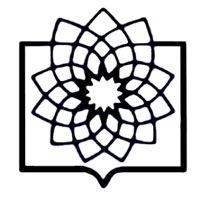
****

****

**دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد آموزش پرستاری(گرایش کودکان)**

**عنوان:**

**بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین در سال 1395**

**نگارش:**

**الهه لعل خیرخواه**

**استادراهنما:**

**خانم دکترمنیژه نوریان**

**اساتید مشاور:**

**آقای دکتر کیارش ساعتچی**

**خانم فرزانه احمدی**

**شهریور1396**

***سپاسگزاری***

**حضرت علی (ع)فرمودند:**

«مَن عَلَمَنی حَرفاً فـَقَد سَیَرنی عَبداً »

**ازلطف بی پایان و تلاش استاد گرانقدرسرکار خانم دکتر منیژه نوریان**

که رهنمود های شایسته ایشان جانمایه انجام این مطالعه بود .

**سپاس وتقدیر از استاد گرامی سرکار خانم فرزانه احمدی**

که با محبت وعلاقمندی وارائه نظرات وتوصیه های آگاهانه شان در امرمشاوره موجبات پشتگرمی را فراهم ساختند .

**تقدیم به:**

یگانه پشتیبان همیشگی و تکیه گاه دیرینه ام، پدرم که با رهنمود های ارزنده خویش مرا از ابتدا تا انتهای این مسیر یاری نمودند .

مادر عزیزم به پاس زحمات بی دریغش.

**و تقدیم به:**

همسرم

و ساغر عزیزم، تنها سرمایه ی زندگی من

**چکیده**

**مقدمه و هدف :** یکی از شاخص های مهم بهداشت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. کودکان ساکن مراکز شبانه روزی جمعیت آسیب پذیری هستند که در معرض خطر بالای ابتلا به انواع اختلالات روانی و جسمانی می باشند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تری دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن مراکز شبانه روزی انجام شده است.

**روش مطالعه :** در این مطالعه نیمه تجربی تک گروهی از نوع قبل و بعد و با طرح سری زمانی، تمام کودکان 13-8ساله ساکن مراکز شبانه روزی دولتی شهرستان اسفراین که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند( 25 کودک) به شیوه سرشماری انتخاب شدند. مشارکت کنندگان در پژوهش مدت 8 هفته ، هفته ای پنج روز و روزانه یک نوبت در کلاس یوگا شرکت کردند.کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین" قبل، حین، بلافاصله پس از پایان، یک هفته و یک ماه بعد از اتمام مداخله تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 21 و تحلیل اندازه‌های تکراری انجام شد.

**یافته ها :** تغییرات نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در پنج نوبت اندازه گیری از قبل از مداخله تا یک ماه پس از اتمام مداخله معنی دار نبود(270/0p=). تغییرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در هر کدام از ابعاد بهزیستی روانی، ارتباط والدین و خودمختاری، حمایت اجتماعی و همسالان ، محیط مدرسه نیز از قبل از مداخله تا یک ماه پس از مداخله معنی دار نشد. به ترتیب(29/0= p, 67/0= p, 16/0= p, 50/0= p). در بعد بهزیستی جسمی تغییرات از قبل از مداخله تا بلافاصله بعد از اتمام مداخله معنی دار بود(013/0= p). در واقع یوگا بر افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد جسمی تأثیر مثبت در حین انجام مداخله داشت ولی در این بعد تغییرات افزایشی در طول یک هفته و یک ماه پس از مداخله ادامه نیافت. تغییرات نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و همچنین ابعاد آن در حضور متغیر های مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی معنی دار نبود(45/0p=، 05/0<p)**.**

**نتیجه گیری :** یوگا بر افزایش بهزیستی جسمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین در طول انجام مداخله تأثیر مثبت داشت ولی این تأثیر، یک هفته و یک ماه پس از پایان مداخله تداوم نداشت. مطالعه بیشتر با مدت طولانی تر انجام یوگا و با نمونه بیشتر پیشنهاد می گردد.

کلید واژه ها: یوگا، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، کودکان ، مراکز نگهداری شبانه روزی

فهرست مطالب

**عنوان صفحه**

**فصل اول**: معرفی پژوهش

* 1. بیان مسئله و اهمیت پژوهش....................................................................................................................................1
  2. هدف کلی .....................................................................................................................................................................5
  3. اهداف اختصاصی..........................................................................................................................................................5
  4. فرضیه پژوهش..............................................................................................................................................................5
  5. پیش فرض های پژوهش............................................................................................................................................5
  6. تعریف واژه ها...............................................................................................................................................................6

1-6-1- کودکان ساکن مراکز شبانه روزی...........................................................................................................................6

1-6-2- کیفیت زندگی مرنبط با سلامت..............................................................................................................................6

1-6-3- یوگا................................................................................................................................................................................7

1-6-4- مراکز شبانه روزی.......................................................................................................................................................7

فصل دوم: دانستنی های موجود درباره پژوهش

* 1. چارچوب مفهومی.........................................................................................................................................................9

2-1-1 یوگا..................................................................................................................................................................................10

2-1-2- کیفیت زندگی............................................................................................................................................................15

2-1-3-کودکان بی سرپرست و بدسرپرست........................................................................................................................20

2-1-3-1- نحوه نگهداری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست در طول تاریخ...........................................................21

2-1-3-2- تاریخچه نگهداری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست در ایران...............................................................21

2-1-3-3- علل بی سرپرستی و بد سرپرستی....................................................................................................................22

2-1-3-4- الگوهای حمایت و سرپرستی کودکان در ایران..............................................................................................23

2-1-3-5- مشکلات مختلف کودکان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن مراکز شبانه روزی...................................24

* 1. مروری بر مطالعات.....................................................................................................................................................26

2-2-1- نقد مطالعات و نتیجه گیری...................................................................................................................................34

**فصل سوم**: روش پژوهش

* 1. نوع پژوهش.................................................................................................................................................................36
  2. جامعه پژوهش............................................................................................................................................................36
  3. نمونه پژوهش..............................................................................................................................................................37
  4. روش نمونه گیری.......................................................................................................................................................37
  5. محیط پژوهش............................................................................................................................................................37
  6. ابزار گردآوری داده ها...............................................................................................................................................37
  7. نحوه روایی ابزار گردآوری داده ها..........................................................................................................................39
  8. تعیین پایایی ابزار.......................................................................................................................................................40
  9. معیارهای ورود به مطالعه.........................................................................................................................................40
  10. معیارهای خروج از مطالعه.......................................................................................................................................40
  11. روش اجرای مطالعه...................................................................................................................................................41
  12. روش تجزیه و تحلیل داده ها..................................................................................................................................41
  13. ملاحظات اخلاقی .....................................................................................................................................................44
  14. محدودیت های پژوهش...........................................................................................................................................45

**فصل چهارم**: یافته های پژوهش

4– جداول آماری......................................................................................................................................................................47

**فصل پنجم**: نتایج پژوهش

* 1. بحث و بررسی یافته ها ............................................................................................................................................66
  2. نتیجه گیری نهایی ...................................................................................................................................................71
  3. کاربرد یافته های پژوهش در پرستاری..................................................................................................................71

5-3-1- کاربرد در مدیریت پرستاری....................................................................................................................................71

5-3-2- کاربرد در آموزش پرستاری......................................................................................................................................72

5-3-3- کاربرد در بالین پرستاری..........................................................................................................................................72

* 1. پیشنهادات برای پژوهش های آینده.......................................................................................................................72

1. فهرست منابع فارسی ......................................................................................................................................................73
2. فهرست منابع انگلیسی ...................................................................................................................................................75

**پیوست ها**

1. مقالات چاپ شده / خلاصه مقالات..............................................................................................................................
2. رضایت نامه شرکت در پژوهش......................................................................................................................................82
3. پرسشنامه ی کیفیت زندگی کیداسکرین....................................................................................................................83
4. برگه ثبت یوگا...................................................................................................................................................................86
5. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی..........................................................................................................................87
6. نامه های مجوز ..................................................................................................................................................................
7. چکیده انگلیسی...............................................................................................................................................................88

فهرست جداول

عنوان صفحه

جدول 4- 1- ویژگی های جمعیت شناسی کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین1395

......................................................................................................................................................................................................47

جدول 4-2- میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد پنجگانه آن در کودکان مورد مطالعه در مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395.................................................................................................................49

جدول 4-3- نتایج آزمون شپیرو-ویلک به منظور بررسی نرمالیتی نمره کیفیت زندگی و ابعاد پنجگانه آن در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395..................................................50

جدول 4-4- توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی پیش از مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395..................................................................................................................................51

جدول4-5- توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی حین مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395..................................................................................................................................52

جدول 4-6- توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی بلافاصله بعد از پایان مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395......................................................................................................52

جدول 4-7- توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی یک هفته پس از پایان مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395......................................................................................................53

جدول 4-8- توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی یک ماه پس از پایان مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395......................................................................................................54

جدول 4-9- نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395........................................................................................55

جدول 4-10- نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395.........................56

جدول 4-11- نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در شهرستان اسفراین 1395...........................................57

جدول 4-12-نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعد بهزیستی جسمی در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در شهرستان اسفراین 1395.............................................57

جدول 4-13- نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395..................................................58

جدول 4-14- نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395............................................................................................................................................................................................59

جدول 4-15- نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد ارتباط والدین و خودمختاری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395.............................60

جدول 4-16- نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعد ارتباط والدین و

خودمختاری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395.............................................................................................................................................................................60

جدول 4-17- نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد حمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395..............................62

جدول 4-18- نتایج تحلیل اندازه های تکراریدر حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعدحمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395............................................................................................................................................................................62

جدول 4-19-نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد محیط مدرسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395...................................................63

جدول 4-20- نتایج تحلیل اندازه های تکراریدر حضور متغیرهای دموگرافیک برای محیط مدرسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395............64

**فصل اول**

**معرفی پژوهش**

**1-1-بیان مساله و اهمیت پژوهش**

یکی از مسائل بحرانی در سال‌های اخیر، تأمین محیط فیزیکی و اجتماعی سالم و مناسب برای کودکان است، زیرا عواملی که موجب به هم زدن محیط زندگی کودک می شوند می توانند سلامت وی را نیز تحت تأثیر قرار دهند(بیات و همکاران،1385). از این رو در صورتی که در روند رشد و تکامل کودکان نیازهای اساسی آنها شناخته و برآورده نشود شخصیت آنها شکل نگرفته و قادر نخواهند بود که به عنوان یک فرد مستقل و خود کفا وارد جامعه گردند(منفرد حسام آبادی و همکاران،1373).

هر ساله هزاران کودک به دلایل مختلف از جمله بی توجهی، آزارهای جسمی، سوء مصرف مواد توسط والدین، طلاق، فقراقتصادی-اجتماعی به مراکز نگهداری شبانه روزی سپرده می شوند(بیات و همکاران،1385). در ایالات متحده آمریکا تعداد کودکان ساکن در این مراکز از اوایل دهه 1980 تا اواسط 1990، 60 درصد افزایش داشته(Carbone et al، 2007)، به طوری که اخیرا گزارش شده که بیش از 8 میلیون کودک در حال حاضردر پرورشگاه[[1]](#footnote-2) زندگی می کنند و بیش از 400 هزار کودک در مراکز نگهداری هستند(Ferrara et al، 2013).

بر اساس آمار سازمان بهزیستی ۲۳ هزار کودک بی‌سرپرست و بدسرپرست در ایران وجود دارد، که بیش از نیمی از کودکان در خانواده‌های جایگزین ساماندهی شده‌اند و۱۲ هزار نفرتوسط موسسه‌های خیریه اداره می‌شوند(سازمان بهزیستی ایران، 1392). کودکان بی سرپرست و بدسرپرست علاوه بر مشکلاتی که در خانواده با آن مواجه بوده‌اند، در محیط مراکز نیز در معرض مشکلات رفتاری و بهداشتی قرار دارند(بیات و همکاران،1389). این کودکان با چالش های بی شماری از جمله اختلالات دلبستگی، مشکلات سلامت روحی و روانی و جسمی(Meloy and Phillips، 2012)، اختلال در تکامل رفتاری و عاطفی و روابط اجتماعی با خانواده و همسالان روبرو هستند(Maaskant et al**،** 2014).احساس عدم امنیت عاطفی، عدم رشد اجتماعی، در بین کودکان بی سرپرست نسبت به کسانی که از نعمت خانواده بهره مند هستند بیشتر است(فیاض و کیانی،1390). این فقدان احساس امنیت و تأمین نیازها و بی ثباتی، خود باعث بروز احساساتی مانندگناه، شرم و ادراک دنیا به عنوان جایی خطرناک،کمبود اعتماد به نفس و خودپندار، احساس فقدان حامی، احساس عدم مالکیت و فقدان حریم شخصی، وجود خشونت در رفتارها و محیط، مشکلات تحصیلی و مدرسه و عدم توانایی بیان مشکلات با فرد مناسب می شود(ملازاده،1382). شیوع بالای مشکلات سلامت روان در این کودکان اثرات منفی قوی بر زندگی روزانه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی[[2]](#footnote-3) دارد(Carbone et al ،2007). پژوهش های بسیاری نقش بیماری و سایر ویژگی های شخصیتی و روانی را در کیفیت زندگی نشان داده اند، و بیان کردند که نوجوانان در معرض تنیدگی و نوجوانان دارای وضعیت اجتماعی –اقتصادی پایین از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند( نیک آذین و همکاران،1391).

در مطالعه ای که Rajmil et al( 2009) با هدف بررسی تأثیر تغییرات سلامت روان برکیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان 8-18 ساله انجام دادند، نشان داده شد که وضعیت سلامت روان به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی در ارتباط است. در واقع ارتقاء سلامت روان موجب بهبود کیفیت زندگی و بدتر شدن آن عامل خطری برای کاهش کیفیت زندگی است، همچنین کودکان با مشکلات روحی روانی کیفیت زندگی پایین تری از کودکان با اختلالات جسمی دارند. Ferrara et al (2013) در تحقیقات خود بیان کردندکه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در کودکان ساکن در مراکز شبانه روزی بطور قابل توجهی پایین تر از سایر کودکان است. همچنین نتایج حاصل از بررسی های انجام شده توسط کاربن وهمکارانش در سال( 2007 ) پیرامون کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی بیانگر آن بود که این کودکان اغلب سختی های متعددی را تجربه می کنند که آنها را در معرض خطر مشکلات سلامت روانی و جسمی قرار می دهد. همچنین در بسیاری از حوزه ها، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این کودکان پایین تر از سایر کودکان در جوامع عادی و شبیه به کودکان مبتلا به اختلالات سلامت روان است(Carbone et al ،2007).

نتایج تحقیقات انجام شده وجود روابط معناداری بین کیفیت زندگی و انواع رفتارهای پرخطر در نوجوانان مانند خودکشی، مصرف الکل و مواد-رفتارهای پرخطر جنسی-رژیم غذایی و رفتارهای ورزشی و شاخص های بیماری جسمانی و مشکلات تحصیلی را گزارش کرده اند(نیک آذین و همکاران، 1392).کیفیت زندگی نیروی قدرت مندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ های مختلف است که ارتقاء آن با افزایش کارآیی فرد و پیشرفت خانواده و در نهایت توسعه بیشتر جامعه ارتباط دارد(نقیبی و همکاران، 1392). تجزیه و تحلیل داده های سیستم مراقبت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می تواند زیرگروه هایی را که دارای احساس سلامت نسبتا ضعیف هستند شناسایی کرده و مداخلات به منظور بهبود وضعیت آنها جهت دهی کند تا از عواقب جدی تر جلوگیری شود( گرزن، 1383). توجه بیش از پیش به بررسی و ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان آسیب پذیر بسیار حائزاهمیت است زیرا از یک سو تاثیرات منفی زندگی در مراکز شبانه روزی در دوران بزرگسالی نیز تداوم می یابد و بعد از ترک مراکز و ورود این کودکان به جامعه سلامت جامعه نیز در معرض خطر قرار خواهد گرفت(Courtney، 2009) و از سوی دیگر انجام مطالعات ارتقاء سلامت، بر روی کودکانی که بیشتر در معرض مشکلات سلامتی قرار داشته و گروه پر خطر تلقی می شوند اهمیت ویژه دارد(Phuphaibul، 2005(.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مفهوم مهم و کاربردی در عرصه سلامت می باشد و یکی از شاخص های بهداشت روانی محسوب می گردد. این شاخص بر تمام ابعاد سلامت تأکید دارد و حیطه مجزا و روشنی است که توسط تجارب، عقاید، انتظارات و احساسات فرد تحت تأثیر قرار می گیرد(Wilson ،1995؛ Sawatzky ،2007) بعضی از صاحب نظران، کیفیت زندگی در کودکان و نوجوانان را احساس ذهنی و قابل تغییر آنها در مورد سلامتیشان می دانند و معتقدند که این احساس منعکس کننده خواسته ها، امیدها و انتظارات کودکان و نوجوانان در ارتباط با حقایق کنونی و آینده زندگی آنها است(یغمایی و همکاران،1391).کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی و چند بعدی است و ارزیابی مثبت و منفی فرد از خصوصیات زندگی و نیز میزان رضایت کلی فرد از زندگی خود است(دهقان نیری و ادیب حاج باقری، 1385). کیفیت زندگی دارای طیفی از حداقل تا حداکثر است. احساس فرد از کیفیت زندگی مرتبط با زمان و وابسته به موقعیت است و براساس تغییر در شرایط زندگی تغییر میکند. روابط انسانی به ویژه در سال های اولیه رشد و تکامل می تواند اثرات مفید یا مخربی بر احساسات، انتظارات و الگوهای رفتاری ظاهر شده در روابط بین فردی در طول زندگی داشته باشد(مدانلو، 1393).

با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان بهداشت جهانی درسال 1948 میلادی، مبنی برابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل فیزیکی، روحی واجتماعی ونه فقط عدم وجود بیماری، لازم است اندازه گیری سلامت وارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه برشاخص های فراوانی وشدت بیماری به سایر ارزشهای انسانی مانندکیفیت زندگی نیزتوجه کند. امروزه درمقایسه اثربخشی وارزش نسبی درمانهای متفاوت، تحقیقات، سیاستگذاریهای بهداشتی، ارزیابی خدمات بهداشتی، درمان بیماران وبهبود رابطه پزشک وبیمار میتوان کیفیت زندگی رابه عنوان یک پیامدپراهمیت اندازه گیری نمود(نجات،1387). همچنین کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت، تندرستی در جوامع و فرهنگ های مختلف است. ارتقاء آن با افزایش کارایی فرد و پیشرفت خانواده و در نهایت توسعه جامعه ارتباط دارد(نقیبی و همکاران،1392). مفهوم کیفیت زندگی برای پرستاران دارای اهمیت بسیار زیادی است درک درستی از اینکه چگونه جنبه های مختلف زندگی انسان تحت تأثیر بیماری، ناخوشی، مداخلات درمانی و پزشکی قرار می گیرد و به طور کلی سیاست های بهداشتی نقطه ای برای عمل پرستاران و سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی است. اگرچه عمل پرستار شامل مداخلاتی است که هدف اصلی آن بهبود شانس بقا و به حداقل رساندن علائم فیزیکی، جسمی، روانی ناشی از بیماری می باشد، بسیاری از مداخلات پرستاری کل نگر هستند. مطالعه سیستم های طبقه بندی پرستاری از تشخیص پرستاری، مداخلات و نتایج مربوط به مداخلات متعدد اهدافی از قبیل افزایش رفاه و کیفیت زندگی را نشان می دهد. به طور مشابه نظریه پردازان پرستاری به طور گسترده بر مراقبت های پرستاری به مراتب فراتر از تظاهرات خاص جسمی، روانی بیماری و با تأکید بر چگونگی عملکرد مردم در عرصه های مختلف زندگی و رویارویی با چالش های سلامت و بیماری تمرکز می کنند(Sawatzky، 2007).

در سال های اخیر استفاده از درمان های مکمل[[3]](#footnote-4) که بتواند کیفیت زندگی افراد را افزایش داده و باعث بهبود وضعیت زندگی افراد شود مورد توجه محققان قرار گرفته است(نجفی دولت آبادی و همکاران،1391). درمان های مکمل طیف ناهمگونی از رویکردهای جدید و قدیم را که ادعا می کنند از بروز بیماری جلوگیری یا آن را درمان می کند، پوشش می دهد. به طور کلی افرادی که درمان های مکمل را انتخاب می کنند به دنبال راه هایی برای بهبود سلامت و رفاه خود و یا از بین بردن نشانه های مزمن یا گذرا مرتبط با بیماری و عوارض جانبی درمان های مرسوم برای آن ها هستند. رایج ترین درمان های مکمل شامل: استفاده از محصولات طبیعی(بدون ویتامین و مواد معدنی)[[4]](#footnote-5)، تمرینات تنفس عمیق[[5]](#footnote-6)، مراقبه[[6]](#footnote-7)، مراقبت ستون فقرات[[7]](#footnote-8)، یوگا[[8]](#footnote-9)، ماساژ[[9]](#footnote-10) و درمان بر اساس رژیم غذایی[[10]](#footnote-11) است(Barnes et al ،2008). یوگا واژه ای سانسکریت و به معنای وحدت و یگانگی ذهن و جسم است و بر پایه تمرکز، انجام حرکت ها و تنفس است(طیبی و همکاران،1390) که از 3تا 5 هزار سال پیش به عنوان طب سنتی مشرق زمین مورد استفاده بوده و به تازگی به عنوان طب مکمل و جایگزین در درمان بیماری ها در کشورهای غربی نیز به کار گرفته شده است(هادی و هادی،1385). یوگا عملکرد غدد درون ریز را با موازنه تولید و دفع هورمون بهبود می بخشد و با افزایش ملاتونین پلاسما در شب منجر به بهبود کیفیت خواب می شود(Thygeson et al، 2010). تحقیقات بیشمار صورت گرفته که نشان می دهد یوگا استرس، اضطراب و افسردگی خفیف تا متوسط را نه تنها درمان بلکه از بروز آن پیشگیری می کند(طیبی و همکاران،1390). یوگا گذشته از افزایش میزان آرامش و احساس سلامتی و شادابی، به طور گسترده جهت رفع درد ها و اضطراب هایی مورد استفاده قرار می گیرد که اغلب با بیماریهای مزمن همراهند و همچنین برای کودکان سنین بالای 5 سال(Telles et al، 2013)، با هر توانایی ورزشی مناسب است و می تواند به آگاهی بیشتر کودکان نسبت به نیازهای بدن و توانایی هایشان کمک کند(Kaplan et al، 2013).

یوگا یک درمان ذهن و جسم است و به عنوان یک مداخله مبتنی بر آموزش برای بهبود شرایط پزشکی مختلف کودکان پدیدار شده است(Galantine et al، 2008 ). علاوه بر این یوگا یک ورزش بی خطر و ارزان قیمت و یک روش ملایم برای بهبود تناسب فیزیکی، احساس رفاه فردی، توانایی شناختی و سلامت کلی است و برای کودکانی که از نظر فیزیکی و ذهنی ناتوانند و یا تجهیزات ضروری برای شرکت در ورزش های سازمان یافته را ندارند می تواند یک جایگزین بالقوه باشد(Kaplan et al ،2013). همچنین می تواند موجب بهبود عزت نفس اجتماعی شده و انعطاف پذیری عاطفی را افزایش دهد و با اثرات مثبت بر خلق و خو، اعتماد به نفس و عملکرد تحصیلی بالاتر در ارتباط است(Telles et al، 2013).

پژوهشگران معتقدند که فعالیت فیزیکی با سلامت جسمی و روانی کودکان در ارتباط است(Wu et al،2011). همچنین غفوری فرد و همکاران(1392) نشان دادند که فعالیت های فیزیکی و بدنی می توانند کیفیت زندگی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. ازﺟﻤﻠـﻪروﺷـﻬﺎي ﻣﻜﻤـﻞدرﻣﺎﻧﻲ که اخیرا مورد توجه است یوگا درمانی می باشد. این نوع از درمان بطور مکمل در چندین بیماری مزمن در کودکان مورد بررسی قرار گرفته که دارای اثرات مثبت بوده است(Brands et al،2011).

درﺟﻮاﻣـﻊﻣﺨﺘﻠـﻒ ﺑﺪﻟﻴﻞﺗﻔﺎوﺗﻬﺎي ﻓﺮﻫﻨﮕﻲ وﺗﺄﺛﻴﺮ اﻳﻦﺗﻔﺎوﺗﻬﺎ ﺑﺮﻣﻴﺰان ﭘﺬﻳﺮش یوگا، ارزﻳﺎﺑﻲ تأثیرات آن ضرورت دارد(نجفی دولت آبادی و همکاران،1391). در دهه های اخیر در بیشتر کشورهای جهان از یوگا به عنوان کلیدی برای رسیدن به سلامتی جسم و آرامش روان نام برده شده است(طیبی و همکاران،1390). یوگا شامل تمرینات تنفسی، حالت ها و پوزیشن های مختلف، روش های تقویتی و مراقبه است(Kaplan، 2013). حالات بدنی یوگا و تمرینات تنفسی موجب بهبود قدرت عضلانی، انعطاف پذیری، گردش خون و جذب اکسیژن و عملکرد هورمون ها می شود(Galantino et al ، 2008؛ Thygeson et al، 2010). علاوه بر این آرامش ناشی ازتمرکز[[11]](#footnote-12) به ایجاد ثبات در سیستم عصبی خودکار کمک می کند و منجر به انعطاف پذیری بیشتر در شرایط استرس زا شده و عوامل خطر مهم برای بیماریهای قلبی-تنفسی را کاهش می دهد(Galantino et al ، 2008). لذا با توجه به پایین تر بودن کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در کودکان ساکن در مراکز شبانه روزی نسبت به سایر کودکان و اهمیت آن در برنامه ریزی ارتقاء سلامت، همچنین با توجه به بررسی هایی که بر روی مطالعات انجام شده صورت گرفت، پژوهشی که به بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی بپردازد در جمعیت کودکان بی سرپرست و بد سرپرست مقیم مراکز نگهداری شبانه روزی در ایران صورت نگرفته است، لذا مطالعه ی حاضربا هدف تعیین تأثیر یوگا به عنوان یک طب مکمل بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بی سرپرست و بد سرپرست ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی انجام گردید.

**1-2- هدف کلی**

تعیین تأثیریوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین در سال 1395

**1-3- اهداف اختصاصی**

1. تعیین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی قبل از مداخله
2. تعیین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی حین مداخله(استفاده از یوگا)
3. تعیین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی، بلافاصله بعد ازپایان مداخله(استفاده از یوگا)
4. تعیین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی، یک هفته بعد ازپایان مداخله(استفاده از یوگا)
5. تعیین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی، یک ماه بعد ازپایان مداخله(استفاده از یوگا)
6. مقایسه ی نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی قبل، حین و بعد از مداخله(استفاده از یوگا)
7. تعیین تأثیر یوگا بر ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی، قبل، حین و بعد از مداخله

**1-4- فرضيه پژوهش**

یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین تأثیر دارد.

**1-5-پیش فرض ها**

1. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در کودکان ساکن در مراکز نگهداری پایین تر از سایر کودکان در جمعیت عادی است (Ferrara et al ،2013؛ Carbone et al ،2007).
2. احساس فرد از کیفیت زندگی مرتبط با زمان و وابسته به موقعیت است و براساس تغییر در شرایط زندگی تغییر می کند(نقل از مدانلو، 1393).
3. یوگا به عنوان یک درمان مکمل برای بهبود شرایط خاص سلامت جسمی و روانی کودکان و نوجوانان ظاهر شده است(Kaley-isley et al ،2010).
4. اصول یوگا آرامش روانی، تعادل و هماهنگی ارکان روان انسان را تأمین می نماید و نوید دهنده ی بهبود معنی داری در بهزیستی جسمی و روانی است(جوادیان صراف و امامی، 1387).

**1-6- تعاریف واژه ها**

**1-6-1- کودکان ساکن مراکز شبانه روزی**

تعریف نظری: کودکان بی سرپرست و بدسرپرستی هستند که به علل گوناگون از حمایت، مراقبت و نگهداری مؤثر توسط خانواده محروم بوده و امکان زندگی در محیط خانواده را ندارد(محسنی تبریزی،1380).

تعریف عملی**:** منظور از کودکان ساکن در مراکز شبانه روزی در این پژوهش، کليه کودکان13-8 سال بی سرپرست و بدسرپرست ساکن 2مرکز نگهداری شبانه روزی دولتی (پسرانه امام حسن مجتبی(ع) و دخترانه شقایق) شهرستان اسفراین است.

**1-6-2- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت**

تعریف نظری: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت[[12]](#footnote-13) دربرگیرنده آن ابعادی از کیفیت کلی زندگی است که به طور واضحی سلامت (فیزیکی یا روانی) را تحت تأثیر خود قرار می دهند(گرزن، 1383). ﮐﯿﻔﯿﺖ زﻧـﺪﮔﯽ ﻣـﺮﺗﺒﻂ ﺑـﺎﺳـﻼﻣﺖ ﺑـﻪ اﺑﻌـﺎد روان ﺷــﻨﺎختی، ﺟﺴــﻤﯽ و اﺟﺘﻤــﺎﻋﯽﺳــﻼﻣﺖ ﺗﺄﮐﯿــﺪدارد و ﺑﺎورﻫﺎ، اﻧﺘﻈﺎرها، احساس، ﺗﺠﺎرب اﻓـﺮادﺑـﺮآن تأثیر می گذارد( نیک آذین و همکاران، 1391). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی شامل برداشت ها، اعتقادات، انتظارات وتجارب فرد مربوط به سلامت فیزیکی –اجتماعی وروانی است(Vella et al ، 2014).

تعریف عملی:منظور از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این پژوهش،نمره ای است که کودکان از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عمومی کیداسکرین کسب می کنند. فرم 27 سوالی آن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در پنج بعد بهزیستی جسمی (5عبارت)، بهزیستی روانی(7 عبارت) ارتباطات والدین و خودمختاری (7عبارت)، حمایت اجتماعی و همسالان(4عبارت)محیط مدرسه( 4 عبارت) می سنجد. این ابزار درمقیاس لیکرت 5 درجه ای هیچ گاه ( نمره 1) تا همیشه ( نمره 5) پاسخ داده می شود(پاسخ بعضی سولات معکوس نمره دهی می گردد). با استفاده از این ابزارفراوانی رفتار و یا احساس و شدت نگرش در چارچوب زمانی گذشته( هفته قبل) به طور خود گزارشی نشان داده می شود(The KIDSCREEN Group ، 2004) و دامنه نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت 119-42 می باشد نمره بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر می باشد. این ابزار در دنیا به زبان های مختلف ترجمه شده است و روایی و پایایی آن قابل قبول گزارش شده است(et al Ravens-Sieberer ،2014 ) در مطالعات مختلف نیز مورد استفاده قرار گرفته است(Rajmil et al، 2009؛ Urzúa et al، 2009).

**1-6-3- یوگا**

تعریف نظری: یوگا واژه ای سانسکریت است و به معنای وحدت و یگانگی ذهن و جسم است و بر پایه تمرکز، انجام حرکت ها و توجه به تنفس است(طیبی و همکاران،1390).

