



دانشگاه پیام نور
دانشکده علوم انسانی
گروه روانشناسی

عنوان :

مقایسه اثر بخشی آموزش هوش هیجانی و مصون سازی در مقابله با استرس بر کیفیت زندگی
و شادکامی زنان یائسه

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر مرتضی ترخان

استاد مشاور :

جناب آقای دکتر علی رضا آقا یوسفی

محقق :

خدیجه رسولی لیچایی

سال تحصیلی :

87-88



با سپاس فراوان از زحمات بی دریغ

استاد راهنمای گرامی جناب آقای دکتر ترخان که کلامی شایسته قدردانی از ایشان نمی یابم

استاد مشاور گرامی جناب آقای دکتر آقا یوسفی که محضر درس ایشان برایم بسی پر ثمر است

استاد داور گرامی جناب آقای دکتر اورکی که علم و حلمشان زبانزد دانشجویان است

در پایان از زحمات دوست عزیزم سرکار خانم رفیعی تشکر فراوان می نمایم

تقدیرم به:

روح بزرگوار پدرم که آرزویم در این روز در کنار من باشد

همه روزها و در زمانی که اوقات فراغتی از آنان برگرفته‌ام

و همه کسانی که چگونه رسیدن را به من آموختند

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
.....	چکیده
.....	فصل اول: کلیات تحقیق
3.....	مقدمه
5.....	بیان مسئله
12.....	اهمیت ضرورت تحقیق
13.....	اهداف تحقیق
14.....	فرضیه‌های تحقیق
18.....	تعیین متغیرهای تحقیق
18.....	تعاریف نظری
20.....	تعاریف عملیاتی
.....	فصل دوم: ادبیات تحقیق
23.....	مقدمه
25.....	حیطه اول: هیجان و هوش هیجانی
26.....	هوش چیست
27.....	پیشینه مطالعه هوش غیر شناختی
29.....	هیجان چیست
30.....	نوع متفاوتی از هوش

31.....	انواع هوش چندگانه کدامند
35.....	هوش هیجانی چیست
37.....	مدل هیجانی چهار عنصری هوش هیجانی.....
42.....	اهمیت هوش هیجانی.....
43.....	هوش هیجانی در تفکر خلاق به چند طریق به ما کمک می کند.....
43.....	اهمیت هوش هیجانی در کنترل هیجانات.....
44.....	اهمیت هوش هیجانی در روابط اجتماعی.....
45.....	اهمیت هوش هیجانی در مدیریت.....
46.....	اهمیت هوش هیجانی در موفقیت افراد.....
47.....	ادراک هیجانات.....
49.....	تاریخچه شکل گیری هوش هیجانی.....
59.....	ضوابط هوش معیار.....
60.....	تمایز اصطلاحات.....
61.....	سواد هیجانی.....
62.....	هوش هیجانی.....
63.....	توانش هیجانی.....
65.....	روی آوردهای نظری.....
66.....	پارادایم هوش هیجانی.....
68.....	الگوهای هوش هیجانی.....
69.....	هوش هیجانی مبتنی بر رگه و توانش.....

71.....	الگوهای آمیخته
72.....	هوش هیجانی و انطباق با رویدادهای استرس‌زا
75.....	هوش هیجانی و اجتماعی و عوامل تشکیل دهنده‌ی آنها.....
82.....	تاریخچه و تعریف استرس.....
83.....	فیزیولوژی استرس.....
85.....	نظریه‌های مربوط به استرس.....
87.....	نشانه‌های شایع استرس.....
88.....	آموزش هوش هیجانی راه مقابله با استرس
89.....	راهبردهای مقابله‌ای.....
89.....	آموزش ایمن سازی در مقابل استرس.....
90.....	توصیف اهداف و مراحل.....
92.....	مراحل و روش اجرای شیوه ایمن سازی در مقابل استرس
92.....	مرحله اول: مفهوم سازی.....
93.....	مرحله دوم: اکتساب و تمرین مهارتها
95.....	مرحله سوم: کاربرد و پیگیری مستمر.....
96.....	یائسگی
97.....	مسئله روحی
97.....	پوکی استخوان.....
98.....	زندگی جنسی
99.....	گر گرفتگی

