، اختلال در ارتباط است و بیش از ۹۰ درصد زوجین آشفته این مشکلات را به‌عنوان مشکل اصلی در روابط خود بیان می‌کنند (۲، ۱۲، ۱۳). فقدان آموزش در خصوص مهارت‌های زندگی از دلایل اصلی بروز طلاق می‌باشد (۱۴). آموزش مهارت‌های زندگی از طریق بهبود روابط بین فردی، می‌تواند رضایت زناشویی را افزایش دهد (۱۵، ۱۶)؛ در مطالعه پروین و همکاران (۱۳۹۲)، آموزش مهارت‌های زندگی موجب ارتقاء تمام مؤلفه‌های رضایت زناشویی شده بود (۱۷).

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی، کیفیت رابطه جنسی می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که همیشه رابطه‌ای قوی بین رضایت از زندگی زناشویی و رضایت از رابطه جنسی وجود دارد (۸، ۱۸-۲۲). نتایج مطالعه‌ی شاه‌سیاه و همکاران (۱۳۸۸)، نشان داد که آموزش جنسی، تأثیر معنی‌داری بر افزایش رضایت زناشویی زوجین دارد (۲۳).

مشاوره زناشویی به‌عنوان یک مشاوره‌ی تخصصی می‌تواند راه‌حل مناسبی برای هرچه لذت‌بخش‌تر کردن روابط زوجین با یکدیگر باشد و اطلاعاتی را که برای ایجاد یک زندگی مطلوب لازم است به زوجین منتقل کند و دانش و آگاهی آن‌ها را در مسائلی که بر روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد، افزایش داده و با تأکید بر توان حل

تعارض و برقراری ارتباط، رضایت زناشویی را ارتقاء دهد (۲۳-۲۷). این مشاوره هم به حوزه‌ی شناختی (اطلاعات و دانش)، هم به حوزه‌ی عاطفی (احساسات، ارزش‌ها، نگرش‌ها) و هم به حوزه‌ی رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری) مربوط می‌شود (۲۸). رویکرد شناختی-رفتاری علت اصلی مشکلات و تعارضات زناشویی را تعاملات منفی و نارسایی ارتباطی زوجین می‌داند (۲۹). در مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری، به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، تغییر باورها و نگرش‌های غیرمفید و بازسازی شناختی کمک می‌شود (۳۰). با آموزش و مشاوره‌ی شناختی-رفتاری می‌توان از طریق تقویت مهارت‌های ارتباطی و افزایش مثبت‌اندیشی، به بهبود وضع خانواده و بالا بردن سطح رضایتمندی زناشویی کمک نمود (۳۱). چنانچه مطالعه‌ی رفیعی بندری (۱۳۸۳) نیز نشان داد که آموزش و مشاوره شناختی رفتاری موجب افزایش رضایت زناشویی می‌شود (۳۲).

بنا به گزارش سازمان ثبت‌احوال کشور، تعداد کل طلاق‌ها در ایران در سال ۱۳۹۳ برابر با ۱۶۳۵۶۹ مورد بود که ۶۴۱۳ مورد از این طلاق‌ها مربوط به استان آذربایجان غربی می‌باشد (۳۳). چنین ارقامی تنها بخشی از مشکلات حاکم بر خانواده‌های ایرانی است، بسیاری از خانواده‌ها بدون آن‌که رسماً به جدایی برسند و در آمارها ثبت شود؛ در درون خود گسیختگی و گسستگی را تحمل می‌کنند (۲۵). زیرا یکی از مشکلاتی که امروزه جامعه ایران با آن مواجه است، عدم وجود اطلاعات کافی در زمینه مسائل جنسی و وجود نگرش‌ها و اعتقادات نادرست نسبت به این موضوع است و این بدان علت است که صحبت در این حوزه ناخوشایند، خجالت‌آور و گناه شمرده می‌شود و متأسفانه در فرهنگ ما نیز حکم تابو را دارد (۸، ۳۴، ۳۵). در مجموع می‌توان گفت نارضایتی زناشویی در زندگی زوجین غیرقابل‌اجتناب است، هدف مداخله‌های آموزشی و مشاوره حذف کامل این نارضایتی‌ها نیست، بلکه تلاش می‌شود به زوجین مشاوره داده شود تا به نحوی سازنده‌تر به حل‌وفصل مشکلات و نارضایتی‌های خود بپردازند.