تعریف عملی: منظور از یوگا در این پژوهشﻫﺎﺗﺎ ﯾﻮﮔﺎ است ﮐﻪ ازﺳﻪ ﺑﺨﺶﺗﻤﺮﯾﻨﺎت ﺗﻨﻔﺴﯽ (ﭘﺎراﻧﺎﯾﺎﻣﺎ)، ﺗﻤﺮﯾﻨﺎت ﭘﻮزﯾﺸﻨﯽ(آﺳﺎﻧا) وآرامﺳﺎزي(ﺷﺎواﺳﺎﻧﺎ) ﺗﺸﮑﯿﻞﺷﺪه اﺳﺖ که به مدت 8 هفته(قنبری هاشم آبادی و سعادت، 1389) و هر هفته 5 جلسه(3جلسه تمرین درسالن ورزش هریک از مراکز در حضور پژوهشگر و 2جلسه درغیاب پژوهشگر)(Tehhs et al، 2013) و هرجلسه به مدت 45 دقیقه برگزار خواهد شد.

**1-6-4- مراکز شبانه روزی**

تعریف نظری: به مکان بسته ای که مجموعه ای از فرزندان دور از خانواده در آن زندگی می کنند شبانه روزی گفته می شود. پرورشگاه، دارالایتام، شبه خانواده و کانون کودک نیز واژه هایی مترادف شبانه روزی هستند(محسنی تبریزی،1380).

تعریف عملی: منظور از مراکز شبانه روزی در این پژوهش، کلیه مراکز دولتی شبانه روزی نگهداری کودکان بی سرپرست و بدسرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان اسفراین می باشد.

**فصل دوم**

**دانستنیهای موجود در مورد پژوهش**

**مقدمه**

این فصل مشتمل برچارچوب مفهومی و مروری بر مطالعات می باشد. چارچوب مفهومی پژوهش حاضر بر پایه­ی مفاهیم یوگا، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، کودکان بدسرپرست و بی سرپرست استوار است.

**2-1- چارچوب مفهومی**

از چند قرن پیش به ویژه با آغاز قرن بیستم، به دنبال پیشرفت فوق العاده اما تک بعدی تکنولوژی و علم، رویکردهای مذهبی، فلسفی و معنوی به مقوله سلامت، آهسته آهسته کنار گذاشته شد. دانشمندان به این باور رسیدند که قادرند برای درک هر فرآیند یا پدیده ای، آن را در آزمایشگاه مورد آزمایش قرار دهند و یا با تکیه صرف بر کاربرد دارو تمامی مشکلات و عدم تعادل های انسان را درمان کنند. اما با گذشت چندین دهه بخصوص پس از دهه 70 میلادی، جوامع بشری به این واقعیت پی بردند که تمام جواب ها در داروها و روش های رایج علمی خلاصه نمی شود. همین امر موجب شکل گیری رویکردهای نوینی به سلامت در کشورهای مختلف شد. این نگاه جدید می گفت باید انسان را به صورت یک مجموعه در نظر گرفت که شامل لایه های چندگانه ای نظیر جسم، ذهن و روان است. علیرغم تمامی پیشرفت های جدید، پزشکی رایج و روانشناسی برای بسیاری از مردم در پاسخگویی به نیاز آنان برای برخورداری از یک زندگی سالم و با نشاط چندان موفق نبودند. همین امر سبب شد تا اندیشمندان و محققین در هر دو زمینه طب رایج و روانشناسی علمی، نگاهی به گذشته کنند تا دریابند آیا طبیبان تمدن های باستان در هند، چین و مصر یا نوابغی همچون بوعلی سینا در ایران، بقراط در یونان و پاراسلسوس در اروپای پس از قرون وسطی، تجربیات و آموزه هایی برای انتقال به انسان پرتنش و فرسوده امروزی دارند. پاسخ به این سوال بیش از حد انتظار مثبت بود و به همین دلیل طی 3 تا 4 دهه اخیر قالبی نوین اما با زمینه ای کهن تحت عنوان طب مکمل- جایگزین[[13]](#footnote-14) شکل گرفت(ساعتچی، 1389).

طب مکمل به مجموعه ای از روش های تشخیصی، درمانی مانند هومئوپاتی، گیاه درمانی، طب سنتی ایران، طب سوزنی و.... اطلاق می شود که از دیرباز سهم اصلی را در درمان بیماری ها در جامعه به عهده داشته اند. طب مکمل انسان را در مرتبه ای از مراتب کل هستی می نگرد و چنان به نظام مند بودن و مرتبط بودن اجزا و اندام های کل پیکره هستی و وجود اعتقاد دارد که بیماری را در انسان جدای از روابط او با جهان کائنات و کانون معنوی وجود نمی پندارد، درمان را به مثابه بخشی از مجموعه حرکت انسان به سوی سعادت غایی خویش در راستای مسیری که برای کل هستی تعیین شده است می نگرد. به علت عدم توفیق طب نوین در درمان برخی از بیماری ها، عوارض جانبی و هزینه های گزاف این درمان ها امروزه شاهدگسترش روز افزون طب مکمل در جامعه هستیم(ماهروزاده و لولاور،1386). بسیاری از مردم به دنبال یافتن شیوه های دیگری از درمان هستند تا علاوه بر درمان بیماری هایشان، از ابتلا به سایر بیماری ها نیز پیشگیری کنند(مسگرپور و همکاران،1388).

افزایش جمعیت استفاده کنندگان طب مکمل انعکاسی از تغییر نیازها و ارزش ها در جوامع مدرن می باشد. بنابراین پرستاران نیز همگام با تحولات ایجاد شده در جهان پزشکی باید دانش خود را در این زمینه توسعه دهند. زیرا عدم صلاحیت در انجام این گونه درمان ها یا کمبود آگاهی از تأثیرات و خطرات آن ها می تواند خطرات و مشکلات عدیده ای برای بیماران ایجاد کند( ضیغمی، 1382).

طبق طبقه بندی مرکز ملی طب مکمل و جایگزین آمریکا، درمان های طب مکمل و جایگزین به 5 گروه اصلی تقسیم می شوند:

1- سیستم های پزشکی جایگزین[[14]](#footnote-15) مانند هومئوپاتی، طب چینی، آیورودا و طبیعی درمانی[[15]](#footnote-16).

2-درمان ها بر پایه بیولوژیک[[16]](#footnote-17) مانند مکمل های غذایی و فرآورده های گیاهی که در طبیعت یافت می شوند.

3-درمان از طریق حرکت دادن اعضای بدن[[17]](#footnote-18) مانند ماساژ درمانی و حرکت درمانی.

4-انرژی درمانی[[18]](#footnote-19)

5-پزشکی بدن و ذهن[[19]](#footnote-20) مانند آرام سازی[[20]](#footnote-21)، بیوفیدبک[[21]](#footnote-22)، یوگا[[22]](#footnote-23)، هیپنوتیزم[[23]](#footnote-24)، تای چی[[24]](#footnote-25)، کی گانگ[[25]](#footnote-26)(شمس اردکانی و همکاران، 1390).

**2-1-1-یوگا**

با شناخت هرچه بیشتر روح، جسم و ذهن، دست اندرکاران سلامت به منظور کاهش تنیدگی و ارتقاء سطح سلامتی به سمت درمان های جایگزین یا مکمل نظیر طب سوزنی، یوگا و مراقبه روی می آورند(مهدی پور زارع و بحری،1384).

در سال های اخیر علاقه به یوگا نه تنها به عنوان یک مداخله طب مکمل بلکه به عنوان وسیله ای برای پیشگیری از بیماریها و پرورش عملکرد و رشد طبیعی افزایش یافته است(Richter et al، 2016).

بطوري كه درايالات متحده آمريكا یوگا يكي ازمهم ترين روشهاي طب مكمل محسوب می شود(هادی و هادی،138 ). با توجه به مطالعات انجام شده توسط دفتر خدمات هاریس[[26]](#footnote-27) در ایالات متحده در سال 2012، 4/20 میلیون نفراز بزرگسالان آمریکایی به تمرینات یوگا می پردازند که نسبت به سال 2008، 29 درصد افزایش یافته است(Culver، 2014). علاوه بر این گزارشات آمار ملی بهداشت در سال 2008 نشان داد که 6 درصد کودکان آمریکایی به تمرینات یوگا می پردازند(Barnes et al، 2008) تاریخچه یوگا به فلسفه هند باستان در 5000 سال قبل باز می گردد که از جهت تقویت سلامت روانی، جسمانی و معنوی از طریق ترکیب تکنیک های حرکتی، مراقبه و تکنیک های تنفس مشهور بوده است(Culver ،2014). ظهور یوگا به طور کلی تحت تأثیر فلسفه بودایی بوده و بر اساس متون مقدس باستانی هدف اصلی آن کمک به افراد برای خودآگاهی و درک خود است(Ferreira-Vorkapic et al، 2015). در حقیقت سنگ نوشته ها در دره ایندوس تصاویری از حرکات یوگا را نشان می دهد که مربوط به 3500 سال قبل و پیش از ظهور و پیدایش دین است(Kaplan،2013).

واژه یوگا در اصل از واژه یوج[[27]](#footnote-28)در زبان سانسکریت به معنی یکپارچه سازی و یگانگی گرفته شده است(طیبی و همکاران،1390). واژه یوج با واژگان یک و یگانه در فارسی خویشاوند است. یوگا از طرفی به معنای کنترل کردن آمده است و در آن صورت یوگا را می توان علم کنترل امواج فکر و مهار قوای ذهن به منظور تسلطی همه جانبه بر توان بالقوه خود دانست. در این صورت به روش این دانش که همانا کنترل قوای تن و فکر است، تأکید می شود. با توجه به چنین درکی، یوگا در کتاب شاندیلیا اوپانیشاد[[28]](#footnote-29) این گونه تعریف شده است: «یوگا عبارت است از کنترل امواج ذهنی». از طرف دیگر، می توان یوگا را به معنای نظاره کردن و دیدن در نظر گرفت که در نتیجه یوگا علم نظاره خود و خودشناسی است. به این ترتیب غایت این دانش آشکار می شود، یعنی واقع شدن در طبیعت اصیل خویش و شکافتن تمامی حجاب های نفسانی. بر همین اساس در باگاواد گیتا[[29]](#footnote-30) اوج یوگا، رویت ذاتی درونی از طریق ذهن پاک و خالص توصیف شده است. یوگا را به معنی «وصل شدن و یکی شدن » نیز ترجمه کرده اند که در آن صورت غرض از انجام تمرینات یوگا آشکار و هویدا می شود. به این معنا، یوگا عبارت است از عملکرد هماهنگ قوای فردی و اتحاد قوای ذهنی با قوای حیاتی تن و حواس که به تلخیص انرژی، توسعه آگاهی و در نهایت اتحاد با خداوند متعال منجر خواهد شد. بنابراین تصور، در رودرایا مانتراس[[30]](#footnote-31) گفته شده: یک یوگی(یوگا کننده)، فقط در اتحاد با خداوند متعال به تجربه یوگا نایل می شود. به این ترتیب هرکدام از معانی واژه یوگا، قسمتی از این معرفت عمیق باطنی را آشکار می سازد و اختلاف ذاتی در میان آنها دیده نمی شود. بنابراین یوگا یک نظام خودیاری فردی برای حفظ تندرستی و پیشرفت روحی و معنوی است. یوگا دارای ابعاد فلسفی و در عین حال کاربردی است. به گفته کارشناسان، فلسفه یوگا با روح درونی انسان، گیتی و چگونگی ارتباط و پیوستگی این دو، سر و کار دارد. تمرینات یوگا می تواند روح انسان را تقویت کرده و آن را به آفریننده جهان هستی نزدیک تر کند تا به این صورت انسان از لحاظ روحی، درک بیشتری از خود و خدای خود داشته باشد. یوگا شناختی مستقیم و بی واسطه از ژرفای هستی خویش و هماهنگی با قوانین طبیعت است. این معرفت شهودی در پی سلوکی پیگیر و عشقی صادقانه حاصل می شود. در پی این سلوک، فرد تسلطی همه جانبه بر قوای تن، احساسات و افکار خود پیدا می کند و در نهایت می تواند از حیطه تغییرات احساسی و نگرانی های فکری فراتر برود و در عمق قلب خود قرار یابد. یوگا تعریفی از گروه محدودی از تمرینات یا حالات معینی نیست بلکه بیشتر به مجموعه ای از فنون، از ساده تا پیشرفته، و احوال باطنی مختلف و در واقع سیر و سلوک کامل اشاره دارد. یوگا را روش کنترل امواج فکر یا ذهن می دانند. یوگا روش رویکرد نظام مند دستیابی به وحدت با هستی است و یک مکتب مراقبه فکر است که انسان را تشویق می کند و یاری می دهد به عالی ترین امکانات بالقوه خود دست یابد و آنها بالفعل کند(معینی فر و جانفدا،1391).

یوگا فعالیتی است که هدف آن توسعه و حفظ تعادل مناسب بین سیستم های بدن و ذهن می باشد و از یک سری حرکات کششی منظم توأم با تنفس و تمرکز تشکیل شده است که انجام آن منجر به سلامت روح و جسم می شود(رهنما و همکاران،1390). علاوه بر آن یوگا یک ورزش بی خطر و ارزان قیمت و یک روش ملایم برای بهبود تناسب فیزیکی، احساس رفاه فردی، توانایی شناختی و سلامت کلی است و برای کودکانی که از نظر فیزیکی و ذهنی ناتوانند و یا تجهیزات ضروری برای شرکت در ورزش های سازمان یافته را ندارند می تواند یک جایگزین بالقوه باشد(kaplan، 2013).

اگرچه یوگا به عنوان یک فلسفه روحانی در طول تاریخ مطرح بوده است اما به عنوان درمان و مداخلات بالینی نیز به کار گرفته شده و در 3 دهه اخیر استفاده از آن افزایش روزافزونی داشته است(رهنما و همکاران،1390). پرستاران و دانشکده های پرستاری دیر زمانی است که به رابطه میان مراقبت از خود، با سلامتی آگاهی دارند. هرچه مفهوم مراقبت از خود بیشتر پذیرفته می شود جایگاه کنترل سلامتی بیشتر و بیشتر به سمت خود فرد تغییر جهت می دهد، تمایل به ترویج تکنولوژی های ترویج سلامتی نظیر یوگا سریعتر افزایش می یابد. اشکال متنوع درمان همچون لمس درمانی، آرام سازی، مراقبه، تجسم فکری و استفاده از امکانات محیط(رنگ، موسیقی، بوهای خوش ملایم) همیشه قسمتی از عملکردهای پرستاری بوده است. درمان های مکمل دیگر نظیر یوگا می تواند از طریق پرستاران با قوانین همه جانبه مراقبت های پرستاری در هم آمیزد. درنتیجه ورود درمان های مکمل به مسیر درمان های پزشکی، پرستاران ودیگر شاغلین گروه پزشکی نیاز به درک بنیادین کیفیت این درمان ها دارند تا قادر به ارائه توصیه های لازم به بیماران خود باشند. یوگا دامنه وسیعی از فواید را داراست که به ارتقاء سطح سلامتی کمک می کند(مهدی پور زارع و بحری،1384).

در تأثیر یوگا به عنوان طب مکمل تحقیقات بسیاری صورت گرفته است که همه آنها بر کاهش هزینه و عوارض درمان برای گروه های مورد مداخله تأکید دارند(طیبی و همکاران،1390). ماهیت تمرینات یوگا کنترل ذهن و دستگاه عصبی مرکزی می باشد که برخلاف دیگر ورزش ها، اثر تعدیل کننده ای بر روی اعمال دستگاه عصبی داخلی بدن،میزان ترشح هورمون های داخلی و عوامل فیزیولوژیک و تنظیم پیام های عصبی دارد. همچنین انجام تمرینات بدنی یوگا باعث افزایش توانایی فیزیکی و بدنی می شود. این خودپنداری مثبت که فرد قدرتمند تر از گذشته شده و در مقابل برخی مشکلات حرکتی و ناراحتی ها و دردها که در اثر بیماری به وجود آمده مقاوم تر شده است، از لحاظ روانی نیز فرد را در موقعیت خوبی برای مواجهه و مقابله با استرس و افسردگی قرار می دهد بنابراین در کاهش افسردگی و ناراحتی های روانی موثر است(رهنما و همکاران،1390).

یوگا علاوه بر افزایش میزان آرامش و احساس سلامتی و شادابی، به طور گسترده ای جهت رفع دردها و اضطراب هایی مورد استفاده قرار می گیرد که اغلب با بیماری های مزمن به خصوص بیماری های قلبی، دیابت، سردردهای میگرنی، افزایش فشارخون و آرتریت همراهند. انجام تمرینات یوگا در مبتلایان به سرطان، علائم بیماری را کنترل کرده، استرس را کاهش می دهد و کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء می بخشد. یوگا فاکتورهای خطر بیماری های قلبی عروقی را تعدیل کرده و تخفیف علائم آسم کمک می کند. همچنین تمرینات منظم یوگا از افزایش وزن افراد دارای وزن طبیعی در دوره میانسالی جلوگیری کرده و به کاهش وزن افراد چاق نیز کمک می نماید. با آموزش یوگا به افراد کمک می شود تا اضطراب و استرس خود را بدون اتکاء به درمان های پزشکی کنترل نمایند. فرآیند گردش خون بدن انسان را می توان با تمرین های یوگا تقویت و سرعت جریان آن را کم یا زیاد کرد. همچنین این تمرین ها، غده هیپوفیز زیر مغز را که مرکز کنترل سیستم ترشحات درونی یا هورمون های دورن ریز است را تحریک می کند(مهدی پور زارع و همکاران،1384).

از آثار جالب یوگا بر ذهن و تن آدمی، تغییر امواج مغزی است. از این روش برای پیشگیری و درمان اسکیزوفرنی، بی قراری عصبی، رفتاری و کم توجهی کودکان و نوجوانان، نگرانی و وسواس و افسردگی، دردهای پشت، سوء هاضمه، حساسیت مزمن، فشارخون بالا، تنگی نفس، سردردهای میگرن، ضعف و خستگی عمومی، بی حسی و سردی در دست ها و پاها، انواع روماتیسم، مشکلات فصلی، کمبودهای هورمونی استفاده می کنند(معینی فر و جانفدا،1391).

اشکال مختلفی از یوگا وجود دارد که همگی بر جنبه های مختلف مکانیک بدن، تناسب اندام و معنویت تأکید می کنند(Galantine et al، 2008). هاتا یوگا[[31]](#footnote-32) رایج ترین شکل یوگا در ایالات متحده است و این شکل از یوگا برای مبتدیان و کودکان مناسب تر است(Culver،2014). هاتا یوگا از 3 بخش تمرینات تنفسی و آرام سازی(پرانایاما)، تمرینات پوزیشنی(آسانا) و آرام سازی(شاواسانا) تشکیل شده است. شخص با انجام دادن تمرینات هاتا یوگا سلامتی را در حیطه جسم و ذهن تجربه کرده و به توانمندی فزاینده، نیروی حیات، انعطاف پذیری، تعادل و آرامش دست خواهد یافت(طبیبی و همکاران،1390). این فرضیه وجود دارد که تمرینات تنفسی و آرام سازی محور هایپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال و سیستم عصبی سمپاتیک را تنظیم می کند. تمرینات پوزیشنی قدرت بدنی، انعطاف پذیری، تعادل و هماهنگی(Culver،2014)، گردش خون، جذب اکسیژن و عملکرد هورمون هارا افزایش می دهد. تکنیک های آرام سازی و مراقبه به ایجاد ثبات در سیستم عصبی خودکار با گرایش به تسلط پاراسمپاتیک کمک می کند(Galantino et al ،2008)، مهارتهای تمرکز حواس را توسعه می دهد، ظرفیت توجه را بهبود می بخشد، هیجانات را تنظیم می کند و درک درستی از استرس به وجود می آورد(Culver،2014). تمرین های یوگا می تواند برای نیازهای مردم با هر وضعیت جسمی و هر سنی از 5 سال به بالا مناسب باشد. یوگا برای کودکان آرامش ذهن و سلامتی را به ارمغان می آورد(صدق روحی و فیروز کوهی،1391). اجرای یوگا به طور کلی در کودکان راحت تر است و نتایج و مزایای آن سریعتر ایجاد می شود. بعضی از فواید تمرینات یوگا در کودکان شامل افزایش انعطاف پذیری، قدرت عضلانی، تعادل، آرامش، تمرکز و بهبود اعتماد به نفس و سلامت جسمی ، خواب و اشتها است. یوگا کودکان را تشویق می کند که تناسب اندام داشته باشند و از رفتارهای مخربی که احساس خوب بودنشان را تحت تأثیر قرار می دهد دور بمانند و سطح استرس واضطرابشان را کاهش بدهند(Ferreira-Vorkapic et al ،2015؛ Galantino et al، 2008). همچنین ممکن است احساس خودکارآمدی کودکان با انجام تمرینات یوگا افزایش یابد زیرا کودکان خودشان در بهبود وضعیت خود مسوول می دانند. تکنیک های تنفسی یوگا می تواند در برقراری ارتباط کلامی در کودکان ناتوان مفید باشد(kaplan ، 2013). تمرین یوگا برای کودکان با درگیری ذهنی نیز مفید است و منجر به بهبود توانایی های ذهنی، هماهنگی حرکتی و مهارتهای اجتماعی می شود( قنبری هاشم آبادی و سعادت،1389).

مزایای یوگا بر رشد و تکامل کودکان و همچنین به عنوان یک درمان مکمل برای کودکان مبتلا به اوتیسم، نقص توجه و اختلال رفتاری مخرب اثبات شده است. همچنین شواهد نشان می دهد تمرینات یوگا برای پیشرفت تحصیلی، کنترل رفتاری و رشد شناختی کودکان سودمند است(Culver ،2014). در مطالعه ای که بناویدز انجام داد نشان داد که یوگا می تواند برای کاهش وزن کودکان و نوجوان روش مفیدی باشد(Benavides and caballero، 2009). برای کودکان تمرین یوگا تنها به یک قوه تخیل، انرژی، لباس راحت و سطح نرم نیاز دارد. با در نظر گرفتن دامنه توجه اکثر کودکان، زمان کلاس های کودکان معمولا کوتاه تر از کلاس های بزرگسالان است، ولی می تواند به تدریج در طول زمان افزایش یابد(kaplan ،2013).

محیط کلاس یوگا می تواند به آرامش شخص و دور کردن تنش های روزانه کمک کند. کلاس یوگا شامل دو بخش است: ابتدا ایجاد فضایی آرام و ساکت تا کودکان بتوانند به مراقبه بپردازند و بعد برگرداندن ذهن و بدن به حالت طبیعی. برای کودکان شاید این بخش ها را بتوان این گونه توصیف کرد: کودکان ابتدا آماده می شوند بعد با تنفس، حالت بدنی مناسب، دراز کشیدن و نشستن روی زمین کلاس را آغاز می کنند. کودکان در قسمتی از تمرین ترغیب می شوند که چشمان خود را ببندند و احساس راحتی کنند. یوگا به هیچ عنوان رقابتی نیست (صدق روحی و فیروز کوهی،1391) بطوریکه یکی از شرکت کنندگان ممکن است کشش عمیق تر را انتخاب کند در حالی که شرکت کنندگان دیگر در همان کلاس ممکن است در یک موقعیت ساده تر باقی بمانند و سیستم عصبی هر شخص تشخیص می دهد که به چه چیزی نیاز دارد(kaplan ،2013).

قسمت سکوت ذهن بیشتر برای فراموش کردن تنش ها یا نگرانی ها مؤثر است. کودکان به منظور رسیدن به آرامش ذهن می توانند لحظات کوتاهی به نگرانی های خود بیاندیشند و سپس تصور کنند که این تنش ها پرواز کنان از آنها دور می شود. از کودکان بزرگتر می توان خواست که تنش ها و نگرانی های خود را روی کاغذ بنویسند و سپس آن را پاره کرده و دور بیندازند. در هر صورت مهم این است که کودک این تشویش ها را به ضمیر خودآگاهش بیاورد و سپس آن ها را دور بیندازد. هیچ نکته ای مهم تر از آن نیست که کودکان تمام تلاش خود را برای تنفس دقیق و درست به کار گیرند. تکنیک مؤثر این است که یک بادکنک روی شکم خود بگذارند و تنفس دقیق را انجام دهند. بادکنک با دم و بازدم بالا و پایین می رود. آمادگی ابتدای کلاس شامل حرکات ملایم است که می تواند حرکات کششی باشد و بدن کودک را برای حرکات اصلی یوگا آماده کند. کودکان می توانند تمرینات را با شمارش اعداد از 1 تا 10 انجام دهند.

برای کودکان زیر 6 سال تمرینات را می توان از 20 ثانیه تا یک دقیقه حفظ کرد. هرچه کودکان بزرگتر شوند، زمان این تمرینات بیشتر می شود. زمان یوگا بستگی زیادی به مدت زمان توجه کودکان به تمرینات دارد. به کودکان گفته می شود حرکاتی شبیه گیاهان یا حیوانات را به اجرا درآورند. تنفس با حرکات بدنی رابطه تنگاتنگ دارد و هر تمرین با یک یا دو تنفس عمیق همراه است. مراقبه بعد از حرکات انجام می شود. به این منظور فرد با چشمان بسته به پشت روی زمین دراز می کشد و آوا یا کلمه را تکرار می کند. این آوا یا کلمه به کودکان کمک می کند که روی نفس گیری خود بیشتر تمرکز کنند. کودکان ترغیب می شوند تصویری را در ذهن خود مجسم کنند و آن را نگه دارند. بعد از مراقبه زمان بیداری فرا می رسد که با حرکت دادن انگشت ها و پاها تحقق می یابد(صدق روحی و فیروز کوهی،1391). تمرینات یوگا فرد را به تغییر و تحول در واکنش به درک و برداشت از استرس و در نهایت انعطاف پذیری در برابر عوامل استرس زا در زندگی روزمره قادر می سازد(Calver ،2014) و ممکن است برای بهبود کلی سلامت و رفاه استفاده شود(Ferreira-Vorkapic et al، 2015) و بر افزایش کیفیت زندگی و احساس سلامت کلی بدن تأثیر می گذارد(هادی و هادی،1385).

**2-1-2-کیفیت زندگی**

سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت ها و حکومت ها موظف به تأمین سلامت افراد می باشند. تغییر در الگوی بیماری ها که کاهش میزان بیماری های عفونی و افزایش طول عمر و بیماری های مزمن را به همراه داشته، منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی طی ده های گذشته گردیده است. اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که صاحب نظران تمرکز مراقبت های بهداشتی قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیان کرده اند(درویش پور کاخکی و همکاران،1388). امروزه درمقايسه اثربخشي و ارزش نسبي درمانهاي متفاوت، تحقيقات، سياستگذاريهاي بهداشتي، ارزيابي خدمات بهداشتي، درمان بيماران و بهبود رابطه پزشك و بيمار مي توان كيفيت زندگي را به عنوان يك پيامد پراهميت اندازه گيري نمود. تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در 385 سال قبل از میلاد مسیح باز می گردد. در آن دوران ارسطو"زندگی خوب" یا" خوب انجام دادن کارها" را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است، لیکن در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته است و ذکر نموده است سلامتی که باعث شادی در یک فرد بیمار می شود با ثروت که فرد فقیری را شاد می کند یکسان نیست و به طور مشخص بیان نموده است که شادی نه تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسانی نخواهد داشت. به هرحال در آن زمان شادی یا شادمانه زیستن معادل با آنچه که امروز کیفیت زندگی نام دارد تلقی می شد، ولی اصطلاح کیفیت زندگی تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود(نجات،1387).

تمرکز بر اندازه گیری کیفیت زندگی در پژوهش های علوم پزشکی را می توان در یک گذر تاریخی در نیمه اول قرن بیستم با تأکید بر عوارض جانبی درمان های پزشکی و تأثیر ناخوشی ها و بیماری ها بر سلامت جسمی، اجتماعی، عاطفی دنبال کرد. این گذر تاریخی از تعریف شناخته شده سازمان جهانی بهداشت از سلامتی درسال1946 میلادی، مبني بر ابعاد وسيع آن به شكل رفاه كامل فيزيكي، روحي واجتماعي و نه فقط عدم وجود بيماري، برداشت شده است. اگرچه این تعریف از سلامتی به طور گسترده ای انگیزه را برای اندازه گیری کیفیت زندگی در پژوهش های علوم پزشکی ایجاد کرد اما واژه کیفیت زندگی در ابتدا با هدف اندازه گیری سلامت استفاده نمی شد بلکه به مسائل اخلاقی در مراقبت های بهداشتی می پرداخت.در سال 1975 واژه کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم کلی که منعکس کننده نگرانی ها و یا بهبود ابعاد فیزیکی، سیاسی، اخلاقی، محیط اجتماعی و وضعیت کلی زندگی انسان بود، معرفی شد. از آن پس از واژه کیفیت زندگی به طور فزاینده ای برای اندازه گیری نتایج سلامت استفاده شد(Sawatzky ، 2007). وبه مرورزمان محققين متوجه شدندكه كيفيت زندگي ميتواند يكي از پيامدهاي پراهميت در ارزيابي هاي سلامت باشد، چنانچه تعريف سازمان بهداشت جهاني ازسلامت نيز به اين نكته تاكيد دارد(نجات، 1387).

کیفیت زندگی یک واژه عمومی است که در برگیرنده مفهوم یک حس کلی از سلامت شامل احساس شادی و رضایت از زندگی می شود. این مفهوم بیشتر از آن که خاص و عینی باشد، مفهوم گسترده و وابسته به فرد است(گرزن، 1383). به طور کلی کیفیت زندگی از واژه هایی است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد، اگرچه مردم به شکل غریزی معنای آن را به راحتی درک می کند، لیکن همان گونه که اشاره گردید این مفهوم برای آنها یکسان نیست. از آن جا که مانند سایر متغیرها اندازه گیری آن مستلزم وجود تعریف جامع و مشخصی از آن خواهد بود، همواره تلاش شده است تا تعریف مناسبی برای آن ارائه گردد.

نظریات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد. بعضی از محققین معتقدند تنها در صورتی که توأما چندین بعد از سلامتی سنجیده شود می توان آن را کیفیت زندگی نامید. عده ای نیز بر این باورند که یک تعریف واحد که در تمام مراحل یک بیماری یا در جوامع مختلف کاربرد داشته باشد برای این مفهوم وجودندارد(Hagerty et al، 2001) اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می گیرد و چند بعد دارد(Singh and Dixit،2010؛ Jun lin and meilin ،2013). از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی و پویا قلمداد می نمایند. ذهنی به این معنا که حتما باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد و پویا یعنی در طی زمان تغییر خواهد کرد و لذا ضروری است در دوره ای از زمان اندازه گیری گردد. اگر چه ذهنی بودن دامنه های کیفیت زندگی از نظر برخی از دانشمندان کافی نیست به طوری که برخی از صاحب نظران بر این باورند که هر یک از دامنه های کیفیت زندگی باید قابلیت این را داشته باشد که هم به صورت ذهنی و هم عینی قابل اندازه گیری باشد. این گروه معتقدند که سنجش ذهنی اگر چه لازم است، ولی کافی نیست. مهم آنکه در هر تحقیق که مرتبط با کیفیت زندگی باشد تعریف آن از نظر محقق روشن گردد(نجات،1387).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است. پس موضوعی کاملا ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است(WHOQOL-BREF، 1996). علاوه برتعريف كيفيت زندگي ضروري است كه ابعاد مورد بررسي آن را در آموزش، پژوهش وطب مشخص کنیم. اغلب دانشمندان توافق دارندكه مفهوم كيفيت زندگي همواره 5 بعدزيررا در برمي گيرد:

1. فيزيكي[[32]](#footnote-33): مفاهيمي مانند قدرت، انرژي، توانايي انجام فعاليتهاي روزمره و مراقبت از خود از اين دسته هستند.
2. رواني[[33]](#footnote-34): اضطراب، افسردگي و ترس از اين زمره اند.
3. اجتماعي[[34]](#footnote-35): اين بعد در مورد رابطه فرد با خانواده، دوستان و همكاران و در نهايت جامعه است.
4. روحي[[35]](#footnote-36): درك فرد از زندگي و هدف و معناي زندگي را در برمي گيرد. ثابت شده است كه بعد روحي، زير مجموعه بعد رواني بوده و يك دامنه مهم و مستقل محسوب ميشود.
5. علائم مربوط به بيماري يا تغييرات مربوط به درمان : دراين راستا مواردي مانند درد، تهوع واستفراغ را ميتوان نامبرد. این بعد بيشتر در ابزارهاي اختصاصي مورد توجه واقع مي شود(نجات، 1387).

