

اثر تمرین قدرتی بر سطوح سرمی آدیپونکتین، تستوسترون و کورتیزول در مردان لاغر کم‌تحرک

فتاح مرادی^۱، سوران امینی‌اقدم^۲، جمال عبدی^۲، حسن متین‌همایی^۳

چکیده

زمینه و هدف: آدیپونکتین، یک عامل حافظتی مهم در پاتوژنز سندروم متابولیکی و بیماری قلبی-عروقی به شمار می‌آید و تستوسترون نیز در مردان، نقش ضد دیابتی دارد؛ کورتیزول نیز یک هورمون کاتابولیکی ضد استرس می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی اثر تمرین قدرتی بر سطوح سرمی آدیپونکتین، تستوسترون و کورتیزول در مردان لاغر کم‌تحرک بود.

روش تحقیق: در یک مطالعه نیمه‌تجربی، مردان لاغر کم‌تحرک، به‌طور تصادفی در دو گروه تمرین قدرتی و گروه کنترل قرار گرفتند. پروتکل تمرین قدرتی شامل: دوازده هفته تمرین با وزنه (۳ جلسه تمرین در هفته، ده ایستگاه، ۳ ست، ۸-۱۲ تکرار در هر ایستگاه، شدت ۶۰-۸۰ درصد یک تکرار بیشینه، میزان استراحت بین ست‌ها یک دقیقه و بین ایستگاه‌ها دو دقیقه، مدت زمان تمرین اصلی حدود ۶۰ دقیقه) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۶) و به کمک آزمون‌های آماری تی‌همبسته و تی‌مستقل، در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ انجام شد.

یافته‌ها: در گروه تمرین (۹ نفر، 20.9 ± 3.6 سال، 60.1 ± 4.3 کیلوگرم، 18.7 ± 2.2 درصد چربی، 18.4 ± 2.1 کیلوگرم بر متر مربع)، وزن، نمایه توده بدن و حداکثر اکسیژن مصرفی افزایش یافت (به ترتیب: $P = 0.020$ ، $P = 0.011$ ، $P = 0.042$)، اما تغییر معنی‌داری در مورد درصد چربی بدن مشاهده نشد ($P = 0.244$)؛ همچنین تمرین، تأثیر معنی‌داری بر غلظت آدیپونکتین (14.1 ± 1.9 در مقابل 13.7 ± 2.5 میکروگرم بر میلی‌لیتر) و کورتیزول سرم (16.4 ± 4.3 در مقابل 15.9 ± 5.1 نانوگرم بر میلی‌لیتر) نداشت (به ترتیب: $P = 0.278$ و $P = 0.377$)، اما غلظت تستوسترون سرم (6.9 ± 1.7 در مقابل 8.1 ± 1.9 نانوگرم بر میلی‌لیتر) افزایش یافت ($P = 0.025$). در گروه کنترل (۱۰ نفر، 21.5 ± 3.2 سال، 61.5 ± 4.2 کیلوگرم، 19.5 ± 2.7 درصد چربی، 18.4 ± 2.3 کیلوگرم بر متر مربع)، هیچ کدام از متغیرهای اندازه‌گیری‌شده، تغییر معنی‌داری نشان ندادند ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: اجرای یک دوره تمرین قدرتی، می‌تواند باعث بهبود وزن، نمایه توده بدن و عملکرد قلبی-تنفسی مردان لاغر کم‌تحرک شود، ضمن اینکه منجر به تغییر معنی‌داری در درصد چربی بدن نمی‌شود؛ همچنین از آنجا که تستوسترون، عمل ضد دیابتی دارد، تمرین قدرتی، از طریق بالابردن سطوح تستوسترون نیز می‌تواند در مردان لاغر کم‌تحرک مفید واقع شود. به نظر نمی‌رسد دوازده هفته تمرین قدرتی، تأثیری بر سطوح آدیپونکتین و کورتیزول موجود در گردش خون مردان لاغر کم‌تحرک داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: تمرین قدرتی، آدیپونکتین، تستوسترون، کورتیزول، لاغر، کم‌تحرک

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۲۰ (۲): ۱۲۵-۱۳۵.

دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۵/۲۴

^۱ استادیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز، سقز، کردستان، ایران.

آدرس: سقز- دانشگاه آزاد اسلامی- گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی.

تلفن: ۰۹۱۴۴۸۲۳۷۳۳ نامبر: ۰۸۷۵۳۲۴۴۷۵۰ پست الکترونیکی: moradi_fatah@yahoo.com

^۲ مربی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز، سقز، کردستان، ایران.

^۳ استادیار، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

مقدمه

کمبود فعالیت بدنی و گرایش فزاینده به سبک زندگی کم‌تحرک، به عنوان عوامل خطر برای گسترش چاقی و دیابت به شمار می‌آیند. اگر چه هیچ‌کدام از این بیماری‌ها به‌تنهایی علت اصلی مرگ و میر نیستند، اما هرکدام با مشکلات دیگری همچون پرفشاری خون، بیماری شریان کرونری و سرطان مرتبط هستند که همه آنها میزان مرگ و میر را افزایش می‌دهند (۱).

نمایه توده بدن (BMI) و سطح فعالیت جسمانی، به‌طور مستقل و معنی‌داری مرگ و میر را پیش‌بینی می‌کنند. از یک سو، سطح بالای فعالیت جسمانی، از مرگ و میر اضافی مرتبط با چاقی جلوگیری نمی‌کند و از سوی دیگر، لاغری با افزایش مرگ و میر مرتبط با کم‌تحرکی مقابله نمی‌کند (۲). زنان لاغر فعال، کمترین مرگ و میر را در مقایسه با زنان لاغر کم‌تحرک، زنان چاق فعال و زنان چاق کم‌تحرک داشتند (۲). مطالعات گروهی بر روی مردان نیز نشان داد، مرگ و میر اضافی مرتبط با چاقی، در بین مردان فعال و کم‌تحرک مشابه بود (۲). Baik و همکاران (۲۰۰۰) در خاتمه یک مطالعه تعقیبی دریافتند، خطر مرگ در بین مردان لاغر فعال افزایش نیافت، اما در بین مردان لاغر کم‌تحرک، با ضریب دو افزایش نشان داد (۲). O'donovan و همکاران (۲۰۰۵) با انجام یک مطالعه مقطعی، ضمن بررسی عوامل خطر بیماری قلبی-عروقی در مردان میانسال، دریافتند غلظت کلسترول تام، لیپوپروتئین با چگالی پایین (LDL) و آپولیپوپروتئین B (ApoB) موجود در گردش خون، در افراد تمرین‌کرده لاغر، پایین‌تر از مردان کم‌تحرک لاغر بود؛ همچنین این محققان نتیجه گرفتند، نیم‌رخ عوامل خطر بیماری قلبی-عروقی در افرادی که به‌طور منظم تمرین می‌کردند، با هر دو عامل لاغری و تمرین مرتبط بود؛ به‌طوری‌که لاغری، با سطوح مطلوب لیپوپروتئین با چگالی بالا (HDL) و تری‌گلیسرید مرتبط بود و تمرین نیز با سطوح پایین‌تر کلسترول تام، LDL و ApoB همراه بود (۳).