99	تغییر سوخت و ساز
99	تغییر دستگاه ادراری
99	نامنظمی خواب و تعریق
100	کیفیت زندگی
105	تعریف کیفیت زندگی
107	ابعاد کیفیت زندگی
109	ابزار اندازه گیری عمومی در مقابل ابزار خاص
112	پژوهش های کیفیت زندگی
115	شادکامی
116	تفاوت های فردی در شادکامی
119	خرده مقیاس های شادکامی
119	رضایت از زندگی
119	حرمت خود
121	بهزیستی فاعلی
121	خلق مثبت
122	رضایت خاطر
123	کیفیت زندگی در یائسگی
124	تحقیقات انجام شده در داخل کشور
136	تحقیقات انجام شده در خارج از کشور
	فصل سوم: روش شناسی تحقیق

145.....	مقدمه
145.....	جامعه آماری
145.....	حجم نمونه آماری
145.....	روش و ابزار گردآوری اطلاعات
146.....	طرح تحقیق
146.....	ابزار گردآوری داده‌ها
146.....	پرسشنامه کیفیت زندگی
148.....	پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی
149.....	پرسشنامه شادکامی
151.....	پایایی پرسشنامه شادکامی
152.....	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
.....	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها
154.....	مقدمه
154.....	آمار توصیفی
154.....	جدول 1-4: توزیع درصد و فراوانی آزمودنیها با توجه به سن
156.....	جدول 2-4: توزیع درصد و فراوانی آزمودنیها با توجه به تحصیلات
157.....	جدول 3-4: توزیع درصد فراوانی وضعیت اقتصادی آزمودنیها
159.....	آمار استنباطی
159.....	جدول 4-4: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر کیفیت زندگی
	جدول 4-5: تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر کیفیت زندگی

- 159..... فرضیه‌های فرعی
- جدول 4-6: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر کیفیت زندگی
- 161.....
- 162..... فرضیه کلی شاخص اول (روانشناختی کیفیت زندگی)
- جدول 4-7: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر روانشناختی کیفیت زندگی.... 162
- جدول 4-8: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر روانشناختی کیفیت زندگی
- 162.....
- 163..... فرضیه‌های فرعی شاخص اول
- جدول 4-9: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر روانشناختی کیفیت زندگی
- 163.....
- جدول 4-10: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر روابط اجتماعی
- 164.....
- جدول 4-11: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر روابط اجتماعی
- 165.....
- 165..... فرضیه‌های فرعی
- جدول 4-12: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر روابط اجتماعی
- 166.....
- 166..... فرضیه کلی شاخص سوم (حیطه محیط و وضعیت زندگی)
- جدول 4-13: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر حیطه محیط و وضعیت زندگی
- 167.....

- جدول 4-14: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر حیطه محیط و وضعیت زندگی 167
- فرضیه‌های فرعی 168
- جدول 4-15: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر محیط و وضعیت زندگی 168
- فرضیه کلی دوم 169
- جدول 4-16: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر شادکامی 169
- جدول 4-17: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر شادکامی 170
- فرضیه‌های فرعی 170
- جدول 4-18: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر شادکامی 171
- فرضیه‌های مربوط به شاخص‌های شادکامی 171
- فرضیه کلی شاخص اول (رضایت از زندگی) 171
- جدول 4-19: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر رضایت از زندگی 172
- جدول 4-20: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر رضایت از زندگی 172
- فرضیه‌های فرعی 172
- جدول 4-21: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر رضایت از زندگی 173

174.....	فرضیه کلی شاخص دوم (حرمت خود)
174.....	جدول 22-4: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر حرمت خود
174.....	جدول 23-4: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر حرمت خود
174.....	
175.....	فرضیه‌های فرعی
175.....	جدول 24-4: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر حرمت خود
175.....	
176.....	فرضیه کلی شاخص سوم (بهزیستی فاعلی)
176.....	جدول 25-4: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر بهزیستی فاعلی
176.....	جدول 26-4: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر بهزیستی فاعلی
177.....	
177.....	فرضیه‌های فرعی
177.....	جدول 27-4: اطلاعات مربوط به تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر بهزیستی فاعلی
178.....	
178.....	فرضیه کلی شاخص چهارم (رضایت خاطر)
179.....	جدول 28-4: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر رضایت خاطر
179.....	جدول 29-4: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر رضایت خاطر
179.....	
179.....	فرضیه‌های فرعی

