

بررسی تاثیر هشت هفته تمرین هوازی با شدت متوسط بر برخی اختلالات چرخه قاعدگی و سطوح سرمی هورمونهای جنسی زنان غیر ورزشکار

علی حیدریان پور¹، فاطمه ضمیری دلیر²

1. دانشیار دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران، (مولف مسول)، تلفن ثابت: 081-38381422. Heidarian317@gmail.com

2. دانش آموخته کارشناس ارشد فیزیولوژی ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اثرات مفید جسمانی و روانشناختی ورزش هوازی و اینکه امروزه اختلالات قاعدگی و عوارض ناشی از آن یکی مهمترین مسایل خانوادگی و اجتماعی مطرح است هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر 8 هفته تمرین هوازی با شدت متوسط بر روی اختلالات چرخه قاعدگی و سطوح هورمونهای استروژن و پروژسترون می باشد.

روش بررسی: در این تحقیق 20 زن دارای اختلالات قاعدگی به طور تصادفی به دو گروه تجربی (میانگین سنی $23/6 \pm 3/1$ سال، قد $161 \pm 4/2$ سانتی متر، و وزن $58/2 \pm 6/2$ کیلوگرم) و کنترل (میانگین سنی $23/4 \pm 3/2$ سال، قد $162 \pm 5/1$ سانتی متر، و وزن $57/5 \pm 7/1$ کیلوگرم) تقسیم گردیدند. گروه تجربی 8 هفته تمرین هوازی با شدت 60-85% ضربان قلب بیشینه را انجام دادند. قبل و پس از دوره تمرین از همه آزمودنیها در فاز فولیکولار، برای اندازه گیری متغیرهای هورمونی نمونهی خونی گرفته شد. آزمودنیها به پرسش نامه های تعیین سطح اختلالات قاعدگی پاسخ دادند. سطح هورمون های استروژن و پروژسترون نیز با استفاده از روش الکتروکمی لومینسانس اندازه گیری گردید. برای تحلیل دادهها از نرم افزار SPSS V.20 در سطح معنی داری $(P \leq 0/05)$ استفاده شد.

یافته ها: داده های حاصل از پژوهش نشان داد که در گروه تجربی مقیاس دیداری سنجش درد بعد از 8 هفته فعالیت متوسط هوازی، کاهش معنی داری نسبت به گروه کنترل و مقادیر قبل از 8 هفته تمرین ورزشی داشته است $(P < 0/01)$. افزون بر این، سطوح هورمونهای استروژن و پروژسترون نیز افزایش معنی داری نسبت به گروه کنترل و مقادیر قبل از 8 هفته تمرین ورزشی را نشان دادند $(P < 0/05)$.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های تحقیق حاضر می توان نتیجه گیری کرد که استفاده از تمرینات منظم هوازی با شدت متوسط، احتمالاً با افزایش سطح هورمونهای استروژن و پروژسترون می تواند از بروز برخی اختلالات قاعدگی پیشگیری و یا از علایم آن بکاهد. بنابراین تمرینات هوازی را می توان به عنوان روشی پیشگیرانه، درمانی یا کمک درمانی برای کنترل دیسمنوره و دیگر اختلالات قاعدگی مورد استفاده قرار داد.