بنابراین در جامعه کنونی با توجه به اینکه تمایل به ازدواج کاهش و میزان طلاق افزایش یافته، تمرکز بر مشاوره‌ی زناشویی اهمیتی بیش‌ازپیش پیدا می‌کند. با توجه به مشکلات ارتباطی بین زوجین و اهمیت مهارت‌های جنسی در زندگی زناشویی و نیز به علت آگاهی ماماها از مسائل مربوط به روابط زناشویی و تماس مداوم با جامعه که می‌توانند به‌عنوان مشاورین حرفه‌ای خانواده عمل کنند؛ این پژوهش باهدف تعیین تأثیر مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین و ابعاد مختلف آن انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش، از نوع شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که جامعه‌ی پژوهشی آن را زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه شامل می‌شدند. مراکز بهداشتی درمانی شهری را با نظر کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان ارومیه بر اساس وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به سه درجه‌یک، دو و سه تقسیم‌بندی کرده و از هر سطح یک مرکز به‌طور تصادفی انتخاب شد. از هر مرکز، تعداد ۲۰ زوج بر اساس معیارهای ورود و خروج به‌صورت در دسترس انتخاب شدند که تصادفاً از طریق کدگذاری و قرعه‌کشی در دو گروه مداخله و کنترل (هرکدام متشکل از ۱۰ زوج) قرار گرفتند. در مجموع ۳۰ زوج در گروه مداخله و ۳۰ زوج در گروه کنترل قرار داشتند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل سکونت در شهر ارومیه، گذشتن حداقل یک سال و حداکثر ۵ سال از ازدواج، ازدواج اول زوجین، مردان تک همسر، باردار نبودن، حداقل تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، عدم وجود بیماری‌های جسمی و روانی مزمن و شناخته‌شده بنا به اظهار مددجویان، عدم وجود بیماری‌های تأثیرگذار بر روابط جنسی (دیابت، مالتیپل اسکلروزیس، صرع، بیماری‌های تنفسی، سرطان‌ها، هیپرتانسیون)، عدم مصرف داروهای مؤثر بر عملکرد جنسی (داروهای کاهنده‌ی فشارخون، سایمتیدین، دیگوکسین، دیورتیک‌های تیازیدی، آنتی‌هیستامین‌ها، باربیتورات‌ها، آمفتامین‌ها، دیازپام، کوکائین، پروژسترون‌ها، داروهای ضداسفردگی)، عدم وجود سابقه هرگونه جراحی بر روی دستگاه تناسلی (ازجمله هیستروکتومی، جراحی پستان)، نداشتن سابقه نازایی، عدم شرکت زوجین در جلسات مشاوره‌ای مشابه در خارج از محیط پژوهش و معیارهای خروج از آن شامل باردارشدن حین انجام پژوهش، ساکن روستا، رخداد واقعه ناگوار در زندگی زوجین (مرگ عزیزان، حوادث همراه با معلولیت)، ازدواج اجباری در نظر گرفته شد.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی زوجین و پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی اینریچ^۱ بود. نسخه اصلی پرسشنامه‌ی اینریچ دارای ۱۱۵ سؤال است. این پرسشنامه برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پربراری رابطه زناشویی به کار می‌رود. همچنین از این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی استفاده می‌شود که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. علاوه بر این به‌عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. فرم‌های متعددی از پرسشنامه اینریچ

استخراج شده است. فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون و فورز (۱۹۹۳) ساخته شد، در این مطالعه از فرم کوتاه اینریچ (۴۷ سؤالی) استفاده شد که دارای ۱۲ خرده مقیاس می‌باشد، شامل: پاسخ قراردادی (۳ سؤال)، رضایت زناشویی (۸ سؤال)، مسائل شخصیتی (۳ سؤال)، ارتباط زناشویی (۴ سؤال)، حل تعارض (۴ سؤال)، مدیریت مالی (۴ سؤال)، فعالیت‌های اوقات فراغت (۳ سؤال)، رابطه جنسی (۴ سؤال)، فرزندپروری (۴ سؤال)، بستگان و دوستان (۴ سؤال)، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد (۴ سؤال)، جهت‌گیری مذهبی (۲ سؤال). برای هر یک از سؤالات این پرسشنامه ۵ گزینه "کاملاً موافق"، "موافق"، "نه موافق، نه مخالف"، "مخالف" و "کاملاً مخالف" در نظر گرفته‌شده که نمره‌گذاری آن به‌صورت ۱ تا ۵ است. سؤالات ۴، ۶، (۱۱-۱۶)، (۱۸-۲۴)، (۳۰-۳۳)، (۳۷-۴۲)، (۴۷-۴۸) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کم‌ترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ است. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، رضایت زناشویی او بیشتر است. اولسون و همکاران اعتبار پرسشنامه‌ی ۴۷ سؤالی رضایت زناشویی اینریچ را با استفاده از روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۳۶). در پژوهش مهدویان (۱۳۷۶)، اعتبار آزمون اینریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴ و برای مردان و زنان ۰/۹۴ به‌دست‌آمده است (۳۷).

