

Effect of Nine Weeks of Moderate Aerobic Training on Insulin Resistance and Appetite Level in Obese Women

Yarahmadi H.¹ MSc, Haghighi A.H.¹ PhD, Shojaei M.¹ MSc, Beheshti Nasr S.M.* MSc

*Cell & Molecular Biology Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

¹Sport Physiology Department, Physical Education & Sport Sciences Faculty, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran

Abstract

Aims: Appetite is a mental feeling of starvation, satiety and desire to eat specific type of foods which can be affected by various factors. This study was done to investigate the effects of one week and 9 weeks of aerobic exercise on appetite and insulin resistance in obese women.

Methods: This semi-experimental study was done in obese women (30 to 45 years old) of Mashhad city, Iran in Spring 2011 who had no physical activity except daily routines. 28 obese women with BMI more than 30 were selected as volunteers. Aerobic exercise was 4 times a week for 9 weeks and each session consisted 20 minute warm-up with a variety of running, stretching, flexibility and the jump movements. Then, the continuous running at a steady rate of 65-75% of maximum heart rate was done. In order to assess blood biochemical variables, blood sampling after 12 to 14 hours of fasting was performed in 2 stages (before trainings and after 9 weeks of training). Independent T test and analysis of variance with repeated measures were used to data analysis.

Findings: There was no significant difference between indexes of insulin, serum glucose, insulin resistance, HDL, LDL, TG and TC in control and aerobic exercise groups. There were no significant difference in appetite indexes between both groups after 9 weeks of aerobic exercise ($p>0.05$).

Conclusion: 9 weeks of moderate intensity aerobic training does not have any effect on appetite and insulin resistance in obese women.

Keywords

Appetite (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001066>);

Insulin Resistance (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68007333>);

Aerobic Exercise

* Corresponding Author

Tel: +985714446070

Fax: +985714445648

Address: Cell & Molecular Biology Research Center, Medicine Faculty, Building No. 2, Sabzevar University of Medical Sciences, Tohidshahr (Daneshgah Boulevard), Sabzevar, Iran

beheshti.m1985@gmail.com

Received: May 28, 2013

Accepted: March 1, 2014

ePublished: April 1, 2014

تأثیر ۹ هفته تمرین هوازی با شدت متوسط بر میزان مقاومت به انسولین و اشتهای بعد از ورزش در زنان چاق

هادی یاراحمدی MSc

گروه فیزیولوژی ورزش، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

امیرحسین حقیقی PhD

گروه فیزیولوژی ورزش، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

ملیحه شجاعی MSc

گروه فیزیولوژی ورزش، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

سیدمهدی بهشتی نصر* MSc

مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

چکیده

اهداف: اشتها، احساسی ذهنی از گرسنگی، سیری و تمایل به خوردن نوع خاصی از غذا است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل گوناگون قرار بگیرد. این مطالعه به منظور بررسی اثر یک و ۹ هفته تمرین هوازی بر اشتها و مقاومت به انسولین در زنان چاق انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی، روی زنان چاق (۳۰ تا ۴۵ سال) شهر مشهد در بهار ۱۳۹۰ که به جز فعالیت‌های جسمانی روزمره، فعالیت ورزشی دیگری نداشتند، انجام شد. ۲۸ زن با شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. تمرین هوازی به تعداد ۴ جلسه در هفته و به مدت ۹ هفته و هر جلسه تمرین شامل ۲۰ دقیقه گرم‌کردن با انواع دوها، حرکات کششی، نرمشی و جهشی بود. سپس دویدن مداوم با آهنگ ثابت و با شدت ۶۵-۷۵٪ حداکثر ضربان قلب آزمودنی‌ها انجام شد. برای بررسی متغیرهای بیوشیمیایی، خونگیری بعد از ۱۲ تا ۱۴ ساعت ناشتایی در ۲ مرحله (پیش از شروع تمرینات و بعد از ۹ هفته تمرین) صورت گرفت. از آزمون T مستقل و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین شاخص‌های انسولین، گلوکز سرم، مقاومت به انسولین، HDL، LDL، TG و TCی دو گروه پیش- و پس از مداخله مشاهده نشد. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کنترل و تمرین هوازی بعد از ۹ هفته تمرین هوازی در شاخص‌های اشتها وجود نداشت ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: ۹ هفته تمرین هوازی با شدت متوسط تأثیری بر میزان اشتها و مقاومت به انسولین در زنان چاق ندارد.

کلیدواژه‌ها: اشتها، مقاومت به انسولین، تمرین هوازی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۰

*نویسنده مسئول: beheshti.m1985@gmail.com

مقدمه

چاقی از علایم بحرانی سلامت عمومی است و خطر مقاومت به انسولین در افراد چاق افزایش می‌یابد^[1]. چاقی و اضافه وزن نتیجه عدم تعادل انرژی است که به موجب آن کالری دریافت‌شده بیشتر از کالری مصرف‌شده است. اشتها، یعنی احساس ذهنی از گرسنگی، سیری و تمایل به خوردن نوع خاصی از غذا، از عوامل تأثیرگذار بر میزان دریافت کالری است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل گوناگون قرار بگیرد^[2]. پیام‌های آوران، اطلاعاتی را برای دستگاه عصبی مرکزی که مرکز کنترل سیری، گرسنگی یا جست‌وجوی غذاست، فراهم می‌نمایند^[3]. برخی پیام‌ها با اثر آنابولیک، افزایش اشتها و در نتیجه افزایش وزن را باعث می‌شوند^[4]. سیگنال‌های محیطی مثل لپتین، گرلین، انسولین و نوروپپتیدهای مرکزی در هیپوتالاموس یکپارچه شده، اشتهای فرد را مشخص می‌کنند. علاوه بر این، فاکتورهای بیرونی از قبیل وعده‌های غذایی، فعالیت جسمانی، دما و آب و هوا ممکن است بر اشتها تأثیرگذار باشند^[5]. از آنجاکه اشتها پاسخی یکپارچه ولی تحت تأثیر عوامل مختلف است، سازوکارهای تنظیم بسیار پیچیده‌ای دارد^[6].