کلیدواژه ها: تمرینات استقامتی، استروژن، پروژسترون، اختلالات قاعدگی

وصول مقاله: 94/8/16 اصلاحیه نهایی: 94/12/12 پذیرش: 94/12/16

مقدمه

از آنجایی که زنان در مرکز کانون خانواده قرار دارند ناخوشی آنان نه تنها بر امور پویای خانواده بلکه بر کل نظام های اجتماعی که زنان به نوعی در آن نقش دارند تاثیر خواهد گذاشت. اختلافات خانوادگی، بد رفتاری با کودکان، غیبت در محیط کار و عدم کفایت شغلی ناشی از این اختلالات، در زنان موجب شده است تا رسانه های همگانی در سال های اخیر توجه زیادی به این مشکلات معطوف کنند که یکی از این مشکلات در ارتباط با قاعدگی است (1). قاعدگی یکی از طبیعی ترین روند هایی است که در طول زندگی یک زن رخ می دهد و نشانه شروع یکی از اساسی ترین مراحل زندگی بشر، یعنی دوره قابلیت باروری و تولید مثل است. برآورد شده که حدود 20 تا 40 درصد زنان در سنین باروری مشکلات قابل توجهی در ارتباط با چرخه قاعدگی خود ذکر می کنند (2). گرچه دلایل ایجاد اختلالات قاعدگی در زنان غیر ورزشکار هنوز بطور کامل مشخص نشده است تغییر در سطح هورمونهای استروژن و پروژسترون، کمبود بعضی ویتامین ها و مواد معدنی، اختلال در مسیر هورمونی رنین-آنژیوتنسنین-آلدوسترون، افزایش ترشح پرولاکتین و برخی پروستاگلندینها، سن وژنتیک از جمله عوامل موثر در ایجاد اختلالات قاعدگی در زنان غیر ورزشکار به شمار می روند. از آنجا که اختلالات قاعدگی ممکن است باعث ناباروری و سرطان شود؛ لازم است این گونه زنان شناسایی شوند و تدابیری برای رفع مشکل آنها اتخاذ شود (3و4). به این منظور تاکنون راههای متفاوتی نظیر درمان های دارویی، جراحی و درمان های غیر دارویی برای رفع علائم آن پیشنهاد شده است. اما در این میان درمان های غیر دارویی از جمله فعالیت ورزشی به جهت آن که عوارض جانبی را به همراه ندارد، مورد توجه بیشتری قرار گرفته است (5). بر اساس بسیاری از پژوهش ها در زنان غیر ورزشکار، ورزش با افزایش اندورفین ها در سیستم عصبی و کاهش کورتیزول باعث

بهبود وضعیت روحی و روانی شده و بسیاری از علائم ناشی از اختلالات قاعدگی از جمله درد، افسردگی واضطراب راکاهش داده است (5). بررسی های مختلفی که تأثیر استروژن و پروژسترون را در طول چرخه قاعدگی را مورد پژوهش قرار داده اند، نتایج متناقضی ارائه کرده اند که این تفاوت ها را می توان به تفاوت های تغذیه ای، عدم کنترل فعالیت های آزمودنی ها و مشخص نشدن دقیق فازهای چرخه قاعدگی نسبت داد (6). به عنوان نمونه، برخی از پژوهشگران بر اساس شواهد تجربی، بیان کردند که شرکت منظم در برنامه های ورزشی، اختلالات چرخه ی قاعدگی و علائم مربوط به آن را کاهش می دهد (7و8). اما بر اساس مطالعه برخی دیگر از پژوهشگران هیچ ارتباطی بین شرکت در فعالیت ورزشی و دیسمنوره اولیه مشاهده نگردید. همچنین، درباره شدت، مدت و تکرار فعالیت های ورزشی و درصد کاهش علائم این اختلالات نیز هنوز رابطه ی معنی داری پیدا نشده است (9). باتوجه به شیوع زیاد اختلالات قاعدگی در زنان و دختران و عوارض این اختلالات در کار آمدی زنان در شغل، جامعه، خانواده و همچنین عوارض جانبی درمان دارویی و جراحی و اثرات مفید جسمانی و روانی تمرینات ورزشی، هدف این مطالعه، بررسی نقش تمرین هوازی با شدت متوسط بر اختلالات چرخه ی قاعدگی و سطوح هورمون های جنسی زنان غیر ورزشکار می باشد.

روش بررسی

تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی می باشد که بر روی جامعه ای از دانشجویان زن غیرورزشکار دارای اختلالات قاعدگی دانشگاه بوعلی سینا همدان، مورد پژوهش قرار گرفته است. جهت تعیین سطح سلامت و فعالیت بدنی آزمودنی ها از آنها خواسته شد که پرسشنامه مربوط به سلامت و سطح فعالیت بدنی را تکمیل نمایند. از طریق اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه افرادی که سابقه

