

تأثیر ترکیب تمرین مقاومتی و ویریشن کل بدن بر تغییرات نسبت تستوسترون به کورتیزول آزاد و فعالیت آنزیم آلفا آمیلاز بزاقی

محمد علی فتحی^۱، محمد علی آذربایجانی^{۱*}، مقصود پیری^۱، عارف سعیدی^۱، حسین فتح الهی^۱
۱. گروه فیزیولوژی ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه و اهداف

مطالعات متعددی پاسخ هورمونی به تمرینات مقاومتی و ویریشن تمام بدن را به طور مجزا بررسی نموده اند. با اینحال اثر ترکیب این دو روش تمرین بر پاسخ بیومارکرها به ویژه بررسی تغییرات فعالیت آلفا آمیلاز بزاقی همزمان با اندازه گیری غلظت تستوسترون و کورتیزول آزاد کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش ها

۳۰ فوتبالیست جوان به طور تصادفی به ۳ گروه تمرین ویریشن کل بدن (۱۰ نفر)، تمرین مقاومتی (۱۰ نفر) و ترکیب هر دو روش (۱۰ نفر) تقسیم شدند و در ۹ جلسه (۳ هفته) تمرین شرکت نمودند. تمرین ویریشن شامل ۱ دقیقه فعالیت و ۱ دقیقه استراحت (۱۰ دقیقه) با فرکانس ۵۰ هرتز، جایابی از نوع عرضی به میزان ۴ میلیمتر و در حالت ایستاده (semi-squat) انجام شد. تمرین مقاومتی بصورت سه دوره ده تایی با ۷۰ درصد یک تکرار بیشینه و استراحت ۲ دقیقه ای بین هر دوره اجرا شد. در گروه سوم ابتدا تمرین مقاومتی و به دنبال آن ویریشن کل بدن انجام شد. نمونه های بزاق تام تحریک نشده پیش و پس از جلسات اول و آخر جمع آوری شدند.

یافته ها

آزمون t زوجی نشان داد که غلظت کورتیزول و فعالیت آلفا آمیلاز بزاقی پس از اکثر جلسات افزایش معنادار داشته اند. تستوسترون پس از جلسه اول در همه گروه ها افزایش و در جلسه آخر کاهش معنادار نشان داد. آزمون های تحلیل واریانس نشان دادند که پس از جلسه اول غلظت کورتیزول ($F_{2,27}=6.72, P=0.004$) و تستوسترون ($F_{2,27}=3.84, P=0.034$) گروه ویریشن با دو گروه دیگر تفاوت معنادار داشته است.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه بار دیگر تأکید می کند که ترشح هورمون ها در بدن نیاز به سطح بهینه ای از شدت و مدت تمرین دارند. همچنین آلفا آمیلاز به طور سریع به انواع استرس های فیزیولوژیک پاسخ می دهد. همچنین در شدت های زیر بیشینه احتمالاً تفاوتی در پاسخ هورمونی بین در روش های تمرین ویریشن و قدرتی وجود ندارد.

واژگان کلیدی

تستوسترون، کورتیزول، بزاق، تمرین مقاومتی، ویریشن کل بدن

پذیرش مقاله ۱۳۹۱/۸/۱۶ *

* دریافت مقاله ۱۳۹۱/۳/۲۰

نویسنده مسئول: محمد علی آذربایجانی، دانشیار گروه فیزیولوژی ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی. تهران شهرک غرب ابتدای خیابان ایران زمین دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

آدرس الکترونیکی: m_azarbayjani@iauctb.ac.ir ali.azarbayjani@gmail.com

مقدمه و اهداف

گسترش روز افزون ابزارهای تمرین، عموم مردم و ورزشکاران را بر آن داشته است تا به منظور دستیابی به یک سبک زندگی سالم، افزایش آمادگی جسمانی و بهبود آمادگی حرکتی به سمت استفاده از این ابزارهای نوین گرایش پیدا کنند. همچنین برخی از این ابزارها در مداخلات درمانی و دوره های بازتوانی کاربرد وسیعی پیدا نموده اند. هر یک از این ابزارها دارای متغیرهای متفاوت تمرین از قبیل شدت، مدت، اجرای تمرین به صورت موازی، حالت بدن حین تمرین، حجم و نوع عضلات درگیر در فعالیت که ناشی از بکارگیری اندام های فوقانی یا تحتانی است و میزانی از استرس های فیزیولوژیک و روانشناختی می باشند که موجب پیدایش پاسخ های مختلف هورمونی می گردند.

