

مقاله پژوهشی

بررسی تغییرات قند خون و پروفایل لیپیدی به دنبال هشت هفته تمرین ترکیبی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

سمیرا نصیری^۱، ابراهیم بنی طالبی^{۲*}، محمد فرامرزی^۳، وحید ربیعی^۴

^۱ کارشناس ارشد فیزیولوژی ورزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران
^۲ استادیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران
^۳ دانشیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران
^۴ کارشناس ارشد فیزیولوژی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

چکیده

مقدمه: شیوع فزاینده اضافه وزن و چاقی، خطر ابتلا به دیابت را در سراسر جهان افزایش داده است، در این راستا فعالیت ورزشی می تواند ابزار مؤثری برای پیشگیری از دیابت به شمار آید. لذا هدف تحقیق حاضر بررسی تأثیرات تمرین ترکیبی (هوازی-مقاومتی) بر فاکتورهای قند خون و پروفایل لیپیدی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی مورد-شاهدی است. ۲۸ زن مبتلا به دیابت نوع ۲ با شاخص توده بدن ۲۵ تا ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع و با سطوح $HbA1c \leq 6/5\%$ به طور داوطلبانه انتخاب شدند و به طور تصادفی و بر اساس هموگلوبین A1c در دو گروه مورد (۱۴ نفر) و شاهد (۱۴ نفر) قرار گرفتند. گروه مورد به مدت هشت هفته تمرینات هوازی و مقاومتی را انجام دادند. به این صورت که سه جلسه در هفته تمرین هوازی و به دنبال آن دو جلسه تمرین مقاومتی انجام گردید و گروه شاهد در هیچ فعالیت ورزشی شرکت نداشتند. سپس نمونه های خونی از آزمودنی ها گرفته و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS20 پردازش شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که هشت هفته تمرین ترکیبی موجب کاهش شاخص توده بدن، درصد چربی بدن، گلوکز خون، مقاومت به انسولین، هموگلوبین A1c و پروفایل لیپیدی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد شده است ($P < 0/05$)؛ در حالی که سطوح WHR، انسولین و HDL-C تغییر معنی داری نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که تمرین ترکیبی (هوازی-مقاومتی) می تواند در پیشگیری و تنظیم قندخون و پروفایل لیپیدی در دیابت نوع ۲ مؤثر باشد.

کلید واژه ها: مقاومت به انسولین، پروفایل لیپیدی، دیابت نوع ۲، تمرین ترکیبی

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۷

*مؤلف مسئول

ابراهیم بنی طالبی

ایران، شهرکرد، دانشگاه شهرکرد،
دانشکده ادبیات و علوم انسانی،
گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی.

تلفن همراه: ۰۹۱۳۴۸۰۰۶۴۹

پست الکترونیک:

Sa_nasiri@ymail.com

Study of blood sugar and lipid profile changes after eight weeks of combined training in women with type 2 diabetes

Original Article

Samira Nasiri¹, Ebrahim Banitalebi^{2*}, Mohammad Faramarzi³, Vahid Rabiei⁴

¹ MS. in Exercise Physiology, Faculty of Letters and Humanities, Shahrekord University, Shahrekord, Iran

² Assistance Professor, Department Exercise Physiology, Faculty of Letters and Humanities, University of Shahrekord, Shahrekord, Iran

³ Associate Professor, Department Exercise Physiology, Faculty of Letters and Humanities, Shahrekord University, Shahrekord, Iran

⁴ MS. in Exercise Physiology, Faculty of Physical Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Abstract

Introduction: Increasing prevalence of overweight and obesity, has increased the risk for diabetes around the world, in this regard, exercise activity is an effective tool for managing diabetes. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effects of combined training (aerobic-resistance) on blood sugar and lipid profile in women with type 2 diabetes.

Methods: The present study was a case-control cross-sectional one. Twenty-eight female patients with type 2 diabetic and body mass index of 25 to 30 kilograms per square meter and levels of HbA1c $\geq 6/5\%$ were selected voluntarily and were randomly divided into case group (n = 14) and control group (n = 14) based on hemoglobin A1c. The case group performed aerobic and resistance training for eight weeks. They performed Aerobic exercise three times a week, followed by two sessions of resistance exercise. The control group did not participate in any regular exercise activity. Blood samples were collected and the data were processed using SPSS₂₀ Software.

Results: The results showed that eight weeks of combined training reduced body mass index, body fat percentage, blood glucose, insulin resistance, hemoglobin A1c and lipid profile in case group in comparison with those in control group (P < 0.05). However, there was no significant change in WHR, insulin and HDL-C levels (P > 0.05).

Conclusion: The results of this study revealed that combined Training (aerobic-resistance) can play a positive role in managing blood glucose and lipid profiles in type 2 diabetes.

