

علوم زیستی ورزشی \_ پاییز ۱۳۸۸  
شماره ۲ - ص ص : ۹۲ - ۷۳  
تاریخ دریافت : ۱۳ / ۰۷ / ۸۷  
تاریخ تصویب : ۲۳ / ۱۰ / ۸۷

## مقایسه اثربخشی دو برنامه تمرین بر شاخص‌های عضلانی - اسکلتی و قلبی - عروقی دختران دانشجوی کم‌تحرک

صدیقه حسین پور<sup>۱</sup> \_ رحمن سوری \_ شهاب بهرامی  
عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، استادیار دانشگاه تهران، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد  
اسلامی واحد کرمانشاه

### چکیده

در سال‌های اخیر، آثار متقابل زمان جلسات فعالیت بدنی با تعداد جلسات در هفته در جهت افزایش سطح آمادگی جسمانی، مورد توجه محققان عرصه سلامت قرار گرفته است. بر این اساس، پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی دو برنامه تمرین بر شاخص‌های عضلانی - اسکلتی و قلبی - عروقی دختران دانشجوی کم‌تحرک طراحی و به اجرا گذاشته شد. به این منظور ۱۱۱ دانشجوی کم‌تحرک داوطلب انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه با میانگین و انحراف استاندارد سن، گروه‌های تک‌جلسه‌ای (۳۷ نفر،  $1/73 \pm 21/02$  سال)، دو جلسه‌ای (۳۵ نفر،  $2/17 \pm 21/17$  سال) و کنترل (۳۹ نفر  $2/27 \pm 21/78$  سال) تقسیم شدند. برنامه تمرینی تک‌جلسه‌ای شامل دویدن با شدت  $HR_{max} 60 - 70$  درصد، ۶۰ - ۴۰ دقیقه، یک جلسه در هفته و در گروه دو جلسه‌ای، دویدن با شدت مشابه، ۳۰ - ۲۰ دقیقه، دو جلسه در هفته به مدت ۱۲ هفته بود. در هر دو برنامه تمرینی، تمرینات آمادگی جسمانی شامل استقامت عضلانی، انعطاف‌پذیری و چابکی اجرا شد. از آزمون‌های راکپورت، فشار خون، دو  $9 \times 4$  متر، دراز و نشست، کشش بارفیکس، نشستن و خم شدن برای اندازه‌گیری شاخص‌های مذکور استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوسویه با آزمون تعقیبی بن فرنی در سطح معنی‌داری ( $P \leq 0/05$ ) نشان داد در هر دو گروه تجربی شاخص‌های قلبی - عروقی و عضلانی - اسکلتی به‌طور معنی‌داری بهبود یافت. در حالی که زمان چابکی تنها در گروه دو جلسه‌ای به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ( $P < 0/05$ ). به‌طور کلی شاید اجرای هر دو برنامه تمرینی سازگاری‌های مفیدی را در پی داشته و تغییر تعداد جلسات تمرین فقط بر درجه بهبود آنها تأثیر داشته است، اما در مورد چابکی، احتمالاً تأثیر تغییر تعداد جلسات بیش از مدت کل تمرین در هفته بوده است.

### واژه‌های کلیدی

آمادگی جسمانی، دختران دانشجوی کم‌تحرک، شاخص‌های قلبی - عروقی.

## مقدمه

در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته و کشور ما، دامنه بروز عوارض بی‌حرکی در بین زنان بیش‌تر از مردان گزارش شده است (۲). در بررسی‌های مختلف، آثار سودمند برنامه‌های ورزشی نسبت به رژیم‌های غذایی تأیید شده است (۹). آثار متقابل زمان جلسات تمرین با تعداد جلسات (پاسخ وابسته به مقدار)<sup>۱</sup> همیشه مورد توجه محققان بوده است (۱۶). اغلب مراکز سلامت<sup>۲،۳،۴</sup> نیز دست کم ۳۰ دقیقه فعالیت ورزشی با شدت متوسط را (ترجیحاً در همه روزهای هفته) بر حفظ سلامتی توصیه کرده‌اند (۳۲، ۳۹). البته قبل از آن رابرتز و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۷۶) آثار معنی‌دار برنامه تمرینی یک جلسه ۳۰ دقیقه‌ای در برابر ۱۵ دقیقه‌ای، ۳ روز در هفته بر VO2max را گزارش کردند (۳۵). در افراد طبیعی و چاق فعالیت بدنی روزانه بهبود ترکیب بدنی را در پی داشت اما این نتیجه در مورد اجزای دیگر آمادگی جسمانی متفاوت بود (۲۰). جکیلیک و امی<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) در تحقیق خود ۳۰ دقیقه فعالیت روزانه را ارزشمند ارزیابی کردند (۱۸). کلتمن و همکاران<sup>۷</sup> (۱۹۹۲) نیز بین سازگاری‌های ۳ و ۵ جلسه در هفته تفاوت معنی‌دار مشاهده نکردند (۱۳). لی و همکارانش<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) افزایش وزن و چاقی را یکی از دلایل تفاوت آثار برنامه‌های تمرینی مختلف با تکرارهای متفاوت بیان کرده‌اند (۲۳). این زمینه اوها و همکاران<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) حتی با تغییر جزئی سبک زندگی افزایش استقامت و انعطاف‌پذیری را مشاهده کردند (۳۱). با این حال، کوکس و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۳) در بررسی افراد کم‌تحرک نشان دادند که ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی، ۳ روز در هفته توانایی کاهش BMI، WHR و %BF را ندارد (۷). دانمورتیر و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۳) پس از دو ماه تمرین کم‌شدت، کاهش معنی‌دار وزن ( $0.7 \pm 2.6$  - کیلوگرم)، درصد چربی ( $0.5 \pm 1.55$ )

- 
- 1 - Dose response
  - 2 - American college of sport medicine, ACSM
  - 3 - Institutes of health national
  - 4 - Institutes of health National
  - 5 - Robert. J.
  - 6 - Jakicic, J.M. and D.O. Amy
  - 7 - Gettman, L.
  - 8 - Lee. KJ, Yi, yj, Kim
  - 9 - Oha, M, et al
  - 10 - Cox LK, V. Burke, et al
  - 11 - Dumortier, M. et al