Van der Heijden و همکاران (۲۰۰۹) نیز دریافتند، یک برنامه تمرین هوازی (بدون کاهش وزن)، سطح آمادگی هوازی را در هر دو گروه نوجوانان چاق و لاغر بالا برد. اگرچه میزان‌های پایه (استراحتی) حساسیت انسولینی- کبدی و محیطی، در لاغرها بالاتر از چاق‌ها بود، اما هر دو گروه، افزایش یکسانی را متعاقب برنامه تمرینی نشان دادند (۴).

از یافته‌های پیش‌گفته می‌توان به اهمیت تمرین جسمانی منظم و اثر مستقل آن بر سلامت افراد لاغر پی برد (۱-۴)؛ با این وجود، در مقایسه با افراد چاق، اطلاعات موجود در زمینه اثر تمرین ورزشی بر روی سازوکارهای فیزیولوژیکی مرتبط با سلامت متابولیکی و قلبی-عروقی افراد لاغر، به‌ویژه سازگاری درون‌ریزی این افراد با تمرین ورزشی، محدود می‌باشد. به نظر می‌رسد، کمبود یافته‌ها، به‌ویژه در مورد اثر تمرین قدرتی بر سطوح سرمی برخی هورمون‌ها در افراد لاغر و کم‌تحرک بیشتر نمایان است و این در حالی است که تمایل فزاینده به تمرین قدرتی، این شیوه تمرینی را به جزء مهمی از برنامه آمادگی جسمانی تبدیل نموده است (۵). از جمله این هورمون‌ها، آدیپونکتین است که یک عامل محافظتی مهم در پاتوژنز سندروم متابولیکی و بیماری قلبی-عروقی به شمار می‌آید (۶). نتایج مطالعات پیشین در زمینه اثر تمرین قدرتی بر غلظت آدیپونکتین موجود در گردش خون متناقض بوده (۶-۸) و به‌ویژه در مورد افراد لاغر و کم‌تحرک (۶)، محدود می‌باشد. بر اساس برخی مطالعات قبلی، تستوسترون نیز در مردان، به‌طور بالقوه دارای نقش ضد دیابتی می‌باشد (۹). سطوح تستوسترون درون‌زاد، با میزان چربی مرکزی در مردان، همبستگی معکوس دارد و گزارش شده است که تستوسترون درمانی در مردان، چربی احشایی را کاهش می‌دهد. Osuna و همکاران (۲۰۰۶) نیز با مطالعه بر روی مردان ۲۰ تا ۶۰ ساله، دریافتند غلظت تستوسترون در مردان چاق پایین‌تر از مردان لاغر می‌باشد. در واقع، سطوح تستوسترون سرم، با BMI و محیط کمر همبستگی منفی دارد (۱۰)؛ از طرفی Laughlin و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند، تستوسترون با آدیپونکتین

روش تحقیق

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که بر روی مردان لاغر کم‌تحرک و به روش نمونه‌گیری هدفمند (بر اساس سابقه فعالیت جسمانی و BMI) انجام شد، اما قرارگیری آزمودنی‌ها در گروه‌ها تصادفی بود. برای جلب مشارکت داوطلبان آزمودنی‌ها، ابتدا موضوع، اهداف و روش مطالعه، از طریق فراخوان (آگهی به صورت پوستر) در مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها، مراکز آموزشی و فرهنگی بزرگسالان و انجمن‌ها و هیأت‌های ورزشی شهرستان‌های بوکان و سقز اطلاع‌رسانی گردید. از میان داوطلبان مراجعه‌کننده، افرادی که نمایه توده بدن آنها کمتر از ۱۸/۵ کیلوگرم بر متر مربع بود و در یک سال قبل از شروع تحقیق، سابقه فعالیت بدنی منظم نداشتند، وارد مطالعه شدند (۶). تمام داوطلبان، پرسشنامه تاریخیچه سلامتی^۱ را تکمیل نمودند. داوطلبانی که سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، بیماری‌های تیروئیدی و هرگونه وضعیت بیمارگونه شناخته‌شده را داشته و یا در حال مصرف هرگونه دارو (با یا بدون تجویز پزشک) و یا تحت هر نوع رژیم غذایی یا درمانی دیگری بودند، از مطالعه خارج شدند. اعتیاد به هرگونه ماده مخدر، سیگار، مصرف الکل و کافئین نیز از جمله ملاک‌های خروج داوطلبان از مطالعه بود. تعداد کل داوطلبان واجد شرایط تحقیق، ۲۴ نفر بود که به‌طور تصادفی در دو گروه تمرین ($n=12$) و کنترل ($n=12$) قرار گرفتند، اما از این تعداد، فقط ۱۹ نفر مراحل مطالعه را تکمیل نمودند و تعداد شرکت‌کنندگان نهایی که تحت مطالعه قرار گرفتند، در گروه تمرین ۹ نفر و در گروه کنترل ۱۰ نفر بود. تمام داوطلبان، فرم رضایتنامه کتبی و فرم آمادگی شرکت در فعالیت جسمانی (PAR-Q) را تکمیل نمودند.