به طور کلی این تفاوت ها را به صورت رژیم تمرین بیان می کنند که ناشی از اصل ویژگی تمرین است. مطالعات مختلفی تأثیر رژیم های متفاوت تمرینی را بر پاسخ های فیزیولوژیک و روانشناختی مطالعه نموده اند [۸-۱۱]. یکی از این ابزارهای نوین دستگاه ویبریشن تمام بدن می باشد که اخیراً به طور موازی به همراه تمرینات مقاومتی [۹] یا به عنوان مداخله گر درمانی به همراه تمرین هوازی برای بیماران دیابت نوع دوم استفاده می گردد. [۱۰]

دلیل استفاده همزمان تمرینات ویبریشن و قدرتی ناشی از اثرات مثبت آن بر دستگاه های متعدد بدن است [۱۱،۱۲] که شباهت های زیادی با اثرات تمرینات مقاومتی دارد [۱۳]. علاوه بر اینکه تمرین ارتعاشی می تواند قدرت و نیروی عضلانی را افزایش و بازجذب استخوانی و دفع کلسیم را کاهش دهد. همچنین موجب ترشح برخی هورمون های استرس نظیر هورمون رشد، کورتیزول و کاتکول آمین ها و تعدیل متابولیسم انرژی می شود [۱۴] با این حال گزارشات نشان داده اند که تغییرات هورمونی ناشی از تمرین ویبریشن بطور قابل توجهی متفاوت است. [۱۵]

Erskine و همکاران پس از انجام فعالیت ورزشی ایزومتریک با یا بدون استفاده از ویبریشن در مردان جوان سالم، عدم وجود تغییرات معنی دار در غلظت تستوسترون و کورتیزول بزاقی را گزارش دادند [۱۶]. مطالعات دیگری نیز عدم تغییر معنادار کورتیزول و تستوسترون را گزارش کرده اند [۱۷،۱۸]. در مقابل بوسکو و همکاران مشاهده کردند که یک جلسه تمرین ویبریشن بطور معنی داری، غلظت تستوسترون را همزمان با کاهش کورتیزول افزایش می دهد [۹،۱۹].

در این مطالعه بررسی نسبت تستوسترون به کورتیزول به دلیل بررسی میزان فشار وارده بر ورزشکاران در نظر گرفته شده بود. نسبت تستوسترون به کورتیزول به عنوان بیومارکر درک فشار تمرین و یک شاخص تعادل آنابولیک کاتابولیک شناخته شده است [۲۱-۱۶، ۹]. علاوه بر تضادهایی که در نتایج مطالعات فوق مشاهده می شود اثر ترکیب تمرین ویبریشن و تمرین مقاومتی بر پاسخ هورمونی کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. همچنین درباره اثر تمرین مقاومتی و ویبریشن به تنهایی و به صورت ترکیبی بر آلفا آمیلاز بزاقی و فعالیت محور SAM اطلاعات محدودی در دست است. باید توجه داشت که مطالعه آلفا آمیلاز بزاقی به عنوان بیومارکر فعالیت اعصاب سمپاتیک که رابطه بالایی با آستانه ترشح اسید لاکتیک دارد [۲۲] در فیزیولوژی ورزش و فعالیت بدنی بسیار مهم است.

با توجه به مطالعات انجام شده در این حیطه، طرح پژوهش مورد استفاده در این مطالعه یعنی اثر ۳ روش تمرینی متفاوت با مداخله تمرینات ویبریشن و اندازه گیری همزمان ۴ بیومارکر شناخته شده فشار فیزیولوژیک ناشی از تمرین به طور همزمان برای اولین بار است که اجرا می گردد. باید توجه داشت که بررسی کورتیزول، آلفا آمیلاز بزاقی و نسبت تستوسترون به کورتیزول بزاقی می تواند به طور همزمان شواهدی را از اثرات فشار فیزیولوژیک و روانشناختی ناشی از فعالیت بدنی ارائه دهد [۲۳، ۸]. لذا هدف این مطالعه بررسی تأثیر ترکیب تمرینات مقاومتی با ویبریشن تمام بدن بر نسبت تستوسترون به کورتیزول و فعالیت آلفا آمیلاز بزاقی بود.