بیماری قلبی-عروقی، کلیوی، کبدی، فشار خون، سیگار کشیدن یا استفاده از داروی خاصی را داشتن شناسایی و از شرکت در تحقیق باز داشته شدند. از همه ی آزمودنی‌ها رضایت نامه کتبی گرفته شد و از آنها خواسته شد تا در حالت ناشتا برای خون‌گیری مراجعه نمایند. نمونه‌ی آماری این پژوهش را 20 دانشجوی زن غیرورزشکار دارای اختلالات چرخه‌ی قاعدگی تشکیل می‌دادند که اختلال قاعدگی آن‌ها از طریق یک پرسشنامه‌ی استاندارد (مقیاس دیداری سنجش درد) مشخص گردید و به صورت تصادفی به دو گروه تجربی و کنترل که همگی دارای اختلال قاعدگی بودند تقسیم گردیدند. آزمودنی‌های گروه تجربی برنامه‌های ورزش‌های هوازی با شدت متوسط را بر طبق توصیه‌های دانشکده‌ی طب ورزشی آمریکا¹ انجام دادند (10) که عبارت بود از دویدن روی تردمیل شیب‌دار که در آن تمرین با رعایت اصل اضافه بار به مدت 30 دقیقه و با سرعت 2/5 کیلومتر بر ساعت، با شیب 3 درصد 60 درصد ضربان قلب بیشینه شروع و بتدریج سرعت و شیب افزایش داده شده که در نهایت در هفته هفتم و هشتم سرعت به 5 کیلومتر بر ساعت، با شیب 7 درصد و 85 درصد ضربان قلب بیشینه اجرا می‌گردید. این برنامه به مدت 8 هفته و هر هفته نیز در 3 جلسه اجرا شد. همچنین آزمودنی‌ها برای گرم کردن در ابتدای هر جلسه تمرینی به مدت 5 دقیقه با سرعت 2/5 کیلو متر بر ساعت با شیب 3% می‌دویدند و برای سرد کردن بدن نیز در انتهای هر جلسه‌ی تمرینی به مدت یک دقیقه بر روی تردمیل می‌دویدند تا به سرعت اولیه برسند (5). آزمودنی‌های گروه کنترل نیز در این مدت فعالیت‌های روزمره‌ی خودشان را انجام می‌دادند که شامل هر گونه فعالیتی به غیر از تمرینات ورزشی منظم هوازی بود. وزن (ترازوی الکترونیکی مدل سهند با دقت 0/1 کیلوگرم)، قد (قد سنج Seca با دقت 0/1 سانتیمتر) و نمایه‌ی توده‌ی بدنی

(BMI) آزمودنی‌ها پیش و پس از پروتکل تمرینی اندازه‌گیری شد.

خون‌گیری از آزمودنی‌ها در طی دو مرحله در طول اجرای پژوهش در حالت نشسته بر روی صندلی از ناحیه ساعد گرفته شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا برای حضور در جلسه خون‌گیری از ساعت 12 شب به بعد چیزی میل نمایند و در حالت ناشتا برای خون‌گیری مراجعه کنند. تمامی آزمودنی‌ها در مرحله خون‌گیری در مرحله فولیکولی (3 تا 5 روز اول چرخه) قرار داشتند. 8 میلی لیتر خون در هر بار خون‌گیری در لوله‌های 10 میلی لیتری ریخته شد و جهت لخته شدن کامل و تهیه سرم به مدت 1 ساعت در دمای اتاق نگهداری شد. سپس برای جدا نمودن سرم، نمونه‌ها به مدت 15 دقیقه در دمای 4 درجه سانتیگراد و با سرعت 3000 دور در دقیقه سانتریفیوژ شدند. سرم جدا شده در میکروتیوب در دمای 75- درجه سانتیگراد نگهداری شد تا بعداً میزان سطوح سرمی استروژن و پروژسترون آن با استفاده از روش الکتروکمی لومینسانس توسط دستگاه وایداس مورد اندازه‌گیری قرار گیرد. همچنین برای شناسایی دقیق اختلالات قاعدگی در آزمودنی‌ها از پرسشنامه استاندارد² به نام پرسشنامه مقیاس دیداری سنجش درد (VAS)² استفاده شد. این پرسشنامه شامل چند سوال عمومی و چند سوال در مورد متغیرهای مورد پژوهش می‌باشد.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد. ابتدا با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک نحوه توزیع نرمال داده‌ها مورد تایید قرار گرفت. با توجه به طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون t مستقل و t وابسته برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی و درون گروهی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS V. 20 در سطح معنی داری ($P \leq 0/05$) استفاده شد.