بی تردید سازگاری افراد هر جامعه جز در پرتو سلامت جسمانی و روانی امکان پذیر نخواهد بود. عدم رضایت مندی از زندگی منجر به کاهش سلامت روانی و بروز عوامل منفی متعدد مانند افسردگی، عدم برقراری روابط اجتماعی و نیز مشکلات رفتاری و شخصیتی خواهد شد.

یکی از شاخص های بهداشت روانی میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت[[36]](#footnote-37)(HRQOL) است. این شاخص بر ابعاد جسمانی، روان شناختی و اجتماعی سلامت تأکید دارد و به نظر می رسد حیطه مجزا و روشنی است که توسط تجارب، عقاید، انتظارات و احساسات فرد تحت تأثیر قرار می گیرد(نیک آذین،1391). واژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به طور مکرر در تحقیقات بهداشتی برای اشاره به مجموعه ای از سؤالات که برای اندازه گیری شرایط و تجربه های افراد در عرصه های مختلف زندگی، بررسی عواقب ناشی از بیماری و اثربخشی اقدامات و مداخلات بهداشتی استفاده شده است(Sawatzky، 2007).

اگرچه کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اغلب بجای یکدیگر مورد استفاده قرار می گیرند اما تفاوتهایی بین این دو وجود دارد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مستقیما اثرات بیماری یا درمان آن را بررسی می کند و به تأثیرات دورتر مانند سلامت محیط، وضعیت استخدامی، رضایت بیمار از خانواده و سلامت اجتماعی که در ابزارهای کلی مورد توجه واقع می شوند، توجه ندارد(نجات، 1387؛ and meilin Jun lin ،2013).

درحال حاضربه طور فزاینده اي مشخص شده است که بررسی و اندازه گیري کیفیت زندگی، اطلاعات مهمی را دررابطه با توصیف وضعیت سلامت جمعیت هاي مختلف در اختیار قرار می دهد(غفوری فرد و همکاران، 1392) به طوری که تجزیه و تحلیل داده های سیستم مراقبت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می تواند زیرگروههایی که دارای احساس سلامت نسبتا ضعیف هستند شناسایی کرده و مداخلات به منظور بهبود وضعیت آنها را جهت دهی کند تا از عواقب جدی تر جلوگیری شود(گرزن،1383).

ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت[[37]](#footnote-38) اطلاعاتی در رابطه با تأثیر بیماری بر فعالیت های روزانه بیمار، مشکلات مربوط به بیماریهای خاص، تأثیر درمان، ارزیابی و مقایسه روش های درمانی مختلف و مداخلات بهداشتی بیماران را فراهم می کند(Singh and Dixit، 2010). سه دلیل عمده تمرکز محققان و پزشکان بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل فهم درک بیمار از بیماری خود و روش های درمان، فهم فرآیند طبیعی پذیرش بیماری و درمان و شناسایی موارد غیرطبیعی و مداخله ضروری است( and meilin Jun lin ،2013).

مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به عنوان یک برآیند مهم در کارآزمایی های بالینی و مداخلات مراقبت های بهداشتی و برنامه ریزی و تصمیم گیری در اختصاص منابع، مورد استفاده قرار می گیرد، نیازهای برآورده نشده سلامت را مورد شناسایی قرار داده و تلاش های گسترده جامعه برای بهبود سلامت جمعیت ها را راهبری می کند(گرزن، 1383). همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به مفهومی مهم و کاربردی در عرصه ی سلامت جوامع بدل شده است و موضوع پژوهش های فراوانی قرار گرفته است. چرا که این اعتقاد وجود دارد که اندازه گیری سلامت علاوه بر شاخص هایی چون مرگ و میر وامید به زندگی بایستی دربرگیرنده برآوردی از بهزیستی و رفاه نیز باشد که در مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نهفته است(رجبی و همکاران،1392).

سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت درکودکان و نوجوانان، درمقایسه با بزرگسالان، مورد غفلت واقع شده و به تازگی مورد توجه پژوهشگران سلامت قرارگرفته است. بررسی ها در قلمرو کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان نشان داده اند سطوح بالای رضایت از زندگی یا کیفیت زندگی ادراک شده فردی به عنوان نیرو یا سرمایه روان شناختی عمل می کند. تحقیقات انجام شده وجود روابط معناداری بین کیفیت زندگی و انواع رفتارهای پرخطر در نوجوانان مانند خودکشی، مصرف الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، رژیم غذایی و رفتارهای ورزشی و شاخص های بیماری جسمانی و مشکلات تحصیلی را گزارش کرده اند. پژوهش در مورد کودکان و نوجوانان دارای اختلال های روانی نیز نشان داده است که شدت نشانه، عامل مهمی در کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است(نیک آذین و همکاران،1392).

در مطالعه راجمیل و همکارانش در سال (2009) نشان داده شد وضعیت سلامت روان به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ارتباط است و تغییر در سلامت روان می تواند در دوران کودکی و نوجوانی بیش از هر زمان دیگری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تحت تأثیر قرار دهد(Rajmil et al، 2009). دامنجانوویک و همکارانش در سال (2012) با مطالعه بر 216 کودک و نوجوان صربستانی نشان دادند که کودکانی که در مراکز نگهداری زندگی می کنند جمعیت آسیب پذیر بوده که در معرض خطر بالاتری از ابتلا به اختلالات روانی-جسمانی و مشکلات اجتماعی آموزشی نسبت به همسالان در جمعیت عادی هستند. این کودکان در مقایسه با کودکانی که در خانواده های بیولوژیک خود زندگی می کنند به طور قابل توجهی کیفیت زندگی پایین تری دارند. نتایج مطالعه فوق همچنین نشان داد که در دختران بی سرپرست ساکن در مراکز نگهداری کیفیت زندگی پایین تر از پسران گزارش شده است(Damnjunovic et al ،2012).

در کشور ایالات متحده آمریکا نیز مطالعه بر روی 229 نوجوان 14-19 ساله ساکن در مراکز نگهداری نشان داد که بخش قابل توجهی از این نوجوانان بخصوص در جنس مؤنث کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تر از حد مطلوب دارند(Nelson et al ،2014). در مطالعه ی دیگری از کیفیت زندگی نوجوانان ساکن در مراکز نگهداری نشان داده شد که به طور قابل توجهی کیفیت زندگی آنها در مقایسه با جمعیت عمومی در حوزه های فیزیکی، عاطفی و رفاهی و عزت نفس و ارتباط با دوستان پایین تر است. این نوجوانان شیوع بالاتری از اختلالات روانی را نشان دادند که این اختلالات منجر به افزایش خطرات ناشی از عوارض جانبی در بزرگسالی می شود(Jozefiak and Kayed، 2015). در مطالعه ای که توسط کاربن و همکارانش بر 326 کودک و نوجوان بی سرپرست 6-17 ساله ساکن در مراکز نگهداری در آدلهاید در جنوب استرالیا انجام شد نشان داد در این کودکان رفتارهای تهاجمی، نابالغ و بزهکارانه بیشتر دیده می شود. همچنین این کودکان نسبت به سایر کودکان عزت نفس پایین تری داشته و محدودیت در فعالیت های روزانه در نتیجه مشکلات عاطفی و رفتاری در آنها بیشتر است. شواهد نشان می دهد که در این کودکان مشکلات سلامت روان نسبت به سایر کودکان در جامعه شیوع بیشتری دارد و کودکان با مشکلات سلامت روان به طور قابل توجهی میانگین نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تری از کودکان بدون مشکلات سلامت روان دارند(Carbone et al،2007). نتایج به دست آمده از مطالعه ای دیگر بر روی 120 کودک ساکن در مراکز نگهداری در شهر بیاوسیتوک در لهستان نشان داد که اغلب این کودکان اختلالات سلامت روان دارند که در کودکان کوچکتر به صورت روان نژندی و در کودکان بزرگتر به صورت نگرانی در مدرسه، بی اشتهایی، پرخوری و افسردگی دیده می شود. همچنین در این کودکان کیفیت زندگی در 4 حوزه فیزیکی، سلامت روان، روابط اجتماعی و توانایی عملکرد در زندگی روزمره و محیط نسبت به کودکان در خانواده های عادی بسیار پایین تر بود(Van Damme-Ostapowicz ، 2007).

به گفته یندورک و ساملابا(2014) ارتباط مستقیم بین افسردگی، اضطراب، مقابله با استرس و کیفیت زندگی در کودکان بی سرپرست وجود دارد(Yendork and Somhlaba ،2014). در مقابل در یک مطالعه اسکاتلندی توسط کارول و همکارانش هیچ تفاوتی بین کیفیت زندگی نوجوانان ساکن در مراکز نگهداری وگروه کنترل دیده نشد(Carroll et al، 2014). با این حال ثابت شده است که مشکلات سلامت روان شامل برخی مشکلات روانی ناشناخته ، مشکلات عاطفی و رفتاری مخرب، مشکلات توجه، بزهکاری، خودکشی، مشکلات اجتماعی، اضطراب و افسردگی کودکان ساکن در مراکز نگهداری بالاتر بوده که اثرات منفی قوی بر زندگی روزمره و کیفیت زندگی آنها دارد(Damnjanovic et al ،2011 ؛ Ferrara et al ،2013 ).

**2-1-3-کودکان بی سرپرست وبدسرپرست**

رشد در اوایل کودکی از طریق عوامل محیطی مانند خانواده، مراقبان، محیط اطراف و فرهنگ تأثیر می گیرد(Giagazoglou، 2012). گسیختگی خانواده و نیز عوامل مختلف دیگر در جامعه ایران خانواده های زیادی را با بی سرپرستی کودکان روبرو ساخته است. عوامل اجتماعی- اقتصادی مختلفی ممکن است در بروز گسیختگی خانواده موثر باشد. ناسازگاری والدین مخصوصا وقتی منجر به جدایی و طلاق شود، آسیب پذیری فرزندان را افزایش می دهد. از دست دادن والدین یا یکی از آن ها خانواده را دچار نقص می کند و آنگاه که خانواده گسسته تداوم زمانی پیدا کند تأثیرات منفی بیشتری بر کودک داشته، زمینه را برای بروز آسیب های اجتماعی مختلف مهیاتر می کند. در واقع ما بخوبی ریشه هر نوع رفتار ضد اجتماعی کودکان را نیز در آسیب های خانوادگی می بینیم(تبریزی،1380).

تحقیقات مختلف، اثرات منفی فقدان یک یا هر دو والد در خانواده را بر بروز اختلالات رفتاری مورد سنجش قرار داده اند(پوربافرانی و همکاران، 1392). با وجود پیشرفت های بشر در زمینه علوم مختلف، اما هنوز پدیده بی سرپرستی و بدسرپرستی جزء مسائل لاینحل باقی مانده است، که چنان تأثیرگذار و مهم بوده است که مورد بررسی و توجه بسیاری از شاخه ها و علوم مختلف همچون روانشناسی، جامعه شناسی، حقوق، پزشکی و........قرار گرفته است(خدادادی،1392) و از آنجا که آسیب های جدی برای فرد، جامعه و خانواده در بردارد از مصادیق بسیار مهم در حوزه ی پژوهش می تواند محسوب شود(مدانلو و همکاران،1380 ). مفهوم بی سرپرستی، عدم وجود یک رابطه مؤثر کودک-والدی است که می تواند طیف وسیعی از کودکان ساکن در شبانه روزی ها، کودکان بی خانمان، کودکان تک والد و کودکان خانواده های آواره و بی خانمان را که نمی توانند سرپرستی مؤثری بر کودکان خود اعمال نمایند را در برگیرد(سلیمانی فرد،1388).

به طور کلی بر اساس ملاک یونیسف کودکان بی سرپرست افراد زیر هجده سالی هستند که از سرپرستی و حضور تربیتی روان شناختی و حمایتی موثر والدین و از مزایای زندگی درخانواده محروم شده اند. این شرایط علاوه برکودکان بی سرپرست شامل تمام کودکان بدسرپرست می شود که یک یا هر دو والدین آن ها دچار مشکلات و یا بیماری هایی هستند که سبب می شود صلاحیت و کفایت لازم برای انجام وظایف والدینی را به صورت موقت یا دائمی از دست داده باشند( خدادادی،1392).

در اکثر کشورهای دنیا در مواقعی که خانواده صلاحیت رسیدگی به این کودکان را ندارد مراکز خاص دولتی، سرپرستی و نگهداری آنان را بر عهده می گیرند. در ایران نیز سرپرستی این کودکان بر اساس قانون بر عهده سازمان بهزیستی کشور نهاده شده است(پوربافرانی و همکاران،1392) و رایج ترین شکل مراقبت از کودکان طرد شده در سراسر جهان، مراقبت در پرورشگاه است(اصلی پور و همکاران، 1392).

**2-1-3-1-نحوه نگهداري کودکان بی سرپرست وبدسرپرست درطول تاریخ**

حمایت از کودکان بی سرپرست دارای سابقه بسیار طولانی است به طوریکه هامورابی حکمران مشهور بابل  تقریبا در ۲۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح مراقبت از زنان بیوه و کودکان یتیم را بر عهده داشته است. تا قرن ۱۳ میلادی  نشانه هایی که حاکی از وضعیت قانونی کلی و مشخص پیرامون حمایت از ایتام باشد موجود نیست و مسئله حمایت از کودکان بی سرپرست همانند دیگر مشکلات فراوان  دوران کلیسایی  دست خوش  اوضاع آشفته ای بود. طی قرون ۱۴ و ۱۵ میلادی بی توجهی به کودکان در نتیجه رها کردن آنها امری عادی بود و بسیاری از آنها مورد غفلت قرار گرفتند به بردگی فروخته شدند یا درصومعه خانه و یتیم خانه ها وارد شدند. این نوع برخورد با کودکان ادامه داشت تا در اوایل قرن شانزدهم میلادی در تعدادی از کشورهای غربی موضوع حمایت و نگهداری از  فقرا، نیازمندان،  مساکین و ایتام به صورت مدون و برنامه ای و با همت افرادی که از حرکت های فکری و علمی تأثیر گرفته بودند درآمد. قانون هنری هشتم اولین قانون بودجه در انگلستان برای رسیدگی به وضعیت مستمندان وضع شد و در سال 1536دولت انگلستان مقرراتی در زمینه ی قانون فوق به اجرا گذارد. در سال ۱۵۹۷ جهت نگهداری و حمایت از معلولین، پیران، نابینایان مراکزی ایجاد شد و در این مراکز از این گونه افراد و کسانی قادر به کار کردن نبودند نگهداری می شد. نخستین قانونی که موضوع کودکان بی سرپرست درآن تاکید شده بود درآغاز قرن17میلادي تحت عنوان قانون فقراي الیزابت اول در انگلیس اجرا شد. ویژگی دوران پس از رنسانس تغییرات فراوانی در ساخت خانواده ها فراهم آورد. با شکل گیري نهادها و موسسات اجتماعی رفاهی که به جهت ارائه رفاه اجتماعی به وجودآمده بودند، خودبه خود حجم زیادي از وظایف تربیتی خانواده هاکاهش یافت و به همراه آن مشکلات اجتماعی دیگر نظیر پیشرفت صنایع وتکنولوژي، افزایش جمعیت، کاهش مرگ و میر کودکان به لحاظ بهبود بهداشت درسطح جهانی، جنگهاي مختلف، وضعیت کودکان بی خانمان را با شدت حادتري نشان داد و در نتیجه با نزول امکانات جوابگویی به مسائل کودکان بی سرپرست، زنان بی سرپرست و ..... اروپاي قرن هجدهم با مشکلات عمیق ناشی از ضایعات اجتماعی اخلاقی گروههاي آسیب پذیري مواجه شد(تبریزي،1380).

درایالات متحده آمریکا اولین دارالیتام درسال1740بوجودآمد و موسسه اي براي نگهداري ازکودکانی که درنتیجه فوت، جدائی، فقر والدین، بیخانمان میشدند، بود .این دارالیتام از نظر تاریخی جزء نخستین مراکز حمایتی درکشورهاي صنعتی غرب می باشد. تا قبل ازسال1800میلادي در آمریکا فقط هفت موسسه براي نگهداري از اطفال ولگرد، فقیر، رها شده وجود داشت که هرکدام از آنها توسط بخش خصوصی اداره می شود. درسال1390 تعداد این مراکز افزایش یافته و درمناطق مختلف آمریکا به بیست و شش واحد رسیده بود) خدادادی، 1392).

**2-1-3-2 -تاریخچه نگهداري کودکان بی سرپرست و بد سرپرست درایران**

ازچگونگی شکل گیري و تأسیس مراکز نگهداری ایتام در ایران سابقه مدونی وجود ندارد. و براساس مدارك موجود تا سال1280هجري شمسی این گونه مراکز در ایران تاسیس نشده بود فکر ایجاد پرورشگاه پس ازدوران سلطنت صفویه درزمان حکومت قاجار مطرح شد. در زمان ناصرالدین شاه با ورود برخی مطالب از غرب به ایران پدیده پرورشگاه نیز به ایران وارد شد(صنعتی نیا،1370).

براساس اولین قانون شهرداري کشورکه درهرسال1283هجري شمسی به تصویب رسید، نگهداري اطفال سرراهی ازجمله وظایف شهرداري بود. از این رو اولین مراکز نگهداري درسال1283شمسی در دروازه قزوین و اولین شیرخوارگاه نیز در دروازه دولت تهران ایجاد شد، و تا 30 سال بود همین دو محل براي اینگونه اطفال تعیین شده بود. درسال1324شمسی پرورشگاه دروازه دولت به نام بنگاه مستقل پرورشگاه کودکان تغییر نام داد ولی شیرخوارگاه کودکان به فعالیت خود به شکل قبل ادامه داد .در سال1338بعد از ایجاد آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی و تربیت مددکاران در ایران توجهی به وضع نگهداري اطفال یتیم شد و تغییرات اساسی صورت گرفت(خدادادی،1392).

**2-1-3-3 –علل بی سرپرستی و بد سرپرستی**

عوامل اجتماعی-اقتصادی مختلفی ممکن است در بروز گسیختگی خانواده و به دنبال آن پدیده بی سرپرستی در جامعه موثر باشد(پوربافرانی و همکاران،1392).

کودکان بی سرپرست ممکن است یک یا تمام افرادي که حضور فیزیکی آنها درتأمین نیازهای مادی و معنوی آنان تأثیر دارند را از دست بدهد ، یا اینکه فوت یکی از والدین توجه دیگران را کاهش داده و یا به هیچ رساند. مرگ پدر، ازدواج مجدد مادر و عدم پذیرش ناپدري، یا مرگ مادر و حضور نامادري، مشکلات ارتباطاتی عاطفی میان کودك و نامادري و نیز اعتیاد پدر وبی تفاوتی مادر و بستگان رامی توان نمونه هایی ازعلل بی سرپرستی قلمداد کرد. کاهش حضور فیزیکی هر یک از والدین یا هر دوآنها به خودي خود کودك را بی سرپرست می کند. والدینی که بر اثراختلافات بین خود، خانواده را به کانونی از نامهربانی هاتبدیل می کنند به طوريکه کودك دائماً در معرض فشارهاي روانی واسترس قراردارد، در عین حال که سرپرست دارند بی سرپرست اند**.** به طورکلی عواملی که باعث می شوند کودکان ازطریق خانواده و یا سایر مراجع ذیصلاح در مراکز شبانه روزي مورد پذیرش و نگهداري قرارگیرند شامل حوادث و بلاهاي طبیعی از قبیل سیل، زلزله، قحطی، خشکسالی، گرسنگی، بیماري هاي واگیردار و مرگ و میر طبیعی والدین است که بر اثرآن تعدادي ازکودکان، والدین و اقوام خود را از دست می دهند. مجهول المکان بودن والدین، طلاق وجدائی والدین از یکدیگر، ترك خانواده توسط پدر، اعتیاد والدین یا یکی ازآنها عدم صلاحیت اخلاقی و اجتماعی والدین یا یکی از آنها، بیماري صعب العلاج والدین، فقر، مفقود الاثر بودن والدین، وجود نابسامانی، آشفتگی و ناسازگاري درخانواده، خیانت والدین نسبت به یکدیگر، اختلاف اعتقادي و طبقاتی والدین با یکدیگر، کثرت فرزندان خانواده، ازدواج مجدد والدین، وجود ناپایداري یا ناامنی درخانواده، زندانی بودن والدین یا یکی از آنها درمحل زندگی و مسکن نامناسب، فرارکردن ازخانه به لحاظ عدم کارکرد درست و صحیح وظایف خانواده و اجتماع درقبال خود و یکدیگر بروز میکنند. درمیان عواملی که اشاره شد، عدم احساس مسئولیت درقبال کودك عمده ترین عامل به شمار می رود(تبریزی،1380).

**2-1-3-4 -الگوهای حمایت و سرپرستی کودکان در ایران**

سازمان بهزیستی کشور به عنوان سازمانی حمایتی در تنظیم و اجرای برنامه های مربوط به سرپرستی فرزندان بی سرپرست در کشور فعالیت و نظارت کامل دارد. در حال حاضر نگهداری، سرپرستی و مراقبت از کودکان و فرزندان فاقد سرپرست تحت الگوهای سرپرستی به شرح زیر صورت می گیرد.

1. خانه موقت : مکانی است که کودکان پذیرش شده قبل از ورود به خانه نوزادان، نونهالان و نوباوگان، خانه کودکان و نوجوانان یا خانواده جایگزین به منظور تشکیل پرونده بهداشتی، تشخیص احتمالی بیماری های مسری و واگیردار، انجام آزمایشات پزشکی و بررسیهای روان شناختی و تکمیل پرونده اجتماعی و انجام فعالیت های کارشناسی به منظور شناسائی خانواده و بستگان سببی و نسبی در آن مکان، حداکثر به مدت 21 روز تحت مراقبت قرار می گیرند.
2. خانه نوزادان، نونهالان و نوباوگان (شیرخوارگاه) : مکانی است که  کودکان پذیرش شده در دو گروه سنی  نوزادان و نونهالان ( بدو تولد تا سه سالگی ) و  نوباوگان ( سه تا شش سالگی) در آن جا تحت مراقبت و پرورش قرار می گیرند.
3. مرکز نگهداری شبانه روزی کودکان بی سرپرست(خانه کودکان و نوجوانان): به مرکزی اطلاق می گردد که طبق وظایف قانونی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست از زمان پذیرش تا 18 سالگی به صورت دائم یا موقت به تفکیک سن و جنس با هدف فراهم شدن زمینه انتقال موقت یا دائم به خانواده یا جامعه مورد مراقبت و پرورش قرار می گیرند.
4. خانه تربیتی: به مکانی اطلاق می شود که خدمات تخصصی روانپزشکی، روانشناسی، مددکاری و مشاوره ای را برای کودکان دارای رفتارهای نابهنجار ارائه می دهند تا با درمان و رفع مشکلات رفتاری زمینه ورود آنان را به خانواده یا خانه های کودکان و نوجوانان فراهم نمایند.
5. خانه مستقل ( آماده سازی قبل از ترخیص): مکانی است که در آن  فرزندانی که آمادگی زندگی مستقل را دارند با هدف کسب توانمندی های اجتماعی و حرفه ای، با نظارت تخصصی در آنجا اسکان می‌یابند.
6. فرزندخواندگی: عبارت است از اعطاي سرپرستي كودكان بدون ولي شناخته شده تحت سرپرستي سازمان بهزيستي به خانواده هاي متقاضي كه واجدالشرايط قانون جاري حمايت از كودكان بي سرپرست باشند.
7. طرح شبه خانواده (حضانت موقت) : به خانواده اي اتلاق مي شود كه علاوه برنگهداري از كودكان خود متقاضي پذيرش و مراقبت و پرورش ۳-۱ كودك تحت سرپرستي سازمان بهزيستي دركانون گرم خانواده خود مي باشد و هدف پيشگيري از اقامت دراز مدت كودكان درمراكز و پيشگيري از مشكلات عاطفي كودكان مي باشد.
8. طرح سرپرست داوطلب (همیاران) : به شخص حقيقي يا حقوقي اطلاق مي گردد كه بصورت داوطلبانه و با انگيزه هاي خير و معنوي به شيوه هاي گوناگون از كودكان بي سرپرست ، غيرمعلول و معلول حمايت مي نمايند و هدف جلب حمايت مادي و معنوي اشخاص فوق از كودكان بي سرپرست مي باشد(سازمان بهزیستی استان کردستان،1395؛ نوریان ، 1395).

محیط پژوهش حاضر مرکز نگهداری شبانه روزی کودکان بی سرپرست(خانه کودکان و نوجوانان) است. در مراکز شبانه روزی روانشناسان و مددکاران اجتماعی و همچنین مربیان کودک که به دلایل متعدد و اساسی نقش بسیار گسترده، عمیق و تعیین کننده بر شخصیت و رفتار فرزندان دارند، فعالیت می نمایند و برخلاف بسیاری از کشور های دنیا کودکان بی سرپرست در کشور ایران از توانمندی پرستاران حرفه ای بهره مند نمی باشند. در این مراکز یک مربی به ازای حداکثر ده کودک در هر شیفت در تمام مدت شبانه روز اشتغال به کار دارد(Nourian et al،2016) .با توجه به دستورالعمل سازمان بهزیستی در اداره مراکز شبانه روزی که تحت عنوان مراکز شبه خانواده نیز نامیده می شود، اهدافی مانند اجتناب از جابجایی غیر کارشناسی کودکان از مکانی به مکان دیگر، انجام اقدامات لازم جهت مشارکت کودکان در اداره امور خانه و نظارت و ارزشیابی فعالیت های آنان، ارائه آموزش های لازم جهت فراگیری مسائل اعتقادی و تشویق و ترغیب کودکان به انجام تکالیف مذهبی، تقویت تعهد ایمانی و آشنایی کامل با فرهنگ، برنامه ریزی های اردویی و اوقات فراغت با توجه به نیازها و علایق کودکان، اهداف تربیتی و پرورشی، بهداشت روانی کودکان و فراگیری مهارت های اجتماعی، دنبال می گردد(نوریان،1395). از سوی دیگر در مراکز و موسسات نگهداری کودکان، نبود الگوهای واحد دلبستگی، فقدان روابط متقابل گرم و صمیمانه، کمبود محرک های محیطی و زندگی دسته جمعی این کودکان در مقایسه با زندگی خانوادگی منجر به آسیب هایی در سنین مختلف رشد کودکان می گردد. این نوجوانان پس از خروج از مراکز در ایجاد روابط دوستانه و شبکه های حمایتی و پشتیبان برای خود کمتر موفق هستند و در نتیجه بحران ناشی از فقدان والدین به هنگام ورود به جامعه و آغاز زندگی مستقل خود نیز، قدرت تصمیم گیری در موقعیت های دشوار و سازمان یافته را ندارند در انطباق، سازگاری و به سازی اجتماعی دچار مشکل خواهند شد. اگرچه طی سالهای اخیر تلاش های بسیاری انجام شده تا با فراهم نمودن شرایط مناسب در محیط های شبانه روزی بتوانند فرزندان را حدالمقدور برای کسب موقعیت مناسبی در زندگی مستقل آماده کنند، اما مراجعات مکرر ترخیص شدگان از مراکز با انبوه مشکلات، عدم موفقیت آنها در زندگی زناشویی به ویژه آنجا که پذیرش و برقراری ارتباط اجتماعی اهمیت داشته، پایین بودن آستانه تحمل بسیاری از آنها در برخورد با مشکلات، عدم تطبیق با جامعه، عدم آشنایی با امور روزمره، عدم توانایی در ایجاد ارتباط مثبت و سازنده با مردم، بی کسی و بی پناهی در جامعه، عدم همکاری مؤثر و سازنده مردم با آنها، در نتیجه عدم دستیابی به شغل و مسکن مناسب و مشکلات اقتصادی مرتبط بر آن و ده ها مشکل دیگر این مسأله را مطرح می کند که شرایط کلی مراکز شبانه روزی، مشکلات عاطفی و رفتاری عدیده ای را برای کودکانی که در محیطی غیر از خانه رشد می کنند به همراه دارد(سلیمانی فرد، 1388).

**2-1-3-5 -مشکلات مختلف کودکان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن مراکز شبانه روزی**

محرومیت از کانون خانواده و زندگی در مؤسسات نگهداری و مراقبت گروهی، کودکان بی سرپرست و بدسرپرست را با شرایط هیجانی و رفتاری ویژه ای مواجه می سازد(خدابخشی کولایی و همکاران،1393). برای کودکی که دارای پدر و مادر است خانواده اولین نهاد اجتماعی محسوب می شود و برای کودکانی که در مراکز شبانه روزی زندگی می کنند، مراقبان و مربیان آنها به عنوان نهاد اولیه آنها محسوب می شوند. فقدان پدر و مادر به عنوان یکی از عوامل عدم رشد اجتماعی عاطفی کودکان و نوجوانانی است که در مراکز و موسسات زندگی می کنند. فقدان نقش های والدی و فقدان نقش پذیری و الگوبرداری صحیح و عدم شناخت کافی از هنجارها به همراه مشکلات اجتماعی روانی ناشی از جدایی والدین، اجتماعی شدن کودک بی سرپرست ساکن در مراکز شبانه روزی را با مشکل مواجه می سازد(سلیمانی فرد،1388).

کودکان بدسرپرست وبی سرپرست وکودکان شبانه روزي دچاراین مشکلات هستند: جابه جایی مکرردر بین مراکز، از یک خانه به خانه ي دیگر و از خانه به شبانه روزي و برعکس، تغییرکارکنان شبانه روزي، تغییرسیاستهاي مراکز نگهداري که ممکن است زیر نظرسازمان بهزیستی یا نظر هیات امنا باشد و کمبود امکانات مختلف رفاهی و تفریحی. همه این موارد منجر به احساس بی ثباتی، عدم امنیت و عدم ارضاي نیازهاي مختلف می شود. بی ثباتی و عدم امنیت خود باعث بروز احساساتی مثل گناه، شرم و ادراك دنیا به عنوان جائی خطرناك می شود(ملازاده، 1382).

مطالعات فراوان نیز نشان می دهد کودکان ساکن در مراکز شبانه روزی یک گروه در معرض خطر فوق العاده هستندکه از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و عاطفی کمتری نسبت به کودکان دیگر برخوردارند(بیات و همکار ان،1385؛ Bruce et al، 2009). همچنین حدود یک دوم ، تا دو سوم کودکانی که وارد مراکز نگهداری می شوند مشکلات عاطفی و رفتاری قابل توجهی دارند که نیاز به درمان است(Healey and fisher، 2011). در این کودکان همچنین خطر اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی، اختلالات رفتاری مخرب وجود دارد(Bruce et al،2009). تحقیقات مختلف نشان می دهد میزان رفتارهایی که در طبقه بندی کلی روان نژندی می گنجد و بخش عمده آن را افسردگی و اضطراب تشکیل می دهد در بین کودکان ساکن در شبانه روزی ها بالاتر از کودکان عادی است(ملازاده،1382). بروس و همکاران با مطالعه بر روی 117 کودک بی سرپرست ساکن مراکز نگهداری نشان دادند که اختلال در نظم فیزیولوژی عصبی و به طور مشخص عدم تعادل هورمونی مربوط به محور هیپوفیز-هیپوتالاموس-آدرنال [[38]](#footnote-39)در میان این کودکان دیده می شود(Bruce et al، 2009). که این عدم تعادل ها منجر به افزایش آسیب پذیری در برابر عوامل استرس زا می شود که به نوبه خود می تواند نتایج منفی را تشدید کند(Healey and fisher،2011).