جدول 4-30: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر رضایت خاطر.....	180
فرضیه کلی شاخص پنجم (خلق مثبت).....	181
جدول 4-31: اطلاعات توصیفی گروههای آزمایشی با توجه به متغیر خلق مثبت.....	181
جدول 4-32: تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای گروههای آزمایشی با توجه به متغیر خلق مثبت.....	181
فرضیه‌های فرعی.....	182
جدول 4-33: اطلاعات مربوط به پیگیری تست توکی (HSD) در خصوص تفاوت بین میانگین متغیر خلق مثبت.....	183
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری	
مقدمه.....	185
تبیین و تحلیل فرضیه‌ها.....	185
محدودیت‌های تحقیق.....	204
پیشنهادات پژوهشی.....	204
پیشنهادات کاربردی.....	205
منابع فارسی.....	208
منابع لاتین.....	217
ضمائم.....	231

چکیده‌ی پایان نامه

زمینه هدف: هوش هیجانی با آگاه ساختن انسان از هیجانات گوناگون موجب میشود که او به یاری هیجانات نیرومند و فعال سازی آنها، به شرایط تحمیل شده و یا موقعیت های اجباری و استرس آمیز، پاسخ های جرأت آمیز داده، از ساخت وجودی خود دفاع کند. در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی و یا نسیگی محققین اختلاف نظر دارند، برخی از مطالعات نشان داده است که ارتباط مثبتی بین کیفیت زندگی و مراحل مختلف یائسگی وجود دارد. یعنی زنانی که فراوانی و شدت علائم در آنها بیشتر است کیفیت زندگی پایین تری دارند. لذا در تحقیق حاضر ما در پی مقایسه اثر بخشی آموزش هوش هیجانی و مصون سازی در مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان یائسه می باشد.

روش کار: روش نیمه آزمایشی و طرح تحقیقی آن عبارت است از طرح سه گروهی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل که دیاگرام آن بصورت زیر استفاده گردید. جامعه آماری در این تحقیق از کلیه زنان یائسه مراجعه کننده که با مؤسسه راهیان سلامت همکاری می کنند. نمونه آماری عبارت است از 45 نفر از این زنان که به صورت تصادفی به سه گروه 15 نفری تقسیم می شوند.

ما در این تحقیق بسته آموزشی هوش هیجانی و کیفیت زندگی را برای آموزش مقابله با استرس در زنان مورد آموزش قرار دادیم.

یافته های تحقیق: نتایج تحقیق نشان داده است آموزش هوش هیجانی و کیفیت زندگی به صورت معناداری در کاهش استرس و به شادکامی در زنان یائسه منجر شده است.

واژه های کلیدی: هوش هیجانی، استرس، آموزش مقابله ای، شادکامی، زنان یائسه.

فصل یکم

موضوع پژوهش

1-1 - مقدمه

زنان از مهم ترین ارکان جامعه و خانواده بوده و سلامت اجتماع در گروه تأمین نیازهای مختلف آنان است. درحالی که یکی از بحرانی ترین مراحل زندگی زنان، یائسگی می باشد.

تعیین سن یائسگی تا حدودی دشوار بوده و براساس تخمین حاصل از مطالعات مقطعی، متوسط آن حدود 50 تا 52 سالگی است. با وجود افزایش امید به زندگی، سن شروع یائسگی یا قطع قاعدگی تغییر نکرده و زنان تا حدود 30 سال یا بیشتر (بیش از یک سوم) عمر را در یائسگی و یا حوالی یائسگی می گذرانند. از نظر ساختار جمعیتی، بیشتر از 50 درصد جمعیت کشور ایران زیر 23 سال و در حدود 6/6 درصد جمعیت، سالمند بوده و تعداد افراد این قشر در حال فزونی است، بنابراین هم مشکل کشورهای جهان سوم (از نظر جوان بودن جمعیت) و هم مشکلات ناشی از رشد سالمندان وجود دارد. (کوستا¹، 1980،

به نظر می رسد تعداد علائم یائسگی بی شمار است اما خوشبختانه هیچ کس همه آنها را تجربه نکرده، بعضی از زنان اصلاً علائم آشکاری ندارند. با وجود این تخمین زده می شود حدود 75 درصد زنان پس از یائسگی علائم حادی را تجربه می کنند. (فریدمن²، 2000)

بسیاری از مردم معتقدند که استرس و بیماری با یکدیگر ارتباط دارند. حق با آنان است. محققان این اعتقاد را تأیید کرده و برای مثال نشان داده اند که زمانی که افراد در معرض سطوح بالایی از استرس قرار دارند، بروز بیماریهای تنفسی افزایش می یابد. چرا اینطور است؟ یک پاسخ محتمل این است که استرس، عملکردهای ایمنی را به نوعی سرکوب می کند و فرد را در برابر عفونت بی دفاع میگذارد. این توضیح با این یافته ها هماهنگ است که افرادی که در بزاقشان، میزان آنتی بادی IgA - بخشی از خط اول دفاعی بدن در