در پژوهش حاضر، برای زوجین گروه مداخله، ۵ جلسه مشاوره‌ی گروهی ۲ ساعته با فواصل یک‌هفته‌ای بر اساس اطلاعات مشاوره‌ای از پیش تهیه‌شده بر مبنای محتوای پرسشنامه‌ی اینریچ در هر مرکز برگزار شد. عناوین مورد بحث و مشاوره در هر جلسه از این قرار بود: جلسه‌ی اول: مهارت‌های ارتباطی، جلسه‌ی دوم: مهارت حل تعارض، جلسه‌ی سوم: مهارت حل مسئله، جلسه‌ی چهارم: مهارت‌های جنسی و جلسه‌ی پنجم: صمیمیت جنسی. ارائه‌ی خلاصه‌ی مطالب جلسه‌ی قبل، ارزیابی تکالیف جلسه‌ی قبل، پرسش و پاسخ، کشف افکار منفی در هر حیطه‌ی مورد بحث، بازسازی شناختی و تغییر دادن نگرش‌ها و افکار منفی و درنهایت ارائه‌ی تکالیف خانگی در دستور کار هر جلسه قرار داشت. جلسات چهارم و پنجم برای خانم‌ها و آقایان به‌صورت مجزا و توسط یک همکار روانشناس آقا برای آقایان برگزار شد. یک ماه پس از آخرین جلسه‌ی مشاوره، مجدداً پرسشنامه‌ی اینریچ (پس‌آزمون)، توسط زوجین هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. در گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای صورت نگرفت و بعد از گرفتن پس‌آزمون، اطلاعات مشاوره‌ای از قبل تهیه‌شده به آن‌ها داده شد. نهایتاً داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. برای

1 ENRICH

($P < 0/001$)، بستگان و دوستان ($P < 0/001$)، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد در زنان و مردان ($P < 0/001$)، جهت‌گیری مذهبی ($P < 0/001$) بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری داشت ولی در بعد حل تعارض فقط در زنان معنی‌دار بود.

طبق نتایج آزمون تی مستقل، قبل از مداخله میانگین نمرات رضایت زناشویی کل در زنان در گروه کنترل و در گروه مداخله از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = 0/31$)؛ اما پس از مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری، تفاوت میانگین نمرات رضایت زناشویی کل در زنان گروه کنترل و در زنان گروه مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). در مردان نیز طبق نتایج آزمون تی مستقل، قبل از مداخله میانگین نمرات رضایت زناشویی کل در گروه کنترل و در گروه مداخله از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = 0/41$). پس از مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری، تفاوت میانگین نمرات رضایت زناشویی کل در مردان گروه کنترل و در مردان گروه مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$) (جدول ۳). نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد که بعد از حذف اثر نمره رضایت زناشویی کل قبل، مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات رضایت زناشویی کل در زنان و مردان ایجاد کرده است ($P < 0/001$) (جدول ۴).

مقایسه‌ی داده‌های کیفی χ^2 به کار گرفته شد و برای مقایسه‌ی میانگین متغیرهای بین دو گروه آزمون تی مستقل استفاده شد. برای مقایسه‌ی نمرات رضایت زناشویی بین دو گروه بعد از مداخله، با حذف اثر قبل، از آنالیز کوواریانس و آزمون تی مستقل استفاده شد. از نظر آماری نیز $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۶۰ زوج (۳۰ زوج در گروه مداخله و ۳۰ زوج در گروه کنترل) انجام شد. زوجین هر دو گروه از لحاظ متغیرهای کمی و کیفی جمعیت شناختی همگن بودند، بدین معنی که آزمون تی مستقل و کای دو تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه کنترل و مداخله از لحاظ مشخصات مذکور نشان نداد ($P > 0/05$) (جدول ۱ و ۲).

طبق نتایج آزمون تی مستقل، میانگین نمرات در پاسخ قراردادی در مردان و زنان ($P < 0/001$)، موضوعات شخصیتی در زنان و مردان ($P < 0/001$)، مدیریت مالی در مردان ($P = 0/002$) و زنان ($P < 0/001$)، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت در مردان ($P = 0/005$) و زنان ($P < 0/001$)، روابط جنسی در مردان و زنان ($P < 0/001$)، فرزندپروری در مردان ($P = 0/002$) و زنان

جدول (۱): مقایسه‌ی مشخصات کلی واحدهای پژوهش (متغیرهای کمی) بین دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه‌ها		متغیر
	گروه مداخله	گروه کنترل	
$P = 0/182$	۲۵/۲۲ ± ۲/۹۵	۲۶/۵۷ ± ۴/۵۳	سن زنان
$P = 0/07$	۲۹/۶۳ ± ۳/۱۸	۳۱/۱۷ ± ۳/۱۴	سن مردان
$P = 0/612$	۴/۴۰ ± ۲/۱۷	۴/۸۰ ± ۳/۶۹	فاصله سنی زوجین
$P = 0/597$	۵/۰۷ ± ۰/۹۸	۵/۲۰ ± ۰/۹۶	طول مدت ازدواج