Keywords: Insulin resistance, lipid profile, type 2 diabetes, combined training

Article Info

Received: Apr. 09, 2017

Accepted: Sep. 18, 2017

*Corresponding Author:

Ebrahim Banitalebi

Department Exercise Physiology, Faculty of Letters and Humanities, University of Shahrekord, Shahrekord, Iran.

Tel: 09134800649

Email:

Sa_nasiri@ymail.com

Vancouver referencing:

Nasiri S, Banitalebi E, Faramarzi M, Rabiei V. Study of blood sugar and lipid profile changes after eight weeks of combined training in women with type 2 diabetes. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2017; 3(2): 114-24.

مقدمه

در دنیا شیوع چاقی و دیابت به مرحله هشدار رسیده و ارتباط میان آن‌ها به خوبی شناخته شده است. چاقی یک فاکتور خطر برای دیابت نوع ۲ بوده و بر بهبود و درمان دیابت اثر منفی معنی داری دارد. در ایران نیز به دلیل تغییر در شیوه زندگی و الگوی تغذیه ای شیوع چاقی افزایش چشمگیری داشته و این معضل در شهروندان بزرگسال ۴۰ درصد گزارش شده است (۳). نتایج بررسی‌های ملی حاکی از این است که ۳۴٪ زنان و ۱۰٪ مردان دارای چاقی شکمی هستند و شیوع چاقی در زنان درصد بیشتری داشته است (۵). دیابت یک بیماری متابولیکی است که با افزایش سطح قند خون و در اثر کمبود یا نبود انسولین و یا اختلال عملکردی انسولین به وجود می‌آید (۶). براساس تخمین‌های زده شده حدود ۵ تا ۸ درصد افراد بزرگسال دنیا به دیابت مبتلا هستند. فدراسیون بین‌المللی دیابت پیش‌بینی می‌کند تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تا سال ۲۰۳۰ به ۴۳۸ میلیون نفر برسد و در صورت عدم درمان، این بیماری می‌تواند منجر به کوری، بیماری کلیوی و قلبی، سکته مغزی، قطع پا و کاهش امید به زندگی در بیماران شود (۶). هموگلوبین A_{1c} اشاره به هموگلوبین گلیکوزیله (A_{1c}) می‌کند، که میانگین غلظت گلوکز پلاسما را مشخص می‌کند که هر چقدر میزان قند خون شما در طول ۲-۳ ماه گذشته بالاتر از مقدار طبیعی باشد، درصد هموگلوبین A_{1c} نیز بیشتر خواهد بود. بنابراین هدف از درمان موفق دیابت، رساندن مقدار هموگلوبین A_{1c} به کمتر از ۷ درصد است (۷). کاهش سطح هموگلوبین A_{1c} فواید بسیاری در کاهش عوارض قلبی عروقی دارد (۸). با توجه به تحقیقات صورت گرفته در ارتباط با هموگلوبین A_{1c}، هر ۱٪ افزایش در هموگلوبین A_{1c} برابر است با افزایش ۱۸٪ بیماری‌های رگی-مغزی و هر ۱٪ کاهش آن با کاهش ۳۷٪ خطر ابتلا به عوارض

میکروواسکولار و کاهش ۲۰٪ عوارض ماکروواسکولار همراه است (۹).

مطالعات پیشین نشان داده‌اند که فعالیت بدنی منظم، قند خون را در بیماران مبتلا به دیابت کاهش می‌دهد و شروع دیابت را به تأخیر می‌اندازد و اثرات مثبتی بر سطح چربی و فشارخون و بیماری‌های قلبی-عروقی و کیفیت زندگی دارد. تأثیر فعالیت بدنی بر متابولیسم چربی‌ها با افزایش حساسیت انسولینی و لیپوپروتئین کلاسترول با تراکم بالا^۱، کاهش تری گلیسرید (TG) و لیپوپروتئین کلاسترول با تراکم کم^۲ به بهبود متابولیسم چربی و گلوکز منجر می‌شود (۱۰، ۱۱). کاهش ۶۰٪ خطر توسعه دیابت در افراد مبتلا به اختلال عدم تحمل گلوکز با انجام تمرینات ورزشی گزارش شده است (۱۲). تحقیقات مختلف اثرات مجزا و ترکیبی دو نوع تمرین هوازی و مقاومتی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بررسی و مزایای سودمند هر دو نوع تمرین را در کنترل قند خون گزارش کردند. تمرین متوسط هوازی با افزایش بیان سطح انتقال‌دهنده گلوکز به درون سلول عضلانی (GLUT4^۳) منجر به تعدیل عمل انسولین در هر فبر عضلانی بدون افزایش اندازه آن می‌شود (۱۱، ۱۳). در مقابل کاهش بیشتر گلوکز خون در پاسخ به تمرین مقاومتی با حجم بالا و شدید، با افزایش اندازه فبر عضلانی مشاهده شده است (۱۱، ۱۴). تمرین ترکیبی می‌تواند اثرات مضاعف ناشی از مکانیسم‌های جبرانی هر دو نوع ورزش را اعمال کند و ترکیب هر دو نوع تمرین دو بار در هفته برای بهبود کنترل گلیسمی مؤثر است (۱۵).