این کودکان نسبت به کودکان عادی سازگاری اجتماعی پایین تر، اضطراب اجتماعی حادتر و افسردگی بالاتری دارند. علاوه بر این افکار خودکشی، تکانه های تهدید و حمله و افکار گزند و آسیب و آشفتگی ذهنی بیشتر است همچنین داده های حاصل از بررسی های گذشته نشان دهنده رشد اخلاقی پایین تر، اضطراب و افسردگی بیشتر این کودکان و نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی نسبت به سایر کودکان و نوجوانان است و نتایج مطالعات در زمینه کودکان و نوجوانان بی سرپرست نشان می دهد که این گروه مشکلات شناختی، روانی و اجتماعی بیشتری دارند. که علاوه بر مشکلات هویتی یا عدم شکل گیری دلبستگی می تواند ریشه در امکانات محدودتر و شرایط سخت زندگی آنها داشته باشد(سلیمانی فرد،1388).

اختلالات رفتاری متعددی در این کودکان وجود دارد که از مشکلات عاطفی ناشی می شود و در بروز این مشکلات کیفیت و شرایط زندگی کودکان نیز موثر است. در مورد کودکانی که در مراکز شبانه روزی نگهداری می شوند، دو موضوع مهم زندگی با خانواده و زندگی در مراکز شبانه روزی دولتی یا خصوصی از اهم این شرایط اند. ساختار مراکز نگهداری شبانه روزی دولتی بیشتر در قالب محیطی اداری بوده و کودکان با کمبود عواطف پایدار و عمیق خانواده روبرو هستند(پوربافرانی و همکاران،1392). این گروه از کودکان ناگزیر با بی توجهی و غفلت عاطفی مواجه می شوند که به تبع آن در طول زندگی خود به مشکلات رفتاری و عاطفی دچار می شوند که به شکل های مختلف مانند شکست تحصیلی، عدم موفقیت شغلی، طرد شدگی اجتماعی، اعتماد به نفس پایین و......خود را نشان می دهد(سلیمانی فرد،1388).

با این حال کمک به کودک در سال های اول زندگی برای تکامل مثبت و اجرای مداخلات فوری برای کمک به کودکان و نوجوانان در معرض خطر و همچنین کمک به خانواده هایشان از مسؤولیت های خطیر پرستاران است(مدانلو ، 1380). از طرف دیگر دولت سالانه هزینه های زیادی را صرف نگهداری و مراقبت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست در مراکز می کند. براساس اطلاعات آماری دفتر شبه خانواده سازمان بهزیستی برای هر کودک بی سرپرست ماهانه بین 380 تا 435 هزار تومن هزینه می شود. بررسی های موجود در حوزه حمایت و مراقبت از کودکان فاقد سرپرست مؤثر این پیام را به همراه دارد که در طی 5 سال آینده شاهد افزایش تعداد این کودکان خواهیم بود. بنابراین لازم است راهکارهای تقویت برنامه مراقبت از این کودکان مورد بررسی قرار بگیرد و برنامه ریزی های بیشتری در این زمینه انجام شود. بر این اساس بسیاری از کشورها و همچنین ایران پذیرفته اند که تقویت برنامه های مراقبت در خانواده را جزو راهبردها و سیاست های اصلی خود قرار دهد(سلیمانی1388).

**2-2-مروری بر مطالعات**

پس از جستجو با کلید واژه­های یوگا، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، کودکان بی سرپرست و بدسرپرست، کودکان ساکن مراکز شبانه روزی، مراکز نگهداری شبانه روزی در پایگاه­های اطلاعاتی فارسی، شامل پایگاه اطلاعات علمی(سید)[[39]](#footnote-40)، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران(ایران داک)[[40]](#footnote-41)، پایگاه مجلات تخصصی نور(نورمگز)[[41]](#footnote-42)و پایگاه اطلاعات خارجی از جمله پاب مد[[42]](#footnote-43)، ساینس دایرکت[[43]](#footnote-44)، گوگل[[44]](#footnote-45)، گوگل اسکولار[[45]](#footnote-46) تعداد39 مقاله پژوهشی جمع آوری گردید که بر اساس ارتباط موضوعی از این بین به 8 مطالعه در بخش مروری بر مطالعات استناد شده است. لازم به ذکر است درجستجوی پژوهشگر، مطالعه­ای در زمینه تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در پایگاه­های اطلاعاتی یافت نگردید. لذا مطالعات مرتبط برحسب زبان از انگلیسی به فارسی و بر حسب سال به ترتیب از جدید به قدیم تنظیم و در ذیل ارائه شده­اند.

مطالعه ای تحت عنوان"تأثیر تمرینات کوتاه مدت یوگا بر عملکرد شناختی و تمایل به خشونت در کودکان سن 13-15 سال"در شهر حیدرآباد هند انجام گرفته است. مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شاهد دار بود دانش آموزان به دو گروه 50 نفره کنترل و مداخله تقسیم شدند. مقیاس [[46]](#footnote-47)(DLST) جهت اندازه گیری عملکرد شناختی و "مقیاس تمایل به خشم"[[47]](#footnote-48)(ATV)جهت اندازه گیری تمایل به خشم، قبل و بعد از مداخله در بین شرکت کنندگان توزیع و تکمیل گردید. در گروه مداخله تمرینات یوگا به مدت 1 ساعت و 15 دقیقه برای 10 روز انجام شد و گروه کنترل ورزش های جسمی روزانه را به مدت 45 دقیقه در 10 روز دریافت کردند. سپس این کودکان از نظر تأثیر یوگا بر عملکرد شناختی و تمایل به خشم با گروه کنترل مقایسه شدند. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها بهبود قابل توجهی در عملکرد شناختی گروه مداخله پس از تمرینات شدید و کوتاه مدت یوگا در مقایسه با گروه کنترل نشان داد اما نتایج قابل توجهی در تمایل کودکان به سمت خشم بعد از مداخله دیده نشد(Reddy and Kumari ، 2015).

**نقد پژوهش:** نمونه گیری و روش پژوهش واضح بیان نشده بود. روایی و پایایی پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش مطرح نشده بود. روش انجام تمرینات یوگا به خوبی توضیح داده نشده است. ملاحظات اخلاقی و محدودیت ها ذکر نشده بود. در مطالعه حاضر برخلاف مطالعه فوق، مداخله یوگا به مدت 8 هفته و 5 جلسه 45 دقیقه ای در هر هفته انجام شده است.

مطالعه ای با عنوان"ارزیابی یک برنامه هشت هفته ای یوگا برای کودکانی که در پرورشگاهی در هائیتی[[48]](#footnote-49) زندگی می کنند" توسط کالور[[49]](#footnote-50) در سال( 2014) با هدف بررسی اثربخشی امکان پذیربودن و قابل قبول بودن 8 هفته مداخلات یوگا برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه[[50]](#footnote-51) و مشکلات عاطفی و رفتاری در بین کودکانی که در پرورشگاه در هائیتی زندگی می کنند، انجام گرفت. این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی بود. محل انجام این مطالعه 2 پرورشگاه برای نوجوانان 1تا20 سال بود. محققان در ابتدا به مدیران هر دو پرورشگاه معرفی شده، اطلاعات ضروری درباره مطالعه به مدیران داده شد و نمونه هایی از فرم های رضایت در اختیار آنها قرار گرفت. قبل از آغاز مطالعه کودکان توسط مراقبانشان از جریان مطالعه آگاه شدند. یک پرسشگر آموزش دیده و بومی با هر کودک بطور جداگانه صحبت کرده و محتوی فرم رضایت را توضیح داد. در مجموع 82 کودک سن 7-17 سال واجد شرایط بودند که 76 نفر آنها موافقت کردند مراحل مطالعه را تکمیل نمایند.61 نفر به طور تصادفی به دو گروه مداخله یوگا و آیروبیک تقسیم شدند(هر گروه 31 نفر) و 15 نفر در گروه شاهد و بدون مداخله قرار گرفتند. در هر گروه کودکان بر اساس سن به دو قسمت 7-11 سال و 12-17 سال جهت شرکت در کلاس ها تقسیم شدند. مداخله شامل برنامه 8 هفته هاتا یوگا به صورت 2 بار در هفته و هرجلسه 45 دقیقه و در گروه دوم برنام 8 هفته رقص آیروبیک به صورت 2 بار در هفته و هر جلسه 45 دقیقه بود. علائم مربوط به تروما با استفاده از"شاخص واکنش استرس پس از سانحه دانشگاه کالیفرنیا"[[51]](#footnote-52)و مشکلات عاطفی و رفتاری با استفاده از" پرسشنامه نقاط قوت و ضعف"[[52]](#footnote-53) اندازه گیری شد. همچنین از یک پرسشنامه حاوی 15 سوال مختصر جهت ارزیابی درک شرکت کنندگان از برنامه یوگا و برداشت آنها از نحوه تأثیر یوگا بر رفتار و تندرستی خود، بررسی موانع ممکن جهت حضور در کلاس های یوگا و آیروبیک و رضایت کلی از برنامه استفاده شد. به منظور بررسی امکان پذیر بودن و قابل قبول بودن برنامه های یوگا و کلاس رقص آیروبیک میزان حضور شرکت کنندگان در کلاس ها ثبت شد. داده های جمع آوری شده قبل و بعد از مداخله با استفاده از نرم افزار STATA نسخه 1/13 و آزمون های کی دو، فیشر، آنالیز واریانس یک طرفه و به دنبال آن پست هاک[[53]](#footnote-54) مستقل و آزمون T تجزیه و تحلیل شد. پس از اتمام مداخله 62 نفر "پرسشنامه SDQ" قبل و بعد را کامل کرده بودند در حالی که تنها 31 نفر "پرسشنامه UCL PTSD" قبل و بعد را کامل کرده بودند و 14 شرکت کننده به دلایلی از قبیل انتقال به مراکز دیگر و بازگشت به خانواده هایشان از مطالعه خارج شدند. نتایج مطالعه نشان داد که نمره کلی مشکلات عاطفی و رفتاری در گروه های یوگا و آیروبیک هرچند از نظر آماری معنادار نبود اما در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافته بود. فراوانی علائم مربوط به تروما در گروه یوگا و آیروبیک در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته بود. تفاوت معنی داری بین گروه ها برای نمره کلی مشکلات عاطفی و رفتاری و علائم مربوط به تروما مشاهده نشد. میانگین حضور در کلاس های یوگا 65/14 از 16 کلاس بود.29% از پاسخ دهندگان گزارش دادند که از برنامه های یوگا راضی اند و همه ایجاد تغییرات مثبت در سلامتی، احساس آرامش بیشتر، عصبانیت و استرس کمتر را گزارش دادند(Culver، 2014).

**نقد پژوهش:** نوع مطالعه، یافته های پژوهش و محدودیت ها به روشنی بیان شده است. جمع آوری اطلاعات با اهداف متناسب بوده است. در این مطالعه شیوه تعیین روایی و پایایی ابزار مورد استفاده قید شده است. همچنین، آزمون­های آماری بکار رفته بیان شده است. وجه تشابه این مطالعه با مطالعه حاضر متغیر مستقل یوگا و جامعه پژوهش کودکان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن پرورشگاه است. این مطالعه از نظر روش شناسی تا حدودی با پژوهش حاضر شباهت دارد.

مطالعه ای توسط تلز و همکاران[[54]](#footnote-55)(2013) با عنوان " تأثیر یوگا یا ورزش جسمانی بر سلامت جسمانی، عملکرد شناختی و عاطفی " و با هدف بررسی تأثیر یوگا یا ورزش جسمانی بر سلامت جسمانی، عملکرد شناختی و عاطفی، عزت نفس، رفتار مربوط به معلم و عملکرد در مدرسه بر روی 98 کودک مدرسه ای سن 8-13 سال یک مدرسه ابتدایی که بطور تصادفی از بین مدارس در هاریدوار[[55]](#footnote-56) هند انتخاب شد، صورت گرفت. مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی بود. شرکت کنندگان براساس معیارهای ورود با موافقت قبلی مدیر مدرسه انتخاب شدند و سپس بطور تصادفی به دو گروه یوگا و ورزش های بدنی تقسیم شدند. در ابتدا جهت بررسی سلامت جسمانی از آزمون آمادگی جسمانی یوروفیت[[56]](#footnote-57)(شامل:آزمون تعادل فلامینگو[[57]](#footnote-58)، آزمون ضربه زدن انگشت روی صفحه[[58]](#footnote-59)، آزمون انعطاف پذیری[[59]](#footnote-60)، دراز و نشست[[60]](#footnote-61)، آویزان شدن به بارفیکس[[61]](#footnote-62)، پریدن در جا[[62]](#footnote-63)، دو رفت و برگشت 5 متر در 10 متر[[63]](#footnote-64)) و انتروپومتری[[64]](#footnote-65)(اندازه گیری قد و وزن و محاسبه شاخص توده بدن[[65]](#footnote-66)) استفاده شد. از آزمون" رنگ و واژه استروپ نسخه کودکان"[[66]](#footnote-67) جهت بررسی عملکرد شناختی و از" پرسشنامه عزت نفس باتل"[[67]](#footnote-68) سازگار برای هندی ها جهت بررسی عزت نفس کودکان استفاده شد. با استفاده از مقیاس آنالوگ که توسط معلمان امتیاز بندی می شد، پیروی از دستورات، عملکرد تحصیلی، توجه، دقت، رفتار با معلمان و دوستان مورد بررسی قرار گرفت. سپس مداخله به مدت 3 ماه، 5 روز در هفته و هر روز 45 دقیقه کلاس یوگا، انجام شد و در گروه دیگر نیز ورزش های بدنی (شامل: دویدن در محل، سریع خم شدن به جلو و عقب، خم شدن به طرفین، چرخش ستون فقرات و بازی ها و مسابقات مرتبط) انجام شد. پس از پایان هر دو مداخله مجددا پرسشنامه ها توزیع گردید واطلاعات گردآوری شده قبل و بعد با استفاده از نرم افزار spss نسخه 18 و با استفاده از آزمون اندازه گیری های مکرر و تجزیه وتحلیل واریانس[[68]](#footnote-69)(ANOVA) مورد تحلیل قرار گرفت .

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که عزت نفس اجتماعی در گروه ورزش جسمانی در مقایسه با یوگا بالاتر بود ولی در مجموع عزت نفس کلی و مربوط به والدین در گروه یوگا بهبود قابل توجه داشت. در گروه یوگا زمان ضربه زدن به صفحه[[69]](#footnote-70) کاهش یافت. درهر دو گروه شاخص توده بدنی و تعداد دراز و نشست افزایش یافت. در آزمون استروپ هر دو گروه افزایش نمرات داشتند. در آزمون فلامینگو[[70]](#footnote-71) تعداد دفعات افتادن در گروه ورزش جسمانی افزایش یافت(Telles et al، 2013).

**نقد پژوهش:** نوع مطالعه، روش نمونه­گیری، ابزار گرد آوری داده­ها و نتایج مطالعه به روشنی بیان شده است. در مورد چگونگی تعیین روایی و پایایی ابزار توضیح داده نشده است. جمع آوری اطلاعات با اهداف متناسب بود. از نتایج حاصل از این پژوهش برای بحث در مورد تأثیر یوگا بر کودکان 8-13 سال استفاده شد.

برندز و همکاران[[71]](#footnote-72) (2011) مطالعه ای با عنوان "بررسی تأثیر ورزش یوگا بر فراوانی و شدت درد و کیفیت زندگی کودکان با درد شکمی[[72]](#footnote-73)"، بر روی 20 کودک سن 8-18 سال مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر[[73]](#footnote-74)یا دردهای عملکردی شکمی انجام دادند. بیماران به دو گروه 10 نفره 8-11 سال و 12-18 سال تقسیم شدند. از واحدهای پژوهش خواسته شد شدت و فراوانی درد را در یک دفترچه یادداشت روزانه ثبت کنند. سپس برای نمونه ها 10 جلسه 5/1 ساعته هاتا یوگا توسط معلم یوگا کودکان برگزار شد. جلسات یوگا شامل ورزش آرام سازی کلی[[74]](#footnote-75)و ورزش تنفس[[75]](#footnote-76) بود. مداخله 12 هفته بطول انجامید. بیماران اجازه داشتند که ورزش یوگا را در طول و بعد از دوره درمان در منزل انجام دهند. از یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته جهت بررسی درد که دربرگیرنده سوال هایی درباره الگوی دفع بود و از "چک لیست رفتاری کودکان"[[76]](#footnote-77)(CBCL) برای بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان استفاده شد. کیفیت زندگی کودکان با استفاده از "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین "[[77]](#footnote-78)27 سوالی اندازه گیری شد. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار از آزمون های تی زوجی و ویلکاکسون استفاده شده است. نتایج نشان داد که دفعات درد شکم ماهانه بعد از یوگا درمانی به طور قابل توجهی در کل گروه کاهش یافت. در گروه 8-11 سال تحت یوگا درمانی شدت دردهای شکمی کاهش یافت. بعد از یوگا درمانی یک بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی بخصوص در حوزه همکلاسی ها و مدرسه دیده شد(Brands et al، 2011)

**نقد پژوهش:** روش پژوهش به­درستي انتخاب و به طور كامل بيان شده­است. يافته­هاي پژوهش به روشني بيان شده بود. جمع آوری اطلاعات با اهداف متناسب بود. متغیرهای مورد بررسی به طور واضح در عنوان ذکر نشده است. روش نمونه گیری و پایایی و روایی ابزار به روشنی بیان نشده بود. کم بودن تعداد نمونه ها، تعمیم دادن نتایج را با مشکل مواجه میسازد. در مطالعه فوق نیز مانند مطالعه حاضر از" پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین" 27 سوالی استفاده شده است

مطالعه ای تحت عنوان"بررسی تأثیر فعالیت های فیزیکی مدرسه بر جنبه های فیزیکی و روانی-اجتماعی کیفیت زندگی در کودکان مدارس ابتدایی" توسط هارتمن و همکاران[[78]](#footnote-79) در سال (2010) در دو استان از کشور سوئیس انجام شد. مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی بود. از مجموع 919 مدرسه ابتدایی موجود در 2 استان، 95 مدرسه دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند که از میان آنها 15 مدرسه با مجموع 27 کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. 16 کلاس در 9 مدرسه به صورت تصادفی به عنوان گروه مداخله و 11 کلاس در 6 مدرسه دیگر به صورت تصادفی به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد. بطور خلاصه 540 کودک (242 کودک کلاس اول(6-8 سال) و 298 کودک کلاس پنجم(10-12 سال) در ابتدا مورد بررسی قرار گرفتند. جنسیت بطور مساوی توزیع شد. رضایت آگاهانه برای تکمیل پرسشنامه ها و تمام اندازه گیری ها در طول مطالعه برای همه شرکت کندگان از والدین آنها گرفته شد. کیفیت زندگی با استفاده از نسخه آلمانی" پرسشنامه سلامت کودک"[[79]](#footnote-80) اندازه گیری شد. متغیرهای اجتماعی-جمعیتی شامل سن، جنس، محل زندگی(شهر یا روستا)، تحصیلات والدین(نشانگر وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده) با استفاده از یک پرسشنامه اجتماعی –جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین شاخص توده بدن[[80]](#footnote-81) جهت بررسی وضعیت فیزیکی محاسبه شد و سپس کودکان در سه طبقه وزن نرمال، اضافه وزن، چاق قرار گرفتند. مراحل مختلف بلوغ با استفاده از مقیاس مراحل بلوغ تنر[[81]](#footnote-82)، توسط والدین با کمک کودکانشان ارزیابی شد و سپس کودکان در 2 طبقه قبل از بلوغ و مرحله بلوغ قرار گرفتند. مداخله به صورت برنامه فعالیت فیزیکی (شامل 2 کلاس درس تربیت بدنی اضافه بر 3 کلاس که بطور معمول در هفته برگزار می شد وهر کلاس به مدت 45 دقیقه و چند استراحت کوتاه در طول جلسه، که محتوی آن توسط یک کارشناس تربیت بدنی آماده شده و توسط معلمان تربیت بدنی تدریس می شد.) در طول یک سال تحصیلی بود. گروه کنترل برنامه معمول مدرسه خود را(3 کلاس تربیت بدنی 45 دقیقه ای در طول هفته) ادامه می دادند. همه پرسشنامه ها در ابتدا و سپس دوباره بعد از یک سال تحصیلی تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تی دو نمونه مستقل و آزمون کی دو استفاده شد. همچنین از مدل رگرسیون خطی گام به گام برای مقایسه رابطه بین کیفیت زندگی با متغیرهای مستقل (پارامترهای جمعیتی-اجتماعی، وزن، محل زندگی، تحصیلات والدین، مراحل بلوغ ) در تحلیل و بررسی مقطعی استفاده شد. از یک مدل خطی مخلوط برای مقایسه نمرات کیفیت زندگی بین گروه مداخله و کروه کنترل استفاده شد. نتایج نشان داد کیفیت زندگی فیزیکی در دانش آموزان کلاس اول، همچنین کیفیت روانی-اجتماعی در دانش آموزان کلاس پنجم تحت تأثیر مداخله قرار نگرفت. مداخله دارای تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی روانی –اجتماعی دانش آموزان کلاس اول دارای اضافه وزن و ساکن مناطق شهری بود. در نتیجه این مداخله تأثیری مثبت بر آمادگی جسمانی-چاقی و عوامل خطر قلبی-عروقی دارد ولی بر ارزیابی ذهنی کلی از سلامت فیزیکی تأثیر ندارد(Hartmann et al،2010).

**نقد پژوهش:** مطالعه، روش نمونه­گیری، ابزار گرد آوری داده­ها و نتایج مطالعه به روشنی بیان شده است. محدودیت ها بیان نشده است. از نقاط قوت این مطالعه تأیید توسط کمیته اخلاق دانشگاه بازل، دانشگاه زوریخ و همچنین کمیته اخلاق کانتونال در سوئیس و موافقت آگاهانه تمام بیماران برای ورود به مطالعه بوده است. تنها وجه تشابه این مطالعه با مطالعه حاضر متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی می­باشد که جهت مقایسه در قسمت بحث در پژوهش حاضر استفاده گردید.

مطالعه ای با عنوان "یوگای آشتانگا برای کودکان و نوجوانان جهت مدیریت وزن و رفاه روانی " و با هدف تعیین تأثیر یوگا بر وزن، خودپنداره و علائم روانی مانند اضطراب و افسردگی در جوانان در معرض خطر دیابت نوع 2 توسط بناویدز و کابالرو[[82]](#footnote-83) در سال (2009)، بر روی 20 کودک 8-15 ساله اسپانیایی زبان انجام شد. از30 کودک ثبت نام کننده در مطالعه از طریق یک آگهی در روزنامه محلی ،23 کودک واجد شرایط مطالعه بوده و در جلسه مقدماتی شرکت کردند.3 شرکت کننده در معاینات پزشکی از مطالعه خارج شدند. در مجموع 20 کودک در مطالعه حضور داشتند که 14 نفر از آنها مطالعه را به اتمام رساندند. پس از ثبت نام اطلاعات دموگرافیک، قد ، وزن و شاخص توده بدنی[[83]](#footnote-84) شرکت کنندگان محاسبه و طبقه بندی بر اساس وزن پایین، وزن عادی، اضافه وزن، چاق انجام شد. سپس معاینه فیزیکی انجام شد. در همه شرکت کنندگان غلظت سرمی گلوکز، کلسترول تام، لیپوپروتئین با چگالی بالا، تریگلیسرید، لیپوپروتئین با چگالی پایین، پروتئین C قلبی بررسی و ثبت شد. نوجوانان در ابتدا 3 "پرسشنامه خودپنداره بک(BSCT )"[[84]](#footnote-85) برای نوجوانان جهت بررسی خودپنداره، "پرسشنامه افسردگی بک برای نوجوانان"[[85]](#footnote-86) و "پرسشنامه اضطراب بک برای نوجوانان"[[86]](#footnote-87) ، جهت بررسی نشانه های افسردگی و اضطراب را تکمیل کردند. سپس شرکت کنندگان به مدت 12 هفته و 3روز در هفته در کلاس یوگا برای 1 ساعت و 15 دقیقه شرکت کردند. داده های آزمایشگاهی و پرسشنامه ها مجددا در پایان مطالعه جمع آوری شده و توسط نرم افزار SPSS و آزمون تی زوجی دوطرفه تجزیه و تحلیل شد.از 14 شرکت کننده 11 نفر کاهش وزن داشته که متوسط کاهش وزن 2 کیلوگرم بود.وزن در یک نفر بدون تغییر و در 2 نفر افزایش یافت.کلسترول تام ازmg/dl 203 و222 به mg/dl 200 و 212 کاهش یافت. لیپوپروتئین با چگالی بالا از ml/dl64و 55 به ml/dl 66 افزایش یافت. سطح CRP از 9/5 به 7/2 و8/2 در 2 شرکت کننده کاهش یافت. در ابتدا 3 نفر عزت نفس پایین و 2 نفر عزت نفس خیلی پایین داشتند که در پایان مطالعه 4 نفر آنها بهبود یافتند. در مقابل 2 نفر از شرکت کنندگان در مقایسه با آغاز مطالعه عزت نفسشان کاهش یافت. 3 شرکت کننده ای که نشانه های افسردگی داشتند، پس از مطالعه بهبود یافتند. با این وجود در پایان مطالعه 2 نفر افزایش متوسط نشانه های افسردگی داشتند و 2 شرکت کننده با علائم اضطراب در ابتدا، در پایان مطالعه بهبود یافتند(Benavides and Caballero،2009).

**نقدپژوهش:** در این مطالعه روش مطالعه، نمونه­گیری، معیار­های ورود، معیارهای خروج و یافته های پژوهش به روشنی بیان شده است. جمع آوری اطلاعات با اهداف متناسب بوده است. محدودیت های مطالعه ذکر گردیده است. در این مطالعه شیوه تعیین روایی و پایایی ابزار مورد استفاده قید نشده است. تعداد نمونه­ها در این مطالعه کم می­باشد که میتواند تعمیم پذیری یافته­ها را با مشکل مواجه سازد. تنها وجه تشابه این مطالعه با مطالعه حاضر متغیر مستقل یعنی یوگا می باشد.

قنبری هاشم آبادی و سعادت مطالعه ای تحت عنوان "بررسی تأثیر حرکات ریتمیک یوگا بر تعاملات اجتماعی کودکان کم توان ذهنی مقطع ابتدایی" انجام دادند. این پژوهش به صورت نیمه تجربی انجام گرفت. نمونه ها شامل 12 دانش آموز7-10 سال کم توان ذهنی مقطع ابتدایی (پایه اول-پسر) تحت پوشش سازمان آموزش و پرورش استثنایی خراسان رضوی سال تحصیلی 87-86 بود که به روش نمونه گیری مبتنی برهدف انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه 6 نفره کنترل و مداخله تقسیم شدند. تعاملات اجتماعی کودکان قبل و بعد از مداخله با استفاده از "پرسشنامه رشد اجتماعی وایلند" سنجیده شد. مداخله شامل انجام تمرینات یوگا به مدت دو ماه و در 5 روز هفته، هر روز 45 دقیقه (10 دقیقه تمرینات تنفسی، 15 دقیقه تمرینات آرام جسمی، 15 دقیقه تمرینات وضعیت گزینی، 5 دقیقه تمرینات رهاسازی و تن آرامی) بود که به تدریج تمرینات پیچیده تر گردید. سپس میانگین نمره تعاملات اجتماعی در 8 بعد (خودیاری عمومی، خودیاری در لباس پوشیدن، خودیاری در غذا خوردن، ارتباط زبانی، خودگردانی، حرفه و کار، رفت و آمد، ارتباط اجتماعی) قبل و بعد از انجام حرکات یوگا با هم مقایسه شد. میانگین نمره کلی تعاملات اجتماعی نمونه ها پس از انجام حرکات یوگا بطور معناداری بیشتر از زمان قبل از انجام آن بود. همچنین نمره هریک از ابعاد تعاملات اجتماعی بطور معناداری بیشتر از زمان قبل از انجام حرکات یوگا بود.

**نقد پژوهش:** روش پژوهش به­درستي انتخاب و به طور كامل بيان شده­است. روش نمونه گیری مشخص است. يافته­هاي پژوهش به روشني بيان شده است. محدودیت های پژوهش به وضوح بیان شده است. روش انجام حرکات یوگا به طور واضح توضیح داده نشده است. به علت محدود بودن تعداد نمونه ها نتایج قابل تعمیم نیست. روایی و پایایی پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش مطرح نشده بود.

مطالعه ای توسط صراف و امامی در سال 1387 با عنوان"اثر روش های تمرینی آیروبیک و یوگا بر مؤلفه های خود توصیفی بدنی دانشجویان" انجام شد. روش مطالعه در اين پژوهش نيمه تجربي بوده وطرح تحقيق پيش آزمون پس آزمون چندگروهي است. بدین منظور تعداد150دانشجوی دختر غيرفعال دانشگاه فردوسي مشهدكه درطي دو سال گذشته درهيچ فعاليت بدني سازمان يافته اي شركت نداشتند، ازطريق يك فراخوان عمومی داوطلب شركت در اين تحقيق شدند .ازاين ميان به روش تصادفي ساده، تعداد 57 دانشجو با دامنه ي سني 19-25 سال كه تجربه اي در انجام تمرينات منتخب نداشتند و سلامت عمومي آنها توسط پزشك مورد تاييد قرار گرفت، انتخاب شدند. سپس به طورتصادفي و به تعدادمساوي به دوگروه تجربي آيروبيك، يوگا و يك گروه شاهدتقسيم شدند. همه ی شرکت کنندگان فرم رضايت آگاهانه ي كتبي را پيش از شركت در مطالعه تكميل كردند . براي اندازه گيري مولفه هاي خود توصيفي بدني از"پرسشنامه ي خود توصيفي بدني[[87]](#footnote-88)"PSDQ) ( استفاده شد. اعتبار ابزار با استفاده از تحليل عاملي تاييد و ثبات دروني آن با استفاده از روش آلفاي كرونباخ، 88/0 وضريب پايايي آن با استفاده ازآزمون مجدد، 78/0گزارش شده است. به منظورجمع آوري داده ها قبل از شروع برنامه هاي تمريني،"پرسشنامه ي خودتوصيفي بدني"[[88]](#footnote-89)بين تمام شرکت کنندگان درگروههاي مداخله و شاهد توزيع شد. سپس شرکت کنندگان در گروههاي مداخله به مدت10 هفته، 2جلسه درهفته،60 دقيقه در هرجلسه دربرنامه ي تمريني ويژه ي خود(یوگا و آیروبیک) شرکت کردند. افراد گروه شاهد، دراين مدت در هيچ فعاليت ورزشي منظمي شركت نكردند . درپايان10هفته تمرين درگروه هاي تجربي، مجددا پرسشنامه ي خودتوصيفي بدني، بين تمامي شرکت کنندگان در گروههاي مداخله و شاهد توزيع شد. به اين ترتيب داده هاپیش آزمون و پس آزمون جمع آوري و تجزیه و تحلیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحليل واريانس يك طرفه و براي تعيين محل اختلاف ازآزمون تعقيبي توكي استفاده شد. نتایج مطالعه نشان داد در پایان مداخله خودپنداره و مؤلفه های قدرت و فعالیت های بدنی در گروه یوگا نسبت به گروه شاهد به طور معنی داری بالاتر بود(05/0 P<). مؤلفه هماهنگی نیز در گروه یوگا و آیروبیک به طور معنی داری بالاتر از گروه شاهد بود(05/0 P<).