² Visual Analogue Scale (VAS)

¹ American College of Sports Medicine (ACSM)

نتایج

شاخص های تن سنجی آزمودنی ها وزن ، قد و نمایه ی توده ی بدنی (BMI) آزمودنی ها پیش و پس از پروتکل تمرینی اندازه گیری شد که تفاوت معناداری در دو گروه تجربی و کنترل مشاهده نشد (جدول 1).

جدول (1) توصیف ویژگی های فردی آزمودنی ها (میانگین \pm خطای معیار)

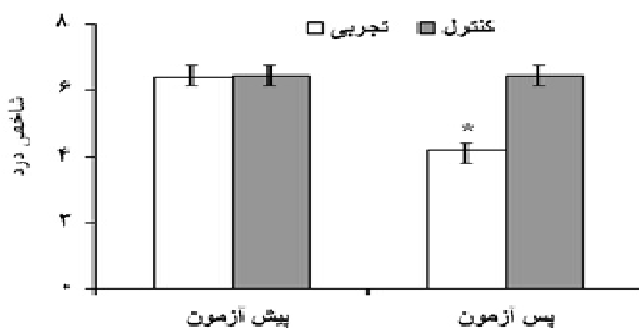
گروه (تعداد)	سن (سال)	سن اولین قاعدگی	قد (cm)	وزن (Kg)		شاخص توده بدن (Kg/m^2)	
				پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تجربی (10)	23/6 \pm 3/1	13/5 \pm 2/6	161 \pm 4/2	58/2 \pm 6/2	57/3 \pm 6/1	22/6 \pm 1/7	22/3 \pm 1/5
کنترل (10)	23/4 \pm 3/2	13/1 \pm 2/8	162 \pm 5/1	57/5 \pm 7/1	57/8 \pm 7/4	22/2 \pm 1/3	22/3 \pm 1/4

اختلاف معنی داری را با گروه کنترل و مقادیر قبل از 8 تمرین ورزشی نشان داد ($P < 0/05$). در گروه کنترل تغییرات معنی داری پس از 8 هفته مشاهده نشد ($P > 0/05$) (نمودار 2).

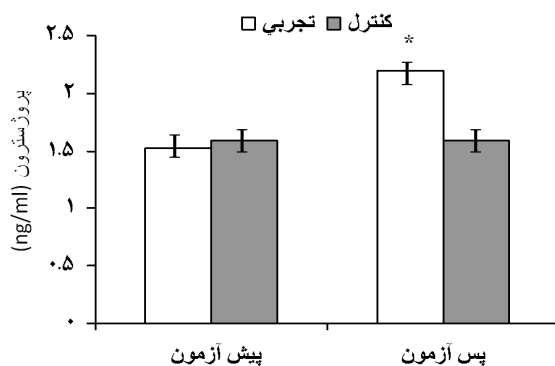
همچنین سطح سرمی هورمون استروژن نیز قبل از دوره تمرینی در گروه تجربی $44/2 \pm 5/2$ (پیکوگرم بر میلی لیتر) و در گروه شاهد $45/9 \pm 6/3$ (پیکوگرم بر میلی لیتر) بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشتند ($P = 0/617$). پس از 8 هفته فعالیت هوازی، سطوح هورمون استروژن در گروه تجربی به $54/2 \pm 4/1$ (پیکوگرم بر میلی لیتر) افزایش یافت که اختلاف معنی داری را با گروه کنترل و مقادیر سطوح اولیه نشان داد ($P < 0/05$) در گروه کنترل تغییرات معنی داری پس از 8 هفته فعالیت مشاهده نشد ($P > 0/05$) (نمودار 3).

میانگین شاخص درد مقیاس دیداری سنجش درد Visual Analog Scale (VAS) قبل از دوره تمرینی در گروه تجربی و گروه شاهد اختلاف معنی داری نداشت ($0/791 = P$). پس از 8 هفته فعالیت هوازی، میانگین درد در گروه تجربی کاهش یافت که اختلاف معنی داری با گروه کنترل و مقادیر قبل از تمرین ورزشی نشان داد ($P < 0/01$). در گروه کنترل تغییرات معنی داری پس از 8 هفته مشاهده نشد ($P > 0/05$) (نمودار 1).