فعالیت بدنی بر رفتار تغذیه‌ای تأثیرگذار است و سبک زندگی غیرفعال تنظیم اشتها را با مشکل مواجه می‌سازد. از آنجا که تأثیر فعالیت ورزشی بر ذخایر چربی، پروتئین و کربوهیدرات شناخته شده است، احتمال می‌رود که فعالیت ورزشی با تأثیر بر متابولیسم بر اشتها نیز تأثیر بگذارد^[7] ولی چربی و چگونگی این اتفاقات موضوع پیچیده‌ای است که احتمالاً به متغیرهای فیزیولوژیک، حالت‌های رژیمی و مدت ورزش بستگی دارد^[8]. تعدادی از پژوهش‌ها تلاش کرده‌اند تا تأثیر تمرین‌های ورزشی را بر اشتها بررسی کنند. تمرینات ورزشی بلندمدت سبب کاهش موقت اشتها می‌شود، اما این به معنی کاهش دریافت غذا پس از ورزش نیست^[2] و فقط ۱۹٪ مطالعات افزایش اشتها بعد از تمرین ورزشی را گزارش کرده و ۶۵٪ پژوهش‌ها هیچ تغییری در اشتها مشاهده نکرده‌اند^[9]. برای مثال، کینگ و همکاران افزایش اشتها در اثر ۱۲ هفته تمرین ورزشی را گزارش می‌کنند^[10]، درحالی‌که مارتینز و همکاران، کاهش اشتها و گرسنگی را در اثر ۶ هفته تمرین هوازی مشاهده نمودند^[11]. همچنین وایبرو و همکاران عدم تغییر معنی‌دار اشتها را در اثر یک دوره ۱۶ روزه ورزش با شدت‌های متوسط و بالا گزارش می‌نمایند^[12]. با وجود ابهام در تأثیر فعالیت ورزشی بر تغییرات اشتها (کاهش، افزایش یا عدم تغییر)، عدم انجام فعالیت بدنی می‌تواند خطر ابتلا به چاقی را افزایش داده و چاقی و سبک زندگی غیرفعال نیز با خطر بالای افزایش مقاومت به انسولین همراه است^[13].

از آنجا که اطلاعات محدودی درباره تأثیر فعالیت‌های ورزشی بر سازوکارهای ایجادکننده مقاومت به انسولین و رابطه آنها با یکدیگر وجود دارد، این مطالعه با هدف بررسی اثر یک و ۹ هفته تمرین هوازی بر اشتها و مقاومت به انسولین در زنان چاق انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مداخله‌ای نیمه‌تجربی در زنان چاق ۳۰ تا ۴۵ ساله شهر مشهد در بهار ۱۳۹۰ که به جز فعالیت‌های جسمانی روزمره، فعالیت ورزشی دیگری نداشتند، انجام شد. پس از درج اطلاعاتی از افرادی که مایل به شرکت در مطالعه بودند، ثبت نام به عمل آمد و پس از توضیح هدف پژوهش و روش کار، ۲۸ زن چاق (شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰) به روش هدفمند انتخاب شدند^[14] و از ایشان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. معیارهای انتخاب نمونه‌ها عدم استعمال سیگار، نداشتن سابقه بیماری خاص و استفاده از دارو، نداشتن آلرژی غذایی، تمایل به شرکت در برنامه ورزشی، عدم شرکت در فعالیت منظم ورزشی در ۶ ماه گذشته و همچنین عدم نوسان در وزن بدن طی ۶ ماه منتهی به زمان پژوهش بود.

برای ارزیابی رژیم غذایی، از پرسش‌نامه ۲۴ ساعته رژیم غذایی (۳) روز قبل از شروع و ۳ روز پایانی دوره) استفاده شد. برای اندازه‌گیری اشتها از مقیاس آنالوگ بصری (VAS) استفاده شد. این مقیاس از صفر تا ۱۵ درجه‌بندی شده و هر واحد ۱۰ میلی‌متر است که در مجموع اندازه خط ۱۵۰ میلی‌متر می‌شود و به ۵ حالت که تعیین‌کننده شدت‌های احساسات ذهنی فرد است، تقسیم می‌شود. میزان اشتها مقدار نمره‌ای است که فرد در این آزمون کسب می‌کند. برای ارزیابی احساسات ذهنی درباره اشتها، از پرسش‌نامه اشتها فلینت و همکاران استفاده شد^[15, 16]. پایایی این پرسش‌نامه با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۸۰ گزارش شده^[5] و شامل ۴ سؤال است که به ترتیب احساس تمایل به غذا، احساس گرسنگی، احساس سیری و توانایی خوردن را می‌سنجد. از این پرسش‌نامه در ۲ نوبت قبل از شروع دوره تمرینی (قبل از تمرین و بلافاصله بعد تمرین) و ۲ نوبت بعد از دوره تمرینات ۹ هفته‌ای (قبل از تمرین و بلافاصله بعد تمرین) استفاده شد.