کیلوگرم) و محیط کمر را گزارش کردند (۱۰). در این زمینه قبل از آن پیرن<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) و بعد از آن ماسلی و همکاران (۲۰۰۸)، حتی با تغییرات مختصر در زمان فعالیت بدنی روزانه، بهبود اجزای آمادگی جسمانی را در بین جوانان و سالمندان مشاهده کردند (۲۶، ۳۳). از سوی دیگر، جوزف و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) نشان دادند تمرینات پرشدت (۸۰-۶۵ VO<sub>2</sub>max، ۱۷۰ دقیقه در هفته) و فعالیت با شدت متوسط (۵۵-۴۰ VO<sub>2</sub>max، ۱۷۰ دقیقه در هفته) آثار معنی داری را بر کاهش وزن بدن و BMI به جا می گذارد. از سوی دیگر، فعالیت با شدت زیاد و حجم پایین (۸۰-۶۵ VO<sub>2</sub>max، ۱۱۵ دقیقه در هفته)، تأثیری بر این شاخص ها ندارد (۱۴). با توجه به گزارش سازمان های سلامت مبنی بر ۳ جلسه تمرین در هفته، نتایج متفاوت تحقیقات مختلف با بازه های زمانی متفاوت و نیز با توجه به فعالیت تک جلسه ای در واحدهای تربیت بدنی عمومی (که اغلب امکان افزایش زمان مطلق فعالیت ورزشی در واحدهای عمومی امکان پذیر نیست) و تأثیر سؤال انگیز آن بر سلامت، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین دو برنامه ورزشی که بر توسعه بیشتر عناصر آمادگی جسمانی تأکید می کند، در صورت تغییر تواتر آن (تک جلسه به دو جلسه) در شرایط مدت زمان اجرای برابر در بهبود عناصر آمادگی جسمانی تفاوت معنی داری مشاهده می شود یا نه؟

## روش تحقیق

### آزمودنی ها و روش اجرا

این مطالعه از نوع کاربردی و روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با ۳ گروه (۲ گروه تجربی و ۱ گروه کنترل) است. ۱۲۰ دانشجوی کم تحرک داوطلب از جامعه آماری دانشجویان دختر کلاس های تربیت بدنی عمومی دانشگاه آزاد کرمانشاه انتخاب و پس از ارزیابی های اولیه به صورت تصادفی ساده به ۳ گروه (تک جلسه ای، دو جلسه ای و کنترل) تقسیم شدند. آزمودنی ها قبل از شروع تمرینات از نظر عدم مصرف سیگار، احتمال بیماری قلبی - عروقی و دستگاه ایمنی بدن و بیماری های دیگری که سلامت آزمودنی ها را تحت تأثیر قرار دهد، از

1 - Pieron, M

2 - Goseph A, et al

طریق پرسشنامه بررسی بالینی آزمودنی‌ها، سلامت آنها ارزیابی و برگه رضایت‌نامه شخصی را امضا کردند. اولین گروه به تمرینات آمادگی جسمانی، یک جلسه در هفته و گروه بعد به همان تمرینات اما با زمان کم‌تر در دو جلسه در هفته پرداختند (به‌منظور مشاهده واقعی تغییر تواتر تمرین زمان‌های مطلق فعالیت در هفته یکسان در نظر گرفته شد). گروه سوم به عنوان گروه کنترل در ساعات اجرای برنامه‌های گروه‌های تجربی برای تماشا در محل حضور می‌یافتند (برای کنترل نسبی فعالیت بدنی آنها). پروتکل تمرینات به مدت ۱۲ هفته (یک ترم آموزشی) اجرا شد. ۲۴ ساعت قبل و پس از شروع و خاتمه برنامه تمرینات، متغیرهای پژوهش در شرایط تجربی (آزمون‌گیرنده‌ها، سالن و وسایل اندازه‌گیری و دمای مشابه) اندازه‌گیری شد.

### برنامه تمرین

برنامه تمرینی گروه یک جلسه در هفته شامل دویدن با شدت ۷۰ - ۶۰ درصد ضربان قلب بیشینه<sup>۱</sup> به مدت ۵۰ - ۶۰ دقیقه در هر جلسه بود. گروه دو جلسه در هفته برنامه دویدن را با همان شدت در زمان ۳۰ - ۲۰ دقیقه در دو جلسه در هفته اجرا کردند. در هر دو گروه تمرینات چابکی (تکرارهای ۸ تایی دویدن زیگزاگ و دویدن ۴×۹ متر)، انعطاف‌پذیری (تکرارهای ۱۰ تایی کشش عضلات همسترینگ، دوقلو و نعلی، راست‌کننده‌های کمر و ستون فقرات و سینه‌ای بزرگ با شدت درجه ۳)<sup>۲</sup> و استقامت عضلانی (حرکات دراز و نشست، شنای روی زمین و بارفیکس تا حد واماندگی با فواصل استراحت کامل) اجرا و سعی شد نسبت حجم برنامه‌ها در مجموع جلسات گروه دو جلسه‌ای با تک‌جلسه‌ای (برای مشخص کردن تأثیر خالص تعداد جلسات تمرین) برابر باشد. در دو هفته ابتدای تحقیق به دلیل عدم آمادگی آزمودنی‌ها به‌ویژه در گروه تک‌جلسه‌ای، دویدن هوازی در دو یا سه قسمت در هر جلسه اجرا می‌شد.

### آزمون‌ها

برای ارزیابی استقامت عضلات شکم از آزمون دراز و نشست<sup>۳</sup>، برای ارزیابی استقامت عضلات کمر بند شانه‌ای از آزمون کشش بارفیکس اصلاح‌شده<sup>۱</sup>، برای ارزیابی انعطاف‌پذیری از آزمون نشستن و خم شدن<sup>۲</sup> و برای

1 - Heart rate max

۲- شدتی که درد حاصل از کشیدگی پس از ۵ ثانیه ناپدید می‌شود.

3 - Bent Knee sit - up

اندازه‌گیری چابکی از آزمون دو ۹ × ۴<sup>۳</sup> استفاده شد. برای جلوگیری از خطا و افزایش روایی<sup>۴</sup> دو آزمون گیرنده قبل از اجرای تحقیق در مورد روش استاندارد اندازه‌گیری مانند مقدار خم و باز شدن و موارد دیگر توافق حاصل شد.