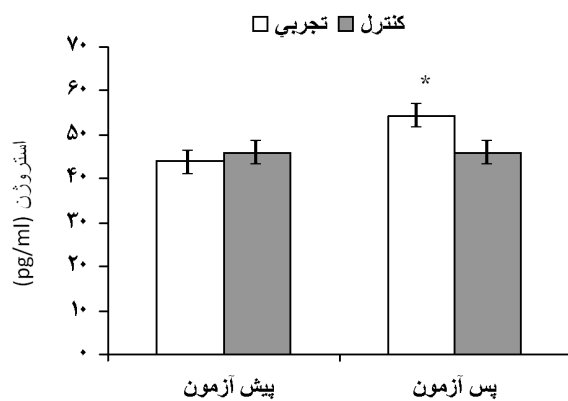
سطح سرمی هورمون پروژسترون قبل از دوره تمرینی در گروه تجربی $1/52 \pm 0/2$ (نانوگرم بر میلی لیتر) و در گروه کنترل $1/59 \pm 0/29$ (نانوگرم بر میلی لیتر) بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشتند ($P = 0/401$). پس از 8 هفته فعالیت هوازی، سطوح هورمون پروژسترون در گروه تجربی به $2/2 \pm 0/13$ (نانوگرم بر میلی لیتر) افزایش یافت که



نمودار 1: شاخص درد پیش و پس از پایان تمرینات در دو گروه (آزمون T همبسته و مستقل) * تفاوت معنی دار نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل ($P < 0/01$)



نمودار 2: سطح پروژسترون پیش و پس از پایان تمرینات در دو گروه (آزمون T همبسته و مستقل) * تفاوت معنی دار نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل ($P < 0/05$)



نمودار 3: سطح استروژن پیش و پس از پایان تمرینات در دو گروه (آزمون T همبسته و مستقل) * تفاوت معنی دار نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل ($P < 0/05$)

بحث

فعالیت ورزشی در بیشتر مطالعاتی که پیرامون درد انجام شده است، راهکار مناسبی برای مدیریت درد معرفی شده است (11). نتایج این پژوهش نشان داد هشت هفته برنامه ورزشی هوازی با شدت متوسط تأثیر معنی داری بر میانگین شاخص درد زنان غیر ورزشکار دارد. دیلی (2008)، براون و همکاران (2010) بیان کردند که شرکت منظم در فعالیت ورزشی، دیسمنوره اولیه و علائم مربوط به آن را کاهش می دهد (7 و 8). اما بر اساس مطالعه بالکی و همکاران (2010) هیچ ارتباطی بین شرکت در فعالیت ورزشی و دیسمنوره اولیه مشاهده نشد. در این پژوهش از تمرینات قدرتی به مدت 2 ماه بر روی زنان ورزشکار استفاده شده بود که احتمالاً به علت بالا بودن شدت تمرینات و نوع تمرینات، هیچ گونه تأثیری بر روی اختلالات قاعدگی آزمودنی ها ملاحظه نگردیده است. بنابراین یکی از دلایل ناهمخوانی یافته های این پژوهش با برخی از پژوهش های دیگر می تواند شدت تمرینات و نوع تمرینات باشد (9). چرا که برخی تحقیقات نشان دادند که ورزش برخی علائم اختلال قاعدگی از جمله درد و خونریزی را تشدید می کند (13). از طرفی نتایج برخی پژوهش ها نشان داده است که فعالیت ورزشی قادر به ایجاد تغییر در احساس درد در طول و پس از فعالیت ورزشی است (16 و 15) و برنامه های ورزشی می توانند سبب بهبود و کاهش درد شوند (16، 15). ورزش منظم نقش مهمی در کاهش استرس دارد و به بهبود گردش خون و افزایش سطوح آندروفین و انتقال دهنده های عصبی کمک می کند در نتیجه منجر به کاهش اختلالات قاعدگی و دیسمنوره می شود (17). تمرینات ورزشی با افزایش جریان خون لگنی در سه روز پیش از قاعدگی، آغاز تجمع پروستاگلاندین در این ناحیه و در نتیجه شروع درد را به تاخیر می اندازد. همچنین تمرینات ورزشی در زمان درد سبب انتقال سریع تر مواد زا ید و پروستاگلاندین ها از رحم که عامل اصلی به وجود آمدن درد دوران قاعدگی هستند

می شود و در نتیجه مدت درد در حین قاعدگی را کاهش می دهد (18).