۲ هفته قبل از شروع تمرینات، قد نمونه‌ها با استفاده از قدسنج دیواری مدل ۴۴۴۰ با دقت ± 0.1 سانتی‌متر (شرکت کاوه؛ ایران)، وزن با استفاده از ترازوی مدل GS 34 با دقت ۱۰۰ گرم (Beurer؛ ایالات متحده)، درصد چربی بدن با استفاده از کالیبر مدل SH 5020 (SAEHAN؛ انگلستان)، توده بدون چربی، شاخص توده بدن و نسبت دور کمر به دور باسن با استفاده از دستگاه تحلیل ترکیب بدن مدل ۳/۰ (Inbody؛ کره جنوبی) و حداکثر اکسیژن مصرفی با استفاده از آزمون راه‌رفتن راکپورت محاسبه و ثبت شد^[17]. به منظور همگن کردن گروه‌ها، اطلاعات اولیه به دست آمده از آزمودنی‌ها با اطلاعات مربوط به سابقه پزشکی و آمادگی برای شروع فعالیت بدنی جمع‌شد و آزمودنی‌ها به ۲ گروه تمرین هوازی و کنترل تقسیم شدند. از آزمودنی‌ها بعد از ۱۲ ساعت حالت ناشتا در ساعت ۷ صبح، اولین مرحله اندازه‌گیری اشتها به عمل آمد و سپس آزمودنی‌ها صبحانه یکسان شامل یک عدد نان، عسل ۲۵ گرمی، کره ۱۵ گرمی و یک بسته آب پرتقال میل کرده و گروه

تمرین هوازی در ساعت ۹ صبح شروع به انجام برنامه تمرینی مورد نظر نمودند و بلافاصله بعد از اتمام برنامه تمرین، دومین مرحله اندازه‌گیری اشتها انجام شد. پس از ۹ هفته تمرین هوازی، مجدداً قبل و بلافاصله بعد از آخرین جلسه تمرینی اندازه‌گیری اشتها انجام شد. کالری دریافتی و انرژی مصرفی آزمودنی‌ها در روز ورزش، روز قبل و روز بعد از ورزش اندازه‌گیری شد.

تمرین هوازی به تعداد ۴ جلسه در هفته و به مدت ۹ هفته در سالن ورزشی انجام شد. برنامه هر جلسه تمرین شامل ۲۰ دقیقه گرم کردن با انواع دوها، حرکات کششی، نرمشی و جهشی بود. سپس دویدن مداوم با آهنگ ثابت و با شدت ۷۵-۶۵٪ حداکثر ضربان قلب آزمودنی‌ها انجام شد. مدت دویدن در جلسه اول ۱۵ دقیقه بود. اصل اضافه‌بار به گونه‌ای طراحی شده بود که از هفته دوم، در هر جلسه به صورت پله‌ای نیم‌دقیقه به زمان دویدن افزوده می‌شد، به طوری که در جلسه آخر، زمان دویدن به ۳۱ دقیقه رسید. در انتهای هر جلسه، عمل سردکردن با اجرای دوی نرم به مدت ۱۰ دقیقه انجام شد. ضربان قلب توسط ضربان‌سنج (پلار؛ نام فلاند) کنترل شد. طی این مدت، گروه کنترل در هیچ برنامه تمرینی ورزشی شرکت نکردند.

برای بررسی متغیرهای بیوشیمیایی، خونگیری بعد از ۱۲ تا ۱۴ ساعت ناشتایی در ۲ مرحله (پیش از شروع تمرینات و بعد از ۹ هفته تمرین) صورت گرفت. در مرحله اول، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا ۲ روز قبل از آزمون، هیچ فعالیت جسمانی سختی انجام ندهند. ۴۸ ساعت قبل از شروع تمرینات آزمودنی‌ها در آزمایشگاه تشخیص طبی حاضر شدند. در ساعت ۱۰-۸ صبح عمل خون‌گیری انجام شد و از سیاهرگ دست راست هر آزمودنی در وضعیت نشسته و در حالت استراحت ۵ میلی‌لیتر خون گرفته شد. آنگاه نمونه خونی ۱۰ دقیقه در دمای اتاق گذاشته شد تا لخته شود. سپس لخته از دیواره لوله آزمایش جدا شده و با سرعت ۵۰۰۰ rpm به مدت ۱۰ دقیقه سانتریفیوژ شد^[18]. سرم حاصل در دمای ۸۰- $^{\circ}\text{C}$ نگهداری شد تا در زمان لازم برای تشخیص شاخص‌های مورد نظر مورد استفاده قرار گیرد. بعد از ۹ هفته تمرین و گذشت ۴۸ ساعت بعد از آخرین جلسه تمرین، مجدداً همه آزمودنی‌ها به آزمایشگاه دعوت شدند و با حفظ شرایط مرحله اول از آنها خون‌گیری به عمل آمد. انسولین به روش الایزا با کیت دارای حساسیت یک میلی‌گرم واحد بین‌المللی در لیتر (مرکودیا؛ سوئد) و ضریب تغییرات درون‌سنجی ۶/۵٪، گلوکز سرمی به روش آنزیماتیک با استفاده از کیت دارای حساسیت ۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (پارس‌آزمون؛ ایران) و ضریب تغییرات درون‌سنجی ۲/۲٪، HDL-C به روش کالریمتریک با استفاده از کیت تشخیص کمی لیپوپروتئین پُرچگال با حساسیت ۳ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (آنتریم؛ انگلستان)، کلسترول تام (TC) به روش آنزیماتیک با استفاده از کیت تشخیص کمی کلسترول در سرم یا پلاسما (پارس‌آزمون؛ ایران) با حساسیت