در ارتباط با تأثیر تمرینات ترکیبی، شونیکل و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی تأثیر روش‌های مختلف تمرینی پرداختند و مؤثرترین ورزش در بر تغییرات هموگلوبین A_{1c}، گلوکز ناشتا (FG)، HDL، TG و فشارخون دیاستول (DBP)، تمرینات

³ Glucose Transporter 4

¹ High Density Lipoprotein-Cholesterol (HDL-C)

² low Density Lipoprotein-Cholesterol (LDL-C)

ترکیبی یافتند (۱۶). در تحقیق دیگری صمدیان و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی ۱۲ هفته تمرینات ترکیبی پرداختند، میزان هموگلوبین A_{1c} و گلوکز ناشتا و مقاومت به انسولین کاهش معنی داری داشت ولی میزان انسولین تغییر معنی داری نکرد (۷). در سال‌های اخیر توجه زیادی به ورزش به عنوان یک استراتژی شخصی سازی^۴ شده است. در این رویکردها چنین فرض شده است که پاسخ‌های ویژه به یک مداخله ورزشی باید در سطح افراد و گروه کنکاش شود و در پاسخ‌های تمرینی باید منابع تنوع‌پذیری در پاسخ به تمرین و مداخلات ورزشی بین افراد بررسی گردد (۱۷). در مطالعه حاضر، ما به بررسی تأثیر تمرین ترکیبی شخصی سازی شده بر کنترل قندخون و پروفایل لیپیدی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداخته‌ایم.

روش کار

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها نیمه تجربی است. پس از هماهنگی‌های اولیه با مراکز انجمن دیابت و اطلاعیه‌هایی که در سطح شهرستان شهرکرد برای اطلاع‌رسانی پخش گردید؛ از میان تمام زنان مبتلا به دیابت نوع ۲، ۳۴ زن با دامنه سنی ۴۵ تا ۶۰ سال و قند خون ناشتای بالاتر از ۱۲۶ میلی گرم بر دسی لیتر (طبق شاخص‌های انجمن دیابت آمریکا) (۱۸، ۱۹) که دارای هموگلوبین A_{1c} بالاتر و مساوی ۶/۵ درصد (طبق شاخص‌های انجمن دیابت آمریکا) و شاخص توده بدنی ۲۵ تا ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع بودند؛ انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه، پرسشنامه سابقه پزشکی، پرسش‌نامه آمادگی برای شروع فعالیت بدنی را تکمیل نموده و همچنین عدم سابقه هیچ گونه بیماری قلبی عروقی، مفصلی و عصبی عضلانی، زخم پای دیابتی و نفروپاتی نیز به عنوان معیارهای ورود به مطالعه کنترل گردید. همچنین طی یک جلسه داوطلبان با نوع طرح، اهداف و روش اجرای آن به طور شفاهی آشنا شدند و به داوطلبان اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی از آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند.

در پایان ۲۸ نفر از آزمودنی‌ها موفق به اتمام دوره تحقیق شدند و ۶ نفر به علت بیماری و عدم شرکت در تمرین حذف شدند. دوره تمرینی حاضر، طی هشت هفته به طول انجامید (طبق جدول ۱). گروه تمرینی ترکیبی برای سه جلسه در هفته تمرین استقامتی و دو جلسه در هفته تمرین قدرتی انجام دادند. به این صورت که در ابتدا برنامه تمرین استقامتی انجام شد و پس از ۵ دقیقه استراحت برنامه تمرین قدرتی انجام گرفت (۲۰). به منظور شخصی سازی کردن تمرین، چنانچه فرد می‌توانست در یک جلسه، سه بار موردنظر از حرکات تمرین قدرتی را با هشت تکرار بیشتر، یعنی ۲۰ تکرار تمام کند، به اندازه ۲/۵ تا ۵ کیلوگرم به وزنه موردنظر اضافه می‌شد (۲۰). حرکات در بخش قدرتی شامل لت پشت، جلو بازو، قایقی، باترفلای، جلوپشت و کرانچ بود. در تمرین هوازی، چنانچه دو جلسه پیاپی تمرین با همان شدت توصیه شده انجام می‌شد، ۱۰-۵ درصد بر میزان درصد ضربان قلبی که فعالیت در آن انجام می‌گرفت، اضافه می‌شد (۲۱، ۲۲). آزمودنی‌ها در دو مرحله، پیش از شروع تمرین و پس از هشت هفته در محل کلینیک حاضر شده، وزن (با دقت ۰/۱ کیلوگرم)، قد و شاخص توده بدن، دور کمر و دور باسن (با دقت ۰/۱ سانتی متر) اندازه‌گیری شد. سنجش‌های آنروپومتریکی بعد از درآوردن کفش‌ها و پوشیدن لباس سبک انجام گرفت. دور کمر با استفاده از متر نواری غیر قابل ارتجاع با دقت ۱ سانتی‌متر در ناحیه ناف و در حالی که عضلات شکم منقبض نباشند، اندازه‌گیری شد. با استفاده از کالپر هارپندن (دقت اندازه‌گیری ۰/۱ میلی متر) ضخامت چربی زیرپوستی با روش سه نقطه‌ای اندازه‌گیری شد. ضخامت چربی هر نقطه سه مرتبه به صورت چرخشی اندازه‌گیری شد و میانگین آن در فرمول استفاده گردید (۲۳).