برای اندازه‌گیری فشار خون، از روش سمعی استفاده شد. به طوری که ۳۰ دقیقه پس از استراحت، در حالت خوابیده، بازوبندی به بازوی راست آزمودنی‌ها بسته شد. پس از قطع صدای کورتکوف، فشاری که مانومتر متصل به کیسه پلاستیکی بازوبند هنگام شروع صدا وارد کرد، به عنوان فشار خون سیستولیک و لحظه قطع صدا، به عنوان فشار خون دیاستولیک ثبت شد. ضربان قلب استراحت آزمودنی‌ها با آموزش آنها برای گرفتن ضربان هنگام صبح قبل از بلند شدن از رختخواب در سه روز متواتر در یک هفته شمارش و میانگین آنها محاسبه شد. برای سنجش حداکثر اکسیژن مصرفی از آزمون دو یک مایل استفاده شد. به این منظور از آزمودنی خواسته می‌شد که یک مایل (۱۶۰۹ متر) را در مسیر تعیین شده در کم‌ترین زمان به صورت راه رفتن سریع طی کند. زمان طی کردن مسافت یک مایل ثبت شد و بلافاصله پس از عبور از خط پایان، ضربان قلب وی با دستگاه نبض‌سنج برای محاسبه VO<sub>2</sub>max در فرمول زیر با در نظر گرفتن ضرایب قرار گرفت:

$$VO_2\max \text{ L}\cdot\text{min}^{-1} = 6/9652 + (0/0091 * \text{وزن بدن «پوند»}) - (0/0257 * \text{سن}) +$$

$$(\text{ضربان قلب} * 0/0115) - (\text{زمان به دقیقه} * 0/2240) - (\text{ضریب جنس «صفر»} * 0/5955)$$

#### رژیم غذایی آزمودنی‌ها

در آغاز پژوهش مقدار مصرف کالریکی مواد غذایی آزمودنی‌ها توسط فرم ثبت سه روزه مواد غذایی ثبت شد و افرادی که در طبقه غنی و ضعیف از نظر مصرف مواد غذایی بودند، از روند تحقیق حذف شدند. به آزمودنی‌ها

- 1 - Facilitated pull up
- 2 - Sit and reach
- 3 - 4×9 m running test
- 4 - Intertester Validity

توصیه شد از هیچ‌گونه مکمل غذایی و دارویی در حین پژوهش استفاده نکنند و در صورت اجبار در استفاده (بیماری یا فقر آهن) به‌عنوان ریزش پژوهش حذف شدند.

### روش آماری

به‌منظور بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها، از آزمون آماری کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. اختلاف میانگین متغیرها بین سه گروه در مراحل پیش‌آزمون توسط آزمون آنالیز واریانس یکطرفه ارزیابی شد. برای بررسی آثار برنامه‌های تمرینی در گروه‌های تجربی و کنترل از آزمون آنالیز واریانس دوسویه (۳ گروه  $\times$  ۲ زمان) و به منظور بررسی اختلاف بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن فرنی استفاده شد. در همه آزمون‌ها مقدار خطا در سطح  $P < 0/05$  محاسبه شد.

### نتایج و یافته‌های تحقیق

مقادیر مربوط به آزمودنی‌هایی که تقریباً ۸۰ درصد برنامه تحقیق را اجرا کردند، در تجزیه و تحلیل داده‌ها وارد شدند. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک سویه داده‌های ابتدایی، تفاوت معنی‌داری را در هر یک از متغیرها در بین گروه‌ها نشان نداد.

#### متغیرهای جسمانی و قلبی - عروقی

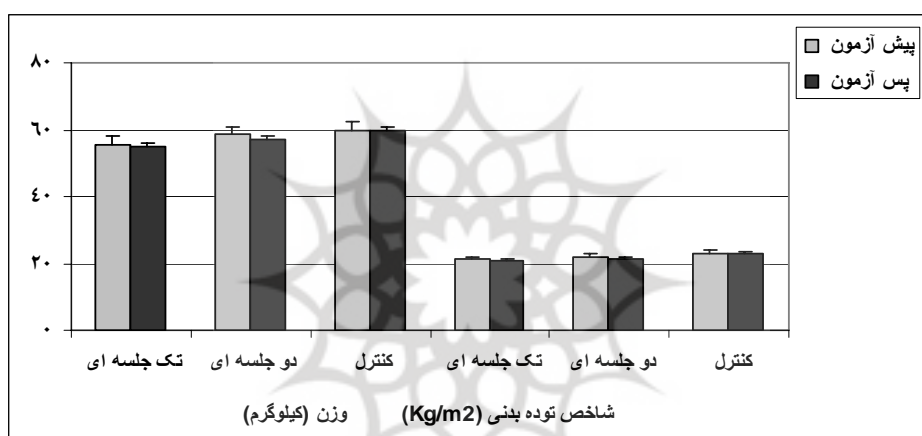
همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین تغییرات وزن در گروه دوجلسه‌ای معنی‌دار است ( $P = 0/001$ ). این تغییرات در گروه‌های دیگر معنی‌دار نیست. تأثیر متقابل گروه - زمان در مورد وزن معنی‌دار است ( $F_{2,68} = 5/15$  و  $P = 0/008$ ). به این معنی که بین میانگین کاهش وزن بین گروه دوجلسه‌ای با دو گروه دیگر اختلاف معنی‌داری وجود دارد. میانگین BMI نیز در گروه دوجلسه‌ای به‌طور معنی‌داری پس از ۱۶ هفته تمرین کاهش یافت ( $P = 0/001$ ). این تغییرات در گروه دوجلسه‌ای با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌داری نداشت ( $F_{2,68} = 0/163$  و  $P = 0/85$ ). میانگین تغییرات فشار خون سیستولی و فشار خون دیاستولی در هر سه گروه معنی‌دار نبود. تأثیر متقابل گروه - زمان نیز در مورد فشار خون معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد توصیفی متغیرهای تحقیق