**نقد پژوهش:** نوع مطالعه، روش نمونه­گیری، ابزار گرد آوری داده­ها و نتایج مطالعه به روشنی بیان شده است. در مورد چگونگی تعیین روایی و پایایی ابزار توضیح داده شده است. تعداد نمونه­ها در این مطالعه کم می­باشد که میتواند تعمیم پذیری یافته­ها را با مشکل مواجه سازد. وجه تشابه این مطالعه با مطالعه حاضر متغیر مستقل یعنی یوگا می­باشد که در بیان مسئله پژوهش حاضر از مطالعه­ی فوق استفاده گردید.

2-2-1 نقد مطالعات و نتیجه گیری

اگر چه نتایج مطالعاتی مانند تلز و همکاران در سال( 2013 ) در کودکان سن مدرسه، نشان دهنده تأثیرات مثبت یوگا بر سلامت جسمانی، عملکرد شناختی و عاطفی و عزت نفس کودکان بود(Telles et al، 2013) ولی نتایج هیچ یک از مطالعات، تأثیرات یوگا را بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز شیانه روزی که ویژگی های و تجارب متفاوت داشته و در شرایط متفاوت و پرخطر نیز به سر می برند آشکار نساخته است. از تمامی مقالات نقد شده جهت بحث در مورد تأثیر یوگا بر کودکان استفاده شد. تنها مطالعه کالور از نظر روش شناسی تا حدودی به مطالعه حاضر شباهت داشت.

با توجه به پایین تر بودن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان ساکن در مراکز شبانه روزی نسبت به سایر کودکان و اهمیت ارتقائ آن در برنامه ریزی ارتقاء سلامت و پیشگیری از رفتار های پر خطر این گروه از کودکان، مطالعه ی حاضر با هدف تعیین تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بی سرپرست و بد سرپرست ساکن مراکز شبانه روزی انجام گردید.

**فصل سوم**

**روش پژوهش**

**مقدمه**

انتخاب روش تحقیق بستگی به هدف، ماهیت، موضوع و دامنه پژوهش دارد. محققان با انتخاب روش مطالعه و با پاسخگویی به سوالات و فرضیه های تحقیق به اهداف مطالعه دست پیدا می کنند. پژوهشگران با تعیین نوع مطالعه، روش و شیوه انجام مطالعه را مشخص می کنند(حجتی و همکاران،1393).

با توجه به اهمیتی که روش شناسی پژوهش دارد در این فصل به آن پرداخته می شود. روش شناسی در واقع پلی است بین مباحث نظری و عملی تحقیق، به این معنی که در فصول پیشین مطالعه چارچوب مفهومی و تحقیقات پیشین در رابطه با موضوع مورد مطالعه انجام شد. در این فصل روش تحقیق، جامعه پژوهشی، نمونه و روش نمونه گیری، ابزار گردآوری داده ها و روش تجزیه و تحلیل داده ها آورده شده است.

**3-1-نوع پژوهش**

پژوهش حاضریک مطالعه نیمه تجربی[[89]](#footnote-90)یک گروهی از نوع پیش آزمون و پس آزمون می باشد که در قالب طرح چند آزمون زمانی (قبل، حین، بعد) با یک گروه آزمودنی(عابد سعیدی و امیر علی اکبری، 1392) و با هدف تعیین تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز شبانه روزی انجام شد. مطالعه نیمه تجربی نوعی مطالعه مداخله ای است. در این مطالعه یک یا دوشرط مطالعه تجربی برقرار نمی شود. درمطالعه نیمه تجربی یک گروهی پیش آزمون وپس آزمون پژوهشگر تنها به بررسی اثر متغیر بر یک گروه آن هم گروه مداخله می پردازد(حجتی و همکاران،1393). در مطالعه حاضر متغير مستقل، انجام یوگا و متغیر وابسته، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می باشد.

**3-2-جامعه پژوهش**

جامعه پژوهش شامل کلیه مواردی است که دارای خصوصیات و ویژگی های مشترک و مورد نظر پژوهشگر باشند(Polit and Beck ،2012). جامعه پژوهش در برگیرنده تمامی افراد، حیوانات، گیاهان، اشیاء و تمامی چیزهایی است که دارای یک یا چند ویژگی مشترک هستند که نمونه مورد بررسی باید از بین آنها انتخاب شود. طوری که بعد از نمونه گیری بتوان نمونه را به جامعه بزرگتر تعمیم داد(حجتی و همکاران،1393).

در پژوهش حاضرجامعه پژوهش کلیه کودکان13-8 ساله ای می باشند که به هر دلیلی اعم از حوادث، مرگ و میر والدین، مجهول المکان بودن والدین، طلاق ، فقر و...توسط سازمان بهزیستی شهرستان اسفراین به عنوان بی سرپرست و بدسرپرست به مراکز نگهداری ارجاع داده شده اند و در حال حاضر ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی هستند.

3**-3 -نمونه پژوهش**

نمونه بخشی از جامعه است، در مفهوم متعارف بخشی از کل که خصوصیات آن کل را دارا باشد، نمونه می گویند(عابد سعیدی و امیرعلی اکبری،1392). به عبارتی نمونه، منتخبی از فراد یا عناصری است که در مطالعه گنجانده شده اند(گرو و گری، 1394).

در این مطالعه نمونه پژوهش شامل کلیه کودکان بی سرپرست و بد سرپرست 13-8 ساله ساکن مراکز شبانه روزی وابسته به اداره بهزیستی شهرستان اسفراین بود که دارای معیار های ورود به مطالعه بودند.

**3-4-روش نمونه گیری**

در این مطالعه همه کودکان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی کودکان شهرستان اسفراین وارد مطالعه شدند به عبارتی دیگر تمام شماری انجام شد و کودکانی که واجد شرایط و معیار های تعیین شده برای ورود به مطالعه بودند در مطالعه باقی ماندند.

**3-5-محیط پژوهش**

نواحی فیزیکی و موقعیت هایی که در آن جمع آوری داده های یک مطالعه صورت می گیرد محیط پژوهش نامیده می شود(دهقان نیری و همکاران،1393). به عبارت دیگر محیط پژوهش مکانی است که پژوهش در آن انجام میشود و بایستی به دقت توصیف و مشخص شود(Munhall ،2012) .محیط پژوهش در مطالعه حاضر، شامل دو مرکز دولتی نگهداری شبانه روزی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست(پسرانه امام حسن مجتبی(ع) و دخترانه شقایق) شهرستان اسفراین بود.

**3-6– ابزار گردآوری داده ها**

در این مطالعه، به منظور جمع آوری داده ها، از سه ابزاراستفاده گردید. ابزار های مورد استفاده شامل: "پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی " و " پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین[[90]](#footnote-91)" و"برگه ثبت انجام یوگا"بود.

1. **"پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی"**: شامل اطلاعاتی از قبیل سن کودک، وزن ، قد ، جنس، طول مدت حضور در مرکز، علت ورود به مرکز، اختلالات خواب، اختلالات اضطرابی و سابقه ی بیماری بر اساس مستندات موجود در پرونده کودکان در مراکز شامل: سرطان، هپاتیت، صرع، دیابت، فلج عضلانی، مشکلات قلبی عروقی، کم خونی، زخم معده، مشکلات تنفسی،مشکلات کلیوی، سردردهای میگرنی، سابقه سوگواری در 6 ماه اخیر، سابقه بستری در بیمارستان در 6 ماه اخیر، سابقه مصرف دارو، (جهت تعیین کودکان دارای معیارهای ورود به پژوهش) بود.
2. **"پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین":** این ابزار با استفاده از پروژه اروپایی «غربالگری و ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان و نوجوانان» که شامل 22296 کودک از 13 کشور اروپایی بود، ساخته شد. این ابزارخود گزارشی برای کودکان و نوجونان سالم و دارای بیماری مزمن 8 تا 18 ساله قابل کاربرد می باشد و از این ابزار می توان در بیمارستان ها، مراکز پزشکی و مدارس استفاده کرد. فرم 27 سوالی این پرسشنامه شامل پنج بعد می‌باشد که عبارتند از: 1- بهزیستی جسمی (5 سوال): سطوح فعالیت فیزیکی، انرژی و برازندگی را می سنجد. 2- بهزیستی روانی (7 سوال ): شامل هیجانات مثبت، رضایت از زندگی و احساساتی که از لحاظ هیجانی متعادل شده اند را می سنجد. 3- ارتباطات والدین و خودمختاری (7 سوال): ارتباط با والدین، جو حاکم بر خانه، داشتن آزادی کافی مرتبط با سن و درجه رضایت از منابع مالی را مورد بررسی قرار می دهد. 4- حمایت اجتماعی و همسالان (4 سوال): طبیعت ارتباطات پاسخ دهنده با سایر همسالان را بررسی می‌کند. 5- محیط مدرسه ( 4 سوال): ادراک کودک و نوجوان از ظرفیت شناختی، یادگیری و تمرکز و احساست راجع به مدرسه را بررسی می‌کند. این ابزار در مقیاس لیکرت 5 درجه ای هیچ گاه ( نمره 1) تا همیشه ( نمره 5) پاسخ داده می شود(پاسخ بعضی سوالات معکوس نمره دهی می گردد). با استفاده از این ابزارفراوانی رفتار و یا احساس و شدت نگرش در چارچوب زمانی گذشته( هفته قبل) به طور خود گزارشی نشان داده می شود و دامنه نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت 42-119 می باشد نمره بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر می باشد. اعتبار سازه" پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین-27گویه ای" (اعتبار همگرا) با استفاده از پرسشنامه" بررسی مشکلات و نقاط قوت کودکان و نوجوانان "[[91]](#footnote-92)، "پروفایل ناخوشی و سلامت کودک- نسخه نوجوان "[[92]](#footnote-93)، ابزار "کیفیت زندگی نوجوانان- فرم پایش"[[93]](#footnote-94)، "غربالگری کودکان دارای نیاز های مراقبت ویژه"[[94]](#footnote-95)،"مقیاس فراوانی ثروت خانواده"[[95]](#footnote-96)و پرسشنامه "کیفیت زندگی کودکان نسخه ی 4 مقیاس مرکزی عمومی-فرم خود سنجی"[[96]](#footnote-97) مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد که همبستگی بین مقیاس های "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین-27" با مقیاس های متناظر کیداسکرین-52 از63/0 تا 96/0 و ضریب تعیین از 39/0 تا 92/0 متغیر بود. همبستگی بین ابعاد " پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین-27"با سایر پرسشنامه های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که ساختار های مشابه را می سنجیدند متوسط تا بالا بود(بین 36/0 تا 63/0) The KIDSCREEN) Group،2004)، در ایران روایی و پایایی این ابزار طی پژوهشی بر روی 551 دانش آموز ایرانی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازندگی بین مدل مشخص شده و داده ‌ها بود(نیک آذین و همکاران،1391). همچنین نتایج اعتبار همگرا نیز نشان داد که رابطه بین ابعاد "پرسشنامه کیداسکرین-27" بجز بعد حمایت اجتماعی و همسالان، با ابعاد مشابه در سایر پرسشنامه ‌ها که ساختارهای مشابهی را می‌سنجیدند، در حد متوسط، قوی و معنادار بود(01/0p<). نتایج بررسی پایایی نشان داد که مقدار آلفای کرونباخ برای همه حیطه ها(به جز بعد محیط مدرسه) از میزان توصیه شده یعنی 70/0 بالاتر بوده و بدین ترتیب قابل قبول بود. همچنین ضرایب باز آزمایی(به فاصله دو هفته) برای تمام زیر مقیاس‌ها در حد قوی بود(01/0p<)(نیک آذین و همکاران، 1391).
3. **برگه ثبت انجام یوگا:** در این پژوهش به منظور بررسی انجام یوگا، از برگه ثبت استفاده شد. این برگه به مدت 8 هفته، پس از هر بار انجام یوگا توسط مشارکت کنندگان در پژوهش تکمیل شد. در این برگه نمونه ها تاریخ و زمان انجام یوگا و طول مدت زمان انجام آن را گزارش کردند.

**3-7-نحوه روایی ابزار گرد آوری داده**

به منظور تعیین روایی "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین" ، از روش تعیین روایی محتوا کیفی و روایی صوری[[97]](#footnote-98) استفاده شد.

روایی محتوی، اندازه گیری میزانی است که در ارتباط با پوشش کافی حیطه محتوایی می باشد(Polit and Beck ،2012) روایی محتوی باید از سه منبع حاصل شود که شامل: 1) متون و مطالعات 2) ارائه به افراد کارشناس و متخصص 3) افراد مورد مطالعه می باشد( برنز و گرو،1388). جهت تعیین روایی محتوا کیفی، ابزار فوق در اختیار 10نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و صاحب نظران در زمینه سلامت نوجوانان و بهداشت روان و همچنین طب مکمل قرار داده شد و از آنها خواسته شد که با توجه به اهداف مشخص کنند آیا سوالات پرسشنامه صفت مورد نظر را اندازه گیری می کند یا خیر و عبارات از نظر مربوط بودن توسط صاحب نظران مورد بررسی و قضاوت قرار گرفت و نظرات مستند صاحبنظران بدون حذف هیچ عبارتی اعمال شد.

روایی صوری اشاره می کند که آیا ابزار از نظر ظاهری و نگارشی با مفهومی که اندازه می گیرد ، متناسب می باشد یا خیر؟( Polit and Beck ، 2012) و جهت تعیین روایی صوری و توجه به ویژگی های ظاهری پرسشنامه، علاوه بر نظر صاحب نظران، ابزار در اختیار15نفر از کودکان ساکن مراکز بهزیستی قرار گرفت و نظرات آنان در زمینه روان بودن و ساده بودن لحاظ شد.

**3-8-تعیین پایایی ابزار مورد استفاده**

برای تعیین پایایی ابزار "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین" از شیوه تعیین همسانی درونی(محاسبه ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه عبارت بود از: بعد بهزیستی جسمی 84/0، بعد بهزیستی روانی 39/0 بعد ارتباط والدین و خودمختاری 82/0، بعد حمایت اجتماعی و همسالان 71/0 ، بعد محیط مدرسه 80/0، و در نهایت مقدار آلفای کرونباخ کلی برابر با 90/0بود.

**3-9-معیارهای ورود به مطالعه**

کودکانی در پژوهش وارد شدندکه:

بر اساس پرونده موجود در مراکز، نقص جسمی، سابقه بیماری روانی و عقب ماندگی ذهنی، سابقه بیماریهای مختلف (سرطان، هپاتیت، صرع، دیابت، فلج عضلانی، مشکلات قلبی عروقی، کم خونی، زخم معده، مشکلات تنفسی، مشکلات کلیوی، سردردهای میگرنی) نداشتند و از بهره هوشی نرمال برخوردار بودند. بیش از یکسال ساکن مراکز شبانه روزی بودند. سابقه مصرف داروی خاصی را نداشتند. در 6 ماه گذشته سابقه سوگواری، بستری در بیمارستان و دریافت خدمات روان پزشکی نداشتند.

**3-10-معیارهای خروج از مطالعه**

عدم حضور در جلسات آموزشی، عدم تمایل برای ادامه ی همکاری درطول مطالعه، شرکت در هر گونه کلاس مشاوره با روانپزشکان که امکان تأثیر بر متغیر روانی مطالعه را دارد، بیماری و بستری در بیمارستان در حین مداخله و انتقال به خانواده جایگزین.

**3-11-روش اجرای مطالعه**

در ابتدا پژوهشگر طبق راهنمایی استاد مشاور جناب آقای دکتر کیارش ساعتچی به موسسه دانش یوگا مراجعه نموده و در کلاس یوگا ویژه کودکان تحت تعلیم مربی یوگا ویژه کودکان ثبت نام نمود. برنامه آموزش به صورت روزانه صبح ها 2 ساعت آموزش تئوری به شکل خصوصی و عصرها 4 ساعت آموزش عملی همراه با کودکان بود. برنامه آموزشی بنا به صلاح دید مربی به مدت یک ماه انجام شد و در هفته آخر کلاس یوگا ویژه کودکان توسط پژوهشگر آغاز و اداره می شد و در نهایت تاییده انجام یوگا ویژه کودکان توسط مربی و موسسه دانش یوگا برای پژوهشگر صادر گردید و به تایید استاد مشاور رسید.

بعد از یادگیری کامل برنامه یوگا ویژه کودکان و پس از دریافت کد اخلاق در پژوهش از کمیته پژوهش دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی و دریافت معرفی نامه جهت نمونه گیری پژوهشگر اقدام به نمونه‌گیری در مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین نمود.

پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز کتبی از معاونت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشگر به سازمان بهزیستی استان خراسان شمالی مراجعه نموده و ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش ، نحوه اجرای مداخله برای ریاست سازمان، ریاست حراست، مسوول کانون شبه خانواده استان، معرفی نامه و مجوز جهت ورود و انجام مداخله در مراکز نگهداری شبانه روزی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست شهرستان را دریافت نمود. پس از آن پژوهشگر به ادراه بهزیستی شهرستان اسفراین مراجعه نمود و در جلسه ای متشکل از ریاست اداره، ریاست حراست، مسوول کانون شبه خانواده شهرستان، پس از بیان اهداف و نحوه انجام مداخله و امضای تعهد کتبی مبنی بر عدم فیلم برداری و عکاسی از کودکان پس از یک ماه مجوز ورود و نمونه گیری در مرکز نگهداری شبانه روزی دخترانه شقایق و پس از 2 ماه مجوز ورود به مرکز نگهداری شبانه روزی پسرانه امام حسن مجتبی (ع) را دریافت نمود. شهرستان اسفراین دارای 2 مرکز نگهداری شبانه روزی دولتی دخترانه و پسرانه است. پژوهشگر با مراجعه به این مراکز با مسئولین و مراقبین مراکز درمورد پژوهش مربوطه صحبت کرده و از آنها خواست که جلسه ای را جهت معارفه و آشنایی کودکان با پژوهش و اهداف آن برنامه ریزی نمایند. در این جلسه پژوهشگر ضمن معرفی خود و آشنایی با کودکان، توضیحاتی در مورد روش اجراء و هدف ازانجام تحقيق، فوايد، ماهيت و مدت تحقيق را به ميــزاني كه با آزمودني ارتباط دارد ارائه داد و به سؤالات کودکان پاسخ هاي قانع كننده داده شد. بیشتر سوالات راجع به فواید انجام یوگا بود. به کودکان اعلام شد كه مي تواند در هر زمان كه مايل باشد از شركت در تحقيق منصرف شود. ، رضایت نامه شفاهی از کودکان اخذ شد و به آنان در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد سپس پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی برای کودکانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، توسط پژوهشگر تکمیل شد. پس از تکمیل این پرسشنامه، پژوهشگر با استفاده از اطلاعات بدست آمده و همچنین پرونده سلامت کودکان داوطلب، کودکان واجد شرایط ورود به مطالعه رامشخص نمود. که در مجموع 17 کودک دختر واجد شرایط مطالعه بودند که 15 نفراز آنها تمایل به شرکت در مداخله را داشتند و از بین 15 کودک پسر واجد شرایط 12 کودک داوطلب شرکت بودند. سپس از کلیه کودکان و همچنین مدیران فنی مراکز رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش اخذ شد."پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین"پیش از شروع مداخله در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و توضیحاتی در مورد نحوه تکمیل آن توسط پژوهشگر ارائه شد. پس از تکمیل پرسشنامه هاآموزش کودکان در مورد نحوه انجام یوگا به صورت گروهی(متشکل از 15 کودک دختر 13-8 سال در مرکز دخترانه و 12 کودک پسر13-8 در مرکز پسرانه) در سالن ورزش مراکز توسط پژوهشگر انجام شد. از کودکان خواسته می شود که به مدت 8 هفته و 5 روز در هفته(2 جلسه تمرین درسالن ورزش مرکز در حضور پژوهشگر و 3 جلسه در غیاب پژوهشگر)، یکبار در طول روز را انجام دهند و سپس در برگه ثبت انجام یوگا روزهای هفته و مدت زمان انجام یوگا در هر روز را یادداشت نمایند. هر جلسه تمرین شامل 10 دقیقه تمرینات تنفسی،15 دقیقه تمرینات آرام جسمی، 15 دقیقه تمرینات وضعیت گزینی، 5 دقیقه تمرینات رها سازی و تن آرامی بود و به تدریج تمرینات پیچیده تر گردید(قنبری هاشم آبادی و سعادت، 1389). پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین حین مداخله(پایان هفته چهارم)، بلافاصله پس از پایان مداخله، یک هفته و سپس یک ماه بعد از مداخله توسط شرکت کنندگان تکمیل شد.

جلسات آموزشی در گروه مداخله به صورت زیربود:

**جلسه ی اول:** در ابتدا جلسه ای با هدف آشناسازی کودکان با تمرینات تعدیل شده یوگا و اثرات سودمند آن و جلب مشارکت فعال کودکان برای انجام تمرینات و استمرار و مداومت اجرای آن در طول انجام طرح برگزار شد. در این جلسه از روش سخنرانی، ارائه تصاویرآموزشی از کتاب و مجله یوگا ویژه کودکان متعلق به موسسه دانش یوگا زیر نظر کانون یوگا تهران استفاده شد. سپس "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین" جهت تکمیل در اختیار کودکان قرار گرفت. در انتهای جلسه، تصاویر آموزشی روش انجام یوگا در اختیار کودکان قرار گرفت و پوسترهایی از تصاویر آموزشی در سالن ورزش نصب شد. در ادامه از کودکان خواسته شد تا دیدار دوباره هم در جلسه بعد از صفات مقابل مهربانی(خشم) دوری گزینند و همیشه لبخند داشته باشند و تا می توانند مهربانی و لبخند را به خود و اطرافیان هدیه دهند و بجای افکار سرگردان و یا فکر کردن درباره تجربیات منفی تفکراتشان را روی یک موضوع یا تجربه خوب متمرکز کنند.

**جلسه دوم:** در این جلسه اتاق ورزش مرکز جهت شروع کار انتخاب و تمرین عملی یوگا آغاز شد. اتاق ورزش مراکز که دارای پنجره های جهت ورود هوای تازه بود که یکی از پنجره ها حین انجام تمرینات باز می شد. دارای لامپ های کم نور بود که تعدادی از آن ها حین انجام آرام سازی خاموش می شد. موسیقی ملایم ویژه یوگا که از موسسه دانش یوگا تهیه شده بود جهت ایجاد آرامش توسط دستگاه پخش صدا در طول جلسه پخش می شد. به دلیل نداشتن کفپوش مناسب پتوهایی نازک جهت جلوگیری از سر خوردن کودکان حین تمرین روی زمین پهن شده بود. در این جلسه نیز از سخنرانی، تصاویر آموزشی استفاده شد. به کودکان توضیح داده می شود که بهتر است هنگام انجام تمرین های یوگا معده و مثانه خالی باشد(تمرینات تقریبا 2 ساعت قبل از وعده های اصلی غذا ساعت 17 آغاز می شد)، لباس راحت و کشسانی بپوشند که در آن بتوانند به راحتی نفس بکشند و عضلاتشان آرام تحت کشش قرار گیرد. گیره سر، جواهر، عینک و دیگر چیزهایی که ممکن است هنگام تمرین به آنها آسیب برساند کنار بگذارند. با پای برهنه تمرین انجام می شود. پتویی سبک و لباس و جوراب گرم را کنار دستشان بگذارند تا در مرحله استراحت انتهای تمرین آنها را بپوشند. به آنها آموزش داده می شود در هنگام تمرین، باید بطور منظم نفس بکشند و هر حرکتی را به دقت مورد توجه قرار دهند. درحالی که به آرامی نفس می کشند چند ثانیه(در حدود دو دم و بازدم) در همان وضعیت باقی بمانند و برای بازگشت به وضعیت نخست آماده شوند و به آرامی عمل نمایند و قبل از شروع حرکت بعدی مدت کوتاهی استراحت کنند. در پایان جلسه برگه ثبت انجام یوگا به کودکان داده شد و نحوه تکمیل آن، آموزش داده شد.

**جلسه ی سوم تا شانزدهم:**

در جلسه سوم تمرینات یوگا آغاز شد. کودکان در ردیف های 7 نفره و روبروی پژوهشگر ایستادند. کلاس با تمرینات ایستاده گرم کننده عضلات آغاز شد. و پس از آن چندین حرکت یوگا ایستاده اجرا شد و کودکان عین حرکات را تکرار میکردند و سپس پژوهشگر با قدم زدن در بین کودکان اشکالات وضعیت گزینی حرکات را رفع می کرد و توضیحات را ارائه می نمود. سپس حرکات نشسته یوگا انجام شد و 5 دقیقه آخر آرام سازی با هدایت افکار کودکان آغاز شد و جلسه پایان یافت.

پس ازاین جلسات، پژوهشگر با مشاهده حرکات انجام شده توسط کودکان با درخواست از اجرای آن برای سایر کودکان به صورت نوبتی از توانایی کودکان در انجام یوگا و اطمینان حاصلکرد و جهت اطمینان از انجام یوگا 3 با در هفته توسط خود کودکان و در غیاب پژوهشگر وتکمیل برگه ثبت یوگا، با مربیان مرکز که به صورت 24 ساعته حضور داشتند تماس می گرفت. سپس یوگا به مدت 8 هفته و 5 روز در هفته(2 جلسه تمرین درسالن ورزش مرکز در حضور پژوهشگر و 3 جلسه در محیط مراکز در غیاب پژوهشگر) انجام شد و به تدریج حرکات پیچیده تر شد. در هفته 4 و هفته 8 پس از انجام این مداخله، بار دیگر "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین"توسط کودکان تکمیل گردید و در نهایت، یک هفته و چهار هفته پس از پایان مداخله، بار دیگر "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین"توسط کودکان تکمیل گردید.

پس از گذشت 2 ماه و مراجعات مکرر به ادراره بهزیستی و جلسه با مسوول حراست و مسوول کانون شبه خانواده پژوهشگر مجوز و معرفی نامه جهت انجام مداخله و نمونه گیری در مرکز نگهداری شبانه روزی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست پسرانه امام حسن مجتبی را دریافت نمود. و مراحل نمونه گیری و انجام مداخله همانند مرکز دخترانه شقایق بود. بنا به دلایل اخلاقی و رعایت قوانین مرکز پژوهشگر جهت انجام مداخله با رعایت پوشش کامل در دو روز دوشنبه و چهارشنبه ساعت 16 جهت انجام مداخله به مرکز مراجعه نمود. در مجموع 12 کودک از 15 کودک 13-8 ساله پسر داوطلب شرکت در مداخله شدند. در مجموع در ابتدا 27 کودک( 15دختر و 12 پسر) از 32 کودک ساکن مراکز، واجد معیار های ورود به مطالعه بودند که در مطالعه شرکت داده شدند. دو کودک( یک پسر و یک دختر) در جلسات سوم، چهارم مداخله از ادامه حضور در مطالعه خود داری کردند و در مجموع 25 کودک( 14 دختر و 11 پسر) در مطالعه باقی ماندند.

**3-12-روش تجزیه و تحلیل داده ها**

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش 16 انجام شد. متغیرهای کمی به صورت میانگین (انحراف معیار) و متغیرهای کیفی به صورت فراوانی(درصد) گزارش شدند. به منظور بررسی کیفیت زندگی کودکان در قبل، حین و بعد از مداخله یوگا از تحلیل اندازه‌های تکراری استفاده شد. سطح معنی‌داری برابر با 5 درصد در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر هر سوال پرسشنامه دارای نمره 1 تا 5 بود که متناسب به هر پاسخ به نمونه داده می شد و نمره هر بعد از جمع نمرات سوالات مربوط به بعد بدست آمد و جهت تحلیل وضعیت هر بعد با توجه به متفاوت بودن تعداد سوالات و جهت همگن سازی نمرات بر اساس یک مقیاس این متغیرها تبدیل شد و نمرات ابعاد در 5 طبقه دسته بندی شد و درجات عالی و ... و ضعیف به نمرات 5 و ... و 1 داده شد. جهت تحلیل استنباطی ابعاد مجدد به صورت کمی در نظر گرفته شدند.

* 1. **-ملاحظات اخلاقی**

این پژوهش در کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تاریخ12/5/1395 ir.sbmu.phnm.1395.455)) تأیید و در مرکز کارآزمایی بالینی ایرانIRCT)) با شماره IRCT201310059798N3)) ثبت شده است.

1. براساس کد 1 راهنمای عمومی اخلاق در پژوهشهای علوم پزشکی، هدف اصلی پژوهش ارتقای سلامت نمونه ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان بود.
2. براساس کد 2 راهنمای عمومی اخلاق در پژوهشهای علوم پزشکی، به ایمنی واحدهای پژوهش در طول و بعد از اجرای پژوهش، بر تمامی مصالح دیگر اولویت داده شد.
3. اجازه­نامه کتبی انجام مطالعه از معاون محترم آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اخذ شد.
4. معرفی­نامه کتبی از مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اخذ شد..
5. اجازه انجام مطالعه از ریاست سازمان، ریاست حراست، مسوول کانون شبه خانواده استان خراسان شمالی اخذشد..
6. اجازه انجام مطالعه ازریاست سازمان، ریاست حراست، مسوول کانون شبه خانواده شهرستان اسفراین اخذ شد.
7. در راستای کد 13 راهنمای عمومی اخلاق در پژوهشهای علوم پزشکی، رضایت آگاهانه و آزادانه از واحدهای پژوهش کسب گردید.
8. براساس کد 25 راهنمای عمومی اخلاق در پژوهشهای علوم پزشکی، پژوهشگر مسؤول رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنیها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن است. همچنین، پژوهشگرحریم خصوصی آزمودنیها در طول پژوهش را رعایت نمود.
9. اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای کلیه واحدهای پژوهشتوضیح داده شد.
10. درباره داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش به واحدهای مورد پژوهش توضیح داده شد.
11. نحوه‌ی ارائه‌ی گزارش يا اعلام نتيجه‌ی تحقيقات، متضمن رعايت حقوق مادی و معنوی عناصر ذيربط(آزمودنی پژوهشی، پژوهش و سازمان مربوطه)‌ می باشد.
12. براساس کد 27 راهنمای عمومی اخلاق در پژوهشهای علوم پزشکی، در پایان پژوهش، هر فردی که

بهعنوان آزمودنی به مطالعه وارد شده است، این حق را دارد که درباره ی نتایج مطالعه آگاه شود.

1. رعایت امانت در جمع آوری اطلاعات و بهره گیری از کتب و مقالات صورت گرفت. مطالب علمی با ذکر منبع اصلی ذکر شد. انجام روش پژوهش مغایر با موازین دینی و فرهنگی شرکت کنندگان در پژوهش نیست.

**3-14- محدودیت های پژوهش**

در مطالعه حاضر به سبب محدود بودن تعداد کودکان در مراکز نگهداری شبانه روزی که واجد شرایط مطالعه باشند امکان انتخاب گروه کنترل وجود نداشت. پژوهشگر تلاش نمود که بر روی محرمانه ماندن داده ها و بدون نام بودن پرسشنامه ها تأکید نماید ولی ممکن بود پاسخ مشارکت کنندگان به سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی، غیر واقعی باشد که خارج از کنترل پژوهشگر بود.