مواد و روش ها

فوتبالیست جوان به صورت داوطلبانه در این مطالعه شرکت نمودند. آزمودنی ها سابقه اختلالات هورمونی و ارتوپدی نداشته و در زمان پژوهش تحت درمان دارویی نبودند. آزمودنی ها اطلاعات لازم در خصوص اهداف پژوهش را دریافت و فرم رضایت نامه کتبی را امضاء نمودند. سپس به صورت تصادفی در گروه های سه گانه ویبریشن، تمرین مقاومتی و ترکیب ویبریشن و

تمرین مقاومتی قرار گرفتند. تمرین ویرایش شامل ۱ دقیقه فعالیت و ۱ دقیقه استراحت (۱۰ دقیقه) با فرکانس ۵۰ هرتز، جابجایی از نوع عرضی به میزان ۴ میلیمتر و در حالت ایستاده با اندکی فلکشن مفاصل^۹ انجام شد. تمرین مقاومتی بصورت سه دوره ده تایی با ۷۰ درصد یک تکرار بیشینه و استراحت ۲ دقیقه ای بین هر دور اجرا شد. تمرین ترکیبی به ترتیب شامل اجرای تمرین مقاومتی، ۵ دقیقه استراحت و سپس اجرای روش تمرین ویرایش بود.

نمونه های بزاق پیش و پس از جلسات اول و آخر جمع آوری شدند. به منظور جلوگیری از مداخله چرخه های هورمونی همه نمونه ها رأس ساعت سه بعد از ظهر جمع آوری شدند. به شرکت کنندگان آموخته شد تا ۲۴ ساعت قبل از نمونه گیری ها از خوردن مواد محرک مثل کافئین خودداری نمایند. همچنین جهت اطمینان از کافی بودن آب بدن ۲ ساعت پیش از نمونه گیری هر یک از شرکت کنندگان ۵۰۰ میلی لیتر آب مصرف نمودند.

غلظت کورتیزول و تستوسترون آزاد، و فعالیت آنزیم آلفا آمیلاز بزاقی توسط کیت های تجاری (diametra) ساخت کشور ایتالیا و با استفاده از دستگاه خوانش الیزا (ELISA reader Stat Fax model 3200 Awareness Technology U.S.A.) تعیین شدند. جهت اندازه گیری مقادیر کورتیزول و تستوسترون بزاقی از روش ایمنو آنزیماتیک رقابتی^{۱۰}، و برای اندازه گیری فعالیت آلفا-آمیلاز بزاقی روش کلرومتریک جنبشی^{۱۱} مورد استفاده قرار گرفت. حساسیت آزمایشات برای سنجش غلظت کورتیزول، تستوسترون و فعالیت آلفا-آمیلاز بزاقی به ترتیب: ۰/۰۵ نانوگرم بر میلی لیتر، ۰/۰۴۵ نانوگرم بر میلی لیتر، و ۲/۵ واحد بر میلی لیتر بود. اعتبار درونی^{۱۲} برای سنجش کورتیزول، آلفا امیلاز و تستوسترون به ترتیب برابر با ۰/۷ درصد، کمتر از ۱/۵ درصد و ۵/۵ درصد بود. همچنین مقادیر روایی^{۱۳} برای سنجش کورتیزول، آلفا آمیلاز و تستوسترون به ترتیب برابر با ۹/۵ درصد، کمتر از ۱/۵ و ۹/۳ درصد بود. از آزمون اسمیرونف-کولموگروف جهت بررسی توزیع نرمال و آزمون لوین جهت تجانس واریانس استفاده شده و سطح معنا داری نیز ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد. همچنین از شاخص های مرکزی و پراکندگیبه منظور توصیف داده ها استفاده شد. سپس جهت بررسی تفاوت بین مقادیر پیش و پس از تمرین آزمون t زوجی و جهت بررسی اختلاف بین گروه ها از تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید. به منظور بررسی تجانس بین گروهی و درون گروهی از منظر ویژگی های اندازه گیری شده از قبیل قد و وزن و شاخص های آندروپوتریکی، آزمون تحلیل واریانس یکطرفه (One way ANOVA) برای گروه های مختلف بکار گرفته شد.