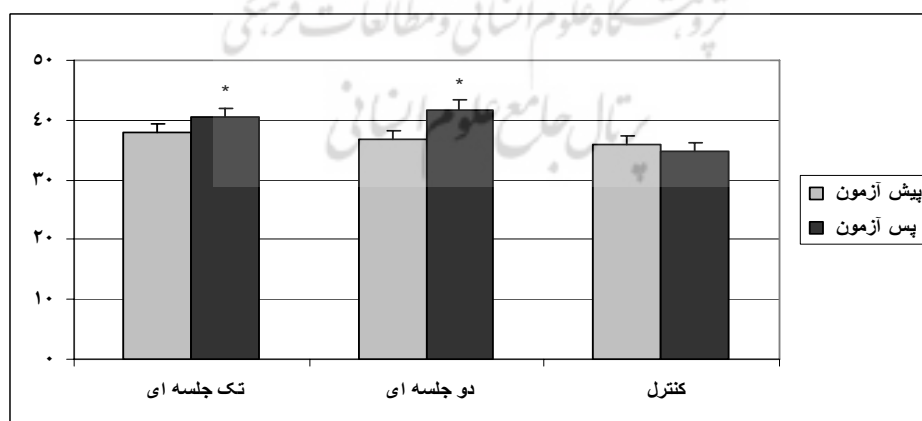
گروه ها						متغیرها
کنترل، ۳۹ نفر		دو جلسه ای، ۳۵ نفر		تک جلسه ای، ۳۷ نفر		
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
۱/۶۱ ± ۴/۰۱		۱/۶۳ ± ۲/۰۷		۱/۶۲ ± ۳/۰۵		قد (cm)
۲۱/۷۴ ± ۲/۲۷		۲۱/۱۷ ± ۲/۲۷		۲۱/۰۲ ± ۳/۷۳		سن (سال)
۵۹/۸۱ ± ۵/۲۳	۵۹/۷۹ ± ۵/۰۲	۵۷/۰۸ ± ۲/۶۸*	۵۸/۴۲ ± ۲/۴۶	۵۵/۱۶ ± ۴/۳۷	۵۵/۷۰ ± ۱/۶۱	وزن (Kg)
۲۲/۸۹ ± ۲/۳۶	۲۲/۸۶ ± ۲/۳۲	۲۱/۳۷ ± ۱/۱۴*	۲۱/۸۷ ± ۱/۰۱	۲۰/۹۲ ± ۱/۷۱	۲۱/۱۳ ± ۱/۸۷	شاخص توده بدنی (Kg/m <sup>۲</sup> )
۲/۰۶ ± ۰/۴۱	۲/۱۴ ± ۰/۴۰	۲/۳۷ ± ۰/۴۳	۲/۱۴ ± ۰/۳۶	۲/۲۱ ± ۰/۲۸	۲/۰۹ ± ۰/۲۸	ظرفیت هوازی بیشینه (L/min)
						ظرفیت هوازی بیشینه (ml/kg.min)
۳۴/۹۰ ± ۸/۱۴	۳۶/۰۲ ± ۷/۲۳	۴۱/۶۲ ± ۷/۷۵	۳۶/۷۲ ± ۶/۰۱	۴۰/۴۱ ± ۵/۸۶	۳۷/۸۱ ± ۵/۷۳	فشار خون سیستولی (mmHg)
۱۱۵/۱۲ ± ۸/۵۴	۱۱۶/۰۲ ± ۸/۸۲	۱۰۹/۴۲ ± ۹/۰۵	۱۰۹/۲۹ ± ۱۱/۳۹	۱۱۲/۲۹ ± ۸/۲۱	۱۱۳/۴۶ ± ۱۰/۱۸	فشار خون دیاستولی (mmHg)
۷۶/۶۶ ± ۵/۷۷	۷۵/۵۱ ± ۷/۳۲	۷۵/۸۵ ± ۶/۲۴	۷۴/۰۰ ± ۷/۱۵	۷۳/۶۴ ± ۶/۱۹	۷۰/۶۷ ± ۶/۱۴	ضربان قلب استراحتی (bpm)
۸۰/۷۹ ± ۵/۳۸	۷۹/۸۷ ± ۷/۲۲	۷۵/۴۵ ± ۵/۶۸*	۸۲/۶۲ ± ۸/۶۵	۷۶/۲۴ ± ۷/۰۳*	۸۰/۸۶ ± ۸/۲۷	استقامت عضلات شکم (تعداد)
۲۱/۱۵ ± ۵/۷۸	۲۱/۹۲ ± ۶/۲۹	۳۰/۰۸ ± ۶/۶۹*	۲۴/۱۱ ± ۶/۱۹	۲۳/۲۱ ± ۵/۸۳	۲۰/۴۵ ± ۵/۲۴	استقامت عضلات سینه (تعداد)
۱۱/۶۱ ± ۴/۲۰	۱۲/۰۵ ± ۴/۴۷	۱۷/۷۷ ± ۵/۱۹*	۹/۷۱ ± ۳/۰۸	۱۶/۵۴ ± ۷/۲۵*	۱۱/۳۷ ± ۶/۴۶	انعطاف پذیری (cm)
۳۴/۶۴ ± ۴/۵۳	۳۵/۳۸ ± ۴/۶۱	۴۰/۲۲ ± ۳/۳۷*	۳۵/۴۵ ± ۴/۱۷	۳۸/۲۱ ± ۲/۹۷	۳۱/۱۸ ± ۲/۸۸	چابکی (ثانیه)
۱۷/۳۲ ± ۱/۹۷	۱۷/۱۴ ± ۱/۶۲	۱۷/۴۱ ± ۱/۶۵*	۱۷/۶۹ ± ۱/۶۰	۱۷/۰۵ ± ۱/۹۸	۱۷/۱۷ ± ۱/۵۹	

\* معنی داری در سطح  $P < ۰/۰۵$

میانگین تغییرات ضربان قلب استراحتی پس از ۱۶ هفته تمرین در دو گروه تک جلسه‌ای ( $P=0/00$ ) و دو جلسه‌ای ( $P = 0/00$ ) به طور معنی داری کاهش یافت. تأثیر اصلی یا همسان تأثیر گروه - زمان در مورد ضربان قلب معنی دار بود ( $F_{2,68} = 18/34$  و  $P = 0/00$ ). به این معنی که آثار کاهش ضربان قلب در دو گروه تا حدودی مشابه است.



شکل ۱. مقایسه وزن و شاخص توده بدنی در هر سه گروه



شکل ۲. تغییرات حداکثر اکسیژن مصرفی در هر سه گروه



همان طور که جدول ۱ نشان می دهد میانگین تغییرات استقامت عضلات شکمی (آزمون دراز و نشست) پس از ۱۲ هفته تمرین در هر دو گروه تک جلسه ای ( $P = ۰/۰۰$ ) و دو جلسه ای ( $P = ۰/۰۰$ ) معنی دار است. تغییرات میانگین دراز و نشست در گروه کنترل معنی دار نیست ( $P = ۰/۳۷$ ). تأثیر تداخل گروه - زمان در استقامت عضلات شکمی معنی دار است ( $F_{۲,۶۸} = ۵۱/۴۵$  و  $P = ۰/۰۰$ ). به این معنی که بین افزایش میانگین های دو گروه تجربی و گروه کنترل نیز اختلاف معنی داری وجود دارد. آنالیز واریانس دوطرفه نشان داد که گروه دو جلسه ای نیز نسبت به گروه تک جلسه ای به طور معنی داری بهبود بیشتری را نشان دادند. میانگین تغییرات استقامت عضلات کمر بند شانه ای (آزمون کشش باریکس اصلاح شده) در هر دو گروه تجربی معنی دار است ( $P < ۰/۰۵$ ). آزمون آنالیز واریانس دوسویه در تداخل گروه - زمان اختلاف معنی داری را بین افزایش میانگین گروه های تجربی با گروه کنترل نشان داد. میانگین زمان آزمون چابکی در گروه دو جلسه ای پس از ۳ ماه تمرین به طور معنی داری کاهش یافت ( $P = ۰/۰۴۴$ ). تغییرات زمان آزمون چابکی در دو گروه تک جلسه ای و کنترل در مراحل پیش تا پس آزمون معنی دار نبود. تأثیر گروه زمان در مورد چابکی معنی دار نبود ( $F_{۲,۶۸} = ۲/۸۱$  و  $P = ۰/۰۶۸$ ) یعنی بین مقادیر کاهش زمان آزمون چابکی در دو گروه تجربی اختلاف معنی داری وجود ندارد.



