



تغییرات سطوح سرمی آیریزین و شاخص‌های لیپیدی دانشجویان پسر دارای اضافه وزن پس از هشت هفته تمرین هوازی

میلاد حکیمی^۱، سیدرضا عطارزاده حسینی^{۲*}

چکیده

مقدمه: چاقی اختلال متابولیکی است که در پی افزایش انرژی دریافتی و کاهش مصرف انرژی ایجاد می‌شود. هدف از این تحقیق، بررسی تاثیر هشت هفته تمرین هوازی بر سطوح سرمی آیریزین و شاخص‌های لیپیدی دانشجویان پسر دارای اضافه وزن بود. **روش بررسی:** در این مطالعه نیمه تجربی که در سال ۱۳۹۴ انجام شد، تعداد ۲۴ دانشجوی پسر دارای اضافه وزن با میانگین سن $21/13 \pm 1/88$ سال و نمایه توده بدن ۲۵ تا $29/9$ کیلوگرم بر مترمربع، به روش هدف‌دار و در دسترس گزینش و به دو گروه همگن تمرین هوازی (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) تقسیم شدند. گروه تمرین به مدت هشت هفته سه جلسه‌ای و هر جلسه ۴۰ تا ۵۰ دقیقه با شدت ۶۰-۸۰ درصد ضربان قلب بیشینه تمرین کردند. همزمان گروه کنترل فعالیت‌های روزانه خود را انجام دادند و در تمرین هوازی شرکت نداشتند. پیش و پس از مداخله تمرینی سطوح سرمی آیریزین و شاخص‌های لیپیدی اندازه‌گیری شد. برای مقایسه میانگین‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی از روش آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده و سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج: هشت هفته تمرین هوازی منجر به افزایش معنی‌دار سطح VO_2max و $HDL-C$ ($P < 0/05$) و کاهش معنی‌دار وزن، شاخص توده بدن، درصد چربی بدن و TC شد ($P < 0/05$)، از طرفی تغییرات سطوح سرمی آیریزین، $LDL-C$ و TG معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). نتیجه‌گیری: تمرین هوازی بدون تغییر در سطح سرمی آیریزین، تاثیر مطلوبی بر افزایش VO_2max ، بهبود ترکیب بدنی و کاهش ریسک فاکتورهای لیپیدی دارد.

واژه‌های کلیدی: تمرین هوازی، آیریزین، اختلالات متابولیک، اضافه‌وزن

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه فیزیولوژی ورزش، دانشگاه فردوسی مشهد

۲- استاد، گروه فیزیولوژی ورزش، دانشگاه فردوسی مشهد

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۵۱۱۸۸۳۳۹۱۰، پست الکترونیکی: attarzadeh@um.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۸

مقدمه

در حال حاضر از چاقی به عنوان بزرگ‌ترین چالش بهداشت عمومی قرن یاد می‌شود؛ به طوری که بخش سلامت اکثر کشورهای دنیا درگیر مسائل و عوارض ناشی از بروز فزاینده چاقی‌اند (۱). طبق نتایج تحقیقات، اضافه وزن و چاقی به عنوان عامل تهدیدکننده سلامت و طول عمر افراد جامعه، با بیماری‌های قلبی- عروقی، پُرفشار خونی، دیابت نوع دو، سندروم متابولیک، استئوآرتریت، مشکلات تنفسی و برخی سرطان‌ها مرتبط می‌باشد (۲-۴). چاقی با اختلالات متابولیکی چون: افزایش غلظت سرمی کلسترول، لیپوپروتئین با دانسیته پایین (Low Density Lipoprotein-C (LDL-C)، لیپوپروتئین با دانسیته بسیار پایین (Very Low Density Lipoprotein-C (VLDL-C)، تری‌گلیسرید (Triglycerides (TG) و نیز کاهش غلظت سرمی لیپوپروتئین با دانسیته بالا (High Density Lipoprotein-C (HDL-C) همراه است. لازم به ذکر است که کاهش HDL ریسک ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب را بیش از هائپرتری‌گلیسریدمی افزایش می‌دهد (۵).

برای درمان چاقی روش‌های متفاوتی چون: بهره‌گیری از رژیم غذایی مناسب، استفاده از روش‌های نوین پزشکی (مانند ساکشن)، دستگاه‌های ویبریشن و یا فعالیت‌های ورزشی، پیشنهاد شده است. در این بین فعالیت‌های ورزشی یکی از روش‌های غیرتهاجمی، کم‌هزینه و بدون عوارض جانبی می‌باشد. فعالیت‌های ورزشی هوازی از طریق سوخت و ساز چربی‌ها و متعادل ساختن انرژی دریافتی بدن با انرژی مصرفی، بر ترکیب بدن نیز اثر می‌گذارد و یکی از پیامدهای آن می‌تواند کاهش توده بافت چربی زیر جلدی و وزن بدن باشد (۶،۷). علاوه بر این، فعالیت ورزشی مستمر و منظم عوامل خطرزای بسیاری از بیماری‌ها را کاهش می‌دهد (۸،۹) و باعث افزایش میزان مصرف انرژی، تسریع و بهبود اکسیداسیون چربی‌ها، کاهش کل چاقی و به ویژه کاهش چاقی شکمی می‌شود (۱۰). از سویی دیگر، در رابطه با ساز و کارهای سلولی مولکولی و سازگاری‌های مربوط به تغییرات بافت چربی بر اثر تمرین نظریه‌های متفاوتی وجود دارد؛ که یکی از جدیدترین آنها نظریه هورمون آیریزین است. به طور خلاصه این نظریه بیان

می‌کند که در اثر تمرین، هورمونی (مایوکاینی) از عضله اسکلتی به نام آیریزین ترشح می‌شود که با تاثیر بر بافت چربی سفید و تبدیل آن به بافت چربی قهوه‌ای سبب افزایش کالری مصرفی و گرمزایی شده و در نهایت منجر به کاهش وزن شده که در نتیجه اثرات ضدچاقی و ضددیابت در پی دارد (۱۱-۱۳). با این توصیف آیریزین سبب کاهش وزن، افزایش مصرف اکسیژن، بهبود هموستاز گلوکز و حساسیت به انسولین می‌شود و به وسیله افزایش ذخایر انرژی، متابولیسم سیستمیک را افزایش می‌دهد. هم چنین، طبق نتایج تحقیقات، آیریزین برای بیماری‌های متابولیک انسانی نیز مفید بوده و به نظر می‌رسد از طریق کنترل بیونز میتوکندری و متابولیسم اکسیداتیو در بسیاری از سلول‌ها، در اختلالات متابولیکی دیگر که با ورزش بهبود می‌یابند نقش واسطه‌ای داشته باشد (۱۴)؛ که از این طریق بهبود چاقی و مقاومت انسولین را به همراه دارد (۱۴،۱۵). در همین رابطه Susann و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی گزارش کردند تمرینات ورزشی باعث افزایش سطوح آیریزین کودکان چاق شده و از طریق افزایش سوخت و ساز بدن منجر به بهبود شاخص‌های تن‌سنجی می‌شود (۱۶). در تحقیق دیگری Huh و همکاران (۲۰۱۴) پاسخ تغییرات آیریزین به فعالیت ورزشی را در افراد سالم و مبتلایان به سندروم متابولیک مورد ارزیابی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که ورزش در هر دو گروه منجر به افزایش سطوح آیریزین گردش خون می‌شود (۱۷).