$$\text{سن} = 0.0001392(X^2) - 0.0000023(X) + 0.9929(X) - 1.094921 = \text{چگالی بدن}$$

⁴ Personalized Medicine

$$100 \div (4/5 - \text{چگالی بدن} \div 4/95) = \text{BF (درصد) درصد}$$

چربی

X = مجموعه ضخامت چربی زیر پوستی سه نقطه ران، فوق

خاصره و سه سر بازو بر حسب میلی متر است.

۲۴ ساعت قبل از شروع تمرینات و ۴۸ ساعت بعد از اتمام آخرین جلسه تمرینی ۱۰ میلی لیتر نمونه خونی در حالت نشسته از ورید بازویی توسط متخصص آزمایشگاه و در شرایط یکسان از افراد گرفته شد. برای جداسازی سرم از دستگاه سانتریفیوژ Hitchi ساخت آلمان استفاده شد (زمان ۱۰ دقیقه و سرعت ۲۵۰۰ دور در دقیقه). سطح گلوکز سرمی به روش ELISA با استفاده از کیت Pars ساخت کشور ایران اندازه گیری شد. سطح انسولین سرمی به روش ELISA با استفاده از کیت Diaplus ساخت کشور آمریکا اندازه گیری شد. هموگلوبین گلیکوزیله با روش HPLC، کیت کروماتوگرافی ستون (ساخت کشور فرانسه) و توسط دستگاه آنالایزر هموگلوبین

گلیکوزیله آزمایشگاهی (ساخت آلمان) اندازه گیری شد. پروفایل لیپیدی با روش اتوآنالایزر و دستگاه سینوا (ساخت کشور چین) سنجیده شد. همچنین برای محاسبه شاخص مقاومت به انسولین از فرمول زیر استفاده گردید.

$$\text{HOMA-IR} = (\text{میلی واحد بر میلی لیتر}) \times \text{گلوکز ناشتا سرم (میلی گرم بر دسی لیتر)} \div (22/5 \times 18)$$

داده های پژوهشی به کمک نرم افزار SPSS²⁰ مورد پردازش قرار گرفت. جهت نشان دادن شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی از آمار توصیفی استفاده شد. پس از تایید توزیع نرمال داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، از آزمون تی همبسته و مستقل برای بررسی تغییرات درون گروهی از پیش آزمون به پس آزمون و تفاوت های بین گروهی برای بررسی تغییرات فاکتورهای موردنظر استفاده شد. سطح معنی داری آزمون های آماری در سطح ۰/۰۵ تعریف شد.

جدول ۱: گروه تمرین ترکیبی

تمرین مقاومتی					تمرین هوازی			
هفته	ست	تکرار	استراحت	وزنه (1RM%)	تعداد جلسه در هفته	مدت (دقیقه/روز)	شدت (MHR%)	تکرار (روز/هفته)
آشناسازی (هفته اول)	۱	۱۵	۳-۲	۱۵	۲	۱۵	۶۰	۳
آشناسازی (هفته دوم)	۲	۱۵	۳-۲	۱۵	۲	۲۰	۶۰	۳
اول-دوم	۳	۱۲	۳-۲	۱۲	۲	۲۵	۷۰	۳
سوم-چهارم	۳	۱۲	۳-۲	۱۲	۲	۳۰	۷۰	۳
پنجم-ششم	۳	۱۲	۳-۲	۱۲	۲	۳۰	۷۰	۳
هفتم-هشتم	۳	۱۰	۳-۲	۱۰	۲	۳۰	۷۰	۳

1RM*: One Maximum Repetition - یک تکرار بیشینه

MHR*: Maximum heart rate - حداکثر ضربان قلب

یافته ها

اطلاعات توصیفی مربوط به سن، طول دوره بیماری، شاخص توده بدن و چربی بدن آزمودنی ها آورده شده است. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که هر دو گروه در پیش آزمون، در تمام متغیرهای آنتروپومتریکی و بیوشیمیایی تفاوت معنی داری نداشتند (جدول ۲). بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون t همبسته (جدول ۳)، شاخص توده بدن، چربی بدن در

گروه تمرین کاهش معنی داری داشت. همچنین متغیرهای گلوکز، مقاومت به انسولین و HbA_{1c} و تری گلیسیرید، کلسترول، LDL-C کاهش یافتند که از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.05$). تغییرات HDL-C، انسولین و WHR معنی دار نبود. گروه کنترل در هیچ یک از متغیرهای موردنظر تغییر معنی داری نداشت. نتایج آزمون t مستقل در نتایج بین گروهی در پس آزمون، به جز متغیرهای HDL-C، انسولین و WHR تفاوت معنی داری را نشان داد (جدول ۳).