قبل از شروع پروتکل تمرین، ابتدا طی یک جلسه آشنایی در محل اجرای تمرین‌ها (باشگاه آمادگی جسمانی)، اهداف، پروتکل تمرین و ارزیابی‌های آزمایشگاهی (مثلاً نمونه‌گیری

همبستگی مثبت دارد (۱۱). کورتیزول نیز یک هورمون کاتابولیکی بوده و در واقع مهمترین هورمون ضد استرس در بدن می‌باشد (۱۲). در واقع، فعال‌شدن محور هیپوفیز-فوق کلیه، برجسته‌ترین پاسخ عصبی-درون‌ریزی به استرس (از جمله استرس جسمانی) می‌باشد که فعالیت این محور، در نهایت با افزایش ترشح هورمون کورتیزول خود را نشان می‌دهد (۱۲). سطوح بیش از حد کورتیزول، به علایم چاقی شکمی، پرفشاری خون، عدم تحمل گلوکز یا دیابت و دیسلیپیدمیا (وجود چربی‌های غیرطبیعی در خون) منجر می‌شود که همگی جزء مشخصات مقاومت انسولینی نیز هستند (۱۳). مطالعات پیشین نشان داده‌اند که گلوکوکورتیکوئیدها، بیان آدیپونکتین را مهار می‌کنند (۱۴). یافته‌های اغلب تحقیقات پیشین، حاکی از کاهش سطوح تستوسترون مردان (۱۵) به دنبال تمرین استقامتی است؛ با این وجود، برخی نیز به افزایش (۱۶) یا عدم تغییر (۱۷) سطوح تستوسترون مردان، متعاقب تمرین استقامتی اشاره نموده‌اند؛ همچنین یافته‌های موجود درباره نحوه تغییرات سطوح سرمی تستوسترون و کورتیزول مردان متعاقب تمرین قدرتی نیز با یکدیگر همخوانی ندارد (۱۶، ۱۸-۲۰)؛ به‌طوری‌که در برخی مطالعات، به افزایش تستوسترون (۱۸) و کاهش کورتیزول (۱۶) و در برخی دیگر به عدم تغییر این هورمون‌ها (۱۹، ۲۰) اشاره شده است. البته، در هیچ‌کدام از این تحقیقات، مردان لاغر کم‌تحرک تحت مطالعه قرار نگرفته‌اند.

با توجه به نقش‌های مستقل BMI و سطح فعالیت جسمانی در سلامتی انسان (۱-۴) و نیز با توجه به اینکه یافته‌های موجود در زمینه نحوه تغییرات سطوح آدیپونکتین، تستوسترون و کورتیزول متعاقب تمرین قدرتی، متناقض و به‌ویژه در مورد مردان لاغر کم‌تحرک، محدود می‌باشد؛ بنابراین مطالعه حاضر، با هدف بررسی اثر تمرین قدرتی بر سطوح سرمی آدیپونکتین، تستوسترون و کورتیزول در مردان لاغر کم‌تحرک انجام شد.

¹ Health History Questionnaire

خونی) و برنامه زمانی تحقیق برای داوطلبان تشریح گردید؛ همچنین نحوه کار با وزنه برای تمرینات مربوط به شرکت کنندگان گروه تمرین، آموزش داده شد و آزمون یک تکرار بیشینه (1RM)، برای تعیین شدت تمرین (میزان مقاومت) برای هر حرکت اجرا شد. 1RM، به صورت انفرادی و به صورت مجزا برای هر گروه عضلانی، از طریق فرمول زیر تعیین گردید:

$$[(\text{تعداد تکرار} \times 0.278) - 1] \div \text{وزنه بلند شده} = 1\text{RM پیش بینی شده}$$

همچنین عملکرد قلبی-تنفسی شرکت کنندگان نیز، از طریق برآورد شاخص حداکثر اکسیژن مصرفی (VO_2max) ارزیابی گردید؛ سپس مشخصات شرکت کنندگان شامل: سن، قد، وزن، نمایه توده بدن و درصد چربی بدن ثبت گردید.

پروتکل تمرین قدرتی در مطالعه حاضر، شامل دوازده هفته تمرین با وزنه بود که تحت نظارت محققان صورت می گرفت. در هر هفته، سه جلسه تمرین به صورت یک روز در میان اجرا گردید. مدت زمان تمرینات با وزنه، حدود ۶۰ دقیقه در هر جلسه بود. تمرینات با وزنه شامل ده ایستگاه (جلو بازو با هالتر، پشت بازو با هالتر، سرشانه با دمبل، زیر بغل با دمبل، پرس سینه با هالتر، درازنشست، پرس پا با دستگاه، اسکات هاک، خم کردن زانو، باز کردن زانو) بود که در هر ایستگاه، سه نوبت ۸-۱۲ تکرار با شدت ۶۰-۸۰ درصد 1RM صورت می گرفت. مدت استراحت بین ست ها، یک دقیقه و بین ایستگاه ها دو دقیقه بود. در ابتدای هر جلسه تمرین و قبل از تمرینات با وزنه، شرکت کنندگان حدود ۱۰ دقیقه دوی آهسته و تمرینات کششی را به منظور گرم کردن انجام می دادند. در پایان هر جلسه نیز مجدداً دوی آهسته و تمرینات کششی، حدوداً به مدت ۱۰ دقیقه به منظور سرد کردن تکرار می شد.

از شرکت کنندگان گروه تمرین خواسته شد که در طول دوره تحقیق، از انجام هرگونه فعالیت بدنی بجز تمرینات تجویزی اجتناب نمایند. تمرینات، با نظارت محققان صورت

می گرفت. شرکت کنندگان گروه کنترل نیز در طول دوره تحقیق، از انجام هرگونه فعالیت بدنی مازاد بر فعالیت های زندگی روزمره خودداری نمودند. قبل و پس از دوره تمرین، شرکت کنندگان در آزمایشگاه تشخیص طبی حاضر شده و از هر فرد، ۱۰ سی سی نمونه سرم به روش Venopuncture ورید آرنجی گرفته شد. نمونه سرم شرکت کنندگان، تا زمان اندازه گیری شاخص های خونی، در دمای ۲۰- درجه سانتی گراد نگهداری شد. شرکت کنندگان می بایست از سه روز قبل از نمونه گیری سرم، از خوردن کافئین، کشیدن سیگار و مصرف هر نوع دارو و نیز از انجام هر نوع فعالیت بدنی خودداری نموده و در طی ۱۲ ساعت قبل از نمونه گیری نیز از هرگونه خوردن و آشامیدن پرهیز نمایند. برای کنترل اثر تغذیه، چند روز قبل از نمونه گیری سرم، از شرکت کنندگان خواسته شد که در طول دوره سه روزه قبل از نمونه گیری سرم پیش آزمون، تمام مواد غذایی مصرف شده را دقیقاً در برگه ثبت تغذیه روزانه (Daily Diet Record) یادداشت نمایند و همین رژیم غذایی را در طول دوره سه روزه قبل از نمونه گیری سرم پس آزمون تکرار نمایند؛ همچنین برای کنترل تغذیه شرکت کنندگان در طول دوره سه ماهه تحقیق، قبل از شروع تمرینات به آنها آموزش داده شد، به گونه ای تغذیه نمایند که ترکیب درصدی درشت مغذی های برنامه غذایی آنها، تا حد امکان، مطابق رژیم غذایی استاندارد (به ترتیب ۵۵، ۳۰ و ۱۵ درصد کربوهیدرات، چربی و پروتئین) باشد.