با این که تحقیقات زیادی از تاثیر تحریکی فعالیت‌های ورزشی بر افزایش سطوح آیریزین در گردش خون حمایت می‌کنند (۱۶-۱۹)؛ مطالعاتی وجود دارند که این نظریه را رد می‌کنند (۲۰-۲۲)؛ Frode و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی تاثیر حاد و مزمن تمرین بر PGC1، آیریزین و چربی قهوه‌ای زیرجلدی، گزارش کردند که تمرین بلندمدت بر چربی قهوه‌ای زیر جلدی و سطوح آیریزین اثری ندارد (۲۰). با توجه به نتایج مطالعات، به نظر می‌رسد تمرین ورزشی یکی از مهمترین عوامل اثرگذار بر ترشح آیریزین و سایر اعمال آن بر متابولیسم انرژی است (۱۴). با این حال، با نظر به اینکه هورمون آیریزین به تازگی کشف شده و تحقیقات درباره آن در مرحله مقدماتی قرار دارد و تحقیقات کم در

این زمینه در برخی موارد با نتایج متناقض همراه است و از طرفی با توجه به این که بیشتر تلاش‌ها در جهت پیشگیری و درمان بیماری‌ها بدون استفاده از دارو می‌باشد و سبک زندگی فعال در پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲۳)؛ و نظر به مطالعات متعددی که درباره تاثیر برنامه‌های تمرین درمانی بر شاخص‌های خون، کاهش مصرف دارو و بهبود وضعیت چاقی و اضافه وزن انجام شده است؛ به نظر می‌رسد شرکت نمودن در یک برنامه منظم و مدون ورزشی بتواند سهم عمده‌ای در کاهش میزان مصرف دارو و بهبود وضعیت جسمانی بیماران داشته باشد (۲۴، ۲۵). از این رو، تحقیق حاضر با نظر به اهمیت تاثیر مثبت تمرینات هوازی منظم بر کاهش وزن و بهبود ترکیب بدن بخصوص در سنین جوانی و با هدف بررسی تاثیر هشت هفته تمرین هوازی بر سطوح سرمی آیریزین و شاخص‌های لیپیدی دانشجویان دارای اضافه وزن انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح درون‌گروهی روی دو گروه تجربی و کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق را دانشجویان پسر دارای اضافه وزن دانشگاه تشکیل می‌دادند. پس از دو هفته فراخوان عمومی در پردیس دانشگاه از ۴۷ نفر داوطلب ثبت نام اولیه شد.

براساس توان آزمون ۸۰ درصد و آلفای معادل ۰/۰۵، حداقل ضریب تغییرات ۲ درصد و تفاوت ۳۵ درصدی سطوح پایه در دو گروه؛ با استفاده از معادله برآورد حجم نمونه فلیپس (۱۹۸۱)، حجم نمونه این تحقیق برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. پس از غربال اولیه از میان ۴۷ نفر داوطلب، ۲۴ نفر که معیارهای ورود به تحقیق را داشتند به صورت نمونه‌گیری هدف‌دار و در دسترس برگزیده شدند. براساس معیارهای ورود به تحقیق؛ نمایه توده بدنی این افراد بین ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر مترمربع در نظر گرفته شد. بر طبق خود اظهاری و استخراج اطلاعات پرسشنامه فردی و پزشکی تمامی این افراد سالم بودند و ضمن این که سابقه مصرف داروهای اثر گذار بر نیمرخ لیپیدی، مصرف مواد دخانی، اختلالات خواب، بیماری قلبی-عروقی، بیماری‌های خونی، کبدی، کلیوی، تنفسی و روانی نداشتند؛ از نظر پزشک متخصص مجوز انجام

فعالیت ورزشی دریافت کردند. همچنین توسط پرسشنامه سبک زندگی عدم فعالیت ورزشی منظم آنها مشخص شد. این پرسشنامه در طیف لیکرت برای ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است، که ۱۰ عامل یا مولفه سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از دارو؛ مواد مخدر و الکلی، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ضرایب پایایی این پرسشنامه در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ و ضرایب آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ می‌باشند (۲۶). در وهله نخست از آزمودنی‌ها دعوت شد تا در جلسه توجیهی آشنایی با انجام تحقیق حضور یابند. در این جلسه آزمودنی‌ها با نحوه انجام برنامه‌های اجرایی تحقیق آشنا شدند و فرم رضایت‌نامه شرکت در تحقیق را تکمیل کردند. سپس توسط دستگاه قدسنج با برچسب یاگامی مدل (VG200) ساخت کشور ژاپن و دستگاه آنالیز ترکیب بدنی با برچسب (In Body) مدل ۷۲۰ ساخت کشور کره جنوبی به روش مقاومت الکتریکی زیستی به ترتیب: قد، وزن، ترکیب بدن و درصد چربی بدن آزمودنی‌ها اندازه‌گیری شد. متناسب با برنامه زمانبندی اجرایی، یک روز پیش از مداخله و دو روز پس از مداخله برنامه تمرین ورزشی (هشت هفته) توسط متخصص آزمایشگاهی از ورید جلو بازویی آزمودنی‌ها به میزان ۱۰ سی‌سی نمونه خون گرفته شد. هر دو مرحله نمونه‌گیری خونی بین ساعات ۸ تا ۹ صبح انجام شد. قابل ذکر این که پیش از جمع‌آوری نمونه خونی همه آزمودنی‌ها ۱۲ ساعت ناشتا بودند و به مدت ۲۴ ساعت فعالیت بدنی شدید نداشتند.

در این تحقیق برای اندازه‌گیری سطوح آیریزین سرم به روش الایزا از کیت با برچسب (EASTBIOPHARM) ساخت کشور آمریکا، با حساسیت (۰/۰۲۳ میکروگرم بر میلی‌لیتر) و دقت ($CV < 10\%$) استفاده شد. شاخص‌های لیپیدی شامل: TG، TC، HDL-C، LDL-C به وسیله کیت‌های شرکت پارس آزمون به روش آنزیماتیک توسط دستگاه اتوآنالایزر بیوشیمی اندازه‌گیری شد. در طی دو روز با استفاده از دستگاه تردمیل با برچسب Cosmos مدل Hp ساخت کشور آلمان از تمامی آزمودنی‌ها، آزمون بروس گرفته شد و حداکثر اکسیژن مصرفی افراد محاسبه

شد. آزمون بروس شامل هفت مرحله سه دقیقه‌ای است که در آن به ازای هر سه دقیقه ۲ درصد به شیب اضافه می‌شود. سرعت دستگاه از ۲/۷ کیلومتر بر ساعت شروع و در هر مرحله ۱/۳ کیلومتر بر ساعت به سرعت اضافه می‌شود. در این پروتکل آزمودنی تا رسیدن به واماندگی کامل دویدن را ادامه می‌دهد.