۱ - Costa

۲ - Freedman

برابر عفونت تنفسی - کم است در مقایسه با کسانی که میزان IgA در آنها بالاست، بیشتر به بیماریهای تنفسی مبتلا می شوند (بهرامی، 1385)

در طی سالهای اخیر بررسی شادکامی توسط روانشناسان و جامعه شناسان افزایش یافته است، و روانشناسان علاقه مند به حیطه روان شناسی مثبت نگر توجه خود را بر منابع بالقوه احساسهای مثبت نظیر احساس شادکامی معطوف کردند. (اسدی پروا، 1384)

شادکامی عبارت است از مقدار ارزش مثبتی که یک فرد برای خود قائل است. این سازه دو جنبه دارد، یکی عامل عاطفی است که نمایانگر تجربه هیجانی شادی، سرخوشی، خشنودی و سایر هیجانهای مثبت هستند و دیگری ارزیابی شناختی رضایت از قلمروهای مختلف زندگی که بیانگر شادکامی و بهزیستی روانی است (اندروز و مک کنل¹، 1980). با وجود این، شادکامی نشانه فقدان افسردگی نیست بلکه نشان دهنده وجود شماری از حالت‌های شناختی و هیجانی مثبت است (دینر²، 1999)

هیجانهای مثبت و منفی از یکدیگر متمایز هستند و فرد را برای درجه ای از تعامل‌های برد - باخت یا برد - برد آماده می سازند (سلیگمن³، 2002). افراد شاد با ارزنده سازی مهارت‌های خود، بیشتر با رویدادهای مثبت همراه می شوند تا اینکه خود را با رویدادهای منفی همراه کنند. آنها در تصمیم گیریهای مربوط به آینده زندگی خود بهتر عمل می کنند، چون از راهبردهایی نظیر جستجوی اطلاعات مرتبط با خطر - امنیت سود می جویند، به طور کلی انسان به گونه ای تحول می یابد که برخی از موقعیتهای او را شاد می کنند و پاره ای دیگر، به تجربه احساس درماندگی در او منجر می شوند. تفاوت‌های فردی در احساس شادکامی با تفاوت های شخصیتی مرتبط اند.

در حالیکه یکی از بحرانی ترین مراحل زندگی زنان یائسگی میباشد مهم ترین چیزی که یک پزشک می تواند حول وحوش یائسگی ارایه کند آموزشی است که زنان به آن نیازمندند و میل دارند از انتخاب های

۱ - Andrews & Mc kaneell

۲ - Diener , E .

۳ - Sligman

درمانی آگاه شوند. هدف کلی، طولانی کردن دوره ای است که فرد حداکثر انرژی جسمی و فعالیت بهینه مغزی و اجتماعی دارد (چنگ^۱، ۲۰۰۳) یکی از اهداف بهداشت برای قرن ۲۱، بهبود کیفیت زندگی است و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی "کیفیت زندگی" عبارت است از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن به سر می‌برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۷). در مورد زنان یائسه کیفیت زندگی معمولاً به جنبه‌های مرتبط با سلامتی در کیفیت زندگی با توجه به مجموعه‌ای از علائم و بدون در نظر گرفتن عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی اشاره دارد، بنا بر این اغلب اصطلاح کیفیت زندگی به سادگی به مفهوم وجود علائم یائسگی مانند گر گرفتگی، تعریق شبانه و خشکی واژن اشاره می‌کند. مطمئناً وجود این علائم بر کیفیت زندگی زنان موثر است، ضمن آنکه توجه همزمان به سایر جنبه‌های کیفیت زندگی مانند وضعیت سلامتی فرد، رضایت مندی از زندگی و عملکرد روانی نیز حائز اهمیت می‌باشد. (بلوم^۳ و همکاران، ۲۰۰۰)

2-1- بیان مسئله

هوش هیجانی با آگاه ساختن انسان از هیجانات گوناگون موجب میشود که او به یاری هیجانات نیرومند و فعال سازی آنها، به شرایط تحمیل شده و یا موقعیت‌های اجباری و استرس آمیز، پاسخ‌های جرأت آمیز داده، از ساخت وجودی خود دفاع کند. (گلمن^۴، ۱۹۹۵).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، یائسگی یا منوپوز به معنی قطع واقعی قاعدگی به مدت حداقل ۱۲ ماه است که به علت از دست رفتن فولیکولهای تخمدانی اتفاق می‌افتد.