وزن شرکت کنندگان، با استفاده از وزن سنج دیجیتالی (با حداقل دقت ۰/۱ کیلوگرم، مدل WS ۸۰، ساخت سوئیس) و قد آنها با به کارگیری قدسنج (با حداقل دقت ۰/۱ سانتی متر، مدل Machinen AG، ساخت سوئیس) اندازه گیری شد. BMI، از طریق تقسیم وزن بدن (kg) بر مجذور قد (m^2) محاسبه شد. چگالی بدن، از طریق اندازه گیری چربی زیرجلدی در سه نقطه از بدن (سینه، سه سر و زیر کف) به وسیله کالیپر (حداقل دقت یک میلی متر، مارک Harpenden، ساخت کشور انگلیس) و محاسبه چگالی بدن

با استفاده از فرمول Jackson و Pollock برآورد گردید:

$$X_1 = 4950 + 0.0074(X_2) - 0.0021(X_1) + 0.0045(X_1) = 1/11250.25$$

X_1 = مجموع چربی های سینه، سه سر و زیر کتف

X_2 = سن

درصد چربی بدن نیز با بکارگیری فرمول Siri محاسبه

گردید:

$$45.0 - (چگالی بدن / 495) = درصد چربی بدن$$

VO_{2max} با استفاده از آزمون زیربیشینه دوچرخه

Astrand-Ryhming و روی چرخ کارسنج (دوچرخه ثابت

مغناطیسی روبیمکث با قابلیت کنترل کالری، سرعت، زمان،

مسافت، مقاومت و نبض، مدل ROBIMAX 7750، ساخت

کشور تایوان) برآورد شد. تمام تمرینات با استفاده از وزنه ها و

دستگاه های معمول بدنسازی و در باشگاه آمادگی جسمانی

صورت گرفت. رژیم غذایی استاندارد مشتمل بر مصرف ۱۵٪

پروتئین، ۳۰٪ چربی و ۵۵٪ کربوهیدرات بود. برای کنترل

ترکیب درصدی این رژیم، برای شرکت کنندگان، یک جلسه

مشاوره تغذیه ای ترتیب داده شد تا به آنها آموزش داده شود

که بتوانند بر اساس علایق غذایی خود و به تناسب

در دسترس بودن غذاها، به گونه ای رژیم غذایی خود را کنترل

نمایند که تا حد امکان، ترکیب استاندارد مذکور رعایت شود؛

بدین منظور به هر نفر، برگه راهنمای تغذیه ای داده شد که در

آن ارزش کالریکی و درصد کالریکی کربوهیدرات، پروتئین و

چربی ۲۰۸ غذای معمول، در قالب چهار وعده غذایی صبحانه،

ناهار، شام و خوراک مختصر آخر شب ذکر شده بود؛ همچنین

برای برآورد کل انرژی مصرفی روزانه شرکت کنندگان، از

فرمول استاندارد Harris-Benedict با فاکتور فعالیت ۱/۵۵

برای گروه تمرین و ۱/۲ برای گروه کنترل استفاده شد:

$$[سن \times ۱۶/۸ - (استفراغ \times ۵) + (کالریوزن \times ۱۳/۷) + ۶۶] \times (کالریوزن) = \text{میزان متابولیسم پایه}$$

$$(۱/۵۵ یا ۱/۲) \times (کالریوزن) = \text{میزان متابولیسم پایه} \times \text{کل انرژی مصرفی روزانه}$$

اندازه گیری غلظت سرمی آدیپونکتین (Human

BioVendor، محصول شرکت

جمهوری چک، حساسیت ۲۶ng/ml، CV درون ارزیابی

۳/۹٪، CV بین ارزیابی ۶/۳٪ و کورتیزول (Cortisol

ELISA، محصول شرکت IBL International، آلمان،

حساسیت ۲/۵ng/ml، CV درون ارزیابی ۳/۲٪، CV بین

ارزیابی ۷/۷٪، به روش الایزا (دستگاه Awernes stat fax

303 plus، ساخت آمریکا) و اندازه گیری تستوسترون

(Testosterone AccuLite™ CLIA، محصول شرکت

Monobind Inc.، آمریکا، حساسیت ۰/۰۲۶ng/ml، CV

درون ارزیابی ۴/۴٪، CV بین ارزیابی ۴/۲٪، به روش

کمی لومینسنس (دستگاه Berthold، ساخت آلمان) صورت

گرفت.

برای توصیف داده ها از آمار توصیفی (انحراف

معیاری میانگین)، برای بررسی نرمال بودن توزیع جامعه از

آزمون کولموگروف-اسمیرنف، برای مقایسه میانگین های

پیش آزمون و پس آزمون در هر گروه از آزمون تی همبسته و

به منظور مقایسه دو گروه از نظر میانگین تغییرات

پیش آزمون-پس آزمون متغیرها از آزمون تی مستقل استفاده

شد. سطح معنی داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تمام تجزیه و

تحلیل های آماری، به وسیله نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۶)

انجام گرفت.

یافته ها

ویژگی های فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی شرکت کنندگان

دو گروه، قبل و بعد از دوره تمرین، در جدول یک ارائه شده

است. نتایج آزمون تی همبسته در گروه تمرین، نشان دهنده

افزایش معنی دار وزن بدن، BMI و VO_{2max} بود اما تغییر

معنی داری در مورد درصد چربی بدن مشاهده نشد؛ همچنین

غلظت آدیپونکتین و کورتیزول سرم تغییر معنی داری نیافت،

اما غلظت تستوسترون سرم به طور معنی داری افزایش یافت.