در ادامه آزمودنی‌ها براساس وزن و نمایه توده بدن به طور غیرتصادفی به دو گروه همگن تمرین هوازی (۱۲ تن) و گروه کنترل (۱۲ تن) تقسیم شدند. گروه تمرین هوازی به مدت هشت هفته (با تواتر سه جلسه در هفته و هر جلسه ۴۰ تا ۵۰ دقیقه) با شدت ۸۰-۶۰ درصد ضربان قلب بیشینه (Heart Rate Maximum) برنامه تمرین هوازی را انجام دادند. در این برنامه، فعالیت بدنی در هر جلسه ۴۰ تا ۵۰ دقیقه به طول می‌انجامید و شامل ۱۵ دقیقه گرم کردن (حرکات کششی و نرمشی) و ۲۰ تا ۳۰ دقیقه فعالیت هوازی به شکل دویدن با شدت ۶۰ تا ۸۰ درصد HRmax بود. شدت برنامه تمرین بر اساس معادله کارونن (سن - ۲۲۰) HRmax = انجام شد. اضافه بار فزاینده در تمرین با افزایش تدریجی HRmax به نحوی صورت گرفت که هفته اول شدت ۶۰ درصد HRmax، هفته دوم و سوم شدت ۶۵ درصد HRmax، هفته چهارم و پنجم شدت ۷۰ درصد HRmax، هفته ششم و هفتم شدت ۷۵ درصد HRmax، و هفته آخر شدت تمرین برابر با ۸۰ درصد HRmax بود. در هر جلسه تمرین ۵ دقیقه به سرد کردن (راه رفتن و اجرای حرکات کششی ایستا) اختصاص داشت. در طی انجام برنامه تمرینی ضربان قلب آزمودنی‌ها با استفاده از ضربان سنج مدل پولار ساخت کشور

فنلاند و زمان تمرین با استفاده از کورنومتر سیتی زن ساخت کشور آلمان کنترل شد (۲۷). همزمان با انجام برنامه تمرین هوازی به گروه کنترل توصیه شد همانند روزهای پیش، فعالیت‌های روزانه خود را انجام دهند و تغییری در شیوه زندگی خود ایجاد نکنند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شدند؛ به طوری که با استفاده از آمار توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها محاسبه شدند و برای اطمینان یافتن از نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها در مقایسه بین گروه‌ها، به ترتیب از آزمون‌های اکتشافی شاپیرو-ویلک و لون استفاده شد. بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون، به ترتیب فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و فرض برابری واریانس گروه‌ها در تمامی متغیرها تأیید شد ($P > 0.05$). برای مقایسه میانگین‌های درون گروهی و بین گروهی از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. قبل از اجرای آزمون فرضیه‌ها، مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس از طریق آزمون M باکس بررسی گردید. نتایج در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ مقایسه شدند.

نتایج

تعداد ۲۴ دانشجوی پسر دارای اضافه وزن با میانگین سنی 21.13 ± 1.88 سال به طور مساوی به دو گروه تمرین و کنترل تقسیم شدند؛ جدول ۱، نشان می‌دهد همگنی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین دو گروه برقرار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری تکراری برای مقایسه میانگین‌های متغیرها در دو گروه تجربی و کنترل و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده کرد.

جدول ۱: نتایج آزمون M باکس برای برابری ماتریس‌های کوواریانس

متغیر	M باکس	مقدار F	سطح معنی داری
وزن (کیلوگرم)	۲/۵۴۸	۰/۷۵۶	۰/۵۱۹
شاخص توده بدن (کیلوگرم / مترمربع)	۴/۵۴۲	۱/۳۴۸	۰/۲۵۷
درصد چربی بدن	۶/۹۵۰	۲/۰۶۲	۰/۱۰۳
حداکثر اکسیژن مصرفی (میلی لیتر / دقیقه / کیلوگرم)	۱۲/۸۴۱	۳/۸۱۰	۰/۵۱۰
آبریزین (میکروگرم بر میلی لیتر)	۱/۷۴۲	۰/۵۰۲	۰/۶۸۱
تری گلیسرید (میلی گرم بر دسی لیتر)	۸/۲۵۱	۲/۴۴۸	۰/۰۶۲
کلسترول تام (میلی گرم بر دسی لیتر)	۳/۰۰۱	۰/۸۹۱	۰/۴۴۵
لیپوپروتئین با دانسیته بالا (میلی گرم بر دسی لیتر)	۰/۶۵۴	۰/۱۹۴	۰/۹۰۱
لیپوپروتئین با دانسیته پایین (میلی گرم بر دسی لیتر)	۳/۱۸۸	۰/۹۴۶	۰/۴۱۷

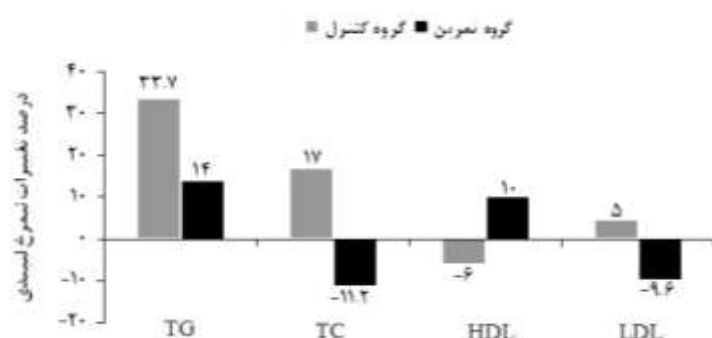
همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است دو گروه در هیچکدام از متغیرها در مرحله پیش‌آزمون با هم تفاوت ندارند ($P>0/05$). نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین‌های درون‌گروهی در متغیرهای وزن ($P=0/000$)، شاخص توده بدن ($P=0/000$)، درصد چربی بدن ($P=0/003$) و کلسترول کل ($P=0/019$)، در گروه تجربی کاهش معنی‌دار یافت، اما در گروه کنترل این تغییرات معنی‌دار نبود ($P>0/05$). از طرفی تغییرات میانگین‌های درون‌گروهی حداکثر اکسیژن مصرفی ($P=0/000$) و HDL-C ($P=0/011$) در گروه تجربی افزایش معنی‌دار یافت ($P<0/001$).