جدول (۲): مقایسه‌ی مشخصات کلی واحدهای پژوهش (متغیرهای کیفی) بین دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون کای دو	گروه‌ها		متغیر
	گروه مداخله	گروه کنترل	
$P = 0/577$	۲۲ (۷۳/۳٪)	۲۰ (۶۶/۷٪)	تحصیلات زنان دیپلم و کمتر دانشگاهی
	۸ (۲۶/۷٪)	۱۰ (۳۳/۳٪)	
$P = 0/161$	۲۹ (۹۶/۷٪)	۲۶ (۸۶/۷٪)	شغل زنان خانه‌دار شاغل
	۱ (۳/۳٪)	۴ (۱۳/۳٪)	
$P = 0/426$	۲۰ (۶۶/۷٪)	۱۷ (۵۶/۷٪)	تحصیلات مردان دیپلم و کمتر دانشگاهی
	۱۰ (۳۳/۳٪)	۱۳ (۴۳/۳٪)	
$P = 0/774$	۸ (۲۶/۷٪)	۹ (۳۰٪)	شغل مردان دولتی غیردولتی
	۲۲ (۷۳/۳٪)	۲۱ (۷۰٪)	

نتیجه آزمون کای دو	گروه‌ها		متغیر	
	گروه مداخله	گروه کنترل	یک	دو
P=۰/۶۸۸	۲۷ (۹۰٪)	۲۶ (۸۶٪)	تعداد فرزندان	
	۱۰ (۳٪)	۴ (۱۳٪)		
P=۰/۸۵۱	۴۰ (۱۲٪)	۱۵ (۵۰٪)	روش	منقطع (طبیعی)
	۹ (۳۰٪)	۸ (۲۶٪)	پیشگیری از بارداری	کاندوم
	۳ (۱۰٪)	۳ (۱۰٪)		قرص
	۶ (۲۰٪)	۴ (۱۳٪)		وسایل داخل رحمی (IUD)

جدول (۳): مقایسه ی میانگین نمرات رضایت زناشویی کلی واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی	گروه‌ها		رضایت زناشویی کل	
	گروه مداخله	گروه کنترل	قبل	بعد
P=۰/۳۱	۱۵۸/۸۵±۱۰/۲۵	۱۶۲/۰۶±۹/۳۶	زنان	قبل
	۲۰۷/۰۸±۸/۳۵	۱۶۰/۲۶±۱۰/۵۶		بعد
P=۰/۴۱۱	۱۶۰/۰۸±۸/۷۳	۱۶۱/۹۹±۱۰/۲۴	مردان	قبل
	۱۹۱/۹۰±۷/۹	۱۶۵/۵۵±۷/۴۵		بعد

جدول (۴): نتایج آنالیز کوواریانس نمرات رضایت زناشویی کل در دو گروه کنترل و مداخله بعد از مشاوره با رویکرد شناختی - رفتاری به

تفکیک زنان و مردان

ضریب Eta	P-value	تعداد آماره	میانگین مربعات خطا	درجه آزادی	مجموع مربعات خطا	منابع تغییرات	
						نمره قبل	گروه‌ها
۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۷۲۶	۶۶/۹۴	۱	۶۶/۹۴	نمره قبل	زنان
۰/۷۹	<۰/۰۰۱	۱۷۴/۶۵	۱۶۱۰۲/۳۹	۱	۱۶۱۰۲/۳۹	گروه‌ها	
			۹۲/۱۹	۴۵	۴۱۴۸/۷۹	خطا	
				۴۸	۱۶۸۷۶۴۲/۰	کل	
۰/۲۵	۰/۰۰۱	۱۳/۰۹	۵۸۹/۹۲	۱	۵۸۹/۹۲	نمره قبل	مردان
۰/۸۷۹	<۰/۰۰۱	۲۷۷/۳۰	۱۲۴۹۵/۴۲	۱	۱۲۴۹۵/۴۲	گروه‌ها	
			۴۵/۰۶	۳۸	۱۷۱۲/۲۶	خطا	
				۴۱	۱۳۸۸۸۳۹/۰	کل	

بحث و نتیجه‌گیری

همکاران (۳۹)، منجزی و همکاران (۴۰)، حسین پور و همکاران (۴۱)، یوسفی و همکاران (۴۲)، پاداش و همکاران (۴۳) هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ی لعل بخش و همکاران (۱۳۸۹) آموزش مهارت‌های پس از ازدواج بر تمام مؤلفه‌های رضایت زناشویی به‌جز جهت‌گیری مذهبی مؤثر بود (۴۴).