۱-Chanj
 ۲ Utian WH
 ۳ Blumel
 ۴-Goleman

در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی و یا ئسگی محققین اختلاف نظر دارند، برخی از مطالعات نشان داده است که ارتباط مثبتی بین کیفیت زندگی و مراحل مختلف یائسگی وجود دارد. یعنی زنانی که فراوانی و شدت علائم در آنها بیشتر است کیفیت زندگی پایین تری دارند. (عابد زاده، 1388).

برای داشتن زندگی سالم به آگاهی‌هایی نیاز است - زندگی سالم فقط به سلامت جسمانی ختم نمیشود، بلکه داشتن سلامت روانی و روابط مثبت انسانی هم ضروری است. سلامت جسم شامل تغذیه مناسب، فعالیتهای بدنی و ورزش، ترک سیگار و هورمون درمانی است. همچنین در دوران یائسگی لازم است برای اطمینان از سلامت پستانها، توسط پزشک معاینه صورت گیرد و نیز برای کاهش مشکلات ایجاد شده در دوران یائسگی نیاز به مشاوره با پزشک است.

در مورد سلامت روانی، برداشت مثبت از زندگی، موضوع اصلی در سلامت روانی است. همچنین داشتن روابط انسانی، ایجاد شرایط مناسب بین فعالیتهای کاری و شخصی، کنترل شخصی و کنترل هیجانات، انجام تمرینات آرامش بخش و ایجاد توازن بین کارهای روزمره دارای اهمیت زیادی است.

کیفیت زندگی مفهومی کلی می باشد که نه تنها شامل همه جنبه های زندگی مانند اجتماعی فیزیکی، عاطفی و معنوی است (دونگان و پاتز، 1990 به نقل از گلمن، 2001)، به علاوه بر نیازهای فردی از قبیل امیال و آرزوها، هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نیز توجه دارد. منشأ اندازه گیری کیفیت زندگی را میتوان در کار ثرندایک (1939) ملاحظه نمود. در ابتدا رویکرد شاخصهای اجتماعی با این فرض که تأثیر معنی داری بر کیفیت زندگی افراد دارد مورد پذیرش بوده (کمپل، 1976 نقل از یئو¹، 2004). اما بعدها ثابت شد که شاخصهای اجتماعی برای اندازه گیری کیفیت زندگی کافی نمی باشد و اعتقاد روزافزون بر آن شد که اکثر تأمین کننده های کیفیت زندگی، بیشتر جنبه روانشناختی دارند تا اقتصادی و جمعیت شناختی (یئو، 2004)

پس از آن رویکرد، دو جریان ظهور نمود (باکرو اینتا گلیاتا تا 1981، به نقل از جاکوب¹، 2000) جریان اول ارزیابی کلی از بهزیستی، مسرور بودن یا رضایتمندی را به عنوان معیار کیفیت زندگی مورد نظر قرار دادند. جریان دوم به طور تجربی، زمینه های خاص زندگی را شناسایی کرده و واکنش فرد را نسبت به این زمینه ها ارزیابی می کند. (جاکوب، 2000)

به اعتقاد آرچیل² و همکاران (1991) شادکامی سه جزء اساسی دارد. هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب. آرچیل و همکارانش (1991) دریافتند که روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و زندگی از اجزاء شادکامی هستند. شوارتز³ (1990) معتقد است که افراد شادکام کسانی هستند که در پردازش اطلاعات در جهت خوشبینی و خوشحالی سوگیری دارند. یعنی اطلاعات را به گونه ای پردازش و تفسیر می کنند که به خوشحالی آنها منجر میشود.

با توجه به موارد فوق مشخص میشود که بسیاری از متغیرهای روان شناختی که ارتباط آنها با عملکرد نظام ایمنی روشن شده است جزئی از شادکامی تلقی می شوند. و نیز پژوهشها ارتباط معنی دار شادکامی با سلامت جسمانی را نشان داده اند پس به طور منطقی میتوان استدلال کرد که افرادی که به سلامت جسمی خود اهمیت میدهند و در اقدامات مرتبط با مصون سازی کوشا هستند از شادکامی بیشتری برخوردارند. لذا محقق در این تحقیق به بررسی اثر بخشی آموزش هوش هیجانی و مصون سازی در مقابله با استرس بر کیفیت زندگی زنان یائسه پرداخته است. بدین سبب به طرح سوالهای کلی و فرعی به شرح ذیل برآمده است:

۱ Jacob
۲-Argyle
۳-Schwartz