لازم به ذکر است که تغییرات میانگین‌های درون‌گروهی آیریزین، TG و LDL-C در هر دو گروه معنی‌دار نبود ($P>0/05$). همچنین براساس نتایج این جدول، تغییرات میانگین‌های بین‌گروهی در متغیرهای شاخص توده بدن ($P=0/022$) و حداکثر اکسیژن مصرفی ($P=0/010$) در بین دو گروه تجربی و کنترل تفاوت معنی‌دار دارد، اما در مقادیر وزن، درصد چربی بدن، TC، TG، HDL-C، LDL-C و آیریزین تفاوت معنی‌داری بین دو گروه تجربی و کنترل مشاهده نشد ($P>0/05$). درصد تغییرات نیمرخ لیپیدی در هر دو گروه کنترل و تمرین هوازی در نمودار ۱ نشان داده شده است.

جدول ۲: مقایسه تغییرات واریانس درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیرهای وابسته

مراحل	تغییرات	پس آزمون*	درون‌گروهی	تعاملی	بین‌گروهی
پیش آزمون*	P				
وزن (کیلوگرم)	کنترل	۸۶/۹۰±۶/۳۱	۸۶/۶۵±۶/۴۲	۰/۵۷۸	۰/۴۳۶
	تجربی	۸۶/۶۸±۶/۷۱	۸۲/۵۵±۶/۱۳	۰/۰۰۰ [†]	۰/۰۰۰
شاخص توده بدن (کیلوگرم / مترمربع)	کنترل	۲۸/۹۰±۰/۹۹	۲۸/۸۱±۱/۱۶	۰/۵۹۰	۰/۰۲۲ [†]
	تجربی	۲۸/۲۹±۱/۴۱	۲۶/۹۴±۱/۱۴	۰/۰۰۰ [†]	۰/۰۰۰
درصد چربی بدن	کنترل	۳۰/۵۸±۳/۳۶	۳۰/۳۶±۳/۹۳	۰/۵۱۰	۰/۰۶۲
	تجربی	۲۸/۶۶±۴/۸۹	۲۵/۲۵±۴/۵۴	۰/۰۰۳ [†]	۰/۰۰۹
حداکثر اکسیژن مصرفی (میلی لیتر / دقیقه / کیلوگرم)	کنترل	۳۵/۳۰±۳/۹۱	۳۵/۸۰±۴/۱۰	۰/۳۶۳	۰/۰۱۰ [†]
	تجربی	۳۷/۵۰±۳/۶۸	۴۱/۵۰±۱/۶۷	۰/۰۰۰ [†]	۰/۰۰۱
آیریزین (میکروگرم بر میلی لیتر)	کنترل	۴/۱۸±۰/۴۴	۴/۰۶±۰/۵۷	۰/۵۸۹	۰/۴۸۵
	تجربی	۴/۳۲±۰/۴۷	۴/۱۷±۰/۵۳	۰/۵۸۰	۰/۹۴۳
تری گلیسرید (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل	۱۱۷/۴۰±۵۷/۶۷	۱۵۳/۵۰±۱۱۵/۹۰	۰/۱۰۳	۰/۶۱۲
	تجربی	۱۴۴/۰۰±۷۷/۰۱	۱۶۴/۷۵±۱۰۰/۱۶	۰/۱۷۹	۰/۵۳۱
کلسترول تام (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل	۱۷۳/۰۰±۲۹/۳۷	۱۷۲/۷۰±۳۵/۰۶	۰/۹۶۲	۰/۸۲۱
	تجربی	۱۸۰/۰۰±۳۵/۵۱	۱۵۹/۸۳±۲۷/۰۵	۰/۰۱۹ [†]	۰/۰۴۹
لیپوپروتئین با دانسیته بالا (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل	۴۴/۳۰±۵/۶۵	۴۱/۷۰±۶/۳۴	۰/۱۷۵	۰/۱۱۰
	تجربی	۳۷/۱۶±۴/۷۴	۴۱/۴۱±۶/۳۴	۰/۰۱۱ [†]	۰/۰۰۶
لیپوپروتئین با دانسیته پایین (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل	۱۰۷/۵۰±۲۲/۶۹	۱۱۲/۹۰±۲۹/۲۰	۰/۲۸۵	۰/۲۴۸
	تجربی	۱۰۳/۲۵±۲۵/۸۶	۹۳/۲۵±۲۱/۹۷	۰/۰۸۴	۰/۰۴۶

*: داده‌ها براساس انحراف معیار±میانگین نشان داده شده است. †: سطح معنی داری $P<0/05$ در نظر گرفته شده است.



نمودار ۱: درصد تغییرات نیمرخ لیپیدی در هر دو گروه کنترل و تمرین هوازی

نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد در تمام خرده مقیاس‌های سبک زندگی بین دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$). سطح فعالیت بدنی

افراد نیز که با این پرسشنامه سنجیده شده بود، قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت نداشت ($P = 0.700$) (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین‌های خرده مقیاس‌های سبک زندگی بین دو گروه در مرحله پیش‌آزمون

سطح معنی داری	مقدار t	میانگین $\pm$ انحراف معیار		
		گروه تجربی	گروه کنترل	
۰/۲۶۸	۱/۱۴۰	۱۵/۰۷ $\pm$ ۰/۵۹	۱۴/۵۶ $\pm$ ۱/۳۲	سلامت جسمانی
۰/۷۰۰	۰/۳۹۱	۱۲/۹۳ $\pm$ ۱/۱۷	۱۳/۱۲ $\pm$ ۱/۰۷	ورزش و تندرستی
۰/۹۷۹	۰/۰۲۷	۱۱/۰۶ $\pm$ ۰/۶۸	۱۱/۰۶ $\pm$ ۰/۵۵	کنترل وزن و تغذیه
۰/۹۹۷	۰/۰۰۴	۱۴/۹۳ $\pm$ ۰/۵۰	۱۴/۹۳ $\pm$ ۰/۸۵	پیشگیری از بیماری‌ها
۰/۷۰۲	۰/۳۸۹	۱۵/۰۴ $\pm$ ۰/۹۵	۱۵/۱۶ $\pm$ ۰/۵۰	سلامت روانشناختی
۰/۲۱۵	۱/۲۸۰	۱۴/۹۰ $\pm$ ۰/۶۸	۱۵/۲۱ $\pm$ ۰/۴۲	سلامت معنوی
۰/۴۶۴	۰/۷۴۶	۱۱/۰۸ $\pm$ ۰/۵۱	۱۱/۲۶ $\pm$ ۰/۶۱	سلامت اجتماعی
۰/۱۷۵	۱/۴۰۸	۱۴/۰۸ $\pm$ ۰/۴۳	۱۴/۳۷ $\pm$ ۰/۵۱	اجتناب از داروها و مواد مخدر
۰/۷۴۲	۰/۳۳۴	۱۶/۰۱ $\pm$ ۰/۵۸	۱۶/۰۹ $\pm$ ۰/۶۱	پیشگیری از حوادث
۰/۹۸۱	۰/۰۲۴	۱۴/۹۰ $\pm$ ۰/۵۲	۱۴/۹۰ $\pm$ ۰/۳۷	سلامت محیطی
۰/۶۱۰	۰/۵۱۸	۱۴۰/۰۶ $\pm$ ۲/۷۸	۱۴۰/۷۰ $\pm$ ۲/۹۷	نمره کل سبک زندگی