از آزمون T مستقل برای بررسی تغییرات میان گروهی شاخص‌ها در وضعیت پایه و از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییرات اشتها، انسولین، گلوکز و مقاومت به انسولین در دو گروه کنترل و تجربی در قالب نرم‌افزار SPSS 16 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه تمرین هوازی $37/1 \pm 4/9$ سال و گروه کنترل $37/5 \pm 5/3$ سال و میانگین قد گروه تمرین هوازی $153/6 \pm 5/2$ سانتی‌متر و گروه کنترل $153/1 \pm 4/9$ سانتی‌متر بود که تفاوت معنی‌داری نداشت.

بین دو گروه کنترل و تمرین هوازی تفاوت معنی‌داری در شاخص‌های اندازه‌گیری شده پیش از مداخله وجود نداشت. وزن، شاخص توده بدنی، نسبت دور کمر به لگن و درصد چربی در گروه تمرین هوازی در مقایسه با گروه کنترل، کاهش و بیشینه ظرفیت هوازی افزایش معنی‌داری داشت. تفاوت معنی‌داری بین شاخص‌های انسولین، گلوکز سرم، مقاومت به انسولین، HDL، LDL، TG و TC دو گروه پیش- و پس از مداخله مشاهده نشد (جدول ۱).

جدول ۲ میانگین امتیاز پارامترهای تمایل به خوردن غذا، احساس گرسنگی، احساس سیری و توانایی خوردن قبل و بعد از جلسه تمرین در دو مرحله قبل و بعد از ۹ هفته تمرین

گروه	قبل پیش از هفته ۹	بعد پیش از هفته ۹	قبل پس از هفته ۹	بعد پس از هفته ۹	سطح معنی‌داری
تمایل به غذا خوردن					
کنترل	$3/7 \pm 2/3$	$6/7 \pm 3/2$	$3/9 \pm 2/3$	$1/11$	
تجربی	$4/7 \pm 3/1$	$3/9 \pm 2/7$	$4/6 \pm 3/4$	$1/06$	
احساس گرسنگی					
کنترل	$4/0 \pm 1/6$	$8/3 \pm 2/5$	$4/6 \pm 2/9$	$1/01$	
تجربی	$6/0 \pm 4/1$	$3/2 \pm 2/5$	$4/8 \pm 3/7$	$1/01$	
احساس سیری					
کنترل	$4/3 \pm 2/3$	$9/0 \pm 2/6$	$5/6 \pm 3/1$	$1/01$	
تجربی	$9/3 \pm 2/9$	$9/8 \pm 3/1$	$8/5 \pm 4/3$	$1/01$	
توانایی خوردن					
کنترل	$9/5 \pm 1/6$	$5/3 \pm 2/4$	$8/3 \pm 2/3$	$5/2 \pm 3/4$	$1/01$
تجربی	$5/6 \pm 3/2$	$4/3 \pm 2/9$	$5/2 \pm 3/4$	$5/2 \pm 3/3$	$1/01$

دو گروه کنترل و تمرین هوازی بعد از ۹ هفته تمرین هوازی در شاخص‌های اشتها تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($p > 0.05$). مقایسه شاخص‌های احساس تمایل به غذا، احساس گرسنگی، احساس سیری و توانایی خوردن پیش از آغاز جلسه تمرینی قبل از انجام ۹ هفته مداخله و پس از آن در هیچ کدام از دو گروه معنی‌دار نبود. این شاخص‌ها تفاوت معنی‌داری بلافاصله پس از پایان جلسه تمرینی نیز در هیچ کدام از گروه‌ها نشان نداد (جدول ۲).

۳ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، تری‌گلیسرید (TG) به روش کالریمتریک با استفاده از کیت تشخیص کمی تری‌گلیسرید در سرم یا پلاسما با حساسیت یک میلی‌گرم در دسی‌لیتر (پارس‌آزمون؛ ایران) و LDL-C با استفاده از فرمول "فریدوالد" ($LDL = TC - [HDL + 1/59TG]$) اندازه‌گیری شد [19]. شاخص مقاومت به انسولین با اندازه‌گیری انسولین و گلوکز ناشتایی و استفاده از فرمول زیر اندازه‌گیری شد [20]:

$$HOMA-IR = [(mg/dl) \times (mU/L)] / 40.5$$

جدول ۱ میانگین شاخص‌های بیوشیمیایی، آنترپومتریک و فیزیولوژیک دو گروه قبل و بعد از مداخله