جدول ۲: مشخصات فردی آزمودنی ها در وضعیت پایه

متغیر	گروه کنترل (۱۴ نفر)	گروه تجربی (۱۴ نفر)
سن (سال)	۵۵/۷۱ ± ۶/۴۰	۵۴/۱۴ ± ۵/۴۳
مدت زمان تشخیص دیابت (سال)	۹/۸۵ ± ۶/۳۹	۹/۰۷ ± ۵/۲۶
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر مترمربع)	۲۹/۷۰ ± ۴/۱۷	۳۰/۵۷ ± ۲/۹۷
چربی بدن (درصد)	۴۲/۶۴ ± ۴/۹۵	۴۲/۵۷ ± ۲/۱۷
نسبت دور کمر به دور لگن (WHR)	۱/۰۱ ± ۰/۱۸	۱/۰۳ ± ۰/۱۹
انسولین ناشتا (میکرو واحد بر میلی لیتر)	۹/۵۴ ± ۴/۰۴	۱۰/۳۷ ± ۵/۳۵
گلوکز ناشتا (میلی گرم بر دسی لیتر)	۲۰۰/۸۵ ± ۴۶/۸۸	۲۱۴/۶۴ ± ۲۷/۶۷
HOMA-IR مقاومت به انسولین	۴/۶۸ ± ۱/۴۲	۶/۹۷ ± ۲/۲۰
HbA _{1c} هموگلوبین گلیکوزیله	۹/۱۰ ± ۰/۵۱	۹/۴۹ ± ۰/۸۵
TC (میلی گرم بر دسی لیتر)	۱۸۶/۸۶ ± ۵۰/۵۳	۱۶۱/۵۷ ± ۳۷/۹۲
TG (میلی گرم بر دسی لیتر)	۱۴۹/۲۱ ± ۷۴/۷۲	۱۵۹/۰۷ ± ۲۸/۶۴
HDL-C (میلی گرم بر دسی لیتر)	۵۴/۵۰ ± ۴/۴۸	۵۰/۸۶ ± ۵/۸۲
LDL-C (میلی گرم بر دسی لیتر)	۹۱/۵۷ ± ۲۲/۰۹	۸۱/۵۷ ± ۲۵/۱۵

* نتایج آزمون نمونه های تی مستقل (سطح معنی داری $p < 0.05$)، اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

** اطلاعات به صورت میانگین ± انحراف استاندارد نشان داده شده اند.

جدول ۳: نتایج آماری متغیرهای آنروپومتریکی و بیوشیمیایی در گروه تجربی و کنترل در پیش و پس از آزمون

متغیر	پس آزمون M±SD	P درون گروهی	P بین گروهی
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر مترمربع)	کنترل ۲۹/۹۷±۳/۹۱ تمرین ۲۸/۳۶±۳/۴۱	۰/۲۵۳ *۰/۰۰۵	±۰/۰۳۱
چربی بدن (درصد)	کنترل ۴۴/۵۰±۲/۱۷ تمرین ۴۰/۱۴±۳/۹۵	۰/۱۴۳ *۰/۰۲۲	±۰/۰۰۶
نسبت دور کمر به دور لگن (WHR)	کنترل ۰/۹۷±۰/۰۶ تمرین ۰/۹۶±۰/۰۸	۰/۳۷۴ ۰/۲۰۲	۰/۶۹
انسولین ناشتا (میکرو واحد بر میلی لیتر)	کنترل ۹/۱۶±۳/۷۴ تمرین ۸/۸۲±۲/۵۹	۰/۳۹۶ ۰/۲۶۳	۰/۸۸
گلوکز ناشتا (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل ۱۹۰/۵۰±۵۹/۷۱ تمرین ۱۶۳/۸۶±۷۱/۴۷	۰/۳۲۰ *۰/۰۵۰	±۰/۰۰۸
HOMA-IR مقاومت به انسولین	کنترل ۴/۹۰±۱/۴۶ تمرین ۵/۳۰±۱/۲۰	۰/۲۷۲ *۰/۰۰۲	±۰/۰۴۰
HbA1c (هموگلوبین گلیکوزیله)	کنترل ۹/۱۲±۱/۴۱ تمرین ۷/۸۳±۱/۰۴	۰/۹۵۴ *۰/۰۰۱	±۰/۰۱۱
TC (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل ۱۷۱/۳۶±۵۳/۳۶ تمرین ۱۰۸/۵۷±۲۰/۶۰	۰/۱۸۷ *۰/۰۰۱	±۰/۰۰۱
TG (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل ۱۶۵/۱۴±۶۲/۱۹ تمرین ۱۳۵/۰۷±۴۵/۸۶	۰/۱۱۷ *۰/۰۵	±۰/۰۳۳
LDL-C (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل ۹۵/۰۰±۲۵/۰۳ تمرین ۷۱/۷۱±۱۷/۳۶	۰/۱۴۰ *۰/۰۵	±۰/۰۴۰
HDL-C (میلی گرم بر دسی لیتر)	کنترل ۵۲/۸۶±۴/۷۰ تمرین ۵۰/۴۳±۸/۳۷	۰/۱۱۶ ۰/۷۷۴	۰/۳۵