بحث

(۱۳۹۲)، نیکرو و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد (۲۸-۳۲). نتایج مطالعه نیکرو و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد هشت هفته تمرین هوازی تناوبی و تداومی، باعث افزایش معنی‌دار حداکثر اکسیژن مصرفی می‌شود (۲۹). بهرام و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند هشت هفته تمرین هوازی به طور معنی‌داری حداکثر اکسیژن مصرفی را افزایش می‌دهد (۳۰). افزایش حداکثر اکسیژن مصرفی نسبت به قبل از انجام فعالیت ورزشی احتمالاً نتیجه سازگاری دستگاه قلبی عروقی، عضلانی و متابولیک به

هدف از این تحقیق بررسی تاثیر هشت هفته تمرین هوازی بر سطوح سرمی آیریزین و پروفایل‌های لیپیدی دانشجویان پسر دارای اضافه وزن بود. برای کسب اطمینان از اعمال مداخله برنامه تمرین هوازی نتایج، حاکی از آن است که هشت هفته تمرین هوازی افزایش معنی‌داری بر حداکثر اکسیژن مصرفی ایجاد کرد؛ این افزایش معادل ۱۰/۶۶ درصد است. این نتیجه با یافته‌های رحیمیان و همکاران (۱۳۸۹)، عطارزاده و همکاران (۱۳۹۱)، اراضی و همکاران (۱۳۹۱)، بهرام و همکاران

فعالیت‌های ورزشی است. این سازگاری‌ها شامل: افزایش ظرفیت اکسایشی عضله، افزایش میزان کل هموگلوبین، افزایش سوخت چربی و کاهش گلیکولیز غیرهوازی و افزایش حجم ضربه‌ای است. به علاوه، افزایش اختلاف اکسیژن خون سرخرگی-سیاهرگی، افزایش فعالیت آنزیم‌های چرخه کربس و دستگاه انتقال الکترون، افزایش تعداد و اندازه میتوکندری، افزایش بافت عضلانی و کارایی آنها از جمله سایر عوامل اثرگذار احتمالی بر ارتقای سطح حداکثر اکسیژن مصرفی است (۳۳). بنا به مطالعات انجام شده همبستگی مثبتی بین آمادگی هوازی بالا و کاهش بیماری عروق کرونری بیان شده است؛ به طوری که در ادامه این گزارش توضیح داده شده است که گسترش تغییرات آترواسکلروزی عروق کرونری و عروق محیطی موجب کاهش آمادگی قلبی تنفسی می‌شود (۳۳). بنابراین احتمال اینکه افزایش سطح حداکثر اکسیژن مصرفی نشانگر بهبود کارایی قلبی- تنفسی و کاهش عوامل خطرزای قلبی- عروقی است دور از واقعیت نیست.

طی هشت هفته تمرین هوازی در سطوح سرمی آیریزین تغییر معنی‌داری مشاهده نشد؛ این نتایج با یافته‌های Win و همکاران (۲۰۱۴) و Frode و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی دارد (۲۰، ۳۴)؛ اما با یافته‌های رئیسی و همکاران (۱۳۹۲)، خدادادی و همکاران (۱۳۹۳)، Susann و همکاران (۲۰۱۴)، Tsuchiya و همکاران (۲۰۱۴)، Huh و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر این که تمرینات ورزشی بر سطوح هورمون آیریزین تأثیر معنی‌داری دارد، همخوانی ندارد (۱۹-۱۶، ۳۶، ۳۵). Win و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی اثر تمرینات هوازی حاد و مزمن با شدت ۸۵ و ۵۵ درصد حداکثر اکسیژن مصرفی روی افراد چاق به این نتیجه رسیدند که به واسطه انجام دادن تمرینات هوازی حاد و مزمن تغییر معنی‌داری در سطوح آیریزین مشاهده نکردند (۳۴). در همین رابطه Frode و همکاران (۲۰۱۴) گفتند که تمرین بلندمدت اثری بر سطوح آیریزین ندارد (۲۰). از طرفی رئیسی و همکاران (۱۳۹۲) با اعمال تمرین مقاومتی روی موش‌ها به این نتیجه رسیدند که ترشح آیریزین باعث بهبود ترکیب بدنی از طریق افزایش تبدیل میزان چربی‌های سفید به

قهوه‌ای می‌گردد (۳۵). خدادادی و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که فعالیت ورزشی با شدت بالا باعث افزایش سطوح آیریزین در زنان دارای اضافه‌وزن می‌شود (۳۶). Susann و همکاران (۲۰۱۴) نیز گزارش کردند که تمرین ورزشی و تغییر سبک زندگی به مدت یک‌سال باعث ارتقاء سطوح آیریزین در کودکان چاق می‌شود (۱۶). Tsuchiya و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی که اثر تمرین مقاومتی نسبت به تمرینات ترکیبی (استقامتی و مقاومتی) را مورد مطالعه قرار دادند، نشان دادند که بیان آیریزین افزایش می‌یابد (۱۹). در این زمینه، Huh و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی سطوح آیریزین روی افراد با و بدون سندروم متابولیک تحقیق می‌کردند به این نتیجه رسیدند که سطوح آیریزین پس از فعالیت ورزشی در هر دو گروه افزایش یافته است (۱۷).

در خصوص بیان مکانیسم فیزیولوژیکی تأثیر تمرینات منظم بر سطوح آیریزین؛ به نظر می‌رسد عوامل مداخله‌گری مانند: نوع، شدت و مدت فعالیت، جنسیت و سن آزمودنی‌ها، اثرات حاد و مزمن و همچنین فاصله زمانی بین آخرین جلسه تمرین و نمونه‌گیری خونی باید مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال در پژوهش‌های خدادادی و همکاران (۳۶) و رئیسی و همکاران (۳۵) اثر حاد تمرینات بر سطوح آیریزین بررسی شد، در حالی که در پژوهش حاضر اثرات سازگاری تمرینات مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش Tsuchiya و همکاران نمونه‌گیری خونی در زمان‌های بلافاصله، ۵/۰، ۱، ۲، ۳، ۴ و ۶ ساعت بعد از تمرین انجام شد که تنها در فاصله زمانی یک ساعت پس از تمرین افزایش معنی‌دار در آیریزین مشاهده شد (۱۹). با قبول این احتمال که اوج تغییرات آیریزین یک ساعت پس از تمرین بوده و با گذشت زمان مقادیر آن به سطح پایه بر می‌گردد؛ عدم تغییرات سطح آیریزین در تحقیق ما را می‌توان به افزایش فاصله ۴۸ ساعته بین آخرین جلسه تمرین و نمونه‌گیری خونی مربوط دانست. هم چنین از منظر افزایش مزمن آیریزین به دنبال تمرین می‌توان به پژوهش‌های Susann و همکاران (۱۶) که یک سال فعالیت ورزشی و Bostrom و همکاران (۱۵) که اثر ۱۰ هفته تمرین را بر تغییرات آیریزین