در بعد فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت نمرات هم در مردان و هم در زنان به‌طور معنی‌دار افزایش یافته بود اما این یافته با نتایج مطالعه‌ی عباسی و همکاران (۳۹) و شاه سیاه و همکاران (۲۳) مغایرت دارد. در بعد بستگان و دوستان که به ارزیابی احساسات و علائق مربوط به روابط با خویشاوندان می‌پردازد، فقط در زنان گروه مداخله نمرات به‌طور معنی‌دار افزایش یافته بود، نتایج حاصل در

این پژوهش باهدف تعیین تأثیر مشاوره بارویکردشناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی کل رضایت زناشویی زوجین بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری از نظر آماری تفاوت معنی‌داری دارد؛ لذا مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری باعث بهبود افزایش رضایت زناشویی در زوجین شده است ($P>۰/۰۰۱$) نتایج حاصل از این پژوهش، با نتایج مطالعات رفیعی بندری (۳۸)، پاک‌گوهر و همکاران (۲۵)، شاه سیاه و همکاران (۲۳)، پورحیدری و همکاران (۱۵)، پروین و همکاران (۱۷)، عباسی و

¹Intra Uterine Devices

مورد زنان با نتایج پژوهش لعل بخش و همکاران (۴۴) همسو و با نتایج مطالعه‌ی عباسی و همکاران (۳۹) و شاه سیاه و همکاران (۲۳) ناهمسو است. در بعد فرزندپروری که نگرش‌ها و احساسات شخصی را درباره فرزند و توافق روی تعداد بچه‌ها و نحوه‌ی تربیت آن‌ها ارزیابی می‌کند، هم در مردان و هم در زنان گروه مداخله نمرات به‌طور معنی‌دار افزایش یافته بود که با نتایج پژوهش عباسی و همکاران (۳۹) متفاوت است.

مارگولین و همکاران (به نقل از قریشیان، ۱۳۸۸) در کار با زوجین مشکل‌دار نشان دادند که بازسازی شناختی موجب تغییر اسنادهای نادرست همسران و به دنبال آن کاهش اختلاف و بهبود روابط زناشویی شده است (۴۵). همچنین پژوهش سلیگمن و همکاران در سال ۲۰۰۵ نشان داد که زوجین از شرکت در جلسات با محتوای آموزش روش شناختی-رفتاری بر افزایش شادی‌شان سود می‌برند؛ زمانی که رفتارهای آشفته کاهش یافته و رفتارهای خوشایند جایگزین می‌شوند، احساس مثبت از رابطه بیشتر شده و رضایت از زندگی زناشویی افزایش می‌یابد (۴۶). در پژوهش چانگ (۲۰۰۸)، نشان داده شد که خانواده درمانی شناختی-رفتاری در افزایش رضایت زناشویی بسیار مؤثر است (۴۷).

در اثر مرور زمان و عوامل مختلف، میزان رضایت زناشویی کاهش یافته و کسب مجدد این احساس رضایت زوجین به‌آسانی امکان‌پذیر نیست؛ لیکن این امر می‌تواند با مشاوره و آموزش زوجین تسهیل گردد (۴، ۵، ۲۶). رویکرد رفتاری به مشکلات زناشویی تعاملات منفی و نارسایی ارتباطی را موجب اختلاف و تعارضات زناشویی می‌داند؛ رفتارها و تعاملات هر یک از زوجین ممکن است تحت تأثیر پاسخ‌های دیگری استمرار یافته یا پایان پذیرد؛ رسالت اصلی درمانگر کمک به زوجین برای یافتن شیوه‌های مطلوب‌تر تعامل است؛ در این رویکرد بر جنبه‌های عملی رابطه مانند مشارکت و تقسیم وظایف، توانایی گفتگوی دوجانبه، برقراری ارتباط شفاف و کفایت و قابلیت پیش بردن و هدایت رابطه تأکید می‌شود (۴۸). افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود ارتباط، ایجاد مهارت حل مسئله و حرکت در جهت حل مسائل جنسی و کوشش برای تغییر الگوهای رفتاری که منجر به اختلاف زناشویی می‌شوند، از جمله اهداف مداخله‌های شناختی و رفتاری می‌باشند (۴۹).

نتایج فراتحلیل عابدی و همکاران مبنی بر اثربخشی مداخلات روان‌شناختی به‌صورت گروهی بر میزان رضایت زناشویی زوجین سال ۱۳۸۹-۱۳۸۳ نشان داد که در جامعه‌ی ما مداخلات روان‌شناختی با رویکردهای گوناگون، رضایت زناشویی را در مردان و زنان تا ۷۰ درصد بهبود می‌بخشد (۵۰). به نظر می‌رسد زوجینی که به‌صورت گروهی همراه با زوجین دیگر مورد آموزش و مشاوره