گروه	پیش از مداخله	پس از مداخله	سطح معنی‌داری
وزن (کیلوگرم)			
کنترل	$79/9 \pm 9/5$	$80/2 \pm 10/2$	
تجربی	$82/0 \pm 10/2$	$79/1 \pm 14/7$	$0/01$
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)			
کنترل	$34/0 \pm 3/9$	$34/2 \pm 4/3$	
تجربی	$34/2 \pm 4/3$	$33/5 \pm 5/6$	$0/01$
نسبت دور کمر به دور باسن			
کنترل	$0/83 \pm 0/05$	$0/84 \pm 0/05$	
تجربی	$0/83 \pm 0/05$	$0/80 \pm 0/06$	$0/01$
میزان چربی (درصد)			
کنترل	$35/1 \pm 3/8$	$35/8 \pm 3/9$	
تجربی	$36/5 \pm 4/6$	$31/9 \pm 4/9$	$0/01$
بیشینه اکسیژن مصرفی (min.kg/ml)			
کنترل	$34/3 \pm 3/4$	$33/9 \pm 3/5$	
تجربی	$34/9 \pm 3/6$	$37/2 \pm 3/6$	$0/01$
انسولین (μg/ml)			
کنترل	$9/5 \pm 5/5$	$9/6 \pm 5/1$	
تجربی	$5/6 \pm 2/6$	$4/7 \pm 2/1$	$0/295$
گلوکز (mg/dl)			
کنترل	$97/2 \pm 9/2$	$96/6 \pm 12/8$	
تجربی	$90/9 \pm 13/1$	$99/9 \pm 7/5$	$0/060$
مقاومت به انسولین			
کنترل	$2/33 \pm 1/59$	$2/31 \pm 1/43$	
تجربی	$1/28 \pm 0/63$	$1/20 \pm 0/51$	$0/851$
TG (mg/dl)			
کنترل	$116/5 \pm 34/3$	$113/7 \pm 37/8$	
تجربی	$158/3 \pm 113/4$	$135/4 \pm 75/7$	$0/265$
TC (mg/dl)			
کنترل	$185/3 \pm 21/4$	$175/6 \pm 21/1$	
تجربی	$179/3 \pm 25/5$	$182/4 \pm 23/9$	$0/073$
HDL (mg/dl)			
کنترل	$36/9 \pm 6/9$	$36/6 \pm 7/6$	
تجربی	$34/8 \pm 4/1$	$35/5 \pm 5/2$	$0/325$
LDL (mg/dl)			
کنترل	$125/4 \pm 23/6$	$116/5 \pm 19/7$	
تجربی	$113/5 \pm 29/3$	$119/6 \pm 26/2$	$0/069$

باشد. مارتینز و همکاران نیز با بررسی اثر ۱۲ هفته تمرین‌های ورزشی با شدت ۷۵٪ حداکثر اکسیژن مصرفی، افزایش اشتها را هنگام ناشتا گزارش کرده‌اند. آنها دلیل افزایش اشتها را به سازوکارهای جبرانی هموستاتیک برای بازگرداندن تعادل مثبت، نسبت می‌دهند، زیرا آزمودنی‌های آنها میانگین کاهش وزنی معادل ۴ کیلوگرم داشتند [23]. در پژوهش حاضر، وزن آزمودنی‌های گروه تمرین هوازی کاهش یافت ولی تغییری در اشتها مشاهده نشد. ممکن است پروتکل تمرینی متفاوت نیز یکی از دلایل اختلاف باشد.

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که افزایش در سطح لپتین، سرتونین، نوراپی‌نفرین، هورمون‌های آزادکننده کورتیکوتروپین، انسولین، کوله‌سیستوکلینین، پپتید شبه‌گلوکاگون، آمفامین و پپتید YY باعث بی‌اشتهایی و افزایش گرلین، کورتیزول، گلوکوکورتیکوئیدها، آمینوبوتیریک اسید، گالانین، اندورفین، اورکسین A و B و نوروپپتید Y موجب افزایش اشتها می‌شود [24]. در مورد مکانسیم اثرگذاری تمرینات بر اشتها شواهد روشنی وجود ندارد، با وجود این، بروم و همکاران یک تا ۲ ساعت کاهش اثرگذاری در اشتها حین و بعد از فعالیت بدنی را به کاهش گرلین و افزایش سطوح هورمون پپتید YY ربط دادند [25]. بنابراین سطوح پلاسمایی هورمون‌های تنظیم‌کننده اشتها از قبیل ایستاتین، نوروپپتید Y، GLP-1، گرلین و غیره عامل بسیار مهمی در تفسیر یافته‌ها است. پاسمن و وسترترب کاهش اشتها پس از فعالیت ورزشی را به افزایش سیستم سمپاتیک و در پی آن کاهش فعالیت معده‌ای و رودهای ربط می‌دهند [26]. تغییر دمای بدن، فشار و ناراحتی حاصل از فعالیت شدید [27]، افزایش اسیدلاکتیک و سطح کاتکول‌آمین‌ها، تغییر سطوح برخی از عوامل پلاسمایی از قبیل سطوح گلوکز، اسیدچرب و انسولین [28]، کاهش ترشح گرلین آسپل‌دار در پاسخ به فعالیت شدید [23]، اثر فیدبک منفی شدت ورزش با هورمون رشد، انتظارات ذهنی و دریافت پاداش پس از ورزش شدید [29] و ماهیت فردی افراد چاق در بروز پاسخ گرسنگی بیشتر نسبت به ورزش با شدت بالا، می‌تواند در تنظیم اشتها تأثیر داشته باشند. ناشتایی طولانی‌مدت، سبب کاهش مقادیر گلوکز خون و پرخوری زیاد، سبب افزایش آن می‌شود و گلوکز خون تأثیر معکوس بر اشتهای افراد دارد [24]. می‌توان گفت دلیل دیگر عدم تغییر اشتها در اثر ۹ هفته تمرین هوازی، ممکن است به علت عدم تغییر گلوکز خون در اثر پروتکل ورزش و تغذیه افراد در طول روز باشد. همچنین میزان گرسنگی اندازه‌گیری‌شده در پژوهش‌هایی که آزمودنی‌های آن مرد بودند با میزان گرسنگی اندازه‌گیری‌شده در پژوهش حاضر متفاوت است. میزان گرسنگی در آن پژوهش‌ها سرکوب شده، درحالی‌که در این پژوهش تغییری در گرسنگی مشاهده نشد. جنسیت می‌تواند در تأثیر ورزش بر اشتها مهم باشد. ورزش گرسنگی را از راه مشابهی در مردان و زنان مهار نمی‌کند و جاذبه حسی غذا در زنان بیشتر