کمبود مطالعات پژوهشی در زمینه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بی سرپرست و بدسرپرست در کنار دست یابی به منابع معتبر، یکی از محدودیت های جدی در این زمینه بود. ازآنجاکه مشارکت کنندگان محدودبه مراکزشبانه روزی دولتی بودند، امکان تعمیم داده هابه مراکزغیردولتی نیز امکانپذیرنمی باشد. باتوجه به مقررات مراکز امکان خارج شدن کودکان از محیط مراکز و برقراری کلاس های یوگا در باشگاه نبود. این مسأله ممکن است پاسخ کودکان به سوالات را تحت تأثیرقرارداده باشد. همچنین حضور مربیان مراکز در کلاس های یوگا و تحت نظر قرار دادن آنها نیز می تواند در نتاج تأثیر گذار باشد.

از سویی دیگر با توجه به تصمیمات مسوول مرکز شبه خانواده برگزاری کلاس های یوگا فقط در عصرها ساعت4-6 امکان پذیر بود که با فاصله کوتاهی پس از پایان کلاس های درسی مدرسه بود .این موضوع نیز می تواند بر تمرکز کودکان در انجام تمرینات و نیز پاسخگویی به سوالات تأثیر گذار باشد.

**فصل چهارم**

**یافته های پژوهش**

**مقدمه**

تجزیه و تحلیل داده ها از اصلی ترین و مهم ترین بخش های یک پژوهش محسوب می شود. از آنجا که پژوهش حاضر به بررسی تعیین تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین می پردازد، در این فصل به بررسی نتایج حاصل از نمونه 25 نفری (14 دختر و 11 پسر) که توسط "پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کید اسکرین[[98]](#footnote-99)"مورد ارزیابی قرار گرفته اند، در 5 مرحله‌ی پیش از مداخله(استفاده از یوگا)، در حین مداخله، بلافاصله بعد از پایان مداخله، یک هفته و یک ماه بعد از پایان مداخله پرداخته شده است، داده ها توسط نرم افزار SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج در دو سطح آمارتوصیفی و استنباطی ارائه شده است.

**4-1- توصیف داده‌ها**

توصیف کودکان بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک

**جدول 4- 1: ویژگی های جمعیت شناسی کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین1395**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| فراوانی(%) | طبقه بندی | متغیرها |
| (56)14 | پسر | جنس |
| (44)11 | دختر |
| (32)8 | 10-8 | سن(سال) |
| (68)17 | 13-11 |
| (60)15 | 3-1 | طول مدت حضور در مرکز(سال) |
| (36)9 | 6-4 |
| (4)1 | 9-7 |
| (16)4 | بله | اختلالات خواب |
| (84)21 | خیر |
| (76)19 | بله | اختلالات اضطرابی |
| (24)6 | خیر |
| (12)3 | فوت پدر(عدم صلاحیت مادر) | علت ورود به مرکز |
| (64)16 | عدم صلاحیت والدین |
| (24)6 | طلاق والدین |
| (38/10)27/77 | میانگین(انحراف معیار) | شاخص توده بدنی |

طبق جدول فوق بیشتر کودکان مشارکت کننده (56درصد) دختر بودند. بیشترین نمونه ها در محدوده سنی 11-13 سال بودند(68درصد). طول مدت حضور بیشتر کودکان در مرکز درطیف 3-1 سال(60درصد) بود.

تعداد محدودی از آنها( 84 درصد) مبتلا به اختلالات خواب بوده و بیشترشان(76%) از اختلالات اضطرابی رنج می بردند. همچنین این جدول نشان می دهد که بیشترین علت حضور کودکان در مراکز نگهداری شبانه روزی عدم صلاحیت والدین (64درصد) بود. میانگین(انحراف معیار)شاخص توده بدنی77/27(38/10) بود.

**جدول 4-2: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد پنجگانه آن در کودکان مورد مطالعه در مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نمره کل / ابعاد پرسشنامه | پیش از مداخله | حین مداخله | بلافاصله پس از مداخله | یک هفته پس از مداخله | یک ماه پس از مداخله |
|  | M(+\_SD) | M(+\_SD) | M(+\_SD) | M(+\_SD) | M(+\_SD) |
| کیفیت زندگی | 30/68 (25/16) | 93/71 (04/11) | 41/72 (78/13) | 05/67 (20/14) | 35/67 (37/18) |
| بهزیستی جسمی | 62/12(21/4) | 51/14(61/2) | 60/14(49/2) | 18/13(93/3) | 51/13(69/3) |
| بهزیستی روانی | 10/18(48/3) | 48/17(03/3) | 40/18(73/3) | 48/17(69/3) | 88/16(38/4) |
| ارتباط والدین و خودمختاری | 60/17(26/5) | 07/18(79/4) | 87/18(12/5) | 20/16(04/5) | 91/16(30/5) |
| حمایت اجتماعی و همسالان | 83/9(26/3) | 51/10(89/2) | 42/10(93/2) | 77/9(17/3) | 89/9(48/3) |
| محیط مدرسه | 13/10(59/3) | 37/11(26/2) | 10/10(82/2) | 40/10(18/3) | 13/10(75/3) |

جدول فوق نشان میدهد میانگین نمره کیفیت زندگی از قبل( 30/68) تا بلافاصله بعد از مداخله(41/72 ) افزایش داشته است ولی در طول یک هفته و یک ماه پس از مداخله کاهش کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین میانگین نمره ابعاد بهزیستی جسمی، بهزیستی روانی، ارتباط والدین و خودمختاری و حمایت اجتماعی و همسالان از قبل تا بلافاصله بعد از مداخله افزایش داشته است ولی در طول یک هفته و یک ماه پس از مداخله کاهش یافت. اما در بعد محیط مدرسه میانگین نمره از قبل تا حین مداخله افزایش یافته ولی بلافاصله بعد از مداخله و در طول یک هفته و یک ماه پس از آن کاهش یافته است.

**جدول 4-3: نتایج آزمون شپیرو-ویلک به منظور بررسی نرمالیتی نمره کیفیت زندگی و ابعاد پنجگانه آن در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کیفیت زندگی و ابعاد آن | | پیش از مداخله | حین مداخله | بلافاصله پس از مداخله | یک هفته پس از مداخله | یک ماه پس از مداخله |
| کیفیت زندگی | آماره آزمون | 968/0 | 969/0 | 963/0 | 979/0 | 911/0 |
| p-مقدار | 603/0 | 619/0 | 481/0 | 865/0 | 032/0 |
| بهزیستی جسمی | آماره آزمون | 944/0 | 945/0 | 943/0 | 945/0 | 923/0 |
| p-مقدار | 182/0 | 193/0 | 178/0 | 192/0 | 059/0 |
| بهزیستی روانی | آماره آزمون | 981/0 | 942/0 | 959/0 | 977/0 | 937/0 |
| p-مقدار | 902/0 | 162/0 | 391/0 | 809/0 | 128/0 |
| ارتباط والدین و خودمختاری | آماره آزمون | 956/0 | 962/0 | 930/0 | 959/0 | 900/0 |
| p-مقدار | 339/0 | 451/0 | 085/0 | 388/0 | 018/0 |
| حمایت اجتماعی و همسالان | آماره آزمون | 947/0 | 955/0 | 951/0 | 959/0 | 936/0 |
| p-مقدار | 213/0 | 324/0 | 262/0 | 399/0 | 119/0 |
| محیط مدرسه | آماره آزمون | 935/0 | 932/0 | 962/0 | 934/0 | 929/0 |
| p-مقدار | 113/0 | 098/0 | 455/0 | 107/0 | 08/0 |

طبق جدول 4-3، بر اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، کیفیت زندگی و ابعاد پنجگانه آن در زمان‌های پیش از مداخله، حین مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یک هفته بعد از مداخله دارای توزیع نرمال بودند. در زمان یک ماه بعد از مداخله، کیفیت زندگی و بعد ارتباط والدین و خودمختاری دارای توزیع نرمال نبودند ولی سایر ابعاد دارای توزیع نرمال بودند(05/0<p). مقدار چولگی و کشیدگی کیفیت زندگی و بعد ارتباط والدین و خودمختاری در زمان یک ماه بعد از مداخله در فاصله (2,2-) بود که نشان می دهد که چولگی و کشیدگی از حالت نرمال خیلی فاصله ندارد لذا انحراف کیفیت زندگی و بعد ارتباط والدین و خودمختاری از توزیع نرمال زیاد نیست بنابراین تحلیل پارامتری برای آنها در نظر گرفته شد.

**جدول 4-4: توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی پیش از مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مقیاس ها  ابعاد | عالی | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف |
| فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
| بهزیستی جسمی | 8 (32) | 5 (20) | 7 (28) | 3 (12) | 2 (8) |
| بهزیستی روانی | 2 (8) | 12 (48) | 8 (32) | 3 (12) | 0 (0) |
| ارتباطات والدین و خودمختاری | 4 (16) | 9 (36) | 9 (36) | 0 (0) | 3 (12) |
| حمایت اجتماعی و همسالان | 10 (40) | 3 (12) | 8 (32) | 2 (8) | 2 (8) |
| محیط مدرسه | 11 (44) | 3 (12) | 7 (28) | 1 (4) | 3 (12) |

طبق جدول 4-4، بالاترین درجه مشاهده شده در بعد بهزیستی جسمی درجه عالی با 32درصد(8 نفر)، در بعد بهزیستی روانی درجه خیلی خوب با 48 درصد(12 نفر) ، در بعد ارتباطات والدین و خودمختاری درجه خیلی خوب و خوب هر کدام با 36درصد(9 نفر)، در بعد حمایت اجتماعی و همسالان درجه عالی با 40 درصد(10 نفر) و در بعد **محیط مدرسه** درجه عالی با 44درصد(11 نفر) بود.

**جدول4-5: توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی حین مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مقیاس ها  ابعاد | عالی | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف |
| فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
| بعدبهزیستی جسمی | 11 (44) | 10 (40) | 2 (8) | 2 (8) | 0 (0) |
| بعد بهزیستی روانی | 2 (8) | 7 (28) | 14 (56) | 2 (8) | 0 (0) |
| بعد ارتباطات والدین و خودمختاری | 6 (24) | 5 (20) | 11 (44) | 2 (8) | 1 (4) |
| بعد حمایت اجتماعی و همسالان | 10 (40) | 7 (28) | 6 (24) | 1 (4) | 1 (4) |
| بعد محیط مدرسه | 9 (36) | 12 (48) | 4 (16) | 0 (0) | 0 (0) |

طبق جدول 4-5، بالاترین درجه مشاهده شده در بعد بهزیستی جسمی درجه عالی با 44درصد(11نفر)، در بعد بهزیستی روانی درجه خوب با56درصد(14نفر)، در بعد ارتباطات والدین و خودمختاری درجه خوب با44درصد(11نفر)، در بعد حمایت اجتماعی و همسالان درجه عالی با 40 درصد(10 نفر) و در بعد محیط مدرسه درجه عالی با 48 درصد(12نفر) بود.

**جدول 4-6: توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگیبلافاصله بعد از پایان مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مقیاس ها  ابعاد | عالی | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف |
| فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
| بعدبهزیستی جسمی | 12 (48) | 7 (28) | 6 (24) | 0 (0) | 0 (0) |
| بعد بهزیستی روانی | 5 (20) | 5 (20) | 13 (52) | 2 (8) | 0 (0) |
| بعد ارتباطات والدین و خودمختاری | 7 (28) | 6 (24) | 7 (28) | 5 (20) | 0 (0) |
| بعد حمایت اجتماعی و همسالان | 10 (40) | 7 (28) | 5 (20) | 2 (8) | 1 (4) |
| بعد محیط مدرسه | 6 (24) | 11 (44) | 5 (20) | 2 (8) | 1 (4) |

طبق جدول 4-6، بالاترین درجه مشاهده شده در بعدبهزیستی جسمی درجه عالی با 48 درصد(12نفر) درصد، در بعد بهزیستی روانی درجه خوب با 52 درصد(13 نفر) ، در بعد ارتباطات والدین و خودمختاری درجه عالی و خوب هر کدام با 28 درصد(7 نفر) ، در بعد حمایت اجتماعی و همسالان درجه عالی با 40 درصد(10 نفر) و در بعد **محیط مدرسه** درجه عالی با 44(11 نفر) درصد بود.

**جدول 4-7: توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی یک هفته پس از پایان مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مقیاس ها  ابعاد | عالی | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف |
| فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
| بعدبهزیستی جسمی | 10 (40) | 4 (16) | 8 (32) | 2 (8) | 1 (4) |
| بعد بهزیستی روانی | 3 (12) | 8 (32) | 11 (44) | 3 (12) | 0 (0) |
| بعد ارتباطات والدین و خودمختاری | 2 (8) | 6 (24) | 13 (52) | 1 (4) | 3 (12) |
| بعد حمایت اجتماعی و همسالان | 9 (36) | 4 (16) | 6 (24) | 5 (20) | 1 (4) |
| بعد محیط مدرسه | 11 (44) | 5 (20) | 4 (16) | 4 (16) | 1 (4) |

طبق جدول 4-7، بالاترین درجه مشاهده شده در بعد بهزیستی جسمی درجه عالی با 40 درصد(10نفر) درصد، در بعد بهزیستی روانی درجه خوب با 44 درصد(11 نفر) ، در بعد ارتباطات والدین و خودمختاری درجه خوب با 52 درصد(13 نفر) ، در بعد حمایت اجتماعی و همسالان درجه عالی با 36 درصد(9 نفر) و در بعد محیط مدرسه درجه عالی با 44(11 نفر) درصد بود.

**جدول 4-8: توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی یک ماه پس از پایان مداخله در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مقیاس ها  ابعاد | عالی | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف |
| فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
| بعدبهزیستی جسمی | 11 (44) | 6 (24) | 5 (20) | 1 (4) | 2 (8) |
| بعد بهزیستی روانی | 2 (8) | 10 (40) | 9 (36) | 2 (8) | 2 (8) |
| بعد ارتباطات والدین و خودمختاری | 2 (8) | 10 (40) | 9 (36) | 1 (4) | 3 (12) |
| بعد حمایت اجتماعی و همسالان | 9 (36) | 6 (24) | 6 (24) | 0 (0) | 4 (16) |
| بعد محیط مدرسه | 9 (36) | 7 (28) | 3 (12) | 3 (12) | 3 (12) |

طبق جدول 4-8، بالاترین درجه مشاهده شده در بعد بهزیستی جسمی درجه عالی با 44 درصد(11نفر)، در بعد بهزیستی روانی درجه خیلی خوب با 40 درصد(10 نفر) ، در بعد ارتباطات والدین و خودمختاری درجه خوب با 40 درصد(10 نفر) ، در بعد حمایت اجتماعی و همسالان درجه عالی با 36 درصد(9 نفر) و در بعد محیط مدرسه درجه عالی با 36(11 نفر) درصد بود.

**4-2-آمار استنباطی**

جهت استفاده از آزمون های پارامتری می بایست داده ها نرمال و واریانس خطای آنها ثابت باشد در غیر اینصورت می بایست یا غیر نرمال بودن و عدم ثبات واریانس را به شیوه های علمی و مشخص اصلاح نمود و یا از آزمون های ناپارامتری استفاده کرد. لازم به ذکر است که آزمون های پارامتری از اطمینان بیشتری نسبت به آزمون های ناپارامتری برخوردارند(توان بالاتری دارند). همانطور که در فصول گذشته اشاره شد روش تحلیل این پرسشنامه و بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی استفاده از آزمون پارامتری تحلیل واریانس با اندازه های مکرر بود.

**4-2-1-بررسی تاثیر یوگا بر نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت**

**فرضیه اصلی:**

یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین تأثیر دارد.

**جدول 4-9: نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 40/661 | 67/2 | 69/247 | 34/1 | 270/0 |
| خطا | 23/11833 | 09/64 | 65/184 |  |  |

طبق جدول4-9، تغییرات نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زمان انجام پژوهش معنی دار نبود(270/0=p) و فرضیه مورد قبول واقع نگردید نشان از عدم تأثیر یوگا بر کیفت زندگی مرتبط با سلامت بود.

**جدول 4-10: نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین** 1395

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 521/223 | 369/2 | 361/94 | 439/0 | 681/0 |
| یوگا و طول مدت حضور | 175/498 | 369/2 | 308/210 | 978/0 | 397/0 |
| یوگا و جنسیت | 014/148 | 369/2 | 485/62 | 290/0 | 785/0 |
| یوگا و اختلالات اضطراب | 699/99 | 369/2 | 089/42 | 196/0 | 857/0 |
| یوگا و اختلالات خواب | 015/335 | 369/2 | 429/141 | 657/0 | 548/0 |
| یوگا و سن | 627/186 | 369/2 | 786/78 | 366/0 | 731/0 |
| یوگا و علت ورودبه مرکز | 161/553 | 369/2 | 521/233 | 086/1 | 356/0 |
| یوگا و شاخص توده بدنی | 434/126 | 369/2 | 375/53 | 248/0 | 817/0 |
| خطا | 926/8662 | 269/40 | 125/215 |  |  |

طبق جدول4-10، تغییرات نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زمان انجام پژوهش در حضور متغیرهای دموگرافیک

معنی دار نبوده است(453/0p=) با توجه به اینکه هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد در نتیجه با در نظر

گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی

یوگا بر نمره کیفیت زندگی تأثیرنداشت.

**4-2-2-بررسی تاثیر یوگا بر بعد بهزیستی جسمی**

**فرضیه فرعی اول**

یوگا بر بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعهساکن مراکز نگهداری شبانه روزی

شهرستان اسفراین تأثیر دارد.

**جدول 4-11: نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 64/134 | 4 | 66/33 | 28/3 | 013/0 |
| خطا | 36/971 | 96 | 12/10 |  |  |

طبق جدول4-11، تغییرات بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی در زمان اجرای مداخله معنی دار بود(013/0=p) و نشان از تأثیر یوگا بر بعد بهزیستی جسمی داشت و فرضیه مورد قبول واقع گردید. در واقع نمره بعد بهزیستی جسمی از قبل از مداخله تا بلافاصله پس از مداخله بهتر شد ولی یک هفته و یک ماه پس از پایان مداخله کاهش یافت.

**جدول 4-12: نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعد بهزیستی جسمی در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی در شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 513/36 | 4 | 128/9 | 965/0 | 433/0 |
| یوگا و طول مدت حضور | 255/28 | 4 | 064/7 | 747/0 | 564/0 |
| یوگا و جنسیت | 570/55 | 4 | 893/13 | 468/1 | 221/0 |
| یوگا و اختلالات اضطراب | 566/5 | 4 | 391/1 | 147/0 | 964/0 |
| یوگا و اختلالات خواب | 001/40 | 4 | 000/10 | 057/1 | 385/0 |
| یوگا و سن | 519/15 | 4 | 880/3 | 410/0 | 801/0 |
| یوگا و علت ورودبه مرکز | 434/77 | 4 | 358/19 | 046/2 | 098/0 |
| یوگا و شاخص توده بدنی | 337/40 | 4 | 084/10 | 066/1 | 380/0 |
| خطا | 418/643 | 68 | 462/9 |  |  |

طبق جدول4-12، تغییرات بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی در این مطالعه از قبل تا یک ماه پس از مداخله در حضور متغیرهای دموگرافیک معنی دار نبوده است(333/0=p). با توجه به اینکه هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد در نتیجه با در نظر گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی یوگا بر بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی تأثیر نداشت.

4-2-3-**بررسی تاثیر یوگا بر بعد بهزیستی روانی:**

**فرضیه فرعی دوم:**

یوگا بر بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعهساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین تأثیر دارد.

**جدول 4-13: نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 89/63 | 99/2 | 39/21 | 80/0 | 500/0 |
| خطا | 31/1927 | 67/71 | 89/26 |  |  |

طبق جدول4-13، تغییرات بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زمان انجام پژوهش معنی دار نبود(500/0=p). فرضیه مورد قبول واقع نگردید نشان از عدم تأثیر یوگا بر بعد بهزیستی روانی بود.

**جدول 4-14: نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 524/39 | 4 | 881/9 | 450/0 | 772/0 |
| یوگا و طول مدت حضور | 776/104 | 4 | 194/26 | 192/1 | 322/0 |
| یوگا و جنسیت | 497/34 | 4 | 642/8 | 393/0 | 813/0 |
| یوگا و اختلالات اضطراب | 967/22 | 4 | 742/5 | 261/0 | 902/0 |
| یوگا و اختلالات خواب | 157/53 | 4 | 298/13 | 605/0 | 660/0 |
| یوگا و سن | 909/44 | 4 | 227/11 | 511/0 | 728/0 |
| یوگا و علت ورودبه مرکز | 165/10 | 4 | 541/2 | 116/0 | 977/0 |
| یوگا و شاخص توده بدنی | 348/95 | 4 | 837/23 | 085/1 | 371/0 |
| خطا | 957/1493 | 68 | 970/21 |  |  |

طبق جدول 4-14، تغییرات بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی در زمان انجام پژوهش در حضور متغیرهای دموگرافیک معنی دار نبود(702/0 p=). با توجه به اینکه هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد در نتیجه با در نظر گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی یوگا بر بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی تأثیرنداشت.

**4-2-4-بررسی تاثیر یوگا بر بعد ارتباط والدین و خودمختاری:**

**فرضیه فرعی سوم:**

یوگا بر بعد ارتباط والدین و خودمختاری مرتبط با سلامت درکودکان مورد مطالعهساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین تأثیر دارد.

**جدول 4-15: نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد ارتباط والدین و خودمختاری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 75/192 | 90/2 | 44/66 | 74/1 | 169/0 |
| خطا | 65/1659 | 63/69 | 20/38 |  |  |

طبق جدول 4-15، تغییرات بعد ارتباط والدین و خودمختاری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زمان پژوهش معنی دار نبود (169/0=p). فرضیه مورد قبول واقع نگردید نشان از عدم تأثیر یوگا بر بعد ارتباط والدین و خودمختاری بود.

**جدول 4-16: نتایج تحلیل اندازه های تکراری در حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعد ارتباط والدین و خودمختاری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 430/59 | 640/2 | 515/22 | 530/0 | 642/0 |
| یوگا و طول مدت حضور | 365/98 | 640/2 | 265/37 | 877/0 | 449/0 |
| یوگا و جنسیت | 048/51 | 640/2 | 339/19 | 455/0 | 691/0 |
| یوگا و اختلالات اضطراب | 906/41 | 640/2 | 876/15 | 373/0 | 747/0 |
| یوگا و اختلالات خواب | 348/47 | 640/2 | 938/17 | 422/0 | 713/0 |
| یوگا و سن | 676/66 | 640/2 | 260/25 | 594/0 | 601/0 |
| یوگا و علت ورودبه مرکز | 502/92 | 640/2 | 044/35 | 824/0 | 474/0 |
| یوگا و شاخص توده بدنی | 738/16 | 640/2 | 341/6 | 149/0 | 911/0 |
| خطا | 612/1907 | 873/44 | 511/42 |  | 642/0 |

طبق جدول 4-16، تغییرات بعد ارتباط والدین و خودمختاری کیفیت زندگی در زمان انجام پژوهش در حضور متغیرهای

دموگرافیک معنی دار نبود(289/0=p). با توجه به اینکه هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد در نتیجه با در

نظر گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی

یوگا بر بعد ارتباط والدین و خودمختاری کیفیت زندگی تأثیرنداشت.

**4-2-5-بررسی تاثیر یوگا بر بعد حمایت اجتماعی و همسالان:**

**فرضیه فرعی چهارم:**

یوگا بر بعد حمایت اجتماعی و همسالان مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعهساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین تأثیر دارد.

**جدول 4-17: نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد حمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 69/22 | 4 | 67/5 | 59/0 | 670/0 |
| خطا | 71/921 | 96 | 60/9 |  |  |

طبق جدول 4-17، تغییرات بعد حمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی در زمان اجرای مداخله معنی دار نبوده است(670/0=p). فرضیه مورد قبول واقع نگردید و نشان از عدم تأثیر یوگا بر بعد حمایت اجتماعی و همسالان بود.

**جدول 4-18: نتایج تحلیل اندازه های تکراریدر حضور متغیرهای دموگرافیک برای بعدحمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 857/7 | 4 | 964/1 | 194/0 | 941/0 |
| یوگا و طول مدت حضور | 136/34 | 4 | 534/8 | 843/0 | 503/0 |
| یوگا و جنسیت | 111/7 | 4 | 778/1 | 176/0 | 950/0 |
| یوگا و اختلالات اضطراب | 368/8 | 4 | 092/2 | 207/0 | 934/0 |
| یوگا و اختلالات خواب | 887/7 | 4 | 972/1 | 195/0 | 940/0 |
| یوگا و سن | 528/12 | 4 | 132/3 | 309/0 | 871/0 |
| یوگا و علت ورودبه مرکز | 792/63 | 4 | 948/15 | 575/1 | 191/0 |
| یوگا و شاخص توده بدنی | 546/4 | 4 | 136/1 | 112/0 | 978/0 |
| خطا | 718/688 | 68 | 128/10 |  |  |

طبق جدول 4-18، تغییرات بعد حمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی در زمان انجام پژوهش در حضور متغیرهای دموگرافیک معنی دار نبوده است(794/0 p=). با توجه به اینکه هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد در نتیجه با در نظر گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی یوگا بر بعد حمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی تأثیرنداشت.

4-2-6-**بررسی تاثیر یوگا بر بعد محیط مدرسه:**

**فرضیه فرعی پنجم:**

یوگا بر بعد محیط مدرسه مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین تأثیر دارد.

**جدول 4-19: نتایج تحلیل اندازه های تکراری برای بعد محیط مدرسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین 1395**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 84/53 | 64/2 | 38/20 | 25/1 | 297/0 |
| خطا | 56/1030 | 41/63 | 25/16 |  |  |

طبق جدول4-19، تغییرات بعد محیط مدرسه کیفیت زندگی در زمان اجرای مداخله معنی دار نبود (297/0=p). و فرضیه مورد قبول واقع نگردید و نشان از عدم تأثیر یوگا بر بعد محیط مدرسه بود.

**جدول 4-20: نتایج تحلیل اندازه های تکراریدر حضور متغیرهای دموگرافیک برای محیط مدرسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین** 1395

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مجموع مربعات | آماره آزمون | p-مقدار |
| یوگا | 380/25 | 4 | 345/6 | 566/0 | 688/0 |
| یوگا و طول مدت حضور | 985/17 | 4 | 496/4 | 401/0 | 807/0 |
| یوگا و جنسیت | 044/6 | 4 | 511/1 | 135/0 | 969/0 |
| یوگا واختلالات اضطراب | 922/5 | 4 | 480/1 | 132/0 | 970/0 |
| یوگا و اختلالات خواب | 214/58 | 4 | 553/14 | 298/1 | 280/0 |
| یوگا و سن | 668/26 | 4 | 667/6 | 595/0 | 668/0 |
| یوگا و علت ورودبه مرکز | 382/68 | 4 | 096/17 | 525/1 | 205/0 |
| یوگا و شاخص توده بدنی | 184/2 | 4 | 546/0 | 049/0 | 995/0 |
| خطا | 472/762 | 68 | 213/11 |  |  |

طبق جدول 4-20، تغییرات بعد محیط مدرسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زمان اجرای مداخله در حضور متغیرهای دموگرافیک معنی دار نبوده است(559/0p= ). با توجه به اینکه هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد در نتیجه با در نظر گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی یوگا بر بعد محیط مدرسه کیفیت زندگی تأثیرنداشت.

فصل پنجم

نتایج پژوهش

**مقدمه**

هدف از پژوهش حاضر" بررسی تأثیر هشت هفته یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی" بود که بر اساس آن پنج فرضیه تنظیم گردید و تأثیر متغیر مستقل ( انجام فعالیت یوگا) بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در حضور متغیرهای تعدیل کننده (سن، جنس، طول مدت حضور در مرکز، اختلالات خواب و اضطراب، علل ورود به مرکز، شاخص توده بدنی) بررسی شد. پژوهش بر روی 25 کودک بی سرپرست و بدسرپرست ساکن 2 مرکز نگهداری شبانه روزی دولتی شهرستان اسفراین که به روش تمام شماری انتخاب شده انجام گردیده است. در این فصل ابتدا به بررسی یافته های پژوهش و تفسیر فرضیه ها و مقایسه با نتایج مطالعات گذشته پرداخته و در انتها، نتیجه گیری نهایی پژوهش ،کاربرد نتایج پژوهش و پبشنهادات برای پژوهشهای آینده ارائه شده است.

**5-1- بحث و بررسی یافته ها**

بر اساس یافته های حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نتایج زیر به دست آمد:

در رابطه با فرضیه اصلی مبنی بر تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین، در مطالعه حاضر تغییری در نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان مورد مطالعه ایجاد نشد(270/0=p) و با توجه به روند تغییرات در نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت قبل تا پایان یک ماه بعد از اتمام مداخله و معنی دار نشدن اثرات متقابل بین گروهی مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی ، نشان دهنده موثر نبودن تمرینات یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز شبانه روزی بود(453/0p =). از آنجاییکه مطالعه ای کاملا شبیه با مطالعه حاضر وجود نداشت نتایج مطالعه حاضر با نتایج برخی مطالعات دیگر در زمینه تأثیر یوگا مورد مقایسه قرار گرفت. در مطالعه ای در سال 2015 تأثیر انجام تمرینات 14 هفته ای یوگا بر کیفیت زندگی 27 کودک مبتلا به هموفیلی و دفعات خونریزی آنان صورت گرفت و نتایج نشان داد که یوگا بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش دفعات خونریزی تأثیر مثبت داشت(et al Beheshtipoor ، 2015). یکی از عواملی که می تواند تأثیر یوگا را متفاوت سازد نوع و تعداد جلسات تمرین می باشد([جوادیان](#_ENREF_55) صراف و امامی،1388). در مطالعه فوق طول مدت انجام یوگا طولانی تر از مطالعه حاضر بود که می تواند بر نتایج تأثیر گذار باشد. اگر چه شواهد علمی نشان می دهد که تمرینات یوگا می تواند بر انعطاف پذیری فرد در برابر عوامل استرس زا در زندگی( [Culver ،2014](#_ENREF_45)) ارتقاء سلامت و رفاه فرد( Ferrara et al ،2013) و نیز بر افزایش کیفیت زندگی و احساس سلامت کلی بدن تأثیر مثبت داشته باشد( [Parshad ،2004](#_ENREF_57)) ولی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فقط در بعد بهزیستی جسمانی، یوگا منجر به افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی گردید.

از آنجایی که کیفیت زندگی احساسی منعکس کننده خواسته ها، امیدها و انتظارات کودکان و نوجوانان در ارتباط با حقایق کنونی و آینده زندگی آنها می باشد([یغمایی](#_ENREF_58) و همکاران،91) و این احساس مرتبط با زمان و وابسته به موقعیت و فرهنگ نیز می باشد لذا به نظر می رسد شرایط زندگی کودکان در مطالعه حاضر و عوامل تنیدگی مزمن و مداومی که در مراکز شبانه روزی وجود دارد( Sargent and Brien ،2004) احتمالا تأثیرات یوگا را متفاوت ساخته است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه ای که به صورت ترکیبی با طرح موازی همگرا( 2017 ) انجام شد، هم خوانی دارد در مطالعه فوق نیز مانند مطالعه حاضر انجام 6 هفته تمرینات یوگا بر کاهش اضطراب و علائم استرس پس از ضربه 18 والد مبتلا به اختلال روانی تأثیر داشت ولی نتوانست تأثیرات مثیت در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد( Brown et al ،2017).