شکل ۳. مقایسه تغییرات متغیرهای جسمانی در گروه های تجربی

میانگین مقادیر آزمون انعطاف‌پذیری (آزمون نشست و کشیدن) در هر دو گروه تجربی به‌طور معنی‌داری افزایش یافت ( $P = 0/00$ ). نتایج تأثیر گروه - زمان در مورد انعطاف‌پذیری معنی‌دار است ( $F_{2,68} = 47/17$ ) و ( $P = 0/00$ ) یعنی بین تغییرات میانگین‌های گروه‌های تجربی با کنترل اختلاف معنی‌داری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که ضربان قلب استراحتی پس از ۱۲ هفته اجرای تمرینات در گروه یک جلسه در هفته ۷ درصد و در گروه دوجلسه در هفته ۹ درصد کاهش یافت (شکل ۱). بین آثار تمرینات یک جلسه و دو جلسه در هفته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو گروه نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری را در ضربان قلب تجربه کردند ( $F_{2,68} = 18/34$  و  $P = 0/00$ ). کاهش ضربان قلب، یکی از سازگاری‌های مهم در پی اجرای تمرینات ورزشی است. براساس نظر لی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) شاید کاهش ضربان قلب ناشی از اجرای برنامه‌های آمادگی جسمانی سبب کاهش فشارهای روانی و اضطراب آزمودنی‌ها می‌شود (۲۳). براساس نتایج برخی پژوهش‌ها احتمالاً کاهش ضربان قلب بیش‌تر در نتیجه کاهش سطح سرمی کاتاکولامین‌ها، کاهش تحریکات سمپاتیکی اعصاب اتونومیک و افزایش تون واگی است (۳۰). مافیس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) در بررسی الگوی ضربان قلب با انرژی مصرفی ناشی از فعالیت ورزشی، دریافتند که اغلب کاهش ضربان قلب در نتیجه افزایش زمان فعالیت و انرژی مصرفی بیش‌تر است (۲۴). باتوجه به همسانی مدت فعالیت در این پژوهش، شاید عامل تغییر تعداد جلسات بر سازگاری بیش‌تر ضربان قلب تأثیر نگذاشته و مدت زمان فعالیت عامل مهم‌تری بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات مافیس و همکاران همخوانی دارد. براساس یافته‌های پژوهش، میانگین وزن آزمودنی‌ها ۲/۲ درصد و شاخص توده بدنی ۲/۲۸ درصد در گروه دوجلسه‌ای به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. نتایج آزمون آنالیز واریانس دوسویه نشان داد که بین تغییرات وزن در گروه دوجلسه‌ای با دو گروه دیگر اختلاف معنی‌داری وجود دارد.

1 - Lee, KJ, Yi, Yj, Kim

2 - Maffei C, Zaffanello M, Pinel Schutz Y

باسک و مانسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) و چمبلیس<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) گزارش کردند که در برنامه‌های آمادگی جسمانی نقش مدت زمان فعالیت بدنی مهم‌تر از شدت آن است (۳، ۶). در اغلب پژوهش‌هایی که بر ۳ جلسه تمرین در هفته تأکید دارند، در جلسات تمرینی تنها به پیاده‌روی و دویدن تأکید شده است، در صورتی که اجزای تمرین در این پژوهش شامل تمرینات استقامت عضلانی، چابکی و انعطاف‌پذیری نیز است. از این‌رو مشاهده می‌شود که در پژوهش‌های مشابه نیز که در برنامه‌های تمرینی، ترکیبی از حرکات را با تکیه بر یک جزء راه رفتن یا دویدن ۳۰ دقیقه‌ای اجرا کرده‌اند، کاهش وزن طی ۲ یا ۳ جلسه تمرین در هفته رخ داده است (۱۸، ۳۷). با اینکه نقش تفاوت‌های فردی در پاسخ به فعالیت بدنی به اثبات رسیده (۲۷، ۳۱) اما در صورتی که هدف اصلی یک برنامه ورزشی کاهش وزن باشد، استفاده از رژیم غذایی کم‌کالری روند کاهش وزن را در طول تمرین تسریع می‌بخشد (۶). به عقیده ساریس و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۳)، ساز و کارهای کنترل وزن و کاهش آن بسیار پیچیده است. مشاهده شده که افرادی مدت‌ها بدون فعالیت بدنی منظم و رژیم‌های غذایی از وزن ایده‌آلی برخوردارند اما افراد دیگر در شرایط مشابه با افزایش وزن مواجه می‌شوند (۳۶). تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین مقادیر حداکثر اکسیژن مصرفی مطلق در گروه تک‌جلسه‌ای و دو جلسه‌ای به ترتیب ۶ و ۱۱ درصد افزایش یافت. این افزایش وقتی با ضریب وزن تصحیح شد، به ترتیب به ۶ و ۱۴ درصد تغییر کرد (شکل ۲). براساس نتایج آدامز<sup>۴</sup> (۲۰۰۲)، سطح حداکثر اکسیژن مصرفی در زنان ۲۹ - ۲۰ ساله در جوامع اروپایی و آمریکایی در سطح متوسط بین ۴۳ - ۳۴، در سطح مطلوب بین ۵۲ - ۴۳ و در سطح بالا بین ۶۱ - ۵۳ میلی‌لیتر بر کیلوگرم در دقیقه است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، دختران دانشجو در آغاز پژوهش به نسبت جوامع دیگر در سطح متوسط قرار داشته و پس از اجرای تمرینات تنها به طبقه مطلوب جوامع نامبرده، رسیده‌اند (۱). در هر دو حالت بین گروه‌های تجربی با کنترل در هر دو متغیر، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین گروه دو جلسه‌ای و تک‌جلسه‌ای نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. تأثیر برنامه تمرین بر حداکثر اکسیژن مصرفی را از دو جنبه مهم ارزیابی می‌کنند. نوع برنامه تمرینی شامل شدت، مدت، تعداد جلسات و مقدار اولیه اکسیژن مصرفی بیشینه آزمودنی‌ها است. باتوجه به اینکه سطح ابتدایی حداکثر اکسیژن مصرفی آزمودنی‌ها تقریباً یکسان است، از این‌رو تفاوت در