کل کالری دریافتی در گروه تمرین هوازی در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنی‌داری داشت. نسبت‌های پروتئین و کربوهیدرات در کالری دریافتی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها نداشت، اما سهم چربی در کالری دریافتی کاهش معنی‌داری را در گروه تمرین هوازی نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳) بررسی تغییرات کالری دریافتی از مواد غذایی مختلف در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	پیش از مداخله	پس از مداخله	سطح معنی داری
کل کالری دریافتی (کیلو کالری)			
کنترل	۱۷۰۷/۲±۳۹۷/۴	۱۸۵۷/۵±۳۷۱/۳	۰/۰۲۳
تجربی	۱۶۱۶/۲±۲۶۵/۶	۱۴۲۲/۳±۲۰۲/۴	
کالری حاصل از پروتئین (کیلو کالری)			
کنترل	۵۲/۳±۱۴/۲	۵۰/۶±۱۱/۹	۰/۴۰۲
تجربی	۵۲/۵±۱۶/۳	۴۶/۱±۶/۱	
کالری حاصل از کربوهیدرات (کیلو کالری)			
کنترل	۲۰۸/۲±۴۵/۴	۲۲۷/۹±۳۸/۸	۰/۱۸۳
تجربی	۱۹۴/۹±۵۴/۷	۱۸۷/۵±۲۶/۵	
کالری حاصل از چربی (کیلو کالری)			
کنترل	۷۸/۶±۲۱/۵	۸۷/۲±۲۹/۰	۰/۰۳۳
تجربی	۷۳/۶±۲۴/۴	۵۷/۶±۱۷/۶	

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر ۹ هفته تمرین هوازی بر اشتها و مقاومت به انسولین در زنان چاق بود و برای بررسی اثر ورزش هوازی بر اشتها از ۴ سؤال مرتبط با اشتها استفاده و مشاهده شد که ۹ هفته تمرین هوازی بر میزان اشتها و همچنین مقاومت به انسولین زنان چاق تأثیری نداشت. وایبرو و همکاران نیز با بررسی تأثیر یک دوره ۱۶ روزه تمرین روی دوچرخه کارسج تغییری در میزان اشتها گزارش نکرده‌اند. به نظر ایشان افزایش دریافت انرژی بدون تغییر اشتها، هزینه انرژی فعالیت بدنی را جبران می‌کند و به تغییر اشتها نیازی نیست [12]. مک‌کلوی و همکاران با بررسی تأثیر یک هفته تمرین‌های هوازی با شدت ۶۵ تا ۷۵٪ ضربان قلب ذخیره به مدت ۶۰ دقیقه، افزایش اشتها را در نوجوانان با وزن معمولی گزارش می‌کنند. آنان افزایش هورمون‌های مرتبط با اشتها از قبیل گرلین را عامل افزایش اشتها می‌دانند [21]، درحالی‌که در پژوهش حاضر، گرلین اندازه‌گیری نشد. دوکت و همکاران با بررسی اثر ۱۸ هفته تمرینات هوازی با شدت ۶۰ تا ۷۵٪ حداکثر اکسیژن مصرفی، افزایش اشتها هنگام ناشتایی را گزارش کرده‌اند. آنها دلیل این افزایش را به کاهش وزن (۱۱/۵ کیلوگرم در مردان و ۶/۳ کیلوگرم در زنان) نسبت داده و قسمتی را هم به افزایش مقادیر کورتیزول پلازما مربوط می‌دانند [22]. کاهش وزن در پژوهش حاضر حدود ۳ کیلوگرم بود که امکان دارد کاهش کم وزن نسبت به پژوهش دوکت و همکاران یکی از دلایل عدم تغییر معنی‌دار اشتها

است [16]. از سوی دیگر، در مطالعه حاضر تغذیه افراد در روز تمرین و روز قبل از آن کنترل شده و مشابه بود تا اثر تفاوت انرژی دریافتی و تغذیه بر تغییرات اشتها حذف شود [15].