یافته ها

مشخصات عمومی آزمودنی ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات عمومی آزمودنی ها (انحراف معیار \pm میانگین)، به تفکیک گروه های ویرایش.

تمرین مقاومتی و ترکیب ویرایش و تمرین مقاومتی.

مشخصات عمومی	گروه ویرایش	گروه تمرین مقاومتی	گروه ترکیب ویرایش و تمرین مقاومتی
سن (سال)	۱۷/۴±۱/۷۲	۱۷/۵±۰/۵۲	۱۸/۳±۱/۲۳
وزن (کیلوگرم)	۶۱/۶±۵/۱۸	۶۰/۷±۶/۶۷	۶۵/۸±۷/۹۷
قد (سانتیمتر)	۱۷۳/۷±۶/۲	۱۷۶/۱±۶/۲	۱۷۷/۱±۳/۷۹
شاخص توده بدنی (وزن به مجذور قد)	۲۰/۴±۰/۵۶	۱۹/۶±۱/۱۹	۲۱±۱/۹۴

بررسی های آماری نشان داد که همه گروه ها از نظر ویژگیهای جسمانی اندازه گیری شده دارای تجانس هستند. این امر بیان می کند که تفاوت های فردی از منظر شاخص های قد و وزن و آندروپوتریکی تفاوت معنی دار آماری نداشته و احتمالاً نتایج

⁹semi flex

¹⁰competitive immune enzymatic colorimetric

¹¹kinetic colorimetric

¹²Inter assay

¹³Intra assay

بدست آمده ناشی از نوع تمرینات می باشد. سطح معناداری برای قد، وزن، سن و شاخص توده بدن به ترتیب برابر با $P=0/38$ ، $P=1/201$ ، $P=0/315$ ، $P=0/073$ بودند؛ که مبنی بر عدم اختلاف معنادار بین گروه ها می باشند. کورتیزول بزاقی پس از تمرین در همه گروه ها افزایش داشت که در ۵ مورد این افزایش معنادار بود (جدول ۲). بین مقادیر اختلاف کورتیزول جلسه اول اختلاف معنادار مشاهده شد ($F_{2,27}=6/72$ ، $P=0/004$). آزمون تعقیبی مشخص نمود که این اختلاف بین جلسه تمرین ویرایش با گروه تمرین مقاومتی ($P=0/006$) و گروه ترکیب دو تمرین ($P=0/021$) قابل توجه بود. تستوسترون در همه گروه ها پس از جلسه اول افزایش و پس از جلسه آخر کاهش داشت اما تغییر معناداری مشاهده نشد (جدول ۲). با اینحال بین مقادیر اختلاف تستوسترون جلسه اول اختلاف معناداری گزارش شد ($F_{2,27}=3/84$ ، $P=0/034$). که این اختلاف بین گروه تمرین ویرایش و تمرین مقاومتی بود ($P=0/039$) نسبت تستوسترون به کورتیزول پس از تمام جلسات در همه گروه ها کاهش نشان داد که در ۴ مورد کاهش معنادار گزارش شد (جدول ۲). و فعالیت آلفا آمیلاز بزاقی پس از همه جلسات افزایش معنادار پیدا کرد.

جدول ۲. نتایج تغییرات کورتیزول، تستوسترون، نسبت تستوسترون به کورتیزول و فعالیت آلفا آمیلاز بزاقی (انحراف معیار \pm میانگین) در گروه های سه گانه طی مراحل مختلف اندازه گیری.