---

1 - Baaak, SS, Manson, JE

2 - Chambliss. H.O

3 - Saris, W.H. et al

4 - Adams, GM

جلسات در بین دو گروه تجربی علت اختلاف تقریباً دو برابری مقدار مطلق حداکثر اکسیژن است. البته در صورتی که تأثیر وزن را با محاسبه حداکثر اکسیژن مصرفی نسبی تعدیل کنیم، تأثیر تمرینات دوجلسه‌ای بارزتر می‌شود. نتایج تحقیقات در این زمینه ناهمگون است، به طوری که میسائیل و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) و کین و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) بر حداقل ۳ تا ۵ جلسه در هفته به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه برای افزایش VO2max تأکید دارند (۲۱)، (۲۷). از سوی دیگر، در برخی تحقیقات موافق هم در گذشته (۳۳، ۳۵) و هم به تازگی (۱۳) بر نقش تمرینات تک‌جلسه‌ای بر افزایش حداکثر اکسیژن مصرفی تأکید شده است. به طوری که فوگلم و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) بالاتر بودن حداکثر اکسیژن مصرفی را در افرادی با یک، دو و سه جلسه تمرین در هفته مشاهده کردند (۱۲).

آمادگی عضلانی و حرکتی شامل قدرت عضلانی، استقامت عضلانی، چابکی و انعطاف‌پذیری است (۲۰). تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاکی از افزایش ۴۶ درصدی استقامت عضلات کمر بند شانه‌ای (آزمون بارفیکس اصلاح‌شده) در گروه تک‌جلسه‌ای و افزایش ۸۲ درصدی در گروه دوجلسه‌ای است. آزمون آنالیز واریانس دوسویه حاکی از اختلاف معنی‌دار بین دو گروه تجربی با گروه کنترل است. بین گروه‌های تجربی نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. میانگین مقادیر استقامت عضلات شکمی (آزمون دراز و نشست) نیز به طور معنی‌داری در گروه تک‌جلسه‌ای ۱۳/۷ درصد و در گروه دوجلسه‌ای ۲۴/۷ درصد افزایش یافت. آزمون تداخل گروه زمان حاکی از اختلاف معنی‌دار بین گروه‌های تجربی با گروه کنترل است ( $F_{۶,۸} = ۵۱/۴۵$  و  $P = ۰/۰۰$ ).

بر اساس نتایج تحقیق کرامر و کوربن<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) دامنه تعداد دراز و نشست برای بررسی استقامت عضلات شکم در ۲۵ - ۱۸ سالگی که در نورم YMCA نیز انتشار یافت، در رتبه ۱۰ درصدی ۲۵ تکرار، ۲۰ درصدی ۳۲ تکرار، ۵۰ درصدی ۴۴ تکرار و ۹۰ درصدی ۶۸ تکرار در دقیقه است. با مشاهده سطح ابتدایی این شاخص در آزمودنی‌های پژوهش، اختلاف عمده استقامت عضلانی در ناحیه شکم که منشاء اغلب ناهنجاری‌ها و دردهای کمری است، آشکار می‌شود. این اختلاف زمانی قابل تأمل است که حتی پس از برنامه تمرینات سطح استقامت عضلانی در این ناحیه به رتبه ۲۰ و ۳۰ درصدی نورم بین‌المللی می‌رسد (۸). استقامت عضلات اندام بالاتنه، پایین‌تنه و تعادل، با افزایش عملکرد جسمانی رابطه دارد (۲۵، ۴۰). کاهش استقامت موضعی عضلات شکم و

1 - Michael, L. et al

2 - Kine Isler, A, Kosar SN, Korkusuz, F.

3 - Fogelhom, MJ, et al

4 - Cramer, JT, Coburn, JW

ناحیه کمر بند شانه‌ای با افزایش ناتوانی، عملکرد نامناسب ناحیه کمر و درد در زنان همراه است (۳۸). در نهایت تمرینات آمادگی جسمانی سبب افزایش آمادگی عضلانی - اسکلتی و هموستاز گلوکز می‌شود (۳۸).

افزایش استقامت موضعی عضلات ناحیه شانه و شکم در آزمون‌های بارفیکس اصلاح شده و دراز و نشست در پی تمرینات تک‌جلسه‌ای، ۲ - ۱ جلسه‌ای و بیشتر از ۳ جلسه‌ای در پژوهش فولگوم و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) و واربورتن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) گزارش شده است (۱۲، ۴۰). مواردی که در پژوهش حاضر کنترل نشده است، اما شاید بیش‌تر سازگاری‌هایی که در قدرت آزمودنی‌ها در پی تحقیقات کوتاه‌مدت حاصل می‌شود، به سازگاری‌های عصبی مربوط می‌شود. افزایش هدایت تکانه‌های عصبی، کاهش مهار اندام‌های وتري گلژی<sup>۳</sup> و افزایش هماهنگ عصب و عضله در زمره سازگاری‌هایی است که سبب افزایش قدرت و استقامت موضعی عضلات می‌شود (۳۰). افزایش قدرت و استقامت موضعی در پی تمرینات آمادگی جسمانی در عضلاتی مشاهده می‌شود که از دامنه قدرت کم‌تری برخوردار است (۳۰). شاید بتوان علت افزایش بیش‌تر استقامت موضعی عضلات کمر بند شانه‌ای را به قدرت نسبی کم‌تر آنها نسبت به عضلات شکم نسبت داد. تأثیر تغییر در تعداد جلسات تمرین (دو جلسه در هفته) به‌طور کامل در نتایج این متغیر مشهود است.

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که انعطاف‌پذیری در آزمودنی‌های گروه تک‌جلسه‌ای ۱۵ درصد و در گروه دو جلسه‌ای ۱۴ درصد افزایش معنی‌داری یافت. آزمون آنالیز واریانس دوسویه نشان داد که بین دو گروه تجربی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد، اما این دو گروه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را در بهبود انعطاف‌پذیری نشان دادند ( $F_{۳,۶۸} = ۴۷/۱۷$  و  $P = ۰/۰۰$ ).

براساس پژوهش هی وارد<sup>۴</sup> (۲۰۰۲)، نورم انعطاف‌پذیری براساس آزمون نشستن و کشیدن در کشورهای اروپایی در رتبه ۱۰ درصدی ۱۰، ۲۰ درصدی ۲۳، ۵۰ درصدی ۲۱ و ۹۰ درصدی ۴۰ سانتیمتر است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، آزمودنی‌ها قبل از آغاز پژوهش تقریباً در رتبه ۷۰ درصدی نورم‌های اروپایی قرار داشتند که پس از اجرای تمرینات به رتبه عالی در نورم مذکور رسیدند (۱۵).