بر طبق نتایج آزمون تی همبسته، در گروه کنترل نیز تغییر

معنی‌داری در هیچ‌کدام از شاخص‌های اندازه‌گیری شده مشاهده نشد. VO_2max و غلظت تستوسترون سرم بود، اما در مورد درصد چربی بدن، غلظت آدیپونکتین و کورتیزول سرم، تفاوت معنی‌داری نشان داده نشد.

میانگین تغییرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای اندازه‌گیری شده در دو گروه، متعاقب دوره تمرین، در جدول ۲ آورده شده است. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه گروه‌ها از نظر میانگین تغییرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرها، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار دو گروه از نظر وزن بدن، BMI،

جدول ۱- ویژگی‌های فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی شرکت‌کنندگان دو گروه، قبل و بعد از دوره تمرین (انحراف معیار $\pm$ میانگین)

متغیر	تمرین (n=9)			کنترل (n=10)		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	سطح معنی‌داری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	سطح معنی‌داری
سن (سال)	۲۰/۹ $\pm$ ۳/۶	-	-	۲۱/۵ $\pm$ ۳/۲	-	-
وزن (kg)	۶۰/۱ $\pm$ ۴/۳	۶۳/۲ $\pm$ ۴/۸	۰/۰۲۰*	۶۱/۵ $\pm$ ۴/۲	۶۱/۱ $\pm$ ۵/۷	۰/۵۲۸
BMI (kg/m ²) ^۱	۱۸/۴ $\pm$ ۲/۱	۱۹/۲ $\pm$ ۲/۴	۰/۰۱۱*	۱۸/۴ $\pm$ ۲/۳	۱۸/۵ $\pm$ ۲/۱	۰/۲۵۴
درصد چربی بدن (%)	۱۹/۱ $\pm$ ۲/۳	۱۸/۷ $\pm$ ۲/۲	۰/۲۴۴	۱۹/۵ $\pm$ ۲/۷	۱۸/۹ $\pm$ ۲/۴	۰/۱۳۷
VO_2max (ml.kg ⁻¹ .min ⁻¹) ^۲	۳۱/۲ $\pm$ ۴/۳	۳۵/۴ $\pm$ ۴/۶	۰/۰۴۳*	۳۱/۶ $\pm$ ۵/۶	۳۱/۲ $\pm$ ۴/۹	۰/۳۳۰
آدیپونکتین (μg/ml) ^۳	۱۴/۱ $\pm$ ۱/۹	۱۳/۷ $\pm$ ۲/۵	۰/۲۷۸	۱۳/۸ $\pm$ ۲/۴	۱۳/۵ $\pm$ ۲/۳	۰/۵۶۱
تستوسترون (ng/ml) ^۴	۶/۹ $\pm$ ۱/۷	۸/۱ $\pm$ ۱/۹	۰/۰۲۵*	۷/۳ $\pm$ ۲/۲	۷/۱ $\pm$ ۱/۸	۰/۴۴۸
کورتیزول (ng/ml)	۱۶۶/۴ $\pm$ ۴۵/۳	۱۵۹/۲ $\pm$ ۵۱/۶	۰/۳۷۷	۱۶۸/۸ $\pm$ ۵۱/۴	۱۵۹/۴ $\pm$ ۴۹/۳	۰/۲۳۶

یک کیلوگرم بر متر مربع، ۲ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در هر دقیقه، ۳ میکروگرم بر میلی‌لیتر، ۴ نانوگرم بر میلی‌لیتر
* نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

جدول ۲- مقایسه تغییرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای اندازه‌گیری شده در دو گروه، متعاقب دوره تمرین (انحراف معیار $\pm$ میانگین)

متغیر	گروه تمرین	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
وزن (kg)	۳/۱ $\pm$ ۱/۳	-۰/۴ $\pm$ ۰/۴	۰/۰۲۹*
BMI (kg/m ²)	۰/۸ $\pm$ ۰/۲	۰/۱ $\pm$ ۰/۳	۰/۰۴۱*
درصد چربی بدن (%)	-۰/۴ $\pm$ ۰/۴	-۰/۶ $\pm$ ۰/۶	۰/۱۱۷
VO_2max (ml.kg ⁻¹ .min ⁻¹)	۴/۲ $\pm$ ۱/۷	-۰/۴ $\pm$ ۰/۳	۰/۰۱۱*
آدیپونکتین (μg/ml)	-۰/۴ $\pm$ ۰/۳	-۰/۳ $\pm$ ۰/۳	۰/۲۴۵
تستوسترون (ng/ml)	۱/۲ $\pm$ ۰/۳	-۰/۲ $\pm$ ۰/۲	۰/۰۱۳*
کورتیزول (ng/ml)	-۷/۲ $\pm$ ۷/۰	-۹/۴ $\pm$ ۸/۷	۰/۳۴۷

* نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

بحث

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد، به دنبال یک دوره تمرین قدرتی، درصد چربی بدن مردان لاغر کم‌تحرک تغییری نکرد، اما وزن بدن، نمایه توده بدن و عملکرد قلبی تنفسی آنها افزایش نشان داد؛ همچنین تمرین قدرتی، تأثیری بر سطوح در گردش آدیپونکتین و کورتیزول نداشت، اما غلظت تستوسترون سرم را افزایش داد.

عدم تغییر درصد چربی بدن شرکت‌کنندگان به دنبال دوره تمرین، علی‌رغم افزایش وزن و BMI آنها، نشان می‌دهد که تمرین قدرتی، عمدتاً از طریق افزایش در توده بدون چربی (بافت عضلانی)، منجر به بهبود وزن شرکت‌کنندگان شده است و تغییرات واضحی در توده چربی رخ نداده است. در مطالعه Shaw و همکاران (۲۰۰۶) نیز یک برنامه هشت هفته‌ای تمرین مقاومتی، به طور معنی‌داری، وزن و توده بدون چربی را در مقایسه با گروه کنترل تغییر داد. این مطالعه، از ارتباط بین تمرین مقاومتی و BMI حمایت نمود که به وسیله افزایش در نمایه توده بدن بیان گردید (۳۰)؛ همچنین متعاقب دوره تمرین قدرتی، شاخص VO_{2max} شرکت‌کنندگان گروه تمرین نیز افزایش یافت و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تمرین قدرتی، می‌تواند منجر به بهبودی عملکرد قلبی-تنفسی مردان لاغر کم‌تحرک شود.