مطالعات نشان داده اند زنانی که به انجام تمرینات منظم بپردازند؛ نسبت به زنان غیر فعال و کم تحرک با علائم جسمی کمتری از جمله ورم اندام ها، نفخ شکم، درد و حساسیت سینه ها، افزایش وزن، سردرد و سرگیجه رو به رو هستند. به نظر می رسد بروز این علائم ناشی از افزایش آلدوسترون سرم، پروستاگلاندین ها، کمبود ویتامین B و منیزیم باشد (6).

همچنین، یافته های این پژوهش نشان داد هشت هفته فعالیت هوازی با شدت متوسط باعث افزایش سطوح سرمی هورمون های استروژن و پروژسترون می شود. افزایش هورمون های استروژن و پروژسترون می تواند به عنوان یکی مهمترین مکانیسم های دخیل در کاهش علائم اختلالات قاعدگی باشد بطوریکه مطالعات نشان داده اند که فعالیت های ورزشی از طریق کاهش سطح رنین و افزایش استروژن و پروژسترون میزان سرمی آلدوسترون را کاهش داده و بدین ترتیب سبب کاهش علائم اختلالات قاعدگی شوند (19 و 6). زیرا افزایش سطح آلدوسترون پلاسما در دوران قاعدگی موجب افزایش درد قاعدگی می گردد و با توجه به آثار مثبت برنامه های ورزشی هوازی بر روی کاهش میزان سطوح پلاسمایی آلدوسترون خون (20)، نتایج فوق می تواند توجیه پذیر باشد. از طرفی ارتباط مستقیم بین استرس روزمره با سندروم پیش از قاعدگی در مطالعات متعدد مشخص شده است (22 و 21). ورزش به طور گسترده ای به عنوان روشی برای کاهش استرس و کنترل تغییرات شیمیایی در سیستم ایمنی بدن استفاده می شود (18 و 6). درد قاعدگی احتمالاً ریشه در افزایش انقباض عضلات رحمی که توسط دستگاه عصبی سمپاتیک عصب دهی می شود، دارد (24 و 23). استرس به افزایش فعالیت اعصاب سمپاتیک کمک می کند و ممکن است تشدید انقباض عضلات رحم، درد قاعدگی را افزایش دهد.

ورزش با کاهش استرس می‌تواند فعالیت اعصاب سمپاتیک را کاهش دهد و در نتیجه علائم و نشانه های قاعدگی کاهش یابد (20).

همچنین ورزش سبب افزایش ترشح هورمون‌های استرادیول و پروژسترون در مرحله لوتینی چرخه قاعدگی می‌گردد که ممکن است بر روی میزان خونریزی قاعدگی نیز تأثیرگذار باشد (21 و 20)، که این موضوع با یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز تأیید شده است (22 و 23).

گذشته از این، نقص در فاز لوتال نیز می‌تواند به عنوان یک عملکرد غیرطبیعی تخمدان تلقی گردد که به دنبال تولید یا تأثیر ناکافی پروژسترون ایجاد می‌شود (25)؛ به عنوان نمونه، والدراپ (2005) در پژوهشی نشان داد که استرس‌های روانی ناشی از تمرینات شدید برپالس GnRH تأثیرگذار است و این تغییرات در پالس GnRH موجب تغییراتی در فاز لوتال و میزان ترشح پروژسترون می‌گردد (26).

با این وجود، پاتوفیزیولوژی اختلالات هورمونی و قاعدگی ورزشکاران زن بسیار پیچیده و به فاکتورهای متعددی همچون شدت و مدت تمرینات، رژیم‌های غذایی محدود شده، کاهش سرعت متابولیکی و تمرینات سخت پیش از بلوغ (27)، نوع تمرینات، شرایط تمرینی و مهم‌تر از همه جنسیت ورزشکاران بستگی دارد (28 و 11). به عنوان نمونه، چوکتاناسیری و همکاران (2008) اعلام کردند که شیوع اختلالات هورمونی در زنان دوندۀ استقامتی بهترین نشانه بالینی برای عدم کارایی هورمون‌های جنسی (استروژن و پروژسترون) است و سطوح سرمی پروژسترون خون نیز، هم در دورۀ فولیکولار و هم در دورۀ لوتینی از چرخه‌ی قاعدگی، به طور معنی‌داری در دوندگان استقامتی کاهش داشته است (29)؛ که در این باره، برنامه‌های ورزشی به عنوان یکی از قدرتمندترین فاکتورهای محرک برای سیستم اندوکرین شناخته شده است. در تحقیقات اخیر ما مشخص شده است که ورزش هوازی روی سطوح هورمونی لپتین و اپلین تأثیرگذار می‌باشد که هردوی این هورمون از طریق