مورد بررسی قرار دادند، اشاره کرد که احتمالاً طولانی بودن دوره تمرینات این پژوهش‌ها منجر به سازگاری در افزایش آیریزین شده است و وجه تمایز تحقیق ما با این تحقیقات را می‌توان احتمالاً به کوتاه تر بودن مدت زمان تمرین حاضر نسبت داد. با این حال، به نظر می‌رسد تمرینات با شدت بالا و یا تمرینات با شدت متوسط ولی طولانی مدت به ویژه روی افراد غیرفعال چاق می‌تواند از طریق تغییر ترکیب بدن و نیز افزایش نسبت بافت عضلانی به بافت چربی زمینه را برای تسهیل و افزایش مقادیر مایوکاین هایی مثل PGC-1 α ، FNDC5 و آیریزین به وجود آورد. شایع‌ترین اختلال لیپید یعنی دیس‌لیپیدمی شامل افزایش TG و کاهش HDL-C می‌باشد که پارامتر اخیر ریسک فاکتور بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد؛ در حالی که افزایش غلظت TG با افزایش ذرات LDL-C به عنوان عامل آتروژنیک شناخته شده است (۳۷،۳۸). شواهد معتبری وجود دارد که ورزش با شدت مناسب، اثرات مثبت قابل توجهی بر نیمرخ چربی اعمال می‌کند که به صورت کاهش بیش از دو برابر میزان مرگ و میر طی یک دهه می‌باشد (۳۹). ورزش علاوه بر کنترل گلیسمی و افزایش حساسیت انسولین، می‌تواند ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی نظیر: چربی احشایی، نیمرخ لیپیدی، سفتی شریانی و عملکرد اندوتلیال را بهبود بخشد (۳۷،۴۰).

نتایج تحقیق حاضر حاکی از عدم کاهش معنی‌دار مقادیر TG و LDL-C بود، از طرفی نتایج نشان داد برنامه تمرین هوازی باعث کاهش معنی‌دار در مقادیر TC و هم چنین افزایش معنی‌دار HDL-C شده است. در این راستا، اراضی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند هشت هفته تمرین ترکیبی و هوازی، باعث کاهش TC، LDL-C، TG و افزایش HDL-C و VO₂max می‌شود (۴۱)، همچنین عطارزاده و همکاران (۱۳۹۱) بیان کردند پس از شش هفته تمرین هوازی و رژیم غذایی کم کالری، کاهش معنی‌داری در وزن، نمایه توده بدن، درصد چربی، TC، LDL-C، TG و افزایش HDL-C و VO₂max مشاهده شد (۳۲). از طرفی، یکتایار و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان دادند تمرینات ورزشی باعث افزایش سطوح HDL می‌شود؛ که

این یافته‌ها با نتایج تحقیق حاضر همخوان می‌باشد؛ ولی این نتایج با یافته‌های Thomas و همکاران (۲۰۰۷) و محمدرحیمی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی ندارد (۴۲،۴۳). Thomas و همکاران (۲۰۰۷) تغییرات معنی‌داری در مقادیر لیپید پلاسما در اثر ورزش نشان ندادند (۴۲). همچنین تغییرات گزارش شده در مقادیر اندازه‌گیری شده پس از سه هفته برنامه پیاده‌روی در مطالعه Goldhaber و همکاران (۲۰۰۳) ناچیز و غیرقابل توجه بوده‌اند (۴۴).

برخی از محققین در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که شدت تمرین می‌تواند بر افزایش سطوح HDL تأثیرگذار باشد، به طوری که سطوح HDL پس از تمرینات با شدت بالا در مقایسه با تمرینات با شدت پایین می‌تواند افزایش چشمگیر و معنی‌داری داشته باشد (۴۵). از طرفی نشان داده شده است که تغییر در نیمرخ لیپیدی با تغییرات چربی بدن نیز رابطه دارد. در مطالعه حاضر، درصد چربی بدن آزمودنی‌ها، بعد از تمرین هوازی کاهش معنی‌داری را نشان داد (۴۶،۴۷). از سویی دیگر نشان داده شد، اجرای تمرینات مطلوب بدنی یا ورزشی با کاهش غلظت LDL و افزایش HDL همراه است. این مطلب به نقش بافت‌های محیطی و کبد اشاره دارد که به طور اساسی به سازوکارهای موجود اجازه می‌دهند تا در جریان فعالیت‌های ورزشی کوتاه مدت یا طولانی مدت فعالیت آنزیم لیپیتین کلسترول آسیل ترانسفراز افزایش یابد که مسئول انتقال استر کلسترول به HDL است. از این رو HDL افزایش و از طرف دیگر فعالیت پروتئین ترانسفراز کلسترول پلاسما کاهش می‌یابد. این آنزیم مسئول انتقال استر کلسترول HDL به لیپوپروتئین‌های دیگر است. این تغییرات ممکن است به سازوکارهای دیگری از جمله عوامل مؤثری چون تغییرات غلظت هورمون‌های پلاسما و لیپوپروتئین لیپاز و عواملی دیگر ارتباط داشته باشد (۴۸). افزایش HDL ناشی از تمرینات هوازی با افزایش فعالیت آنزیم لیپوپروتئین لیپاز، کاتابولیسم لیپوپروتئین‌ها را افزایش می‌دهد (۴۹).