در مقایسه با مطالعات تمرین استقامتی، تحقیقات کمتری به بررسی اثر تمرین قدرتی بر سطوح سرمی تستوسترون و کورتیزول و به ویژه در افراد لاغر کم‌تحرک پرداخته‌اند؛ با این وجود یافته‌های تحقیق حاضر، همسو با آن دسته از تحقیقاتی می‌باشد (۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۳) که افزایش غلظت سرمی تستوسترون و عدم تغییر سطوح کورتیزول متعاقب تمرین قدرتی را گزارش نموده‌اند. Kraemer و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند، تمرین قدرتی سنگین، سطوح تستوسترون مردان را افزایش داد (۲۲). Izquierdo و همکاران (۲۰۰۶) نیز با مطالعه بر روی مردان فعال دریافتند، یازده هفته تمرین قدرتی، سطوح تستوسترون سرم را افزایش داد (۲۳). همسو با

یافته‌های تحقیق حاضر، حسینی و همکاران (۲۰۱۰) بیان نمودند، هشت هفته تمرین قدرتی در دختران جوان کم‌تحرک، تأثیری بر غلظت کورتیزول سرم نداشت (۱۹). بر خلاف یافته‌های مطالعه حاضر، Uchida و همکاران (۲۰۰۴) با مطالعه بر روی زنانی که دوازده ماه سابقه تمرین قدرتی داشتند، دریافتند اجرای تمرین قدرتی به مدت هشت هفته، سطوح تستوسترون سرم را تغییر نداد، اما غلظت کورتیزول را کاهش داد (۵). به نظر می‌رسد، عدم تغییر سطوح کورتیزول سرم به دنبال یک دوره تمرین قدرتی را می‌توان به طور مشابه، با مطالعاتی که اثرات حاد و مزمن تمرین استقامتی بر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق کلیه را بررسی کرده‌اند، توجیه نمود (۲۴). بر طبق یافته‌های مطالعات پیشین، در شرایط غیرتمرینی (مثلاً ساعت ۸ صبح)، سطوح کورتیزول گردش خون در افراد تمرین‌کرده و کم‌تحرک تفاوتی نمی‌کند (۲۴)، اما هنگامی که محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق کلیه به مبارزه طلبیده شود، نحوه پاسخ افراد تمرین‌کرده از افراد کم‌تحرک متفاوت خواهد بود. به بیان واضح‌تر، اجرای یک دوره تمرین ورزشی (یا سطح آمادگی بدنی)، بر روی مقادیر پایه کورتیزول سرم تأثیر نمی‌گذارد، اما باعث می‌شود نحوه پاسخ کورتیزول سرم افراد تمرین‌کرده و کم‌تحرک به یک نوبت ورزش متفاوت باشد (۲۴). به نظر می‌رسد، یک دوره تمرین قدرتی نیز همچون تمرین استقامتی، اثری بر روی سطوح پایه کورتیزول گردش خون نداشته باشد. اما در مورد تستوسترون، در حالی که برخی مطالعات، افزایش در سطوح استراحتی تستوسترون را متعاقب تمرین قدرتی بیان می‌کنند (۱۸)، مطالعات دیگر هیچ تفاوت معنی‌داری در این پارامتر مشاهده نکرده‌اند (۲۰). به هر حال، مرور یافته‌های محققان پیشین نشان می‌دهد که چند عامل، می‌تواند بر روی چگونگی تغییرات سطوح تستوسترون گردش خون متعاقب یک دوره تمرین قدرتی اثرگذار باشد (۲۵، ۲۶)؛ یکی از این عوامل، سن شرکت‌کنندگان می‌باشد، چرا که Kraemer و همکاران (۱۹۹۹)، با مطالعه اثرات تمرین قدرتی سنگین بر روی

همچنین یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد، یک دوره تمرین قدرتی، غلظت آدیپونکتین سرم را در مردان لاغر کم‌تحرک تغییر نداد. این یافته‌ها با نتایج Brooks و همکاران (۲۰۰۶) و Fatouros و همکاران (۲۰۰۵) مغایرت دارد (۷)، اما با یافته‌های احمدی‌زاد و همکاران (۲۰۰۷) و Klimcakova و همکاران (۲۰۰۶) هم‌سو می‌باشد (۶، ۸). Fatouros و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان دادند، تمرین مقاومتی با شدت زیاد یا متوسط، منجر به افزایش سطوح در گردش آدیپونکتین می‌گردد (۷). در مقابل، احمدی‌زاد و همکاران (۲۰۰۷)، اثر هر دو شیوه تمرین استقامتی و مقاومتی را بر غلظت آدیپونکتین در مردان کم‌تحرک بررسی نمودند. در مطالعه آنها، هیچ‌کدام از دو مداخله تمرینی اعمال‌شده، تأثیری بر آدیپونکتین نداشت (۶). Klimcakova و همکاران (۲۰۰۶) نیز دریافتند، تمرین مقاومتی، حساسیت انسولینی را بهبود می‌بخشد، بدون اینکه سطوح پلاسمایی و بیان ژنی آدیپوکین‌ها در بافت چربی زیرجلدی را تغییر دهد (۸). به نظر می‌رسد، عوامل مختلفی مانند: حجم تمرین (شدت، مدت و فرکانس) (۶-۸)، به‌کارگیری ترکیبی از تمرین استقامتی و مقاومتی (۸)، دامنه سنی (۶، ۷)، جنسیت (۷، ۸)، سطح آمادگی بدنی و وضعیت سلامتی و میزان چربی آزمودنی‌های تحت مطالعه (۶-۸)، می‌تواند در نحوه تغییرات آدیپونکتین در گردش به دنبال تمرین قدرتی اثرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد اجرای یک دوره تمرین قدرتی، می‌تواند باعث بهبود وزن بدن، BMI و عملکرد قلبی-تنفسی مردان لاغر کم‌تحرک شود، ضمن اینکه منجر به تغییر معنی‌داری در درصد چربی بدن نمی‌شود؛ همچنین از آنجا که تستوسترون، عمل ضد دیابتی دارد، تمرین قدرتی، از طریق بالابردن سطوح تستوسترون نیز می‌تواند در مردان لاغر کم‌تحرک مفید واقع شود. به نظر نمی‌رسد دوازده هفته تمرین قدرتی، تأثیری بر سطوح آدیپونکتین و کورتیزول