ارزش p	جلسه دوم		جلسه اول		گروه	نشانه‌گران بزاقی
	پس از آزمون	پیش از آزمون	ارزش p	پس از آزمون		
0/01	12/67±7/5	5/62±1/07	0/001	4/27±1/17	2/11±0/47	تمرینات ویرایش
0/018	14/79±8/92	6/25±1/39	0/0001	10/35±4/1	3/41±0/73	کورتیزول بزاقی (نانو گرم بر میلی لیتر)
0/094	9/7±0/7	5/96±1/93	0/0001	9/96±3/24	3/78±0/74	تمرینات ویرایش و قدرتی
0/221	52/12±11/7	59/63±23/1	0/046	66/05±23/97	44/88±13/24	تمرینات ویرایش
0/038	52/72±13/86	55/58±12/86	0/91	52/06±24/24	51/7±27/1	تستوسترون بزاقی (نانو گرم بر میلی لیتر)
0/211	51/43±10/17	53/77±10/79	0/052	58/88±24/11	54/88±26/02	تمرینات ویرایش و قدرتی
0/001	5/81±1/84	11±4/61	0/198	16/5±7/9	23/03±10/08	تمرینات ویرایش
0/006	4/62±2/78	9/23±2/87	0/0001	7/29±2/29	16/02±10/28	نسبت تستوسترون به کورتیزول
0/423	8/76±3/46	10/52±5/84	0/011	6/17±2/15	15/69±10/65	تمرینات ویرایش و قدرتی
0/0001	83/85±22/74	39/55±2/55	0/0001	77/42±12/48	44/2±8/13	تمرینات ویرایش
0/0001	89/91±7/45	40/5±1/62	0/001	73/13±9/62	46/12±15/47	فعالیت آلفا آمیلاز بزاقی (واحد بر میلی لیتر)
0/0001	78/55±14/55	41/16±1/3	0/0001	83/22±17/96	41/73±2/17	تمرینات ویرایش و قدرتی

بحث

به طور کلی تمرینات و بیبریشن از طریق تحریک اعصاب و فعال سازی عضلات موافق و مخالف که باعث ایجاد تعادل می گردند، اثرات خود را اعمال می کنند. این امر مستلزم فعال سازی متناسب دوک های عضلانی و اندام های وتری گلژی است.^[۲۴-۲۵] همچنین بیبریشن تمام بدن سرعت بهبود آسیب ها را بهبود می بخشد.^[۹]

چالش برانگیز ترین بخش نتایج مطالعه حاضر افزایش کورتیزول و کاهش یا عدم افزایش معنادار تستوسترون در پاسخ به جلسات تمرین است. گزارشات نشان داده اند که تغییرات هورمونی ناشی از تمرینات و بیبریشن بطور قابل توجهی متفاوت است. مشابه با این مطالعه افرادی که تحت تمرین و بیبریشن بودند، تغییر معناداری را در سطح تستوسترون و کورتیزول در مقایسه جلسات اول و آخر ورزش نشان ندادند.^[۱۷-۱۸]

Kraemer و همکارانش نشان دادند که در پاسخ به ۳ دقیقه تمرین با شدت ۳۶ درصد حداکثر توان هوازی کورتیکوتروپین افزایش می یابد و ۱۵ دقیقه پس از آن کورتیزول نیز افزایش یافته بود.^[۲۶] اما هنگام فعالیت بدنی تجزیه تستوسترون کاهش یافته و این امر ممکن است مقادیر خونی این هورمون را افزایش دهد عوامل فیزیولوژیک متعددی از قبیل کاهش حذف تستوسترون از خون تحت تأثیر فعالیت بدنی^[۲۷-۲۸] و رقابت بین کورتیزول و تستوسترون بر سر پذیرنده های هورمونی^[۲۹] نیز در ایجاد این تغییرات موثرند.