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به پاسخ‌ها و سازگاری‌های متفاوت افراد به برنامه تمرینی و عدم کنترل دقیق تغذیه آزمودنی‌ها اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

در یک نتیجه‌گیری کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر چه هشت هفته تمرین هوازی تغییری در سطوح سرمی آیریزین ایجاد نکرد اما با کاهش معنی‌دار وزن، شاخص توده بدن، درصد چربی بدن و مقادیر سرمی TC و نیز افزایش همزمان HDL-C به عنوان یک عامل آتروژنیک می‌توان به تاثیر مطلوب انجام برنامه‌های تمرین هوازی بر کاهش عوامل خطرزای قلبی-عروقی، آن را به عنوان یک شیوه غیردارویی

موثر در کنترل وزن، تنظیم تعادل انرژی بدن و کاهش بروز بیماری‌های قلبی-عروقی معرفی نمود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد ۳۷۲۷۷ معاونت پژوهشی می‌باشد. بدین وسیله از زحمات بی‌دریغ آموذنی‌های شرکت‌کننده و حمایت مسئولین دانشگاه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند؛ تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References:

- 1- Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. *Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030*. Inter J obesity 2008; 32(9): 1431-17.
- 2- World Health Organizations, 2000. Technical report series 894. *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization.
- 3- Heshmat RA, Fakhrzadeh H, Pour-Ebrahim R, Nouri M, Pajouhi M. *Evaluation of obesity and overweight and their changes pattern among 25-64 aged inhabitants of Tehran University of Medical Sciences population lab region*. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2004 Jul 15; 3:63-70.
- 4- Malekzadeh R, Mohamadnejad M, Merat S, Pourshams A, Etemadi A. *Obesity Pandemic: An Iranian Perspective*. Arch Iranian Med 2005; 8(1): 1-7.
- 5- Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. *Influence of weight reduction on blood pressure a meta-analysis of randomized controlled trials*. Hypertension 2003; 42(5): 878-84.
- 6- Lemura LM, Maziakas MT. *Factors that alter body fat, body mass, and fat-free mass in pediatric obesity*. Med Sci Sports and Exercise 2002; 34(3): 487-96.
- 7- Mukherjee G, Samanta A. *Physiological response to the ambulatory performance of hand-rim and arm-crank propulsion systems*. J rehabilitation Res Develop 2001; 38(4): 391.
- 8- Rector RS, Thyfault JP, Morris RT, Laye MJ, Borengasser SJ, Booth FW, et al. *Daily exercise increases hepatic fatty acid oxidation and prevents steatosis in Otsuka Long-Evans Tokushima Fatty rats*. American J Physiol-Gastrointestinal Liver Physiol 2008; 294(3): G619-G26.
- 9- Caldwell S, Lazo M. *Is exercise an effective treatment for NASH? Knowns and unknowns*. Ann Hepatol 2009; 8(Suppl 1): S60-S66.
- 10- Spassiani NA, Kuk JL. *Exercise and the fatty liver*. App Physio, Nutrition, Metabo 2008; 33(4): 802-07.

- 11- Caldwell S, Lazo M. *Is exercise an effective treatment for NASH? Knowns and unknowns*. Ann Hepatol 2009; 8(1): 60-6.
- 12- Gibala MJ, Little IP, Van Essen M, Wilkin GP, Burgomaster KA, Safdar A, et al. *Short-term sprint interval versus traditional endurance training: similar initial adaptations in human skeletal muscle and exercise performance*. J physio 2006; 575(3): 901-11.
- 13- Seale P, Conroe HM, Estall J, Kajimura S, Frontini A, Ishibashi J, et al. *Prdm16 determines the thermogenic program of subcutaneous white adipose tissue in mice*. J Clinic investigation 2011; 121(1): 96-105.
- 14- Enerbäck S. *Human brown adipose tissue*. Cell metabol 2010; 11(4): 248-52.
- 15- Bostrom P, Wu J, Jedrychowski MP, Korde A, Ye L, Lo JC, et al. *A PGC1-alpha-dependent myokine that drives brown-fat-like development of white fat and thermogenesis*. Nature 2012; 481(7382): 463-68.
- 16- Sanchis-Gomar F, Lippi G, Mayero S, Perez-Quilis C, García-Giménez JL. *Irisin: a new potential hormonal target for the treatment of obesity and type 2 diabetes*. J diabetes 2012; 4(3): 196.
- 17- Blüher S, Panagiotou G, Petroff D, Markert J, Wagner A, Klemm T, et al. *Effects of a 1-year exercise and lifestyle intervention on irisin, adipokines, and inflammatory markers in obese children*. Obesity 2014; 22(7): 1701-78.
- 18- Huh JY, Siopi A, Mougios V, Park KH, Mantzoros CS. *Irisin in response to exercise in humans with and without metabolic syndrome*. J Clinic Endo Metabol 2015; 100(3): E453-57.
- 19- Daskalopoulou SS, Cooke AB, Gomez Y-H, Mutter AF, Filippaios A, Mesfum ET, et al. *Plasma irisin levels progressively increase in response to increasing exercise workloads in young, healthy, active subjects*. European J Endocrino 2014; 171(3): 343-52.
- 20- Tsuchiya Y, Ando D, Goto K, Kiuchi M, Yamakita M, Koyama K. *High-intensity exercise causes greater irisin response compared with low-intensity exercise under similar energy consumption*. Tohoku J Experi Med 2014; 233(2): 135-40.
- 21- Norheim F, Langleite TM, Hjorth M, Holen T, Kielland A, Stadheim HK, et al. *The effects of acute and chronic exercise on PGC-1α, irisin and browning of subcutaneous adipose tissue in humans*. FEBS J 2014; 281(3): 739-49.
- 22- Hofmann T, Elbelt U, Ahnis A, Kobelt P, Rose M, Stengel A. *Irisin levels are not affected by physical activity in patients with anorexia nervosa*. Frontiers in endocrino 2013; 4.
- 23- Jafari M, Farzaneghi P. *The Effect of a Regular Aerobic Exercise Combined with Consuming Garlic Extract on the Rest Levels of Plasma Irisin and FNDC5 of the Heart Tissues and Muscles of Aged Rats*. J UMP Soci Sci Techno Management 2015; 3(1).
- 24- Centers for Disease Control and Prevention: *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. November 17, 1999.