قرار می‌گیرند، تمایل بیشتری برای انجام تکالیف و آموزه‌ها دارند و این مسئله موجب شرکت فعال‌تر در کلاس و تأثیر بیشتر مشاوره‌ها می‌شود. افراد مجموعه‌ای از باورها، انتظارات و تصورات خیالی را در مورد نقش خود و همسرشان در زندگی زناشویی وارد می‌کنند که متأسفانه بسیاری از این انتظارات غیرواقع بینانه هستند. در این پژوهش تأکید بیشتر بر روی مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل تعارض، مهارت حل مسئله، مهارت‌های جنسی و صمیمیت جنسی بود؛ با تقویت این مهارت‌ها در زوجین و ارائه‌ی تکالیف در این حیطه‌ها به زوجین که یکی از اصول رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد، زوجین تشویق می‌شوند که شاهد تفسیرهای خود از اتفاقات زندگی زناشویی باشند و با آموختن مهارت‌های ذکر شده بتوانند اعتبار تفاسیر اشتباه خود را بسنجند؛ درواقع نگرش خود را اصلاح کنند و به هدف نهایی رضایت کلی از زندگی زناشویی دست یابند.

در کشور ما معمولاً زوجین قبل از ازدواج در جلسات مشاوره شرکت می‌کنند، اما این کلاس‌ها بسیار کوتاه‌مدت بوده و محتوای کلاس، مهارت‌های ارتباطی و دیگر مهارت‌های زوجین را افزایش نمی‌دهد. متأسفانه پس از ازدواج نیز توجهی به مشاوره‌های زناشویی و تقویت مهارت‌های زوجین نمی‌شود. به‌ویژه در سال‌های اولیه‌ی ازدواج که زوجین در دوران شناخت و سازگاری یا یکدیگر هستند، وجود چنین جلسات مشاوره‌ای برای پایه‌ریزی یک زندگی زناشویی رضایت‌بخش در سال‌های بعدی، ضروری به نظر می‌رسد. امید است با استفاده از نتایج این پژوهش با راه‌اندازی مراکز و کلینیک‌های تخصصی که متشکل از یک تیم تخصصی شامل روانشناس، روان‌پزشک و کارشناسان ارشد مشاوره در مامایی و انجام چنین مشاوره‌هایی توسط آن‌ها در حیطه‌های کاری خود، دسترسی زوجین به خدمات را آسان‌تر نموده و در نهایت به سلامت خانواده‌ها و جامعه کمک نمود. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شرکت نامنظم زوجین در جلسات مشاوره، انجام نامنظم تکالیف خانگی علی‌رغم کسب رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و احتیاط در تعمیم نتایج این پژوهش به زوجین روستایی استان آذربایجان غربی به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی می‌باشد. لذا از کلیه‌ی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و دانشکده‌ی پرستاری و مامایی ارومیه که حمایت مادی و معنوی لازم را برای اجرای این پژوهش فراهم نمودند و همچنین از زوجینی که در این طرح شرکت نمودند، نهایت تشکر را داریم.

References:

1. Jahanfar S, Molaeezhad M. Textbook of sexual disorders. Tehran: Salami Press; 2001.
2. Asoodeh MH, Daneshpour M, Khalili S, Lavasani MG, Shabani MA, Dadras I. Iranian successful family functioning: Communication. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;30: 367-71.
3. Gottman J. what predicts divorce? hillsdale N J Erlbaum 1994.
4. Sternberg RJ, Hojjat M. Satisfaction in close relationships. Guilford Press; 1997.
5. Movahed M, Azizi T. Study on the relationship between the sexual satisfaction of women in a married life and conflicts between spouses, among married women in Shiraz. *Women Dev Polit* 2011;9(2): 191-217.
6. Sinha S, Mukerjee N. Marital adjustment and personal space orientation. *J Soc Psychol* 1990;130(5): 633-9.
7. Gelles RJ. Contemporary families: A sociological view: Sage Publications, Inc; 1995.
8. Rahmani A, Allahgholi L. Relationship between sexual pleasure and marital satisfaction. *Iran J Nurs* 2011;24(70): 82-90.
9. Bayrami R, Sattarzadeh N, Koochaksariie FR, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *J Reproduction Infertility* 2008;9(3).
10. Hosseini-sede S, Fathi-Ashtiani A. The relationship between marital satisfaction and marital duration among scholars Imam Khomeini Education and Research Institute (RA). *Ravanshenasi-va- Din* 2001;3(4): 127-45.
11. National Organizaton For Civil Registration. New Tab [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 27]. Available from: <https://www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset99/salnameh1390.pdf>
12. Esmaeilpour K, Khajeh N, Mahdavi N. Predicting Couples' Marital Satisfaction Based on Relationship Beliefs and Relationship Skills. *J Fam Res* 2013;9(1): 29-44.
13. Crowe M, Ridley J. Therapy with Couples: A behavioral-systems approach to couple relationship and sexual problems. London: Blackwell Science; 2000.
14. Shayesteh G, Sahebi A, Alipoor A. The Study of Relationship Between Couple's Relational Beliefs and Irrational Expectations With Marital Satisfaction. *J Fam Res* 2007;7(224). (Persian)
15. Pourheydari S, Bagherian F, Doustkam M, Bahadorkhan J. The effect of Life Skills Training on Marital and Sexual Satisfaction of Young Couples. *Knowledge Res Applied Psychol* 2013;14(1): 14-22 (Persian)
16. Yalcin BM, Karahan TF. Effects of a couple communication program on marital adjustment. *J Am Board Fam Med* 2007;20(1): 36-44.
17. Parvin N, Fatemi A, Aminian F, Rafiee-Vardanjan L. Effectiveness of life training skills on marital satisfaction of female nurses in Hajar Hospital in Shahrekord city-a clinical trial. *J Clin Nurs Midwifery* 2014;3(1): 37-46.
18. Larsen AS, Olson DH. Predicting marital satisfaction using PREPARE: A replication study. *J Marital Fam Therapy* 1989;15(3): 311-22.
19. Shafie-Nia A. Effect on improving interpersonal skills to resolve conflicts and marital couple. (Dissertation). Tehran: AlZahra University in Tehran; 2002.
20. Nabipoor A. Effectiveness of marital (sexual) skills training to improve marital satisfaction. (Dissertation). Rudehen: Islamic Azad University of Rudehen; 2006.
21. Wenner CA. Is Sex Important to Marital Satisfaction or is Marital Satisfaction Important to