الگوهای پاسخ‌های هورمونی در مردان جوان و مسن دریافتند، افزایش‌های ناشی از تمرین در سطوح تستوسترون در مردان جوان‌تر بیشتر از مردان مسن‌تر است (۲۲)؛ همچنین بر اساس یافته‌های Kraemer و همکاران (۱۹۹۸)، جنسیت شرکت‌کنندگان نیز می‌تواند بر نحوه تغییرات سطوح تستوسترون گردش خون متعاقب تمرین قدرتی اثرگذار باشد. این محققان، اثرات هشت هفته تمرین قدرتی بر عملکرد درون‌ریز را در مردان و زنان مطالعه نموده و با بررسی نمونه‌های خون شرکت‌کنندگان قبل از دوره تمرین و در پایان هفته‌های اول، ششم و هشتم تمرین دریافتند، غلظت‌های تستوسترون سرم در تمام اندازه‌گیری‌ها، در مورد مردان بالاتر از زنان بود (۲۲)؛ همچنین یافته‌های Marx و همکاران (۲۰۰۱) نیز حاکی از تأثیر طول دوره تمرین قدرتی (دوازده یا بیست و چهار هفته) و نیز ویژگی‌های آن (همچون تعداد روزهای تمرین در هر هفته، تعداد سِت‌ها برای هر تمرین، تعداد تکرارها در هر سِت) بر نحوه تغییرات غلظت تستوسترون و کورتیزول سرم متعاقب تمرین می‌باشد (۲۵). در مطالعه‌ای که توسط Marx و همکاران (۲۰۰۱) صورت گرفت، زنان تمرین نکرده (غیرفعال)، به مدت ۲۴ هفته تمرین قدرتی (۴ روز در هفته، ۲ تا ۴ سِت برای هر تمرین، ۳ تا ۱۵ تکرار در هر سِت، با حجم و شدت دوره‌ای) انجام دادند و غلظت هورمون‌های تستوسترون و کورتیزول سرم، در انتهای هفته دوازدهم و نیز در انتهای هفته بیست و چهارم اندازه‌گیری شد و در هر دو بار، غلظت تستوسترون سرم، افزایش و غلظت کورتیزول سرم کاهش نشان داد. در گروه دیگری از شرکت‌کنندگان مطالعه مذکور، پس از اجرای تمرین قدرتی (۳ روز در هفته، ۱ سِت برای هر تمرین، ۸ تا ۱۲ تکرار در هر سِت، شدت تمرین تا حد خستگی عضلانی) غلظت تستوسترون سرم در انتهای هفته دوازدهم افزایش یافت، اما در انتهای هفته بیست و چهارم افزایش معنی‌داری دیده نشد. غلظت کورتیزول سرم نیز به دنبال این دوره تمرین قدرتی تغییری نکرد (۲۵).

موجود در گردش خون مردان لاغر کم‌تحرک داشته باشد.

منابع:

- 1-Troiano RP, Berrigan D, Dodd KW, Mâsse LC, Tilert T, McDowell M. Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Med Sci Sports Exerc.* 2008; 40(1): 181-8.
- 2- Baik I, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Spiegelman D, Stampfer MJ, et al. Adiposity and mortality in men. *Am J Epidemiol.* 2000; 152(3): 264-71.
- 3- O'Donovan G, Owen A, Kearney EM, Jones DW, Nevill AM, Woolf-May K, et al. Cardiovascular disease risk factors in habitual exercisers, lean sedentary men and abdominally obese sedentary men. *Int J Obes (Lond).* 2005; 29(9): 1063-9.
- 4- Van der Heijden Gj, Toffolo G, Manesso E, Sauer PJ, Sunehag AL. Aerobic exercise increases peripheral and hepatic insulin sensitivity in sedentary adolescents. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009; 94(11): 4292-9.
- 5- Uchida MC, Bacurau RFP, Navarro F, Pontes Jr FL, Tessuti VD, Moreau RL, et al. Alteration of testosterone:cortisol ratio induced by resistance training in women. *Rev Bras Med Esporte.* 2004; 10(3): 169-72.
- 6- Ahmadizad S, Haghighi AH, Hamedinia MR. Effects of resistance versus endurance training on serum adiponectin and insulin resistance index. *Eur J Endocrinol.* 2007; 157(5): 625-31.
- 7- Fatouros IG, Tournis S, Leontsini D, Jamurtas AZ, Sxina M, Thomakos P, et al. Leptin and adiponectin responses in overweight inactive elderly following resistance training and detraining are intensity related. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90(11): 5970-7.
- 8- Klimcakova E, Polak J, Moro C, Hejnova J, Majercik M, Viguerie N, et al. Dynamic strength training improves insulin sensitivity without altering plasma levels and gene expression of adipokines in subcutaneous adipose tissue in obese men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006; 91(12): 5107-12.
- 9- Hotta K, Funahashi T, Arita Y, Takahashi M, Matsuda M, Okamoto Y, et al. Plasma concentration of a novel, adipose specific protein, adiponectin, in type 2 diabetic patients. *Arterioscler thromb Vasc Biol.* 2000; 20(6): 1595-9.
- 10- Osuna JA, Gómez-Pérez R, Arata-Bellabarba G, Villaroel V. Relationship between BMI, total testosterone, sex hormone-binding-globulin, leptin, insulin and insulin resistance in obese men. *Arch Androl.* 2006; 52(5): 355-61.
- 11- Laughlin GA, Barrett-Connor E, May S. Sex-specific determinants of serum adiponectin in older adults: the role of endogenous sex hormones. *Int J Obes (Lond).* 2007; 31(3): 457-65.
- 12- Ranabir S, Reetu K. Stress and hormones. *Indian J Endocrinol Metab.* 2011; 15(1): 18–22.
- 13- Besse C, Nicod N, Tappy L. Changes in insulin secretion and glucose metabolism induced by dexamethasone in lean and obese females. *Obes Res.* 2005; 13(2): 306-11.
- 14- Degawa-Yamauchi M, Moss KA, Bovenkerk JE, Shankar SE, Morrison CL, Lelliott CJ, et al. Regulation of adiponectin expression in human adipocytes: effects of adiposity, glucocorticoids, and tumor necrosis factor alpha. *Obes Res.* 2005; 13(4): 662-9.
- 15- Hackney AC. Effects of endurance exercise on the reproductive system of men: the "exercise-hypogonadal male condition". *J Endocrinol Invest.* 2008; 31(10): 932-8.
- 16- Martínez AC, Seco Calvo J, Tur Mari JA, Abecia Inchaurregui LC, Orella EE, Biescas AP. Testosterone and cortisol changes in professional basketball players through a season competition. *J Strength Cond Res.* 2010; 24(4): 1102-8.
- 17- Hiruntrakul A, Nanagara R, Emasithi A, Borer KT. Effect of endurance exercise on resting testosterone levels in sedentary subjects. *Cent Eur J Public Health.* 2010; 18(3): 169-72.
- 18- Tsolakis CK, Vagenas GK, Dessypris AG. Strength adaptations and hormonal responses to resistance training and detraining in preadolescent males. *J Strength Cond Res.* 2004; 18(3): 625-9.