بدون توجه به مباحث گوناگون فوق، پیرامون تغییرات هورمون های استروئیدی این مطلب به ذهن می آید که احتمالاً تمرینات بکار رفته در این مطالعه موجب القای فشار فیزیولوژیک بیش از حد شده است. اما نگاهی به شدت و مدت تمرین بکار رفته در این مطالعه این موضوع را مطرح می کند که این حد از شدت و مدت فعالیت قاعدتاً نباید منجر به بروز فشار فیزیولوژیک گردد. بنابراین ممکن است افزایش کورتیزول در این مطالعه ناشی از آزاد شدن هورمون از پروتئین های حامل (آلبومین و CBG) و تغییر شکل آن از فرم متصل به پروتئین حامل به شکل آزاد هورمون باشد. این تغییر به این معنا است که احتمال دارد تولید و ترشح هورمون از آدرنال تغییری نکرده باشد، اما میزان رها شدن هورمون هایی که به پروتئین های حامل در گردش خون متصل هستند، افزایش یافته و موجب افزایش غلظت هورمون آزاد می شوند. این فرضیه وقتی تقویت می شود که بدانیم استروئیدهای موجود در بزاق نماینده بخش آزاد آنها هستند. به طور کلی پیشنهاد شده افزایش دمای مرکزی و کاهش PH که هردو پدیده هنگام تمرینات بدنی زیاد به وقوع می پیوندند، از دلایل بیوشیمیایی برای توجیه افزایش غلظت کورتیزول آزاد متعاقب فعالیت های بدنی می باشد. بنابراین ممکن است کورتیزول از بخش پروتئینی خود آزاد شده ولی بجای تأثیر بر بافت هدف وارد بزاق شده باشد؛ که این امر منجر به افزایش کورتیزول بزاقی شده است؛ نه ترشح آن یا افزایش فعالیت غدد فوق کلیوی و محور HPA.

کاهش نسبت تستوسترون به کورتیزول نیز بیش از آنکه ناشی از افزایش معنادار کورتیزول باشد، نتیجه عدم افزایش معنادار تستوسترون خواهد بود. همچنین آزمایشگاهی بودن شرایط حاکم بر مطالعه و کم انگیزه بودن نیز عامل دیگری بر توجیه کاهش ترشح تستوسترون بوده است.^[۳۰-۳۱] احتمالاً بخشی از افزایش کورتیزول می تواند ناشی از اثرات تمرینات و بیبریشن شامل خستگی، ضعف عضلانی و اختلال در عملکرد عصبی عضلانی باشد.^[۳۲]

افزایش آلفا آمیلاز بزاقی به عنوان یک بیومارکر که پاسخ فوری به فعالیت بدنی می دهد.^[۳۲-۳۳] قابل پیش بینی بود. باید توجه داشت که این افزایش وابسته به شدت نیست و در مطالعاتی حتی با ۵۰ درصد توان هوازی و مدت کم نیز گزارش شده است.^[۳۴] هر چند که در این باره تضاد هایی مطرح است. برای مثال گزارش شده است که آلفا آمیلاز در اثر استرس انتظاری و رقابتی پیش از برگزاری مسابقه رسمی فوتبال افزایش و بین دو نیمه فوتبال کاهش معنادار یافته بود.^[۳۳] که این تغییرات ناشی از پاسخ سریع آن به شرایط فیزیولوژیک و روانشناختی همراه با رقابت رسمی می باشد. اما فعالیت آنزیم آلفا آمیلاز بزاقی در پاسخ به تمرین با نوارگردان، چرخ کارسنج و گام زن (الپتیکال) با شدت های ۷۰ تا ۸۵ درصد حداکثر ضربان قلب کاهش معنی دار یافت^[۸]. با اینکه همبستگی بالایی بین تغییر در فعالیت آلفا آمیلاز بزاقی و آستانه لاکتات گزارش شده^[۳۲] احتمالاً

آلفا آمیلاز بزاقی بیشتر یک بیومارکر مناسب برای سنجش استرس های روانشناختی است؛ چرا که تفاوت های فردی از جمله وجود استرس های مزمن باعث تغییر در پاسخ آن^[۳۵-۳۶] و در اکثر موارد موجب ایجاد توزیع غیر نرمال در داده های جمع آوری شده در مطالعات تجربی می گردد.