- 25- Shahrjerdi S, Shavandi N, Golpaygani M, Sheikh Hosseini R. *Impact strength and resistance training on control of blood sugar, quality of life and mental health of women with type 2 diabetes*. Iranian J Diabetes Lipid 2009; 9(1): 35-44.
- 26- Lali M, Abedi A, Kajbaf MB. *Construction and Validation of the Lifestyle Questionnaire*. Psycho Res 2012; 15(1): 64-80.
- 27- Mollazadeh Esfanjani R, Arazi H, Rohi S, Mohammadi M. *Effects of aerobic training on eating disorders in non-athletic female students*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2012; 20(3): 322-31.
- 28- Arazi H, Jorbonian A, Asghari E. *Comparison of Concurrent (Resistance-Aerobic) and Aerobic Training on VO2max Lipid Profile, Blood Glucose and Blood Pressure in Middle-Aged Men at Risk for Cardiovascular disease*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2013; 20(5): 627-38.
- 29- Nikroo H, Barancheshme MA. *The Comparison of Effects of Aerobic Interval and Continuous Training Program on Maximal Oxygen Consumption, Body Mass Index, and Body Fat Percentage in Officer Students*. J Mil Med 2014; 15(4): 245-51.
- 30- Bahram ME, Najjarian M, Sayyah M, Mojtahedi H. *The effect of an eight-week aerobic exercise program on the homocysteine level and VO2max in young non-athlete men*. KAUMS J (FEYZ) 2013; 17(2): 149-56.
- 31- Rahimian Mashhad Z, Attarzadeh Hosseini SR. *The Effect of Aerobic Training and Diet on Cardiovascular Risk Factors and Blood Pressure in Overweight and Obese Women With Hypertension*. Iranian J Endocrinol Metabol 2010; 12(4): 376-84.
- 32- Attarzadeh Hosseini SR, Rahimian Mashhad Z. *The effect of six weeks aerobic training and diet on BMI, lipid profile and Metabolic Syndrome Indexes in obese women*. App Res Sport Manag 2012; 2: 27-36.
- 33- Kullo IJ, Khaleghi M, Hensrud DD. *Markers of inflammation are inversely associated with VO2 max in asymptomatic men*. J Appl Physiol 2007; 102(4): 1374-79.
- 34- Winn NC, Liu Y, Heden TD, Nyhoff LM, Boyle LJ, Kanaley FACS J. *Circulating Irisin Levels In Response To Acute And Chronic Exercise In Obese Adults*. Inter J Exercise Sci: Conference Proceed 2014; 11(1): 42.
- 35- Reisi J, Rajabi H, Ghaedi K, Marandi SM, Dehkhoda MR. *Effect of Acute Resistance Training on Plasma Irisin Protein Level and Expression of Muscle FNDC5 and Adipose Tissue UCP1 Genes in Male Rats*. J Isfahan Med Sch 2013; 31(256): 1657-66.
- 36- Khodadadi H, Rajabi H, Attarzadeh Hosseini SR, Abbasian S. *The Effect of High Intensity Interval Training (HIIT) and Pilates on Levels of Irisin and Insulin Resistance in Overweight Women*. Iranian J Endocrinol Metabol 2014; 16(3): 190-96.

- 37- Alam S, Stolinski M, Pentecost C, Boroujerdi MA, Jones RH, Sonksen PH, et al. *The effect of a six-month exercise program on very low-density lipoprotein apolipoprotein B secretion in type 2 diabetes*. J Clinic Endocrinol Metabol 2004; 89(2): 688-94.
- 38- Albright A, Franz M, Hornsby G, Kriska A, Marrero D, Ullrich I, et al. *American College of Sports Medicine position stand. Exercise and type 2 diabetes*. Med Sci Sports Exercise 2000; 32(7): 1345-60.
- 39- Almeida MB, Araújo CGS. *Effects of aerobic training on heart rate*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2003; 9(2): 113-20.
- 40- Arora E, Shenoy S, Sandhu JS. *Effects of resistance training on metabolic profile of adults with type 2 diabetes*. Indian J Med Res 2009; 129(5): 515.
- 41- Perkins GM, Owen A, Kearney EM, Swaine IL. *Biomarkers of cardiovascular disease risk in 40–65-year-old men performing recommended levels of physical activity, compared with sedentary men*. British J sports Med 2009; 43(2): 136-41.
- 42- Sigal RJ, Kenny GP, Boulé NG, Wells GA, Prud'homme D, Fortier M, et al. *Effects of aerobic training, resistance training, or both on glycemic control in type 2 diabetes: a randomized trial*. Ann Intern Med 2007; 147(6): 357-69.
- 43- Mohammad rahimi R, Attarzadeh Hosseini SR. *The effect of aerobic training and diet on lipid profile and liver enzymes in obese women with type ii diabetes*. Sci-Res J Shahed Uni 21st year 2013, 2014; 108: 41-50.
- 44- Goldhaber-Fiebert JD, Goldhaber-Fiebert SN, Tristán ML, Nathan DM. *Randomized controlled community-based nutrition and exercise intervention improves glycemia and cardiovascular risk factors in type 2 diabetic patients in rural Costa Rica*. Diabetes Care 2003; 26(1): 24-9.
- 45- Banz WJ, Maher MA, Thompson WG, Bassett DR, Moore W, Ashraf M, et al. *Effects of resistance versus aerobic training on coronary artery disease risk factors*. Experimental biology Med 2003; 228(4): 434-40.
- 46- Gutin B, Barbeau P, Owens S, Lemmon CR, Bauman M, Allison J, et al. *Effects of exercise intensity on cardiovascular fitness, total body composition, and visceral adiposity of obese adolescents*. American J Clinic nutrition 2002; 75(5): 818-26.
- 47- Aguiló A, Tauler P, Guix MP, Villa G, Córdova A, Tur JA, et al. *Effect of exercise intensity and training on antioxidants and cholesterol profile in cyclists*. J Nutritio Biochemistry 2003; 14(6): 319-25.
- 48- Kelley GA, Kelley KS. *Effects of aerobic exercise on Non-HDL-C in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Progress Cardiovascular Nurs 2008; 23(3): 128-32.
- 49- Kelley GA, Kelley KS. *Impact of progressive resistance training on lipids and lipoproteins in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials*. Preventive Med 2009; 48(1): 9-19.

The Changes of Irisin Serum Levels and Lipid Profile of Overweight Male Students after Eight Weeks of Aerobic Training

Hakimi M (MSc)¹, Attarzade Hosseini SR (PhD) *²

¹ Department of Sports Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

² Department of Sport Physiology, Faculty of Sport Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Received: 30 Sep 2015

Accepted: 31 Dec 2015

Abstract

Introduction: Obesity is a metabolic disorder that is caused by increased energy intake and reduced energy expenditure. This study aimed to investigate the effect of eight weeks of aerobic training on Irisin serum levels and lipid profile of overweight male students.

Methods: In this quasi-experimental study, 24 overweight male students (age: 21.13 ± 1.88 years and BMI: $25-29.9 \text{ kg/m}^2$) were selected by purposeful and convenience sampling method, who were randomly assigned into control ($n=12$) and experimental ($n=12$) groups. The program involved training with 60-80 HRmax% for 3 sessions per week, 40-50 minutes per session lasting for 8 consecutive weeks. The control group, simultaneously, continued their daily activities and did not participate in the aerobic exercise. Irisin serum levels and lipid profile of all subjects were measured before and after the training period. To make intra and intergroup comparisons, repeated measure analysis of variance was used, and the level of significance was set at $P < 0.05$.

Results: Eight weeks of aerobic exercise led to a significant increase of VO_2max and HDL-C levels ($P < 0.05$) as well as a significant decrease of weight, BMI, body fat percent and TC ($P < 0.05$). In contrary, the variations of Irisin levels, Serum LDL-C, and TG did not demonstrate any significant changes ($P > 0.05$).

Conclusion: Aerobic training, without making any changes in Irisin levels, can produce a positive effect on the increase of VO_2max , improvement of body composition and decrease of lipid risk factors.

Keywords: Aerobic training; Irisin; Metabolic disorder; Overweight

This paper should be cited as:

Hakimi M, Attarzade Hosseini SR. *The changes of irisin serum levels and lipid profile of overweight male students after eight weeks of aerobic training*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 23(12): 1189-201.

***Corresponding author: Tel: +98 5118833910, Email: attarzadeh@um.ac.ir**