- Sex? Top-down and Bottom-up Processing in the Bedroom. 2010.
22. Ziaee T, Jannati Y, Mobasheri E, Taghavi T, Abdollahi H, Modanloo M, et al. The relationship between marital and sexual satisfaction among married women employees at Golestan University of Medical Sciences, Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014;8(2): 44.
 23. Shahsiah M, Bahrami F, Etemadi O, Mohebi S. Effect of sex education on improving couples martial satisfaction in Isfahan. *J Health Sys Res* 2010;6(4): 69-79.
 24. McKeown K, Lehane P, Rock R, Haase T, Pratschke J. Unhappy marriages: does counselling help. A Report to ACCORD, December, Dublin: ACCORD [Internet] 2002 [cited 2016 Nov 27]; Available from: <http://trutzaaase.eu/wp/wp-content/uploads/R-2002-Unhappy-Marriages-Full-Report.pdf>
 25. Pakgohar M, Mahmoodi M, Ghoobaribonab B, Goliantehrani S. Effect of counseling on strengthening marital relationship. *Bimonthly Official Publication Medical Daneshvar*. 2006;15(73): 1-6 (Persian)
 26. P. Greeff HLM, Abraham. Intimacy and marital satisfaction in spouses. *J Sex Marital Therapy* 2001;27(3): 247-57.
 27. Markman HJ, Floyd F. Possibilities for the prevention of marital discord: A behavioral perspective. *American Journal of Family Therapy* 1981;9: 30-48.
 28. Shams-Mofarahe Z, Majd-Timory M, Hosseini F. The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples, Shiraz. *Iran J Nurs* 2002;15(32): 15-9.
 29. Baucom DH, Sayers SL, Sher TG. Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(5): 636.
 30. Beck JS. Questions and answers about cognitive therapy. *About Cognitive Therapy* [Internet] 2008 [cited 2016 Nov 27]; Available from: <http://www.chestercountypsychology.com/pdf/Questions%20and%20Answers%20about%20Cognitive%20Therapy%20by%20Judith%20S.%20B.doc>
 31. Mazaheri MA, Sahebi A. The effect of cognitive-behavioral training on modification of irrational expectation, emotional maturity and marital dissatisfaction in women. *Int J Behav Sci* 2011;5(2): 127-33.
 32. Christensen A, Heavey CL. Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *J Person Soc Psychol* 1990;59(1): 73.
 33. National Organizaton For Civil Registration. New Tab [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 27]. Available from: <HTTP://WWW.SABTEAHVAL.IR/UPLOAD/MODULES/CONTENTS/ASSET99/T93.PDF>.
 34. MacLaren A. Primary care for women. Comprehensive sexual health assessment. *J Nurse Midwifery* 1995;40(2):104-19.
 35. Moshiri Z, Mohaddesi H, Terme Yosefi O, Vazife Asle M, Moshiri SH. Survey of Education Effects on Sexual Health in Couples Referred to Marriage Consultation Centers in West Azarbalian 1382. *J Urmia Nursi Midwifery Fac* 2004;2(3):0-0.
 36. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *J Fam Psychol* 1993;7(2): 176.
 37. Mahdavian A. Training effect associated with marital satisfaction and mental health. (Dissertation). UoMSip; 2005.
 38. Rafii Bandari F, Nouranipour R. The effects of cognitive-behavioral training on marital satisfaction of student couples residing in marrid