*نتایج آزمون تی نمونه‌های وابسته در هر گروه (تفاوت معنی‌دار هر گروه قبل و بعد از ۸ هفته) (سطح معنی‌داری $p < 0.05$).

±نتایج آزمون تی نمونه‌های مستقل (تفاوت گروه تجربی نسبت به کنترل) (سطح معنی‌داری $p < 0.05$).

بحث

فعالیت بدنی می‌تواند نقش کاملاً مستقلی را در جلوگیری و به تأخیر انداختن زمان شروع دیابت نوع دو داشته باشد. تمرینات ورزشی هوازی و مقاومتی نیز جز این تمرینات محسوب می‌شوند، اما مطالعات محدودی در مورد اثر ترکیب این دو نوع تمرین به صورت شخصی‌سازی شده بر دیابت نوع

۲ صورت گرفته است؛ که در تحقیق حاضر به بررسی تأثیر این نوع تمرین ترکیبی پرداختیم. در تحقیق حاضر کاهش معنی‌داری در میزان هموگلوبین A_{1c} مشاهده شد که با نتیجه تحقیق یآوری و همکاران همسو و با نتیجه تحقیق قربانی و همکاران ناهمسو بود (۲۴، ۲۵). غلظت هموگلوبین A_{1c} به غلظت گلوکز در خون و طول عمر گلبول قرمز وابسته است.

از آنجا که گلبول های قرمز حدود ۱۲۰ روز در گردش خون وجود دارند، هموگلوبین A_{1C} نشان دهنده غلظت گلوکز کل برای ۱۲-۸ هفته است (۲۶). به طور کلی، افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای سطوح بالا هموگلوبین A_{1C} هستند که می تواند در اکسیژن رسانی به بافت ها تأثیر منفی بگذارد (۲۷). فعالیت ورزشی باعث بهبود در مصرف اکسیژن و پارامترهای قندخون می شود که می تواند بازتابی از کاهش گلوکز خون و هموگلوبین A_{1C} باشد (۲۸). چرخ و همکاران در مطالعه خود به بررسی تأثیر دو نوع تمرین هوازی و مقاومتی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که ترکیب این دو نوع تمرین در کاهش هموگلوبین A_{1C} بهتر از هر نوع تمرین به تنهایی است (۲۹). یآوری و همکاران نیز بیان کرده اند که کاهش مشاهده شده در مقادیر A_{1C} حاصل جمع آن در تمرین هوازی و مقاومتی است که اثرات فزاینده تمرین ترکیبی در کنترل قندخون را بیان می کند و از سویی دیگر می توان این افزایش را به مدت زمان طولانی تمرین نسبت داد (۲۴).

در مطالعه حاضر میزان قند خون و مقاومت به انسولین بعد از هشت هفته تمرین ترکیبی کاهش معنی دار یافت اما میزان انسولین تغییر معنی داری نداشت؛ که کاهش قند در تحقیق ما با نتایج تحقیق مایورانا و همکاران (۲)، بلداجی و همکاران (۳۰)، کاف و همکاران همخوانی داشت (۳۱). در تحقیق کاف و همکاران بهبود در مقاومت به انسولین به بهبود در شاخص توده بدن نسبت داده شده است. در افراد دیابتی اختلال در برداشت گلوکز معمولاً ناشی از اختلال در عملکرد پروتئین GLUT4 یا اختلال در سیگنال های انسولین است (۳۲). عضلات اسکلتی در حال انقباض، توانایی زیادی در برداشت گلوکز خون دارند. با انجام تمرینات منظم محتوی GLUT4 درون سلولی افزایش می یابد. در واقع انقباض عضلانی دارای نقش شبه انسولینی بوده و مقدار زیادی گلوکز را درون سلول می فرستد تا صرف تولید انرژی گردد و با کاهش گلوکز سرم، میزان قند خون کاهش می یابد (۳۳).