با اینکه تفاوت معناداری بین گروه های مختلف تمرینی پس از جلسه اول مشاهده شد، اما این تفاوت پس از پایان تمام جلسات مشاهده نگردید. احتمالاً این امر ناشی از یکدست بودن و وجود تجانس بین گروه های مورد مطالعه بوده که پس از ۹ جلسه تمرین با اعمال سه نوع مداخله (تمرین ویبریشن، تمرین قدرتی و ترکیب ویبریشن و تمرین قدرتی) سازگار شده اند. از منظر دیگر این مطلب را می توان بیان نمود که استفاده از پروتکل های مورد استفاده در این مطالعه موجب پاسخ متفاوتی بین گروه ها نشده اند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه بار دیگر تأکید می کند که ترشح هورمون ها در بدن نیازمند سطح بهینه ای از شدت و مدت تمرین هستند. همچنین آلفا آمیلاز به طور سریع به انواع استرس های فیزیولوژیک پاسخ می دهد. اما ارائه پاسخ جامعی به اثرات تمرین ویبریشن نیاز به مطالعات بیشتری دارند. مطالعات آینده به منظور یافتن اثر خالص تمرینات باید علاوه بر کنترل دقیق شدت و مدت تمرینات ارائه شده در همه گروه ها، مقادیر سرمی و بزاقی هورمون ها را به طور همزمان اندازه گیری کنند تا بتوان تفسیر روشن تری از نتایج بدست آمده ارائه داد. همچنین اندازه گیری ACTH و LH نیز به منظور تفسیر بهتر نتایج باید مد نظر قرار گیرند.

منابع

1. Astrand PO, Ekblom B, Messin R, Saltin B, Stenberg J. Intra-arterial blood pressure during exercise with different muscle groups. *J Appl Physiol* 1965; 20(2):253-6
2. Gergley TJ, McArdle WD, DeJesus P, Toner MM, Jacobowitz S, Spina RJ. Specificity of arm training on aerobic power during swimming and running. *MedSci Sports Exerc* 1984;16(4):349-54
3. Magel JR, Foglia GF, McArdle WD, Gutin B, Pechar GS, Katch FI. Specificity of swim training on maximum oxygen uptake. *J Appl Physiol* 1975; 38(1):151-5.
4. Magel JR, McArdle WD, Toner M, Delio DJ. Metabolic and cardiovascular adjustment to arm training. *J Appl Physiol* 1978; 45(1):75-9.
5. Vanhelder WP, Goode RC, Radomski MW. Effect of anaerobic and aerobic exercise of equal duration and work expenditure on plasma growth hormone levels. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 1984;52(3):255-7.
6. Vanhelder WP, Radomski MW, Goode RC, Casey K. Hormonal and metabolic response to three types of exercise of equal duration and external work output. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 1985; 54(4):337-42.
7. VanHelder WP, Casey K, Goode RC, Radomski WM. Growth hormone regulation in two types of aerobic exercise of equal oxygen uptake. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 1986; 55(3):236-9.
8. Azarbayjani M.A; Fatolahi H; Rasaee M.J; Peeri M; Babaei R. The effect of exercise mode and intensity of sub-maximal physical activities on salivary testosterone to cortisol ratio and α -amylase in young active males. *Int J Exerc Sci* 2011. 4(4):283-93.
9. Bosco C, Iacovelli M, Tsarpela O, Cardinale M, Bonifazi M, Tihanyi J, Viru M, De Lorenzo A, Viru A. Hormonal responses to whole body vibration in men. *Eur J Appl Physiol* 2000; 81(6):449-54.
10. 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 J Sports Med* 2011; 2(2):83-90.
11. Roelants M.C, Delecluse M, Goris S, Verschueren. Effect of 24 weeks of whole body vibration training on body composition and muscle strength in untrained females. *Int J Sports Med* 2004;25(1):1-5.
12. Neckling LE, Lundborg G, Friden J. Hand muscle weakness in long-term vibration exposure. *J Hand Surg Br* 2002; 27(6):520-5.
13. Issurin V.B. Vibration and their application in sport. A Review. *J Sports Med Phys Fitness* 2005; 45(3):324-36.
14. Rittweger J, Schiessl H, Felsenberg D. Oxygen uptake during whole-body vibration exercise: comparison with squatting as a slow voluntary movement. *Eur J Appl Physiol* 2001; 86(2):169-73.
15. Zoladz JA, Duda K, Konturek SJ, Sliwowski Z, Pawlik T, Majerczak J. Effect of different muscle shortening velocities during prolonged incremental cycling exercise on the plasma growth hormone, Insulin, Glucose, Glucagon, Cortisol, Leptin and Lactate concentrations. *J Physiol Pharmacol* 2002; 53(3):409-22.