انجام ۹ هفته تمرین هوازی تأثیری بر شاخص مقاومت به انسولین در زنان چاق نداشت. روس و همکاران پس از ۱۴ هفته تمرین هوازی، ۳۲٪ کاهش در مقاومت به انسولین را در زنان چاق مشاهده کرده و آن را به کاهش وزن و چربی شکمی ناشی از ورزش نسبت داده و عنوان می‌نمایند که ورزش بدون کاهش وزن مشهود نمی‌تواند تغییری در مقاومت به انسولین ایجاد کند [30]. در حالی که روسی و همکاران کاهش ۲۷/۳۵٪ مقاومت به انسولین را در اثر ۱۳ هفته تمرین هوازی، بدون کاهش وزن گزارش می‌کنند [31]. همچنین فردریش و همکاران پس از ۶ و ۹ هفته تمرین هوازی کاهش مقاومت به انسولین را در زنان یائسه مشاهده کرده و آن را به کاهش چربی بدن نسبت می‌دهند [19]. داویدسون و همکاران نیز بهبود مقاومت به انسولین را پس از ۶ ماه ورزش شامل ۹۰ دقیقه تمرین هوازی و ۶۰ دقیقه تمرین مقاومتی در مردان مشاهده کرده و آن را به کاهش چربی شکمی نسبت می‌دهند [32]. بهرامی و همکاران معتقدند که شاخص مقاومت به انسولین، متعاقب ۱۲ هفته تمرین، در گروه‌های "تمرین هوازی + محدودیت کالری" و "محدودیت کالری" به ترتیب ۴/۸ و ۳/۶۵٪ کاهش می‌یابد و دلیل آن کاهش چربی شکمی است [33]. در پژوهش حاضر درصد چربی و وزن بدن کاهش پیدا کرد، اما تغییری در مقاومت به انسولین مشاهده نشد. تغییر در تولید فاکتورهای التهابی توسط بافت چربی (به ویژه شکمی) ممکن است نقش مهمی در مقاومت به انسولین و مشکلات متابولیکی مرتبط با چاقی بازی کند، چراکه چاقی با افزایش سطوح شاخص‌های التهابی اینترلوکین ۶ (IL-6)، فاکتور نکروزی تومور آلفا (TNF-α) و پروتئین واکنشی C همراه است. در واقع، التهاب مزمن ریزفاکتور شناخته شده‌ای برای مقاومت به انسولین است که در پژوهش حاضر این شاخص‌ها اندازه‌گیری نشدند، بنابراین نمی‌توان در این مورد به درستی سخن گفت، اما بهبود مقاومت به انسولین در مردان چاق با انجام تمرینات استقامتی می‌تواند ناشی از کاهش سایتوکاین‌های همراه التهاب IL-6 و TNF-α باشد [31]. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها محدودیت کالری دریافتی نداشتند و مدت پژوهش نیز در مقایسه با مطالعات روس و همکاران، داویدسون و همکاران و بهرامی و همکاران کوتاه‌تر بود که ممکن است عدم تغییر شاخص مقاومت به انسولین ناشی از موارد فوق باشد.

برخی مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که تنها تمرین با شدت خیلی زیاد (بالتر یا مساوی ۷۰٪ بیشینه اکسیژن مصرفی) می‌تواند شاخص مقاومت به انسولین را کاهش دهد [34]. درحالی‌که پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که شاخص مقاومت به انسولین می‌تواند با فعالیت جسمانی سبک و ملایم نیز بهبود یابد [35]. امکان دارد

تحریکات ناشی از این نوع شیوه تمرینی به اندازه‌ای نبوده باشد که بتواند تغییرات کافی را در شاخص مقاومت به انسولین ایجاد نماید. در مجموع، تفاوت در نتایج به دست آمده می‌تواند ناشی از تأثیر عوامل گوناگونی مانند میزان چربی و توزیع آن، شرایط التهابی، عملکرد کلیه، هورمون‌ها و عوامل بشمار دیگر باشد. همچنین برخی دیگر از تفاوت‌ها می‌تواند به دلیل کیت‌های تجاری اندازه‌گیری هورمون‌ها باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه مورد بررسی و عدم اندازه‌گیری شاخص‌های دیگری همچون IL-6 و TNF-α اشاره کرد. مطالعات بزرگتر همراه با اندازه‌گیری سایر شاخص‌های درگیر در ایجاد اشتها ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

۹ هفته تمرین هوازی با شدت متوسط بر اشتها و شاخص مقاومت به انسولین در زنان چاق تأثیر ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

تاییدیه اخلاقی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- 1- Cummings DE, Schwartz MW. Genetics and pathophysiology of human obesity. *Ann Rev Med*. 2003;54(1):453-71.
- 2- King NA, Lluich A, Stubbs RJ, Blundell JE. High dose exercise does not increase hunger or energy intake in free living males. *Eur J Clin Nutr*. 1997;51(7):478-83.
- 3- Bray GA. Afferent signals regulating food intake. *Proc Nutr Soc*. 2000;59(3):373-84.
- 4- Hosoda H, Kojima M, Kangawa K. Ghrelin and the regulation of food intake and energy balance. *Mol Interv*. 2002;2(8):449-503.
- 5- Flint A, Raben A, Blundell JE, Astrup A. Reproducibility, power and validity of visual analogue scales in assessment of appetite sensations in single test meal studies. *Int J Obes relat metab disord*. 2000;24(1):38-48.
- 6- Schwartz MW, Woods SC, Porte D, Seeley RJ, Baskin DG. Central nervous system control of food intake. *Nature*. 2000;404(6778):661-71.
- 7- Camier J, Mello MTD, Ackle-Delia C, Corgosinho FC, de Silveira Campos RM, de Lima Sanches P, et al. Aerobic training (AT) is more effective than aerobic plus resistance training (AT + RT) to improve anorexigenic/orexigenic factors in obese adolescents. *Appetite*. 2013;69:168-73.
- 8- George VA, Morganstein A. Effect of moderate intensity exercise on acute energy intake in normal and overweight females. *Appetite*. 2003;40(1):43-6.
- 9- Blundell JE, King NA. Physical activity and regulation of food intake: current evidence. *Med Sci sports Exerc*. 1999;31(11):573-83.