شایع ترین اختلال لیپید در دیابت نوع ۲ تری گلیسیرید خون و کم بودن HDL است که از عوامل خطر تشخیصی سندروم متابولیک است و یکی از مهم ترین عوامل ابتلای این بیماران به بیماری های عروقی است (۳۴،۳۵). در یک بررسی بر روی افراد دیابتی مشاهده شد که کاهش دریافت غذایی و انجام فعالیت هوازی باعث کاهش تری گلیسیرید و کلسترول LDL- و افزایش کلسترول HDL- می شود. به طور کلی مداخلات روش زندگی که با کاهش ۵ کیلوگرمی وزن بدن همراه است، به بهبود نیم رخ چربی خون منجر می شود (۳۶). نتایج تحقیق ما کاهش معنی دار TG، LDL و کلسترول را نشان داد و میزان HDL تغییر معنی داری نداشت؛ که با نتایج تحقیق بلداجی و همکاران در تضاد بود چرا که در مطالعه آن ها تغییرات معنی داری را در مقادیر لیپید پلاسما بر اثر ورزش نشان ندادند (۹). برخی از محققین معتقدند که کاهش وزن منجر به کاهش تری گلیسیرید و کلسترول در افراد دیابتی می شود که در تحقیق حاضر کاهش وزن معنی دار بوده، اما برخی دیگر از محققین تغییرات نیم رخ لیپیدی را مستقل از وزن می دانند. در کل مدت و تعداد تمرینات و کاهش چربی های اشباع و هم چنین کاهش وزن بر تغییرات لیپید تأثیر گذار است (۳۷). متغیرهای آنتروپومتریکی (وزن، درصد چربی و BMI) در گروه ترکیبی کاهش یافته بود؛ که کاهش وزن با نتایج مطالعه کادوگلو و همکاران (۱) و با نتایج مطالعه میورانا و همکاران (۲) با اجرای هشت هفته تمرین ترکیبی همخوانی داشت. آن ها تأثیر بیشتر تمرینات ترکیبی بر توده عضلانی را بیان کرده اند. بهبود در سطح متغیرهای آنتروپومتریکی در مطالعه حاضر را می توان به بخش ساز و کار جبرانی تمرینات هوازی در تمرینات ترکیبی اختصاص داد. چاقی مهم ترین عامل پیشرفت مقاومت به انسولین است و کاهش درصد چربی می تواند سبب بهبود در حساسیت انسولین شود که از اهداف آغازین فرایند درمان است (۳۲،۳۸). کنترل عوامل وراثتی یا دیگر فاکتورهای مستقل از دیابت را می توان به عنوان یکی ز

اجرای هشت هفته تمرین ترکیبی (هوازی-مقاومتی) بر کنترل مقاومت به انسولین و پروفایل لیپیدی زنان دیابتی نوع ۲ تأثیر گذار است.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل کار پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه شهرکرد با کد اخلاق IR.SKU.REC.1393.105 میباشد. از کلیه عوامل کلینیک حرکت در مانی پارس و شرکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تشکر می نمایم.

محدودیت‌های این مطالعه ذکر کرد که از عهده محقق خارج بود اما ممکن است اثرگذار باشد. در تحقیق حاضر درصد چربی آزمودنی‌ها در گروه تمرینی کاهش داشت، کاهش درصد چربی با کم کردن تولید گلوکز کبدی، افزایش ترشح انسولین از پانکراس و کاهش مقاومت به انسولین را منجر می‌شود (۳۲). البته شاید بتوان گفت که کاهش درصد چربی آزمودنی‌ها منجر به تغییرات معنی‌دار در انسولین و بهبود انسولین شده است.

نتیجه‌گیری

References

- Kadoglou NP, Iliadis F, Liapis CD, Perrea D, Angelopoulou N, Alevizos M. Beneficial effects of combined treatment with rosiglitazone and exercise on cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30(9):2242-4.
- Maiorana A, O'Driscoll G, Goodman C, Taylor R, Green D. Combined aerobic and resistance exercise improves glycemic control and fitness in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2002;56(2):115-23.
- Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization;1997.
- Mirzazadeh A, Sadeghirad B, Haghdoust A, Bahreini F, Kermani MR. The prevalence of obesity in Iran in recent decade; a systematic review and meta-analysis study. *Iranian Journal of Public Health*. 2009;38(3):1-11. (In Persian)
- Hosseini Esfahani F, Mirmiran P, Djazayeri S, Mehrabi Y, Azizi F. Change in food patterns and its relation to alterations in central adiposity in tehranian of district 13 adults. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2008;10(4):299-312. (In Persian)
- Rawal LB, Tapp RJ, Williams ED, Chan C, Yasin S, Oldenburg B. Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: a review. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2012;19(2):121-33.
- Samadiyan z, Tofghi A, Mehdizadeh A. Effect of 12 weeks of combined aerobic training on serum resistin levels and glycemic indices in postmenopausal women with type 2 diabetes mellitus. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013; 12 (6): 524-33. (In Persian)
- Rizos E, Mikhailidis D. Glycated Haemoglobin: A predictor of vascular risks? *International Journal of Diabetes and Metabolism*. 2000;9:3-9.
- 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. *Annals of Internal Medicine*. 2007;147(6):357-69.
- Egan A, Mahmood W, Fenton R, Redziniak N, Tun TK, Sreenan S, et al. Barriers to exercise in obese patients with type 2 diabetes. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2013;106(7):635-8.
- Mayer-Davis EJ, D'Agostino Jr 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.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*. 2001;344(18):1343-50.