16. Erskine J, Smillie I, Leiper J, Ball D, Cardinale M. Neuromuscular and hormonal responses to a single session of whole body vibration exercise in healthy young men *ClinPhysiolFunct Imaging* 2007;27(4):242-8.
17. Di Loreto C, Ranchelli A, Lucidi P, Murdolo G, Parlanti N, De Cicco A. Effects of whole-body vibration exercise on the endocrine system of healthy men. *J Endocrinol Invest* 2004; 27(4):323-7.
18. Cardinale M, Leiper J, Erskine J, Milroy M, Bell S. The acute effects of different whole body vibration amplitudes on the endocrine system of young healthy men: a preliminary study. *ClinPhysiolFunct Imaging* 2006; 26(6):380-4.
19. Bosco C, Colli R, Introini E, Cardinale M, Tarpela O, Madella A, Tihanyi J, Viru A. Adaptive responses of human skeletal muscle to vibration exposure. *Clin Physiol* 1999; 19(2):183-7.
20. Kuipers H, Keizer HA. Overtraining in elite athletes. Review and directions for the future. *Sports Med* 1988;6(2):79-92.
21. Wilkerson JE, Horvath SM, Gutin B. Plasma testosterone during Treadmill exercise. *JAppl Physiol* 1980;49(2):249-53.
22. Calvo F, Chicharro JL, Bandrés F, Lucía A, Pérez M, Alvarez J, Mojares LL, Vaquero AF, Legido JC. Anaerobic threshold determination with analysis of salivary amylase. *Can J Appl Physiol* 1997; 22(6):553-61.
23. Azarbayjani MA, Dalvand H, Fatollahi H, Hoseini SA, Farzanegi P, Stannard SR. Responses of salivary cortisol and α -amylase to official competition. *J Hum. Sport Exerc* 2011; 6(2):385-91.
24. Cardinale M, Bosco C. The use of vibration as an exercise intervention. *Exerc Sport Sci Rev.* 2003; 31(1):3-7.
25. Delecluse C, Roelants M, Verschueren S. Strength increase after whole-body vibration compared with resistance training. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(6):1033-41.
26. Kraemer WJ, Patton JF, Knuttgen HG, Marchitelli LJ, Cruthirds C, Damokosh A, Harman E, Frykman P, Dziados JE. Hypothalamic-pituitary-adrenal responses to short-duration high-intensity cycle exercise. *J Appl Physiol* 1989; 66(1):161-6.
27. Keizer HA, Poortmans J, Bunik GS. Influence of physical exercise on sex hormone metabolism. *JAppl Physiol* 1980; 48(5):765-9.
28. Sutton JR, Coleman MJ, Casey JH. Testosterone production rate during exercise. In 3rd International symposium on Biochemistry of exercise. Landry F and W. A. Orban, 1978. 227-34.
29. Mayer M, Rosen F. Interaction of glucocorticoids and androgens with skeletal muscle. *Metabolism* 1977; 26(8):937-62.
30. Haneishi K, Fry AC, Moore CA, Schilling BK, Li Y, Fry MD. Cortisol and stress responses during a game and practice in female collegiate soccer players. *J Strength Cond Res* 2007; 21(2):583-8.
31. Moreira A, Arsati F, de Oliveira Lima Arsati YB, da Silva DA, de Araújo VC. Salivary cortisol in top-level professional soccer players. *Eur J Appl Physiol* 2009; 106(1):25-30.
32. Cochrane DJ, Legg SJ, Hooker MJ. The short-term effect of whole body vibration training on vertical jump, sprint, and agility performance. *J Strength Cond Res* 2004; 18(4):828-32.
33. Rohleder N, Nater UM, Wolf JM, Ehlert U, Kirschbaum C. Psychosocial stress-induced activation of salivary alpha-amylase: an indicator of sympathetic activity? *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032:258-63.
34. Gordis EB, Granged A, Susman EJ, Trickett PK. Asymmetry between salivary cortisol and alpha-amylase reactivity to stress: relation to aggressive behavior in adolescents. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31(8):976-87.
35. Allgrove JE, Gomes E, Hough J, Gleeson M. Effects of exercise intensity on salivary antimicrobial proteins and markers of stress in active men. *J Sports Sci* 2008; 26(6):653-61.
36. Nater UM, Rohleder N, Schlotz W, Ehlert U, Kirschbaum C. Determinants of the diurnal course of salivary alpha-amylase. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32(4):392-401.