- student dormitories of Tehran University. *Counsel Res Deve* 2005;4(14): 25-40.
39. Abbasi M, Dehghani M, Mazaheri M. Trend Analysis of Changes in Marital Satisfaction and Related Dimensions Across Family Life Cycle. *J Fam Res* 2010;6(1): 5-22.
40. Monjezi F, Shafiabadi A, Sodani M. Effectiveness of Training Communicative Skills Based on Islamic Views on Married Couple's Satisfaction. *JSR* 2012;13(47): 3-10.
41. Hossienpoor M, Ebadi N. THE effectiveness of family therapy educattion by cognitive behavioral method on marital satisfaction. *J Ofsocial psychology (new findings in psycholog)* 2011;6(18): 103-17.
42. Yousefi R, Abedin A, Tirgeri A, Fathabadi J. The effectiveness of training intervention based on "schemas model" on marital satisfaction enhancement. *J Clin Psychol* 2010;2(3): 25-38.
43. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Izadikhah Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *J Res Behav Sci* 2013;10(5): 363-72.
44. Laalbaksh P, Shafiabadi A, Sodani.M. Study of the Effectiveness OF Post Marriage Skills Training In Increasing Marital Satisfaction Of Couples. *Quarterly Jo Behav Sci* 2010;3(10): 105-30.
45. Couples GMEomsaeidfC-s. (Dissertation). Isfahan ISoESP, University of Isfahan; 2010. (Persian)
46. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist* 2005;60(5): 410.
47. Chang SL. Family background and marital satisfaction of newlyweds: Generational transmission of relationship interaction patterns [Internet]. CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, FULLERTON; 2008 [cited 2016 Nov 27]. Available from: <http://gradworks.umi.com/14/49/1449452.html>
48. Crowe M, Ridley J. Therapy with couples: A behavioural-systems approach to couple relationship and sexual problems. John Wiley & Sons; 2008.
49. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. [Internet]. Oxford University Press; 1989 [cited 2016 Nov 27]. Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1989-98569-000>
50. Markman HJ, Floyd F. Possibilities for the prevention of marital discord: A behavioral perspective. *Am J Fam Therapy* 1980;8(2): 29-48.

THE EFFECT OF COUNSELING BASED ON COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH ON THE MARITAL SATISFACTION OF COUPLES WHO REFERRED TO THE SELECTED HEALTHY CENTERS OF URMIA, 2015

*Mohaddesi H¹, Hamedani M^{*2}, Khalkhali HR³, Merghati Khoei ES⁴, Saei Ghare Naz M⁵*

Received: 27 May, 2016; Accepted: 24 Aug, 2016

Abstract

Background & Aim: Marital satisfaction is a very important and complicated aspect of a marital relationship. Due to midwives awareness of issues related to marital relationship and constant contact of them with the society that can act as professional family advisers, this study done to determine the effect of counseling based on cognitive-behavioral approach on marital satisfaction.

Materials & Methods: This is apre-post semiexperimental study by control group. After completion the ENRICH marital satisfaction questionnaire, 60 couples by the inclusion criteria and score of 30-60 simply selected from 3 randomly selected healthy centers (20 couples from each center). Then the couples devided to two intervention and control groups randomly. The intervention done for 5 counseling sessions of 2 hours with one week intervals. No intervention done in the control group. After one month passed the last counseling session, the questionnaire completed by the couples again. Collected datas analyzed by use SPSS-22.

Results: After intervention, the ANCOVA analysis of scores by deletion of pre-influence showed significant difference in total matital satisfaction in men and women of both of control and intervention groups ($p < 0.001$). Accordinary to independent sample T-test, mean scores of other aspects of marital satisfaction such as contractual answer in men and women ($p < 0.001$), personal topics in men and women ($p < 0.001$), financial management in men ($p = 0.002$) and women ($p < 0.001$), free times actions in men ($p = 0.005$) and women ($p < 0.001$), sexual relationship in men and women ($p < 0.001$), parenting in men ($p = 0.002$) and women ($p < 0.001$), relatives and friends just in women ($p < 0.001$), roles of man and woman equality in men and women ($p < 0.001$) and religious orientation in men and women ($p < 0.001$) of intervention groups was significant too.

Conclusions: Marital counseling based on cognitive-behavioral approach has a great influence on marital satisfaction of couples, especially on couples communication, conflict-solving skills and sexual relationship. So it should be done in the healthy centers by trained personels such as masters of ejuacted of midwifery counseling.

Keywords: cognitive-behavioral approach, marital satisfaction, ENRICH questionnaire, communication skills, sexual skills

Address: Urmia medical science university, nursing & midwifery Faculty, Pardis Nazloo, 11th kilometer of Sero road, Urmia

Tel: (+98) 4432754961

Email: Hamedani.maryam@ymail.com

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Corresponding Author :MSc. Student of Midwifery Consultation, Nursing and Midwifery school , Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Department of Family Health Care Research Center Basir, Tehran University, Health Faculty, Tehran, Iran

⁵ PhD student of Reproductive Health ,Students Research Office ,School Of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University Of Medical Sciences, Tehran, Iran