در رابطه با فرضیه فرعی اول مبنی بر تأثیر یوگا بر بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین، مطالعه حاضر نشان داد که انجام هشت هفته فعالیت یوگا موجب معنی دار شدن تغییرات بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی از نظر آماری شد(013/0=p) و نشان از تأثیر یوگا بر بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی در طول انجام مداخله داشت. در واقع میانگین نمره بعد بهزیستی جسمی از قبل از مداخله تا بلافاصله پس از مداخله افزایش معنادار نشان داد ولی یک هفته و یک ماه پس از پایان مداخله افزایش ادامه نیافت. تغییرات این بعد از قبل تا یک ماه پس از مداخله در حضور متغیرهای دموگرافیک معنی دار نبود(333/0=p) و هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد.

نتایج پژوهش حاضر از این نظر با نتایج مطالعه صراف و امامی در سال1387 هم خوانی دارد. نتایج مطالعه فوق در57 دانشجوی 25-19 سال نشان داد که انجام 10 هفته تمرینات یوگا موجب بهبود مؤلفه های قدرت و فعالیت های بدنی می شو(جوادیان صراف و امامی،1388). درمطالعه ای دیگر(2011) که به بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان و بستری در بیمارستان پرداخت نتایج نشان داد که یوگا باعث ارتقاء حرکات عمده در کیفیت زندگی این گروه از کودکان می شود البته کم بودن تعداد نمونه در مطالعه فوق( 6 نفر) امکان تعمیم نتایج را با مشکل مواجه سازد Geyer et) al ،2011) و لازم است نتایج آن با احتیاط پذیرفته شود.

در سال( 2016 ) طی انجام مطالعه ای در 20 کودک مبتلا به سیستیک فایبروزیس نشان داده شد که اگر چه انجام تمرینات 6 جلسه ای یوگا در طول 10 هفته، تأثیرات مثیت و معنا داری بر درد مفاصل و میزان اضطراب بلافاصله بعد از اتمام تمرینات یوگا نسبت به قبل از شروع هر جلسه یوگا داشت که می تواند غیر مستقیم بر ارتقاء بهزیستی جسمانی مشارکت کنندگان مانند نتایج مطالعه حاضر مؤثر باشد ولی به طور خاص بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری کودکان تأثیرات قابل ملاحظه ای نشان نداد و تأثیرات مثبت آن بر مشکلات تنفس و گوارشی و نیز بعد جسمانی کیفیت زندگی کودک معنادار نبود( McNamara et al ،2016). دلیل نا همسویی نتایج را شاید بتوان به کم بودن تعداد جلسات یوگا در مطالعه فوق مرتبط دانست و از سوی دیگر در مطالعه فوق در طول مدت مداخله، متغیر ها مورد سنجش قرار نگرفته بودندکه می تواند بر نتایج تأثیر گذار باشد. در این راستا متفاوت بودن جامعه پژوهش و ویژگی های خاص کودکان ساکن مراکز شبانه روزی که بیشتر از بعد عاطفی و روانی در رنج هستند( [Doyle ،2013؛](#_ENREF_41)  [Warburton et al ،](#_ENREF_42)2014) را نباید نادیده انگاشت.

ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه ای در دو استان از کشور سوئیس با هدف تعیین تأثیر فعالیت های فیزیکی مدرسه محور بر کیفیت زندگی540 کودک در مقطع ابتدایی در دو گروه سال اول و پنجم ابتدایی بود . نتایج مطالعه فوق نشان داد که انجام فعالیتهای فیزیکی مدرسه محور بر بعد جسمی کیفیت زندگی در دانش آموزان سال اول ابتدایی و نیز بر بعد روانی اجتماعی و بعد جسمانی کیفیت زندگی در سال پنجم ابتدایی تأثیر مثبت نداشت. نتایج مطالعه فقط نشان دهنده تأثیر مثیت مداخله بر کیفیت زندگی روانی اجتماعی کودکان در حضور متغیر های محل زندگی و چاقی درسال اول ابتدایی بود( Hartmann et al ،2010). دلیل ناهمسویی مطالعه فوق با نتایج مطالعه حاضر می تواند نوع مداخله باشد. اگر چه مطالعاتی وجود دارد که به بررسی مقایسه ای تأثیر یو گا و انجام ورزش ها و تمرینات بدنی پرداخته اند و گاها تأثیرات این دو روش در گروه های مختلف مورد مقایسه نیز صورت گرفته است( Telles et al ،2013) ولی گووین دارایی و همکاران (2016) طی انجام مطالعه ای نشان دادند که اگر چه جزء فیزیکی یوگا با انجام تمرینات بدنی می تواند با یوگا مشابه باشد ولی تفاوت های مهمی بین این دو از نظر تنظیم تنفس، مراقبه و توجه به حفظ وضعیت وجود دارد که می تواند تأثیرات یوگا را متمایز نماید( Govindaraj et al، 2016).

**در رابطه با فرضیه فرعی دوم مبنی بر تأثیر** یوگا بر بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین،یافته ها نشان دادند که تغییرات بعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و اثرات متقابل بین گروهی در زمان انجام پژوهش معنی دار نشد(500/0=p). همسو با نتایج مطالعه حاضر در خصوص عدم تأثیر یوگا بربعد بهزیستی روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان مراکز شبانه روزی نتایج مطالعه کالور درسال(2014 ) بود. این مطالعه که با هدف بررسی اثربخشی امکان پذیربودن و قابل قبول بودن 8 هفته مداخلات یوگابرکاهش علائم اختلال استرس پس ازسانحه[[99]](#footnote-100) ومشکلات عاطفی ورفتاری در61کودک 17-7ساله ساکن پرورشگاه درهائیتی انجام شد، نشان داد اگر چه نمره کلی مشکلات عاطفی و رفتاری درگروه یوگا کمتر از گروه کنترل بود ولی از نظر آماری اختلاف معنادار نبود( [Culver ،2014](#_ENREF_45)). همچنین در مطالعه هارتمن در 2010 کیفیت روانی-اجتماعی کودکان 12-10سال تحت تأثیر فعالیت فیزیکی قرار نگرفت( Hartmann et al ،2010). نتایج مطالعه حاضر در مورد تأثیر یوگا بر بهزیستی روانی، با نتایج مطالعه بناویدز و کابالرو (2009 ) نیز همسو بود. نتایج مطالعه فوق نشان داد که پس از 12 هفته مداخله، انجام یوگا بر کاهش وزن تأثیر مثبت داشت ولی اختلاف معنادار آماری در اضطراب، افسردگی و مفهوم از خود کودکان مشاهده نشد( and Caballero Benavides ،2009). ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه ای دیگر درجنوب استراليا نویسندگان با انجام 10تا 16هفته مداخله به بررسی مقایسه ای تأثیر یوگا و آرام سازی پرداختند نتایج مطالعه آنان نشان داد که یوگا بر تنیدگی، اضطراب و وضعیت سلامتی مشارکت کنندگان تأثیر بیشتری نسبت به روش آرام سازی داشت. اگر چه در مطالعه فوق نیز بعد از 6 هفته از اتمام مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر تنیدگی و اضطراب مشاهده نشد(smith et al، 2007) در توضیح این ناهم سویی می توان به ویژگی های خاص فردی و شرایط زندگی این کودکان قبل از ورود به مراکز و بعد از آن اشاره نمود.کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی سختی های متعددی را تجربه می کنند که آنها را در معرض خطر مشکلات سلامت روانی قرار می دهد. همچنین در بسیاری از حوزه ها خصوصا در بعد روانی- اجتماعی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این کودکان پایین تر از سایر کودکان در جوامع عادی و شبیه به کودکان مبتلا به اختلالات سلامت روان است( Carbone et al ،2007). احساس عدم امنیت عاطفی، عدم رشد اجتماعی، در بین کودکان بی سرپرست نسبت به کسانی که از نعمت خانواده بهره مند هستند بیشتر است([ملازاده،82؛](#_ENREF_47) [فیاض](#_ENREF_48) و کیانی،1390) که می تواند بر نتایج مطالعه حاضر تأثیرگذار بوده باشد. بروس و همکاران با مطالعه بر روی 117 کودک بی سرپرست ساکن مراکز نگهداری نشان دادند که اختلال در نظم فیزیولوژی عصبی و به طور مشخص عدم تعادل هورمونی مربوط به محور هیپوفیز-هیپوتالاموس-آدرنال[[100]](#footnote-101) درمیان این کودکان دیده می شود( Bruce et al ،2009). که این امر می تواند تأثیر مداخلاتی مانند یوگا را کمتر نماید. این عدم تعادل ها منجر به افزایش آسیب پذیری در برابر عوامل استرس زا می شود که به نوبه خود می تواند نتایج منفی را تشدید کند( Healey and Fisher ،2011).

در رابطه با فرضیه فرعی سوم مبنی بر تأثیریوگا بر بعد ارتباط والدین و خودمختاری مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین، نتایج نشان دادند تغییرات بعد ارتباط والدین و خودمختاری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مطالعه حاضر معنی دار نبود(169/0=p) و نشان از عدم تأثیر یوگا بر بعد ارتباط والدین و خودمختاری بود. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج مطالعه کیفی معینی فر و جانفدا در سال 1391 که با انجام مصاحبه با 40 زن صورت گرفت همخوانی ندارد. مشارکت کنندگان در مطالعه فوق به نقش مؤثريوگا در رفتارشخصي و روابط خانوادگي تأکید داشتند همچنین بیان نمودند که آرامش حاصل از يوگا درموقعيتهاي بحراني به حل تنش در محيط خانوادگي به آنان كمك می کند([معینی](#_ENREF_51) فر و جانفدا،1391). تفاوت دردامنه سنی واحدهاي مورد مطالعه می تواندعلت این عدم همخوانی باشد. ازسوی دیگردر مراکز و مؤسسات نگهداری کودکان، نبود الگوهای واحد دلبستگی، فقدان روابط متقابل گرم وصمیمانه،کمبود محرکهای محیطی و زندگی دسته جمعی این کودکان درمقایسه با زندگی خانوادگی منجربه آسیب هایی درسنین مختلف رشدکودکان می گردد([سلیمانی](#_ENREF_52) فرد،1388) که بر نتایج بی تأثیر نیست.

در رابطه با فرضیه فرعی چهارم مبنی بر تأثیریوگا بر بعد حمایت اجتماعی و همسالان مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین،در مطالعه حاضر تغییرات بعد حمایت اجتماعی و همسالان کیفیت زندگی در زمان اجرای مداخله(670/0=p) و در حضور متغیرهای دموگرافیک معنی دار نبود(794/0 p=). در مطالعه هاشم آبادی و سعادت( 1389) انجام 8 هفته یوگا در 12 دانش آموز7-10 سال کم توان ذهنی مقطع ابتدایی (پایه اول-پسر) در دو گروه مداخله و کنترل موجب شد میانگین هر یک از ابعاد تعاملات اجتماعی (مهارت های اجتماعی، مهارت های خود یاری، مهارت های خود گردانی، مهارت های ارتباط اجتماعی) در مشار کت کنندگان پس از آموزش حرکات ریتمیک یوگا بطور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر از قبل از انجام آن شود([قنبری](#_ENREF_53) هاشم آبادی و سعادت،1389). مهارتهای اجتماعی و ارتباطی در زندگی کودکان و نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. زندگی به صورت گروهی در مراکزشبانه روزی برای کودکان و نوجوانان فرصت چندانی برای یادگیری و ارتقاء مهارتهای اجتماعی که اغلب ازطریق مشاهده، تجربه وآموزش فراگرفته می شوند، فراهم نمی کند همین مسأله سبب می شود که این کودکان و نوجوانان سازگاری کمتری باخود، اطرافیان و محیط زندگیشان داشته باشند. کودکانی که در مراکز شبانه روزی زندگی می کنند، مراقبان و مربیان آنها به عنوان نهاد اولیه آنها محسوب می شوند. فقدان پدر و مادر به عنوان یکی از عوامل عدم رشد اجتماعی عاطفی کودکان و نوجوانانی است که در مراکز و مؤسسات زندگی می کنند. فقدان نقشهای والدی و فقدان نقش پذیری و الگوبرداری صحیح و عدم شناخت کافی از هنجارها به همراه مشکلات اجتماعی روانی ناشی از جدایی والدین، اجتماعی شدن کودک بی سرپرست ساکن در مراکز شبانه روزی را با مشکل مواجه می سازد. شیوه زندگی در شبانه روزی ها که در واقع مبتنی بر زندگی سازمانی و اردوگاهی است، نمی تواند تأمین کننده رضایتمندی نوجوانان خصوصا در سطح نیازهای امنیت و نیازهای اجتماعی باشد. این نوجوانان پس از خروج از مراکز در ایجاد روابط دوستانه و شبکه های حمایتی و پشتیبان برای خود کمتر موفق هستند و در نتیجه بحران ناشی از فقدان والدین به هنگام ورود به جامعه و آغاز زندگی مستقل خود نیز، قدرت تصمیم گیری در موقعیتهای دشوار و سازمان یافته را ندارند در انطباق، سازگاری و بهسازی اجتماعی دچار مشکل خواهند شد([سلیمانی](#_ENREF_52) فرد،1388). این مسئله می تواند علت عدم همخوانی نتیجه مطالعه حاضر در خصوص بعد حمایت اجتماعی کیفیت زندگی با مطالعه فوق باشد از سوی دیگر کم بودن حجم نمونه در مطالعه فوق می تواند تعمیم یافته ها را سوال بر انگیز نماید.

در رابطه با فرضیه فرعی پنجم مبنی بر تأثیریوگا بر بعد محیط مدرسه مرتبط با سلامت در کودکان مورد مطالعه ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین،در مطالعه حاضر تغییرات بعد محیط مدرسه مرتبط با کیفیت زندگی در طول انجام مداخله و بعد از آن معنی دار نبود . همچنین هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد. در این خصوص نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه برندز و همکاران(2011 ) که در 20 کودک درسن 8-18 سال مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و درد شکم انجام شد همخوانی ندارد. نتایج مطالعه فوق نشان داد 12 هفته انجام یوگا علاوه بر کاهش دفعات و شدت درد در گروه درد شکمی، منجر به بهبود قابل توجه در کیفیت زندگی بخصوص در حوزه همکلاسی ها و مدرسه می گردد( Brands et al ،2011). اگر چه شواهد علمی نشان می دهند که یوگا می تواند موجب بهبود عزت نفس اجتماعی شده و انعطاف پذیری عاطفی را افزایش دهد و با اثرات مثبت بر خلق و خو، اعتماد به نفس و عملکرد تحصیلی بالاتر در ارتباط است( Telles et al،2013) و نیز جهت پیشرفت تحصیلی، و رشد شناختی کودکان سودمند است( [Culver ،2014](#_ENREF_45)). ساختار مراکز نگهداری شبانه روزی دولتی بیشتر در قالب محیطی اداری بوده وکودکان با کمبود عواطف پایدار و عمیق خانواده روبرو هستند( Telles et al،2013). این گروه از کودکان ناگزیر با بی توجهی و غفلت عاطفی مواجه می شوندکه به تبع آن درطول زندگی خود به مشکلات رفتاری و عاطفی دچار می شوند که به شکلهای مختلف مانند شکست تحصیلی، عدم موفقیت شغلی، طردشدگی اجتماعی، اعتمادبه نفس پایین به همراه داشته باشد(سلیمانی فرد، 1388). به نظر می رسد ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با محیط مدرسه نیاز به تدابیر چند جانبه در این گروه از کودکان داشته باشد. پترنکو و همکاران (2011) با تأکید بر شیوع افت تحصیلی در نوجوانان تحت پوشش مراکز حمایتی، معتقد هستند که این نوجوانان از حمایت‌های کمتر همسالان خود در مدرسه برخوردارند و 84 درصد آنان خدمات مرتبط با نیاز‌های تحصیلی دریافت نمی‌کنند(Petrenko et al ، 2011) و این امر می‌تواند عاملی جهت اضطراب و انزوای آنان باشد و رضایت از محیط مدرسه را در آنان کاهش دهد.

**5-2- نتیجه گیری نهایی**

این پژوهش به منظور بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی انجام شد. یافته های فصل چهارم نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی از قبل تا بلافاصله بعد از مداخله افزایش داشته است ولی در طول یک هفته و یک ماه پس از مداخله کاهش کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین میانگین نمره ابعاد بهزیستی جسمی، بهزیستی روانی، ارتباط والدین و خودمختاری و حمایت اجتماعی و همسالان از قبل تا بلافاصله بعد از مداخله افزایش داشته است ولی در طول یک هفته و یک ماه پس از مداخله کاهش یافت. اما در بعد محیط مدرسه میانگین نمره از قبل تا حین مداخله افزایش یافته ولی بلافاصله بعد از مداخله و در طول یک هفته و یک ماه پس از آن کاهش یافته است.

در بررسی تغییرات نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با در نظر گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی، تغییرات معنی دار نبود. همچنین نتایج نشان داد در این مطالعه از قبل تا یک ماه پس از مداخله، تغییرات ابعاد بهزیستی جسمی، بهزیستی روانی، ارتباط والدین و خودمختاری، حمایت اجتماعی و همسالان، محیط مدرسه با در نظر گرفتن مدت زمان حضور، جنسیت، اختلالات خواب، اختلالات اضطراب، سن، علت ورود به مرکز، شاخص توده بدنی، معنی دار نبودو هیچ یک از اثرات متقابل بین گروهی معنی دار نشد. به نظر می رسد شرایط سخت زندگی در مراکز شبانه روزی و شیوع بالای مشکلات سلامت روان، و کافی نبودن طول مدت مداخله، تفاوت در نوع یوگای ارائه شده توسط پژوهشگران و یا تفاوت های فرهنگی، میزان پذیرش افراد تحت مطالعه می تواند علت عدم همخوانی نتیجه این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه باشد.

**5-3-کاربرد یافته های پژوهش در پرستاری**

کودکان بی سرپرست و بدسرپرست به عنوان گروه در معرض خطر نیازمند توجه و رسیدگی بیشتر از جانب مسوولین جامعه بخصوص ارائه دهندگان خدمات سلامت می باشند. امید است نتایج مطالعه حاضر به عنوان اولین مطالعه ای که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بی سرپرست و بدسرپرست را مورد بررسی قرارداده است، بتواند اهمیت توجه به کیفیت زندگی این گروه از کودکان و لزوم رسیدگی به آن را نشان دهد و مبنایی برای انجام پژوهش های دیگر دراین زمینه باشد.

5-3-1-کاربرد **در مدیریت** پرستاری

نتایج پژوهش حاضرمی تواند به مسوولین و مربیان و دیگر ارائه دهندگان مراقبت درمراکزشبانه روزی در ارائه مراقبت های بهتر جهت بهبود کیفیت زندگی کودکان، به کار گرفتن پرستاران آگاه در امر مراقبت از کودک و همچنین ترتیب دادن فضاهایی برای انجام فعالیت هایی نظیر یوگا یاری رساند.

**5-3-2-کاربرد در آموزش پرستاری**

این پژوهش می تواند به اهمیت نقش و حضور پرستاران در مراکز نگهداری شبانه روزی تأکید کند و راهنمایی برای سایر پژوهشگران در بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان بی سرپرست و بدسرپرست باشد. همچنین می تواند موجب شود که مسوولین برنامه ریزی درسی در حوزه پرستاری نقش و اهمیت توجه و رسیدگی به کیفیت زندگی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست را در سرفصل دروس پرستاری در نظر بگیرند.

**5-3-3-کاربرد در بالین پرستاری**

با توجه به نقش پرستاران در بهبود کیفیت زندگی و تأثیر طب مکمل بر آن، نتایج این پژوهش می تواند موجب جلب توجه پرستاران بالینی به درمان های غیر دارویی و جایگزین جهت بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی بخصوص در حوزه کودکان شود.

**5-4-پیشنهادات برای پژوهش های آینده**

* با توجه به نتایج نامتجانس این مطالعه با سایر مطالعات پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی بررسی های گسترده تر و با کنترل بیشتر متغیر های تعدیل کننده، همچنین با تعداد نمونه بیشتر و زمان مداخله طولانی تر انجام گیرد.
* در پژوهش های آینده، عوامل مداخله گری همچون ارتباط با والدین و خویشاوندان، مورد بررسی قرار گیرد.
* توصیه می شود در پژوهش های آینده کیفیت زندگی با سایر پرسشنامه های کیفیت زندگی نیز سنجیده شود.
* با توجه به اهمیت تأثیر فعالیت های فیزیکی بر کیفیت زندگی توصیه می شود در مطالعات آینده به بررسی تأثیر سایر فعالیت های ورزشی بر کیفیت زندگی و مقایسه نتایج آن با یوگا پرداخته شود.
* با توجه به اهمیت نقش کیفیت زندگی در برنامه ریزی های ارتقاء سلامت، و اینکه کودکان بی سرپرست جزء آسیب پذیر جامعه بوده و کیفیت زندگی آنها در معرض خطر می باشد و همچنین به دلیل اینکه اکثر پژوهش های انجام شده در حوزه کودکان بی سرپرست و بدسرپرست در زمینه روان شناسی بوده، بنابراین انجام پژوهش های بیشتری در این زمینه در حوزه پرستاری بالینی احساس می شود.

**فهرست منابع فارسی**

* اصلی پور ع، کافی م، خسروجاوید م، کاظم فخری م. (1392). مقایسه ویژگی های روان شناختی دانش آموزان پرورشگاهی و ساکن در خانواده بر اساس آزمون اندریافت کودکان. مجله روان شناسی مدرسه. 2(1): 6-22
* برنز س، گرو ن. (1388). روش تحقیق پرستاری. ترجمه دهقان نیری و همکاران، چاپ اول، انتشارات اندیشه رفیع.
* بیات م، اکبر شریفی ط، نظری جیرانی م،شهریور ز، حقانی ح. (1385). مشکلات رفتاری کودکان 7-11 ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی. نشریه پرستاری ایران. 19(46): 53-60
* بیات م، نظری جیرانی م، شاهسواری ا، میری م، نادری فر م. (1389). اختلالات جسمی کودکان 7-11 اله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهر تهران. نشریه پرستاری ایران. 23(63): 8-17
* پوربافرانی گ، راهب غ، اقلیما م، یزدانی ع ع. (1392). مقایسه اختلالات رفتاری کودکان 7-12 سال مراکز نگهداری شبانه روزی دولتی و خصوصی شهر تهران. مجله علمی-پژوهشی پژوهان. 11(4): 18-23
* پولیت د ا، بک چ ت . (1393). اصول تحقیق پرستاری، ارزیابی شواهد برای حرفه پرستاری. ترجمه دهقان نیری ن، جلالی نیا ف، صالحی ت. چاپ اول. تهران. انتشارات اندیشه رفیع
* جوادیان صراف ن ا، امامی ت. (1387). اثر روش های تمرینی آیروبیک و یوگا بر مؤلفه های خودتوصیفی بدنی دانشجویان دختر. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت. 10(3-39): 221-230
* جوادیان صراف ن ا، امامی ت. (1388). مقایسه اثر تعداد جلسات تمرین ایروبیک و یوگا بر مولفه های خودتوصیفی بدنی دانشجویان دختر. مجله رشد و یادگیری حرکتی- ورزشی. (2): 127-146
* حجتی ح و همکاران. (1393). روش تحقیق و آمار در پرستاری(همراه با اصول نگارش و نقد مقاله نویسی و آموزش مقدماتی نرم افزار spss. چاپ دوم. تهران. انتشارات جامعه نگر
* خدابخشی کولایی آ، باصری صالحی ن، روشن چلسی ر، فلسفی نژاد م. (1393). مقایسه طرحواره های شناختی ناسازگار، باورهای غیر منطقی و مهارت های ارتباطی در نوجوانان پرورشگاهی و غیرپرورشگاهی. مجله روان پرستاری. 2(1): 1-12
* خدادادی ط. (1392). بررسی اثربخشی برنامه آموزشی TAME بر کاهش پرخاشگری و بهبود نظم جویی شناختی شناختی هیجان در نوجوانان پسر بی سرپرست و بدسرپرست. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد
* درویش پور کاخکی ع، عابدسعیدی ژ، دلاور ع، سعدالذاکرین م. (1388). ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. پژوهش در پزشکی(مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). 33(3): 162-173
* دهقان نیری ن، ادیب حاج باقری م. (1385). تأثير تن آرامي بر استرس و كيفيت زندگي دانشجويان مقيم خوابگاههاي دانشجويي. فصلنامه علمی پژوهشی فیض. 10( 2): 50-57
* رهنما ن، نمازی زاده م، اعتمادی فر م، بمبئی چی ع، ارباب زاده س، صادقی پور ح ر. (1390). مجله دانشکده پزشکی اصفهان. 29(136): 483-490
* سازمان بهزیستی استان کردستان(1395). دستورالعمل تخصصی مراقبت و پرورش از کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. قابل دسترسی از طریق(<http://behzistikurdistan.ir/Wiki/8/B1.aspx>)، تاریخ دسترسی به سایت 16/7/1395
* سازمان بهزیستی ایران(1392). قابل دسترسی از طریق(http://www.tabnak.ir/fa/news/328535 )، تاریخ دسترسی به سایت 24/6/1393
* ساعتچی ک. (1389). عرصه نوین دانش پزشکی، طب مکمل. مجله الکترونیکی ویستا. ]آنلاین[. قابل دسترس درhttp://vista.ir/magazine/12
* سلیمانی فرد س. (1388). مقایسه میزان مهارت های اجتماعی نوجوانان بی سرپرست ساکن در مراکز با مهارت های اجتماعی نوجوانان ساکن در خانواده جایگزین مورد شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
* سوری ح ، عباچی زاده ک. (1386). ﺑﺮﺭﺳﻲ ﺭﺍﺑﻄﻪ ﺑﻴﻦﮐﻴﻔﻴﺖ ﺯﻧﺪﮔﻲﻣﺮﺗﺒﻂ ﺑﺎ ﺳﻼﻣﺖ ﻭ ﻭﻗﻮﻉﺁﺳﻴﺐﻫﺎﻱﻏﻴﺮﻋﻤﺪﻱ ﺩﺭﮐﻮﺩﮐﺎﻥ. دو ماهنامه پژوهنده(مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). 12( 3- 57): 235-243
* شمس اردکانی م ر، اردشیر روحانی فرد ش، عابدتاش ح. (1390). نگاهی بر کاربرد و میزان استفاده از طب مکمل و جایگزین در سایر کشورها بر اساس آخرین مطالعات آماری. مجله طب سنتی اسلام و ایران. 2(1): 37-46
* صدق روحی گ، فیروزکوهی ا. (1391). یوگا برای کودکان. مجله آموزش تربیت بدنی. 13(1): 36-40
* صنعتی نیا ع ع. (1370). در مسیر داوری، کاوش پیرامون کودکان بی سرپرست و چگونگی نگهداری از آنان. تهران. انتشارات روابط عمومی سازمان بهزیستی کشور
* ضیغمی م. (1382). بررسی دانش- نگرش و عملکرد پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان در زمینه طب مکمل. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی کرمان
* طیبی ع، باباحاجی م، صادقی شرمه م، عبادی ع، عین اللهی ب. (1390). بررسی تأثیر تمرینات هاتا یوگا بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی. مجله پرستاری مراقبت ویژه. 4(2):67-72
* عابد سعیدی ژ، امیر علی اکبری ص. (1392). *روش تحقیق در علوم پزشکی و بهداشت*. چاپ پنجم. ویرایش دوم. تهران. نشر سالمی
* غفوری فرد س، رستمی نژاد م، نصرالهی ع، دارابی س ا، سوخته زاری س. (1392). بررسی رابطه کیفیت زندگی و میزان فعالیت بدنی در دانش آموزان دختر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. 21(2): 144-151
* فیاض ا، کیانی ژ. (1390). بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز. فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی. 1(2 ): 19-48
* قنبری هاشم آبادی ب ع، سعادت م. (1389). بررسی تأثیر حرکات ریتمیک یوگا بر تعاملات اجتماعی کودکان کم توان ذهنی(پسر) مقطع ابتدایی شهر سنگان خواف. مطالعات تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد. 1 )11(: 171-188
* گرزن ر. (1383). سنجش روزهای سلامت:ارزشیابی جمعیت از نظر کیفیت زندگی مربوط به سلامت. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. تهران
* گرو س، برنز ن، گری ج. (1394). روش تحقیق پرستاری( ارزیابی، ترکیب و تولید شواهد). ترجمه دهقان نیری ن، فارسی ز، سیلانی خ، طیبی ز. چاپ اول. تهران. انشارات اندیشه رفیع
* ماهروزاده س، لولاور ا ح. (1386). ملاحظات اخلاقی پیرامون طب مکمل. مجله دیابت و لیپید ایران، ویژه نامه اخلاق پزشکی. 85-90
* مدانلو ش. (1393). بررسی همبستگی عملکرد خانواده و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
* محسنی تبریزی ع ر. (1380). بررسی وضعیت کودکان بی سرپرست در ایران. فصلنامه تأمین اجتماعی. (9): 187-212
* مسگرپور ب،صدرایی شاملو د، جمشیدی ا ح، اخوان بهبهانی ع، جعفری س. (1388). وضعیت طب سنتی/طب مکمل و جایگزین در ایران. چاپ اول. تهران. انتشارات مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی
* معینی فر ح ا، جانفدا ن. (1391). تأثیر ورزش یوگا بر روابط خانوادگی افراد( مطالعه موردی: باشگاه های ورزشی شهر یزد). نشریه مدیریت ورزشی. (13): 79-81
* ﻣﻼﺯﺍﺩﻩ ع ر. (1382). کودکان بی سرپرست و بدسرپرست و نحوه عملکرد کارکنان مدرسه در قبال آنها. نشریه ماهانه آموزشی-تربیتی پیوند. ( 285-286-287): 74-85
* منفرد حسام آبادی م، فرخنده م، محمدی ر، کشاورز ه. (1373). چگونگی تأمین نیازهای نوجوانان ساکن در شبانه روزیهای کودکان بی سرپرست شهر شیراز. فصلنامه پرستاری و مامایی ایران. 8( 8): 18-23
* مهدی پور زارع ن، بحری س. (1384). یوگا عامل تندرستی. فصلنامه پرستاری ایران. 18(41 و42): 85-91
* نجات س. (1387). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. 4(2): 57-62
* نجفی دولت آباد ش، نوریان خ ا، نجفی دولت آباد ا، محبی ز. (1391). تأثير تكنيك هاي يوگا بر كيفيت زندگي زنان مبتلا به مولتيپل اسكلروزيس. مجله پزشکی هرمزگان. 16( 2): 143-150
* نقیبی ف، گلمکانی ن، اسماعیلی ح ا، محرری ف. (1392). بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان دبیرستان های شهرستان مشهد در سال تحصیلی 91-92. مجله زنان مامائی و نازایی ایران. 16(61): 9-19
* نوریان م. (1395). تبیین نظری مفهوم تاب آوری در نوجوانان مقیم مراکز شبانه روزی: یک پژوهش ترکیبی. پایان نامه دکترا پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
* نیک آذین ا، شعیری م ر، نائینیان م ر. (1392). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان : تفاوت های بهداشت روانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، جنس و سن. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. 9 (3): 271-281
* نیک آذین ا، نائینیان م ر، شعیری م ر. (1391)."روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کید اسکرین 27 گویه ای در نمونه ای از دانش آموزان ایرانی. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. 18(4): 310-321
* واحدکیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی.(1996)
* هادی ن، هادی ن. (1385). آﻳﺎﻳﻮﮔﺎدراﺣﺴﺎسﺳﻼﻣﺘﻲﻣﺆﺛﺮاﺳﺖ؟. مجله پزشکی هرمزگان.10( 3): 243-250
* یغمایی ف، امین زاده س، علوی مجد ح، رسولی م، نوریان م. (1391). ترجمه و بررسي ويژگي هاي روان سنجي «پرسشنامه کيفيت زندگي مرتبط با سلامتي کودکان کيندل».فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی پایش. 11 (6): 841-847