1 - Fogelholm, M J , et al

2 - Watburton DER, et al

3 - Golgi Tendon Organelles

4 - Heyward, V.H

تغییر تعداد جلسات تمرین از یک به دو جلسه در هفته بر بهبود انعطاف‌پذیری تأثیر معنی‌داری ندارد. براساس نتایج تحقیق کوتدakis و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) تأثیر معنی‌دار تمرین بر انعطاف‌پذیری زودتر از عوامل دیگر آمادگی جسمانی بروز می‌یابد (۲۲). براساس نظر مونتیرو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) افزایش انعطاف‌پذیری را می‌توان در تحقیقات کوتاه‌مدت به کاهش تونوس عضلانی و مهار دوک‌های عضلانی<sup>۳</sup> نسبت داد (۲۹). از این رو شاید در تحقیقات کوتاه از نظر زمانی (مانند پژوهش ۳ ماهه حاضر) تمرینات تک‌جلسه‌ای اگر به‌صورت مناسب و در زمان کافی اجرا شود، برای افزایش انعطاف‌پذیری کافی باشد.

نتایج آزمون آنالیز واریانس دوسویه نشان داد زمان آزمون چابکی در تمرینات دو جلسه‌ای ۲ درصد کاهش یافت، اما بین افزایش چابکی در دو گروه تجربی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $F_{2,68} = 2/81$  و  $p = 0/67$ ). به عقیده بکیر و نیوتن<sup>۴</sup> (۲۰۰۸)، افزایش چابکی و سرعت تغییر جهت به دو عامل بهبود سرعت و قدرت انقباض عضلانی و افزایش هماهنگی عصب و عضلات مربوط است (۴). اغلب چون چابکی به‌عنوان توانایی چندجانبه محسوب می‌شود، زمان و تعداد جلسات بیشتر در هفته برای توسعه آن مورد نیاز است. با توجه به رابطه قدرت و استقامت عضلانی با چابکی، شاید بهبود مختصری که در چابکی آزمودنی‌های گروه دو جلسه‌ای مشاهده شده است، ناشی از بهبود استقامت عضلات شکم و اندام پایین‌تنه باشد (۴). تحلیل داده‌ها پیرامون تأثیر برنامه‌های تمرینی یک و دو جلسه در هفته بر فشار خون سیستولی و دیاستولی آزمودنی‌ها تفاوت‌های پیش تا پس‌آزمون را غیرمعنی‌دار گزارش کرد ( $P > 0/05$ ). فاکارد<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) در بررسی تصادفی ۴۰ تحقیق نشان داد که پس از تمرینات آمادگی جسمانی به‌ویژه فعالیت‌های هوازی ۷/۶ میلیمتر جیوه در افراد پرفشار خونی و ۳/۲ میلیمتر جیوه در افراد معمولی یا در مراحل اولیه پرفشار خونی، کاهش در فشار خون سیستولی و دیاستولی روی می‌دهد (۱۱). در برخی تحقیقات، کاهش فشار خون در پی تمرینات ورزشی در افراد طبیعی نیز مشاهده شده (۱۹) اما همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، سطح ابتدایی فشار خون در آزمودنی‌های هر سه گروه،

- 
- 1 - Koutedakis. Y, et al
  - 2 - Monteriro, WD, et al
  - 3 - Muscle spindles
  - 4 - Baker, DG. Newton, RU
  - 5 - Fagard RH

طبیعی و به تقریب کم‌تر از متوسط است. از این‌رو احتمال کاهش فشار خون در دامنه طبیعی کم‌تر می‌شود (۱۱) که این عامل را شاید بتوان یکی از دلایل عدم تغییر معنی‌دار فشار خون در آزمودنی‌ها دانست.

### نتیجه‌گیری نهایی

براساس نتایج پژوهش حاضر به تقریب کلیه متغیرهای جسمانی اندازه‌گیری شده در پی ۱۶ هفته فعالیت بدنی با پروتکل‌های مذکور افزایش یافته است، اما مشاهده می‌شود که چابکی احتمالاً به تعداد جلسات تمرین وابسته‌تر است. از سوی دیگر، در مقایسه ظرفیت هوازی بیشینه و انعطاف‌پذیری با نورم استاندارد بین‌المللی در جوامع سنتی یکسان، تقریباً تشابهی در سطح رتبه ۷۰ درصدی مشاهده می‌شود که پس از تمرین رتبه مذکور به‌ویژه در انعطاف‌پذیری افزایش یافت، اما متأسفانه حتی پس از تمرینات به دلیل اختلافات اولیه سطح استقامت عضلانی از رتبه ۳۰ درصدی فراتر نرفت. براین اساس انجام تحقیقاتی در زمینه تصحیح نورم‌های مذکور در جامعه کشور ما ضروری است. پیشنهاد می‌شود پیرامون چابکی تحقیقات بیش‌تری انجام شود تا در صورت تکرار چنین نتایجی در تمرینات تک‌جلسه‌ای واحد عمومی در جهت اصلاح نورم‌های ارزیابی کلاسی، اقدام‌های لازم صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

از کلیه دانشجویانی که در این پژوهش شرکت نمودند، قدردانی می‌شود. این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه اجرا شده است.

## منابع و مأخذ

1. Adams, GM. *Exercise physiology laboratory manual*, 4<sup>th</sup> end. New York. NY: McGraw Hill.
2. Azizi F, Salehi P, Etemadi A, Zahedi – Asl S, (2003). “Prevalence of metabolic syndrome in an iran population: Tehran lipid and glucose study”. *Diabetes Res. Clin. Pract*; 61: PP: 29-37.
3. Baaauk, SS. Manson, JE, (2003). “Physical activity and cardiovascular disease prevention in women: How much is enough”? *Exercise and sport rewev*. 314: PP:176-181.
4. Baker, DG. Newton, RU, (2008). “Comparison of lower body strength, power, acceleration, speed, agility and sprint momentum to describe and compare playing rank among professional rugby league players”. *J strength cond res*. 22(1): PP:153-8.
5. Bouchard C, Shephard RJ. (1994). “Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In: bouchard C, Shephard RJ, Stephens T (eds), *Physical activity, fitness and health humankinetics*”; champaign, IL, PP: 77-88.
6. Chambliss. H.O. (2003). “Exercise duration and intensity in a weight loss progam”. *IAMA*. 10:290(10): PP:1323-30.
7. Cox LK, V. Burke, AR. Morton, et al, (2003). “The independent and combined effects of 16 weeks of vigorous exercise and energy restriction on body mass and composition in freeliving overweight men: a randomized controlled trial”. *Metabolism, Jan*. 52(1): PP:107-15.
8. Cramer. JT. Coburn. JW. (2004). “Fitness testing protocols and norms. Adapt from YMAC fitness testing and assisment maual”. 4ed, Wacker drive, Chicago. Il 60606.