- 19- Hosseini M, Rostami R, Farzanegi P, Esteghamati AR. Effect of Resistance and endurance trainings on salivary immunoglobulin A, cortisol and dehydroepiandrosterone concentration in untrained females. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2009; 11(5): 38-44. [Persian]
- 20- Ahtiainen JP, Pakarinen A, Alen M, Kraemer WJ, Häkkinen K. Muscle hypertrophy, hormonal adaptations and strength development during strength training in strength-trained and untrained men. *Eur J Appl Physiol*. 2003; 89(6): 555-63.
- 21- Shaw I, Shaw BS. Consequence of resistance training on body composition and coronary artery disease risk. *Cardiovasc J S Afr*. 2006; 17(3): 111-6.
- 22- Kraemer WJ, Häkkinen K, Newton RU, Nindl BC, Volek JS, McCormick M, et al. Evans. Effects of heavy-resistance training on hormonal response patterns in younger vs. older men. *J Appl Physiol*. 1999; 87(3): 982-92.
- 23- Izquierdo M, Ibañez J, González-Badillo JJ, Häkkinen K, Ratamess NA, Kraemer WJ, et al. Differential effects of strength training leading to failure versus not to failure on hormonal responses, strength or power gains. *J Appl Physiol*. 2006; 100(5): 1646-56.
- 24- Duclos M, Tabarin A. Exercise, Training, and the Hypothalamo-Pituitary-Adrenal Axis. In: Ghigo E, Lanfranco F, Strasburger CJ (eds.). *Hormone use and abuse by athletes*. Springer US; 2011. 29. pp: 9-15.
- 25- Marx JO, Ratamess NA, Nindl BC, Gotshalk LA, Volek JS, Dohi K, et al. Low-volume circuit versus high-volume periodized resistance training in women. *Med Sci Sports Exerc*. 2001; 33(4):635-43.

Abstract

Original Article

Effect of strength training on serum levels of adiponectin, testosterone, and cortisol in sedentary lean men

Fatah Moradi¹, Soran AminiAghdam², Jamal Abdi², Hasan Matinhomae³

Background and Aim: Adiponectin is an important protective factor in pathogenesis of metabolic syndrome and cardiovascular diseases and it has been reported that testosterone has a potential anti-diabetic role in men. Furthermore, cortisol is an anti-stressive catabolic hormone.

The purpose of the present study was to survey the effect of strength training on serum levels of adiponectin, testosterone, and cortisol in sedentary lean men.

Materials and Methods: In a semi-experimental study, sedentary lean men were randomly divided into two groups; strength training and control. Strength training protocol consisted of twelve weeks weight training (3 sessions per week, 10 stations with 8-12 repetitions in each station, 3 sets, intensity 60-80% of one previous repetition, rest between the sets and between the stations 1 min and 2 mins, respectively, duration of main training 20-40 mins per each session).

The obtained data was analyzed by means of SPSS software (v:16), dependent and independent T tests at the significant level $P < 0.05$.

Results: In the training group ($n=9$, 20.9 ± 3.6 yrs, mwt 60.1 ± 4.3 kg and 18.4 ± 2.1 kg/m², mean fat $18.7 \pm 2.2\%$), body weight, body mass index, and maximal oxygen uptake increased ($P=0.020$, $P=0.011$, $P=0.042$, respectively), whereas no significant change in body fat percent was observed ($P=0.244$). Besides, strength training had no significant effect on serum adiponectin (14.1 ± 1.9 vs. 13.7 ± 2.5 µg/ml) and cortisol (166.4 ± 45.3 vs. 159.2 ± 51.6 ng/ml) concentrations ($P=0.278$ and $P=0.377$, respectively), but serum testosterone concentration (6.9 ± 1.7 vs. 8.1 ± 1.9 ng/ml) increased ($P=0.025$). While in the control group ($n=10$, 21.5 ± 3.2 yr, mwt 61.5 ± 4.2 kg and 18.4 ± 2.3 kg/m², mean fat $19.5 \pm 2.7\%$), none of the measured variables revealed significant changes ($P > 0.05$).

Conclusion: Performing a period of strength training can improve body weight, body mass index, and cardiorespiratory function of sedentary lean men, while it results in no significant changes in body fat percent in them. Besides, since testosterone has an antidiabetic role, strength training can be useful by increasing testosterone levels in sedentary lean men. It seems that a period of twelve weeks strength training has no effect on serum levels of adiponectin and cortisol in sedentary lean men.

Key Words: Strength training, Adiponectin, Testosterone, Cortisol, Lean, Sedentary

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013; 20 (2): 125-135.

Received: July 2, 2012

Accepted: August 15, 2013

¹ Assistant professor, Physical Education and Sport Sciences Department, Saghez Branch, Islamic Azad University, Saghez, Iran. moradi_fatah@yahoo.com

² Faculty Member Physical Education and Sport Sciences Department, Saghez Branch, Islamic Azad University, Saghez, Iran.

³ Assistant professor, Exercise Physiology Department, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.