**فهرست منابع انگلیسی**

* Barnes PM, Bloom B, Nahin RL, (2008). Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007*. National Health Statistics Reports*. 1-24.
* Beheshtipoor N, Bagheri S, Hashemi F, Zare N, Karimi M, ( 2015). The effect of yoga on the quality of life in the children and adolescents with haemophilia. *International journal of community based nursing and midwifery*. 3(2):150.
* Benavides S, Caballero J, (2009). Ashtanga yoga for children and adolescents for weight management and psychological well being: an uncontrolled open pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*. 15(2):110-4. doi:10.1016/j.ctcp.2008.12.004
* Brands MM, Purperhart H, Deckers-Kocken JM, (2011). A pilot study of yoga treatment in children with functional abdominal pain and irritable bowel syndrome. *Complementary Therapies in Medicine*. 19:109-114.
* Brown J, Eubanks C, Keating A,(2017). Yoga, quality of life, anxiety, and trauma in low-income adults with mental illness: A mixed-methods study. *Social Work in Mental Health*. 15(3):308-30. [doi:10.1080/15332985.2016.1220441](http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2016.1220441)
* Bruce J, Fisher PA, Pears KC, Levine S, (2009). Morning cortisol Levels in preschool‐aged foster children: Differential effects of maltreatment type. *Developmental psychobiology*. 51(1):14-23. doi: 10.1002/dev.20333
* Carbone J A, Sawyer M G, Searle A K, Robinson PH J, (2007). The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Qual Life Res*. 16: 1157-1166.
* Carroll D, Duffy T, Martin CR, (2014). A comparison of the quality of life of vulnerable young males with severe emotional and behaviour difficulties in a residential setting and young males in mainstream schooling. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 21(1): 23-30. doi: 10.1111/jpm.12042.
* Courtney M E, (2009). Describing the problem: Outcomes for older youth exiting the foster care system in the U.S. In: Kerman B, Maluccio AB, Freundlich MM, Editors. Achieving permanence for older children and youth in foster care. New York: Columbia University Press
* Culver K, (2014). Evaluation of an Eight-week Yoga Program for Children Living in Orphanages in Haiti: A Preliminary Study of Child Mental Health. Master of Science. Duke Global Health Institute Of Duke University
* Damn janovic M, Lakic A, Stevanovic D, Jovanovic A, (2011). Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: a cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.*1-6. doi:10.1017/S2045796011000291.
* Damnjanović M, Lakić A, Stevanović D, Jovanović A, Jančić J, Jovanović M, et al, (2012). Self-assessment of the quality of life of children and adolescents in the child welfare system of Serbia.Vojnosanitetski pregled. 69(6): 469-74. doi: 10.2298/VSP1206469D
* Doyle JJ, (2013). Causal effects of foster care: An instrumental-variables approach. *Child Youth Serv Rev*. 35:1143-51. [doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.03.014](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.03.014)
* Ferrara P, Romani L, Bottaro G, Ianniello F, Fabrizio G C, Chiaretti A, et al, (2013). The Physical and Mental Health of Children in Foster Care. *Iranian J Publ Health*. 42(4): 368-377.
* Ferreira-Vorkapic C, Feitoza JM, Marchioro M, Simões J, Kozasa E, Telles S, (2015). Are There Benefits from Teaching Yoga at Schools? A Systematic Review of Randomized Control Trials of Yoga-Based Interventions. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2015: 1-17. doi.org/10.1155/2015/345835.
* [Galantino ML](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Galantino%20ML%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18300936), [Galbavy R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Galbavy%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18300936), [Quinn L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Quinn%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18300936), (2008). Therapeutic Effects of Yoga for Children: A Systematic Review of the Literature.*Pediatric Physical Therapy*. 20(1): 66-80.
* Geyer R, Lyons A, Amazeen L, Alishio L, Cooks L, (2011). Feasibility study: the effect of therapeutic yoga on quality of life in children hospitalized with cancer. *Pediatric Physical Therapy*. 23(4):375-9.
* Giagazoglou P, Kouliousi C, Sidiropoulou M, Fahantidou A, (2012). The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. *Research in developmental disabilities*. 33(3):964-70. doi: 10.1016/j.ridd.2011.12.016.
* Govindaraj R, Karmani S, Varambally S, Gangadhar B, (2016). Yoga and physical exercise–a review and comparison*. International Review of Psychiatry*. 28(3):242-53. doi: 10.3109/09540261.2016.1160878
* Hagerty MR, Cummins R, Ferriss AL, Land K, Michalos AC, Peterson M, et al, (2001). Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research. [*Social Indicators Research*](https://link.springer.com/journal/11205)*.* 55(1): 1-96.
* Hartmann T, Zahner L, Pühse U, Puder JJ, Kriemler S, (2010). Effects of a school-based physical activity program on physical and psychosocial quality of life in elementary school children: a cluster-randomized trial. *Pediatric Exercise Science*. 22(4):511-22. doi: 10.1123/pes.22.4.511
* Healey CV, Fisher PA. Young children in foster care and the development of favorable outcomes, (2011). *Children and youth services review*. 33(10):1822-30. doi:[10.1016/j.childyouth.2011.05.007](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.007)
* Jozefiak T, Kayed NS, (2015). Self-and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services. *Health and quality of life outcomes*. 13(1): 104. doi: 10.1186/s12955-015-0280-y
* [Kaley-Isley LC](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kaley-Isley%20LC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20877530), [Peterson J](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Peterson%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20877530), [Fischer C](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fischer%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20877530), [Peterson E](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Peterson%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20877530), (2010). Yoga as a complementary therapy for children and adolescents: a guide for clinicians. [*Psychiatry (Edgmont)*](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20877530)*.* 7(8): 20-32.
* Kaplan LJ, (2013). The Experience of Yoga on Children with Anxiety[online] Available at: http://sophia.stkate.edu/msw\_papers/205 [Accessed 30 October 2014].
* Lin XJ, Lin IM, Fan SY, (2013). Methodological issues in measuring health-related quality of life. Tzu Chi Medical Journal. 25: 8-12.
* Maaskant MA, Rooij FBV, Hermanns JMA, (2014). Mental health and associated risk factors of Dutchschool aged foster، children placed in long-term foster care.*Children and Youth Services Review*. 44:207-216. [doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.011](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.011)
* McNamara C, Johnson M, Read L, Vander Velden H, Thygeson M, Liu M, et al, (2016). Yoga Therapy in Children with Cystic Fibrosis Decreases Immediate Anxiety and Joint Pain*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016. doi: 10.1155/2016/9429504
* Meloy ME, Phillips DA, (2012). Foster children and placement stability: The role of child care assistance. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 33:252-259. [doi.org/10.1016/j.appdev.2012.06.001](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2012.06.001)
* Munhall PL (2012). Nursing research .Jones and Bartlett Leearning
* Nelson TD, Kidwell KM, Hoffman S, Trout AL, Epstein MH, Thompson RW, (2014). Health-related quality of life among adolescents in residential care: description and correlates. *American Journal of Orthopsychiatry*. 84(3): 226. doi: 10.1037/h0099812
* Nourian M, Mohammadi Shahbolaghi F, Nourozi Tabrizi K, Rassouli M, Biglarrian A, (2016). The lived experiences of resilience in Iranian adolescents living in residential care facilities: A hermeneutic phenomenological study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*.11.
* Parshad O, (2004). Role of yoga in stress management. *The West Indian Medical Journal*. 53(3):191-4.
* Petrenko CH, Culhane SE, Garrido EF, Taussig HN, (2011). Do youth in out-of-home care receive recommended mental hea,th and educational servicea following screening evaluations? Child Youth Serv Rev. 33:1911-8. [doi:10.1016/j.childyouth.2011.05.015](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.015)
* Phuphaibul R, Thanooruk R, Leucha Y, Sirapo N, Kanobdee C, (2005). The impact of immune of life for teen's module application on the coping behaviors and mental health of early adolescents. *J Pediatr Nurs*. 20(6):461-8.
* Polit D, Beck C, (2012). Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. USA. Lippincott co. p40.
* Rajmil L, [Palacio-Vieira JA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Palacio-Vieira%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20030835), [Herdman M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Herdman%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20030835), Lopez-Aguila S, Villalonga-Olives E, Valderas I M, et al, (2009). Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*.7,103. doi:10.1186/1477-7525-7-103
* Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al, (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res*. 23(3):791-803. doi: 10.1007/s11136-013-0428-3
* Reddy GK, kumari S, (2015). Effect of short term yoga practices on cognitive function and attitude towards violence in school children. *Jornal Voice Of Research*. 3(4):14-16.
* [Richter S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Richter%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26941676), [Tietjens M](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Tietjens%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26941676), [Ziereis S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ziereis%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26941676), [Querfurth S](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Querfurth%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26941676), Jansen P, (2016). Yoga Training in Junior Primary School-Aged Children Has an Impact on Physical Self-Perceptions and Problem-Related Behavior. [*Front Psychol*](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26941676). 7: 1-17. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00203.
* Sargent K, Brien K, (2004). The emotional and behavioral difficulties of looked after children. *Adoption and fostering*. 28:31-7. doi/abs/10.1177/030857590402800205
* Sawatzky R, (2007). The measurement of quality of life and its relationship with perceived health status in adolescents. Ph. D. University of British Columbia
* Singh R, Dixit S, (2010). Health-Related Quality of Life and Health Management. *Journal of Health Management*. 12(2): 153-172. doi: 10.1177/097206341001200204.
* Smith C, Hancock H, Blake-Mortimer J, Eckert K, (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complementary therapies in medicine*. 15(2):77-83. doi:[10.1016/j.ctim.2006.05.001](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2006.05.001)
* Telles S, Singh N, Kumar Bhardwaj A, Kumar A, Balkrishna A, (2013). Effect of yoga or physical exercise on physical, cognitive and emotional measures in children: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 7(1): 1-16.
* The KIDSCREEN Group, (2004). Translation & Validation Procedure Guidelines and Documentation Form. 1-13. Avaliable from: www.kidscreen.org
* Thygeson MV, [Hooke MC](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hooke%20MC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20639346), [Clapsaddle J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Clapsaddle%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20639346), Robbins A, Moquist k, (2010). Peaceful Play Yoga: Serenity and Balance for Children With Cancer and Their Parents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 27(5) :276-284. doi/abs/10.1177/1043454210363478
* Urzúa A, Cortés E, Vega S, Prieto L, Tapia K, (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de vida KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos; Psychometric properties of the quality of life questionnaire KIDSCREEEN-27 adapted to Chilean adolescents*. Ter Psicol*. 27(1):83-92.
* Van Damme-Ostapowicz K, Krajewska-Kulak E, Wronska I, Szczepanski M, Kulak W, Lukaszuk C, et al, (2007). Quality of life self-assessment of children living in a children’s home, based on own research conducted in the Podlaskie Province. *Adv Med Sci*. 52(Suppl 1): 44-50.
* Vella S A, [Cliff D P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cliff%20DP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24657117), [Magee C A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Magee%20CA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24657117),Okely A D, (2014). Sports Participation and Parent Reported Health Related Quality of Life in Children: Longitudinal Associations.*THE JOURNAL OF PEDIATRICS*. 164( 6): 1469-1474.
* Warburton WP, Warburton RN, Sweetman A, Hertzman C, (2014). The impact of placing adolescent males into foster care on education, income assistance, and convictions. *Canadian Journal of Economics*. 47:35-69. doi: 10.1111/caje.12064
* WHOQOL-BREF. INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT, (1996).
* Wilson IB, Cleary PD, (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*. 273(1):59-65. doi:10.1001/jama.1995.03520250075037
* Wu XY, [Ohinmaa A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ohinmaa%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014537), [Veugelers PJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Veugelers%20PJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014537), (2011). Diet quality, physical activity, body weight and health-related quality of life among grade 5 students in Canada. *Public Health Nutrition*. 15(1): 75–81.
* Yendork JS ,Somhlaba NZ, (2014). Stress, coping and quality of life: An exploratory study of the psychological well-being of chanaian orphans placed in orphanages. *Children and Youth services Review*. 46:28-37. [doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.07.025](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.07.025)

پیوست 1

**به نام خدا**

**فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش**

دانش آموز عزیز

اینجانب الهه لعل خیرخواه، دانشجوی کارشناسی ارشد کودکان می باشم و این مطالعه را جهت بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی انجام می دهم. به این منظور شرکت کننده 16 جلسه در کلاس یوگا ویژه کودکان شرکت نموده و سپس پرسشنامه ای که در اختیار او قرار می گیرد را بر اساس دستورالعملی که در ابتدای آن توضیح داده شده است، تکمیل خواهد نمود. تکمیل پرسشنامه بیش از 10 دقیقه وقت نیاز ندارد. پژوهشگر امیدوار است که بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و همچنین سلامتی و رفاه در کودکان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی فراهم گردد.اطلاعات به دست آمده از شما کاملا محرمانه بوده و هنگام استفاده از نظرات شما هیچ ذکری از نامتان به میان نخواهد آمد. شما مجاز هستید هر زمان که بخواهید از ادامه همکاری خودداری نمایید. در صورت تمایل، پژوهشگر متعهد است که نتایج پژوهش را در اختیار شما قرار دهد. شرکت در این پژوهش هیچ گونه هزینه مالی و یا ضرر جسمی برای شرکت کننده نخواهد داشت. چنانچه سوالی برای شما پیش آمد، می توانید با شماره 09366692428 با اینجانب تماس حاصل نمایید. در صورتی تمایل برای شرکت در این پژوهش، خواهشمند است فرم زیر را تکمیل نموده و آن را امضاء نمایید. امضای این فرم به جهت رعایت حقوق شما و به معنی شرکت داوطلبانه شما می باشد.

با سپاس فراوان

اینجانب...............................با آگاهی از اهداف مطالعه و داوطلبانه بودن شرکت من در این پژوهش، موافقت خود را با شرکت در این پژوهش اعلام می دارم. من آگاه هستم هر زمان که بخواهم می توانم از شرکت در این مطالعه خودداری کنم. به پژوهشگر اجازه می دهم که نتایج پژوهش را به صورت کاملا محرمانه و بدون ذکر نام در پایان نامه یا مقالاتی که به چاپ می رساند، منتشر نماید.

امضای شرکت کننده

امضای پژوهشگر

اینجانب ....................مدیر فنی مرکز...................با آگاهی از اهداف مطالعه، موافقت خود را جهت شرکت خانم/آقای...................اعلام می نمایم.

امضای مدیر فنی مرکز

امضای پژوهشگر

پیوست شماره 2

**پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین**

دانش آموز گرامی سلام

لطفاً هر سوال را به دقت بخوانید و با توجه به پاسخی که همان اول به ذهنتان می رسد در خانه ای که به بهترین شکل بیانگر نظر شماست علامت بزنید.

توجه داشته باشید که این یک امتحان نیست، بنابراین هیچ پاسخ غلطی وجود ندارد. مهم این است که به همه سوالات پاسخ دهید و همچنین ما بتوانیم علامت هایی را که زده اید به طور واضح ببینیم. وقتی که درباره جوابتان فکر می کنید، لطفاً سعی کنید هفته گذشته را به خاطر بیاورید.

سعی نمایید در هنگام تکمیل پرسشنامه پاسخ های خود را به کسی نشان ندهید، ضمن اینکه نوشتن نام و نام خانوادگی از شما خواسته نشده است، با این حال هیچ کس پاسخ های شما را بعد از تحویل پرسشنامه به پرسشگر نخواهد دید.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| آیا شما دارای مشکل پزشکی، بیماری یا معلولیت طولانی مدتی هستید؟ | بله | خیر |
| چه چیزی...... |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | به طور کلی وضعیت سلامت تان چطور است؟ | عالی | خیلی خوب | خوب | متوسط | ضعیف |
| **در طی هفته گذشته....** | | | | | | |
| **2** | **آیا احساس خوب و سرحالی داشتید ؟** | **اصلاً** | **تا حدی** | **متوسط** | **خیلی** | **بی نهایت** |
| **3** | **آیا فعالیت جسمی داشتید ( مثل دویدن، به کوه رفتن، دوچرخه سواری)؟** | **اصلاً** | **تا حدی** | **متوسط** | **خیلی** | **بی نهایت** |
| **4** | **آیا می توانستید خوب بدوید؟** | **اصلاً** | **تا حدی** | **متوسط** | **خیلی** | **بی نهایت** |
| **5** | **آیا احساس می کردید که پرانرژی هستید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **در طی هفته گذشته............** | | | | | | |
| **6** | **آیا زندگی شما لذت بخش بوده است؟** | **اصلاً** | **تا حدی** | **متوسط** | **خیلی** | **بی نهایت** |
| **7** | **آیا شما از حال و حوصله خوبی برخوردار بودید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **8** | **آیا شما تفریحی داشتید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **9** | **آیا احساس غمگینی داشتید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **10** | **آیا آنقدر احساس بدی داشتید که نمی خواستید هیچ کاری انجام دهید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **11** | **آیا احساس تنهایی می کردید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **12** | **آیا از آنچه که انجام می دادید خوشحال بودید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
|  | **در طی هفته گذشته....** |  |  |  |  |  |
| **13** | **آیا وقت کافی برای خودتان داشتید؟** | **هیچگاه** | **تقریباًهیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **14** | **آیا می توانستید کار هایی را که مایل بودید در وقت فراغتتان انجام دهید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **15** | **آیا والدینتان وقت کافی برای شما می گذاشتند؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **16** | **آیا والدینتان رفتار منصفانه و مناسبی با شما داشتند؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **17** | **آیا می توانستید هر وقت که می خواستید با والدینتان صحبت کنید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **18** | **آیا پول کافی برای انجام دادن کارهایی شبیه کارهای دوستانتان داشتید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **19** | **آیا شما پول کافی برای مخارج خود داشتید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **در طی هفته گذشته....** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **20** | | **آیا وقتی را با دوستانتان گذراندید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **21** | | **آیا با دوستانتان تفریح کردید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **22** | | **آیا شما و دوستانتان به یکدیگر کمک کردید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **23** | | **آیا می توانستید به دوستانتان اعتماد و تکیه کنید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **در طی هفته گذشته....** | | | | | | | |
| **24** | | **آیا در مدرسه شاد بودید؟** | **اصلاً** | **تا حدی** | **متوسط** | **خیلی** | **بی نهایت** |
| **25** | | **آیا در مدرسه وضعیت درسی خوبی داشتید؟** | **اصلاً** | **تا حدی** | **متوسط** | **خیلی** | **بی نهایت** |
| **26** | | **آیا می توانستید در کلاس حواستان را جمع کنید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |
| **27** | | **آیا با معلم هایتان خوب سر کردید؟** | **هیچگاه** | **تقریباً هیچگاه** | **گاهی اوقات** | **تقریباً همیشه** | **همیشه** |

پیوست شماره 3 برگه ثبت انجام یوگا

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هفته اول از تاریخ: تا تاریخ:** | | | | | **هفته دوم از تاریخ: تا تاریخ:** | | | |
| **روزهای هفته** | | **در طول روز** | **مدت زمان انجام** | **علت عدم انجام یوگا** | **روزهای هفته** | **در طول روز** | **مدت زمان انجام** | **علت عدم انجام یوگا** |
| **شنبه** | |  |  |  | **شنبه** |  |  |  |
| **یکشنبه** | |  |  |  | **یکشنبه** |  |  |  |
| **دوشنبه** | |  |  |  | **دوشنبه** |  |  |  |
| **سه شنبه** | |  |  |  | **سه شنبه** |  |  |  |
| **چهارشنبه** | |  |  |  | **چهارشنبه** |  |  |  |
| **پنج‌شنبه** | |  |  |  | **پنج‌شنبه** |  |  |  |
| **جمعه** | |  |  |  | **جمعه** |  |  |  |
| **هفته سوم از تاریخ: تا تاریخ:** | | | | | **هفته چهارم از تاریخ: تا تاریخ:** | | | |
| **روزهای هفته** | **در طول روز** | | **مدت زمان انجام** | **علت عدم انجام یوگا** | **روزهای هفته** | **در طول روز** | **مدت زمان انجام** | **علت عدم انجام یوگا** |
| **شنبه** |  | |  |  | **شنبه** |  |  |  |
| **یکشنبه** |  | |  |  | **یکشنبه** |  |  |  |
| **دوشنبه** |  | |  |  | **دوشنبه** |  |  |  |
| **سه شنبه** |  | |  |  | **سه شنبه** |  |  |  |
| **چهارشنبه** |  | |  |  | **چهارشنبه** |  |  |  |
| **پنج‌شنبه** |  | |  |  | **پنج‌شنبه** |  |  |  |
| **جمعه** |  | |  |  | **جمعه** |  |  |  |

پیوست شماره 4

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی(توسط **پژوهشگر** تکمیل می گردد.)

کد........

این پرسشنامه جهت انجام پژوهشی با عنوان" بررسی تأثیر یوگا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی شهرستان اسفراین " طراحی شده است.از شما تقاضا می شود که درتکمیل این پرسشنامه، پژوهشگر را یاری نمایید.

الهه لعل خیرخواه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی شهیدبهشتی

سن:....... جنس:........ قد:........ وزن:..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ندارم | دارم | سابقه |
|  |  | بیماری سرطان |
|  |  | هپاتیت |
|  |  | صرع |
|  |  | دیابت |
|  |  | فلج عضلانی |
|  |  | مشکلات قلبی عروقی |
|  |  | کم خونی |
|  |  | زخم معده |
|  |  | مشکلات تنفسی |
|  |  | مشکلات کلیوی |
|  |  | سردرد های میگرنی |
|  |  | اختلالات خواب |
|  |  | اختلالات اضطرابی |
|  |  | سابقه سوگواری در 6 ماه اخیر |
|  |  | سابقه بستری در بیمارستان در 6 ماه اخیر |
|  |  | سابقه مصرف دارو |
|  |  | علت ورود به مراکز |
|  |  | طول مدت حضور در مرکز |
|  |  | سن ورود به مرکز |

**Abstract**

**The Effect of Yoga on Health-related Quality of Life ofChildren in Residential Care Facilities**

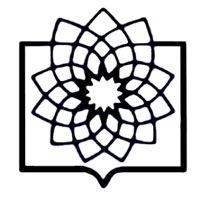
**Background & Aim:**Health-related quality of life is one of the important indices of health. Children living in residential youth care centers are a vulnerable population exposed to high risks of affliction with various psychosomatic disturbances and enjoy a lower health-related quality of life. This study expunged on the effect of yoga exercises on health-related quality of life in children living in residential youth care centers.

**Methods:**In this quasi-experimental one group before-after study with time series design, all the children aged 8-13 years who qualified for the inclusion criteria and were living in governmental residential youth care centers of Isfarain(25 children) were selected using the census (total counting) method. The participants of the study took part in the yoga classes for 8 weeks 5 days per week one session per day. Health-related quality of life was assessed using Kid Screen Health-related Quality of Life Questionnaire before, during, immediately at the completion of intervention, one week after, and one month after completion of interventions. The gleaned data were analyzed with SPSS21 using repeated measurements analysis.

**Results:**Changes in the score of health-related quality of life obtained in five measurements ranging from before interventions to one month after completion of interventions were not statistically significant (P=0.270). Also, variations in the score of health-related quality of life in the dimensions of mental well-being, the relations with parents and self-autonomy, social support and peers, and school environment were not significant from before to one month after completion of interventions (P=0.29, P=0.67, P=0.16, & P=0.50, respectively). For the physical well-being dimension, the changes were significant from before to immediately after completion of interventions (P=0.013). Indeed, yoga exerted a positive effect on the health-related quality of life in the physical dimension, yet, the increasing changes did not continue during one week and one month after completion of interventions. Moreover, changes in the score of health-related quality of life and also in its dimensions were not significant in the presence of variables like duration of center attendance, gender, sleep disturbances, anxiety disorders, age, cause of entering the center, and body mass index (BMI) (P=0.45, P>0.05).

**Conclusion:**Yoga exerted a positive effect on physical well-being of health-related quality of life in children living in residential youth care centers in Isfarain, Iran, during the completion of interventions; however, this effect did not continue one week after and one month after completion of interventions. A more comprehensive study with a longer time of yoga exercises involving a greater sample is recommended.

**Key Words:** Yoga, health-related quality of life, children, residential youth care centers.



**SHAHEED BEHESHTI UNIVERSITY OF MEDICAL**

**SCIENCE AND HEALTH SERVICES**

**FACULTY OF NURSING AND MIDWIFERY**

**Thesis for MS Degree in (**Pediatric **Nursing)**

**Title:**

**The Effect of Yoga on Health-related Quality of Life ofChildren in Residential Care Facilities**

**Written By:**

**Elahe La’l-Kheirkhah**

**Supervisor:**

**Manijeh Nourian**

**Advisor:**

**Kiarash Saatchi**

**Farzane Ahmadi**

August 2017

1. Foster care [↑](#footnote-ref-2)
2. Health related quality of life [↑](#footnote-ref-3)
3. Complementary and alternative medicine [↑](#footnote-ref-4)
4. Nonvitamin-nonmineral-natural products [↑](#footnote-ref-5)
5. Deep breathing exercises [↑](#footnote-ref-6)
6. meditation [↑](#footnote-ref-7)
7. Chiropractic care [↑](#footnote-ref-8)
8. yoga [↑](#footnote-ref-9)
9. massage [↑](#footnote-ref-10)
10. Diet-based therapies [↑](#footnote-ref-11)
11. meditation [↑](#footnote-ref-12)
12. Health Related Quality Of Life) HRQOL( [↑](#footnote-ref-13)
13. Complementary and alternative medicine [↑](#footnote-ref-14)
14. Alternative medical systems [↑](#footnote-ref-15)
15. Naturopathy [↑](#footnote-ref-16)
16. Biologic –based therapy [↑](#footnote-ref-17)
17. Manipulative and body based practices [↑](#footnote-ref-18)
18. Energy therapy [↑](#footnote-ref-19)
19. Mind –Body Medicine [↑](#footnote-ref-20)
20. Meditation [↑](#footnote-ref-21)
21. Biofeedback [↑](#footnote-ref-22)
22. Yoga [↑](#footnote-ref-23)
23. Hypnosis [↑](#footnote-ref-24)
24. Tai chi [↑](#footnote-ref-25)
25. Qi gong [↑](#footnote-ref-26)
26. Harris [↑](#footnote-ref-27)
27. Yuj [↑](#footnote-ref-28)
28. Shandilya upanishad [↑](#footnote-ref-29)
29. Bhagavad gita [↑](#footnote-ref-30)
30. Rudraya mantras [↑](#footnote-ref-31)
31. Hatha Yoga [↑](#footnote-ref-32)
32. Physical [↑](#footnote-ref-33)
33. Psychological [↑](#footnote-ref-34)
34. Social [↑](#footnote-ref-35)
35. Spiritual [↑](#footnote-ref-36)
36. Health Related Quality Of Life) HRQOL( [↑](#footnote-ref-37)
37. Health Related Quality Of Life) HRQOL( [↑](#footnote-ref-38)
38. Hypothalamic-pituitary and adrenal axis [↑](#footnote-ref-39)
39. Sid [↑](#footnote-ref-40)
40. Iranian research institute for information science and technology(IRANDOC) [↑](#footnote-ref-41)
41. noormags [↑](#footnote-ref-42)
42. Pub med [↑](#footnote-ref-43)
43. Science direct [↑](#footnote-ref-44)
44. Google [↑](#footnote-ref-45)
45. Google scholar [↑](#footnote-ref-46)
46. Digit letter substitution(DLST) [↑](#footnote-ref-47)
47. Attitude toward Violence(ATV) [↑](#footnote-ref-48)
48. Haiti [↑](#footnote-ref-49)
49. Culver [↑](#footnote-ref-50)
50. Post traumatic stress disorder [↑](#footnote-ref-51)
51. University of california، losangeles post traumatic stress reaction index(UCLA PTSD) [↑](#footnote-ref-52)
52. Strengths and difficulties questionnaire(SDQ) [↑](#footnote-ref-53)
53. Post hoc [↑](#footnote-ref-54)
54. Telles et al [↑](#footnote-ref-55)
55. Haridwar [↑](#footnote-ref-56)
56. Eurofit test battery [↑](#footnote-ref-57)
57. Flamingo balance test [↑](#footnote-ref-58)
58. Plate taping test [↑](#footnote-ref-59)
59. Hand grip test [↑](#footnote-ref-60)
60. Trunk strength [↑](#footnote-ref-61)
61. Bent armhang [↑](#footnote-ref-62)
62. Standing broat jump [↑](#footnote-ref-63)
63. 10×5 meter shuttle run [↑](#footnote-ref-64)
64. Anthropometry [↑](#footnote-ref-65)
65. Body massage index(BMI) [↑](#footnote-ref-66)
66. Stroop color-word task for children [↑](#footnote-ref-67)
67. Battle’s self-esteem inventory [↑](#footnote-ref-68)
68. Analysis of variance(ANOVA) [↑](#footnote-ref-69)
69. Plate taping test [↑](#footnote-ref-70)
70. Flamingo balance test [↑](#footnote-ref-71)
71. Brands et al [↑](#footnote-ref-72)
72. Functional abdominal pain [↑](#footnote-ref-73)
73. Irritable bowel syndrome [↑](#footnote-ref-74)
74. General relaxation [↑](#footnote-ref-75)
75. Breathing exercises [↑](#footnote-ref-76)
76. The Child Behaviour Check List(CBCL) [↑](#footnote-ref-77)
77. kidscreen health related quality of life questionnaire [↑](#footnote-ref-78)
78. Hartmann et al [↑](#footnote-ref-79)
79. Child health questionnaire( CHQ-PF 50) [↑](#footnote-ref-80)
80. Body massage index(BMI) [↑](#footnote-ref-81)
81. Tanner stages [↑](#footnote-ref-82)
82. Benavides& Caballero [↑](#footnote-ref-83)
83. Body massage index(BMI) [↑](#footnote-ref-84)
84. BeckSelfConcep(BSCT) [↑](#footnote-ref-85)
85. The Beck Depression Inventory [↑](#footnote-ref-86)
86. The Beck anxiety inventory [↑](#footnote-ref-87)
87. ### [Physical Self Description Questionnaire](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjc1MXJvJ_MAhXHKcAKHfeGCnIQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F8888413&usg=AFQjCNGPKjMW1GvPShsUGDlnhy_P3b_EYQ)( PSDQ (

    [↑](#footnote-ref-88)
88. [↑](#footnote-ref-89)
89. 1-Quasi-experimental Study [↑](#footnote-ref-90)
90. kidscreen health related quality of life questionnaire [↑](#footnote-ref-91)
91. Strengths and Difficulties Questionnaire [↑](#footnote-ref-92)
92. Child Health and Illness profile-Adolescent Edition [↑](#footnote-ref-93)
93. Youth Quality of life Instruments-short form [↑](#footnote-ref-94)
94. Children with Special Health [↑](#footnote-ref-95)
95. FAS [↑](#footnote-ref-96)
96. Pediatric Quality of Life Inventory versio 4.0 generic core scales [↑](#footnote-ref-97)
97. Face validity [↑](#footnote-ref-98)
98. kidscreen health related quality of life questionnaire [↑](#footnote-ref-99)
99. Post traumatic stress disorder [↑](#footnote-ref-100)
100. Hypothalamic-pituitary and adrenal axis [↑](#footnote-ref-101)