9. Donnelly. JE. Et al, (2004). "The role of exercise foe weight loss and maintenance. *Best practice and research clinical gastroenterology*", 18(6): PP:1009-1029.
10. Dumortier. M. F Brandou, A perez - martin, C fedou, J Mercier, JF Brun.(2003). "Low intensity endurance exercise targeted for lipid oxidation improve body composition and insulin sensitivity in patients with the metabolic syndrome". *Diabetes Metab* 29, PP:509-18.
11. Fagard RH, (2001). "Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical traing". *Med Sci sprots Exerc.* 33 (suppl 6): S493-S494 discussion, S493-94.
12. Fogelholm, M.J Malmberg I, J Suni I, M Santtila, (2006). "Waist circumference and BMI are independently associated with the variation of cardio-respiratory and neuromuscular fitness in young adult associated with the variation of cardio - respiratory and neuromuscular fitness in young adult men", *international journal of Obesity*, 30, PP:962-969.
13. Gettman, L, (1992). "Physiological responses of ment 1,3 and 5 days per week training programs". *Research quarterly*, 47(4).
14. Goseph A. Houmard, Charles J. Tanner, Cris A. Slentz Brian D. duscha, Jennifer S. McCartney, and William E. Kraus. (2004). "Effect of the volume and intensity of exercise training on insulin sensitivity". *J Appl physiol*, 96: PP:101-106.
15. Heyward, V.H. (2002). "Advance fitness assessment and exercise prisgription". 4<sup>th</sup> ed. Champion, IL. Human Kinitic, P: 326.
16. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW et al, (2003). "Obesity and the environment: where do we go from here"? *Science*, 299 (5608): PP:853-855.
17. Hill, J.O. and H.R. Wyatt, (2005). "Role of physical activity in preventing and reating obesity". *J Appl physiol*, 99 (2): PP: 765-70.

18. Jakicic, J.M. and D.O. Amy, (2005). "Physical activity consideration for the treatment and prevention of Obesity". *The american journal of clinical nutrition*.
19. Kelley GA and Kelley KS, (2005). "Progressive resistance exercise and resting blood pressure: a meta – analysis of randomized controlled trials". *Hypertension*, 35 (3): PP: 838-843.
20. Kemper, H.C.G. W.M. Stasse, and W. Bosman, (2003). "The prevention and treatment of overweight and obesity: summary of the advisory report by the health council of the Netherlands". *The Netherlands journal of medicine*, 104: PP:1694-1740.
21. Kin Isler. A, Kosar SN, Korkusuz. F. (2001). "Effects of step aerobics and aerobic dancing on serum lipid and lipoproteins". *J. sports. Med. Phys. Fitness*. 41 (3): PP:380-5.
22. Koutedaksi, Y. (2007). "The effects of three months of aerobic and strength training on selected performance – and fitness – related parameters in modern dnace students". *J strength cond Res*. 21 (3): PP:808-12.
23. Lee. KJ, Yi, yj, kim. CN. (2007). "Comparison of the effect of an exercise program in non – obese and obese women". *Taehan Kanho Hakhoe chi*. 37(5): PP:684-92.
24. Maffeis C, Zaffanello M, Pinelli L, Schutz Y, (1996). "Total energy expenditure and patterns of activity in 8-10 years old obese and nonobese children". *J pediatr gastroenterol Nutr*. Oct. 23 (3): PP:256-61.
25. Malmberg J, Miilunpalo S, Vuori I, Pasanen M. Oja P, Haapanen – Niemi N.(2002). "A Health related fitness and functional performance test battery for middle – aged and older adults: feasibility and healthrelated content validity". *Arch Phys Med Rehabil*, 83:PP: 666-677.
26. Masley. DC, Wearer. W, et al.(2008). "Efficacy of lifestyle changes in modifying practical morkers of wellness and aging". *Altern Ther Health med*. 14(2): PP:24-29.

27. Michael, L. et al, (2006). "Blood Lipid response after continuous and accumulated aerobic exercise". *Inter. J. sport. Natri. Exerci. Meta*, 95:PP:245-254.
28. Miller, D.K. Allen. T.E. (1989). "Fitness a life time commitment". 2<sup>ND</sup> editions, surjeet publications Delhi.
29. Monteriro, WD, (2008). "Influence of strength training on adult women's flexibility". *J strength cond Res*. Apr. 15 (Epub ahead of print).
30. Nie man DC, (1993). "Fitness and your health, Bull publishing Company".
31. Oha, M. et al, (2004). "The effect of lifestyle modification on physical fitness and work ability in different work styles", *J UOEH*: 1: 26(4): PP:411-21.
32. Pate, R.R. M. Pratt, S.N. Blair, W.L. Haskell, C.A. Maceram C. Bouchard, D, Buchner and W. ttinger, (1995). *Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine*. *JAMA*, 273:PP:402-407.
33. Pieron, M. (2001). "Physical activity and health in young persons". *Rev. Med. Liege*, 56(4): PP:204-211.
34. Pohjonen T. (2001). "Age - related physical fitness and the predictive values of fitness tests for work ability in home care work". *J Occup Environ Med*. 43:PP:723-730.
35. Robert, J. (1976). "Effect of interaction of frequency and intensity of training". *Research quarterly*, 47(1).
36. Saris, W.H. S.N. Blair, and M.A. Vanbaak, (2003). "How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain"? Outcome of IASO 1<sup>st</sup> stoct conferenve and consensus statement. *Obes Rev*. 4(2): PP:101-14.
37. Slentz C.A. B.D. Duscha, J.L. Johnson et al, (2004). "Effects of the amount of exercise on body weight, body composition, and measurers of central obesity". *Arch intern Med*. Jan 12, 164(1): PP:31-9.

38. Suni JH, Oja P, Miilunpalo SL, Pasanen ME, Vuori IM, Bost K. (1998). "Health – related fitness test battery for adults: associations with perceived health, mobility and back function and symptoms". *Arch phys Med Rehabil*, 79: PP:559-569.

39. US department of health and human services: physical activity and health, (1996). A report of the surgeon general: centers for disease control and prevention and national center for chronic disease prevention and health promotion.

40. Warburton DER, Gledhill N, Quinney A.(2001). "The effects of changes in musculoskeletal fitness on health". *Can J Appl Physiol*, 26:PP: 161-216.