13. Terada S, Yokozeki T, Kawanaka K, Ogawa K, Higuchi M, Ezaki O, et al. Effects of high-intensity swimming training on GLUT-4 and glucose transport activity in rat skeletal muscle. *Journal of Applied Physiology*. 2001;90(6):2019-24.
14. Black LE, Swan PD, Alvar BA. Effects of intensity and volume on insulin sensitivity during acute bouts of resistance training. *The Journal of Strength and Conditioning Research*. 2010;24(4):1109-16.
15. Eves ND, Plotnikoff RC. Resistance training and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006;29(8):1933-41.
16. Schwingshackl L, Missbach B, Dias S, König J, Hoffmann G. Impact of different training modalities on glycaemic control and blood lipids in patients with type 2 diabetes: a systematic review and network meta-analysis. *Diabetologia*. 2014;57(9):1789-97.
17. Saremi A. Sporting Exercises and Diabetes Mellitus Type 2: A Review on Evidences. *Journal of Cell and Tissue*. 2011; 2(3):171-81. (In Persian)
18. Revdal A. Low-volume interval training improves cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: A randomized controlled trial [Thesis]. NTNU:Revdal Anders;2014.
19. Mannarino M, Tonelli M, Allan GM. Screening and diagnosis of type 2 diabetes with HbA1c. *Canadian Family Physician*. 2013;59(1):42.
20. Larose J, Sigal R, Khandwala F, Kenny G. Comparison of strength development with resistance training and combined exercise training in type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 2012;22(4):e45-54.
21. Davis JN, Tung A, Chak SS, Ventura EE, Byrd-Williams CE, Alexander KE, et al. Aerobic and strength training reduces adiposity in overweight Latina adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2009;41(7):1494-503.
22. Karavirta L, Häkkinen K, Kauhanen A, Arija-Blázquez A, Sillanpää E, Rinkinen N, et al. Individual responses to combined endurance and strength training in older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2011;43(3):484-90.
23. Hansen D, Dendale P, Jonkers R, Beelen M, Manders R, Corluy L, et al. Continuous low-to moderate-intensity exercise training is as effective as moderate-to high-intensity exercise training at lowering blood HbA1c in obese type 2 diabetes patients. *Diabetologia*. 2009;52(9):1789-97.
24. Yavari A, Najafipour f, Asgarzadeh A, Niafar M, Mobasser M, Nikookheslat S. Effect of aerobic exercise, resistance training or combined training on glycemic control and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetic mellitus. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2011;33(4):82-91. (In Persian)
25. Ghorbani A, Ziaee A, Yazdi Z, Khoeyni MH, Khoshpanjeh M. Effects of short-term exercise program on blood glucose, lipids, and hba1c in type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*. 2012;4(1):19-25. (In Persian)
26. Little RR, Sacks DB. HbA1c: how do we measure it and what does it mean? *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. 2009;16(2):113-8.
27. Brownlee M, Cerami A. The biochemistry of the complications of diabetes mellitus. *Annual Review of Biochemistry*. 1981;50(1):385-432.
28. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Jama*. 2001;286(10):1218-27.
29. Church TS, Blair SN, Cocroham S, Johannsen N, Johnson W, Kramer K, et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Jama*. 2010;304(20):2253-62.
30. Balducci S, Leonetti F, Di Mario U, Fallucca F. Is a long-term aerobic plus resistance training program feasible for and effective on metabolic profiles in type 2 diabetic patients?. *Diabetes Care*. 2004;27(3):841-2.
31. Cuff DJ, Meneilly GS, Martin A, Ignaszewski A, Tildesley HD, Frohlich JJ. Effective exercise modality to reduce insulin resistance in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26(11):2977-82.
32. Choi K, Kim Y-B. Molecular mechanism of insulin resistance in obesity and type 2 diabetes. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 2010;25(2):119-29.
33. Behboudi L, Azarbayjani MA, Aghaalienejad H, Salavati M. Effects of aerobic exercise and whole body vibration on glycaemia control in type 2 diabetic males. *Asian Journal of Sports Medicine*. 2011;2(2):83-90.
34. Rolle MK. Metabolic syndrome and the associated risk factors in African-American, Caucasian and Mexican-American women ages 45-55[dissertation]. Howard University; 2008.
35. Cheung BM, Wat NM, Man Y, Tam S, Cheng C, Leung GM, et al. Relationship between the metabolic syndrome and the development of hypertension in the Hong Kong Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study-2 (CRISPS2). *American Journal of Hypertension*. 2008;21(1):17-22.

36. Espeland M. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial. *Diabetes Care*. 2007.
37. 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. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2000;32(7):1345-60.
38. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exercise and type 2 diabetes the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care*. 2010;33(12):e147-67.