- Relat Metab Disord. 2000;24(7):906-14.
- 23- Martins C, Kulseng B, King NA, Holst JJ, Blundell JE. The effects of exercise-induced weight loss on appetite-related peptides and motivation to eat. *J Clin Endocrinol Metabol.* 2010;95(4):1609-16.
- 24- Guyton A, Jahn H. *Medical Physiology*. 11th ed. Shadan F (Translator). Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2006.
- 25- Williams MH. *Nutrition for health, fitness and sport*. 5th ed. New York: McGraw Hill; 1999.
- 26- Pasman WJ, Westerterp-Plantenga MS, Saris WHM. The effect of exercise training on leptin levels in obese males. *Am J Physiol Endocrinol Metabol.* 1998;274(2):280-6.
- 27- Thompson DA, Wolfe LA, Eikelboom R. Acute effects of exercise intensity on appetite in young men. *Med Sci Sports Exerc.* 1988;20(3):222-7.
- 28- Katch VL, Martin R, Martin J. Effects of exercise intensity on food consumption in the male rat. *Am J Clin Nutr.* 1979;32(7):1401-7.
- 29- Ballard TP, Melby CL, Camus H, Cianciulli M, Pitts J, Schmidt S, et al. Effect of resistance exercise, with or without carbohydrate supplementation, on plasma ghrelin concentrations and postexercise hunger and food intake. *Metabolism.* 2009;58(8):1191-9.
- 30- Ross R, Janssen I, Dawson J, Kungl AM, Kuk JL, Wong SL, et al. Exercise-induced reduction in obesity and insulin resistance in women: a randomized controlled trial. *Obes Res.* 2004;12(5):789-98.
- 31- Ravasi AA, Aminian T, Gaeini AA, Hamedinia M, Haghighi AH. The effect of an endurance training on pro-inflammatory cytokines and insulin resistance in obese men. *Harkat.* 2006;28:31-49. [Persian]
- 32- Davidson LE, Hudson R, Kilpatrick K, Kuk JL, McMillan K, Janiszewski PM, et al. Effects of exercise modality on insulin resistance and functional limitation in older adults: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009;169(2):122-31.
- 33- Bahrami A, Saremi A. Effect of caloric restriction with or without aerobic training on body composition, blood lipid profile, insulin resistance, and inflammatory marker in middle-age obese/overweight men. *Arak Uni Med Sci J.* 2011;14(3):11-9.
- 34- Kang J, Robertson RJ, Hagberg JM, Kelley DE, Goss FL, DaSilva SG, et al. Effect of exercise intensity on glucose and insulin metabolism in obese individuals and obese NIDDM patients. *Diabetes Care.* 1996;19(4):341-9.
- 35- Mayer-Davis EJ, D'Agostino R, Karter AJ, Haffner SM, Rewers MJ, Saad M, et al. Intensity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivity: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *JAMA.* 1998;279(9):669-74.
- 10- King NA, Caudwell PP, Hopkins M, Stubbs JR, Naslund E, Blundell JE. Dual-process action of exercise on appetite control: increase in orexigenic drive but improvement in meal-induced satiety. *Am J Clin Nutr.* 2009;90(4):921-7.
- 11- Martins C, Truby H, Morgan LM. Short-term appetite control in response to a 6-week exercise programme in sedentary volunteers. *Br J Nutr.* 2007;98(4):834-42.
- 12- Whybrow S, Hughes DA, Ritz P, Johnstone AM, Horgan GW, King N, et al. The effect of an incremental increase in exercise on appetite, eating behaviour and energy balance in lean men and women feeding ad libitum. *Br J Nutr.* 2008;100(5):1109-15.
- 13- Ford ES. Does exercise reduce inflammation? Physical activity and C-reactive protein among U.S. adults. *Epidemiology.* 2002;13(5):561-8.
- 14- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA.* 2010;303(3):235-41.
- 15- Broom DR, Batterham RL, King JA, Stensel DJ. Influence of resistance and aerobic exercise on hunger, circulating levels of acylated ghrelin, and peptide YY in healthy males. *Am J Physiol Regul, Integr Comp Physiol.* 2009;296(1):29-35.
- 16- Pomerleau M, Imbeault P, Parker T, Doucet E. Effects of exercise intensity on food intake and appetite in women. *Am J Clin Nutr.* 2004;80(5):1230-6.
- 17- Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem.* 1972;18(6):499-502.
- 18- Molanouri SM, Alinejad HA, Amani Shalamzari S, Aghayari A, Asghari Jafarabadi M, Talebi Badrabadi K. Anti-inflammatory effects of a bout of circuit resistance exercise with moderate intensity in inactive obese males. *J Hhahid Sadoughi Uni Med Sci.* 2011;19(5):598-609.
- 19- Mackenzie B. 101 Performance Evaluation Tests; 2005. Available From: <http://www.pponline.co.uk/101Evaluations/pdfs/101EvaluationTests.Front.Contents.Introduction.pdf>.
- 20- Cummings DM, Henes S, Kolasa KM, Olsson J, Collier D. Insulin resistance status: predicting weight response in overweight children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(8):764-8.
- 21- Mackelvie KJ, Meneilly GS, Elahi D, Wong AC, Barr SI, Chanoine JP. Regulation of appetite in lean and obese adolescents after exercise: role of acylated and desacyl ghrelin. *J Clin Endocrinol Metabol.* 2007;92(2):648-54.
- 22- Doucet E, Imbeault P, St-Pierre S, Almeras N, Mauriege P, Richard D, et al. Appetite after weight loss by energy restriction and a low-fat diet-exercise follow-up. *Int J Obes*