محور هیپوتالاموس-هیپوفیز روی چرخه قاعدگی موثر می‌باشند. با این وجود، این پژوهش نیز همانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود به عنوان نمونه آزمودنی‌ها از برنامه غذایی یکسان پیروی نمی‌کردند و دیگر اینکه با توجه به کاهش پالس ترشحی گنادوتروپین از هیپوتالاموس که موجب کاهش ترشح هورمون لوتینی، هورمون محرک فولیکولی و توقف تخمک‌گذاری می‌گردد؛ نیاز به بررسی همزمان سطوح پلاسمایی هورمون‌های جنسی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز (هورمون‌های لوتینی و هورمون محرک فولیکولی) ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس در پژوهش‌های آینده بایستی به این نکات مهم، توجه کافی شود.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که استفاده از تمرینات منظم هوازی با شدت متوسط، با افزایش سطح هورمون‌های استروژن و پروژسترون می‌تواند از بروز برخی اختلالات قاعدگی پیشگیری و یا از علائم آن بکاهد بنابراین تمرینات هوازی را می‌توان به عنوان روشی پیشگیرانه، درمانی یا کمک‌درمانی برای کنترل دیسمنوره و دیگر اختلالات قاعدگی مورد استفاده قرار داد. هرچند تحقیقات زیادی جهت روشن شدن مکانیسم یا مکانیسم‌های موثر ورزش هوازی روی چرخه قاعدگی لازم و ضروری است

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بوعلی سینا می‌باشد. بنابراین از دانشگاه بوعلی سینا همدان به عنوان تأمین‌کننده مالی و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان که بدون هیچ‌گونه چشم‌داشتی در این پژوهش شرکت نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

Reference

1. Peacock A, Alvi NS, Mushtaq T. Period problems: disorders of menstruation in adolescents. *Arch Dis Child* 2012;97:554-60.
2. Apgar BS, Kaufman AH, George-Nwogu U, Kittendorf A. Treatment of menorrhagia. *Am Fam Physician* 2007; 75: 1813-9.
3. Durian D. Primary dysmenorrhea: assessment and management update. *J Midwifery Women Apos* 2004; 49: 520-8.
4. Lustyk MK, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Womean Health* 2004; 39:35-40.
5. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: A comprehensive review. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:895-9
6. Maïmoun L, Georgopoulos NA, Sultan C. Endocrine disorders in adolescent and young female athletes: impact on growth, menstrual cycles, and bone mass acquisition. *J Clin Endocrinol Metab* 2014;99:4037-50.
7. Daley AJ. Exercise and primary dysmenorrhoea: a comprehensive and critical review of the literature. *Sports Med* 2008; 38:659-70.
8. Brown J, Brown S, Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane database sys review* 2010;17:410-19.
9. Balkey H, Chisholm C, Dear F, Harris B. Is exercise associated with primary dysmenorrhoea in young women? *BJOG* 2010; 117:222-4.
10. Linda S. Pescatello, Ross Arena, Deborah Riebe, Paul D. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* 9th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2014; 326-358
11. Kalantaridou SN, Zoumakis E, Makrigrannakis A, Lavasidis LG, Vrekoussis T, Chrousos GP. Corticotropin releasing hormone, stress and human reproduction: an update. *Journal of Reproductive Immunology* 2010; 22: 33-39.
12. Izu Y, Mizoguchi F, Kawamata A, Hayata T, Nakamoto T, Nakashima K and et al. Angiotensin II type 2 receptor blockade increases bone mass. *J Biol Chem* 2009 20; 284:4857-64.
13. William J K, Alan David Rogol. *The endocrine system in sports and exercise; international Olympic committee.* USA: Blackwell Publishing, 2005: 225-426.
14. Kashanian M, Lakeh MM, Ghasemi A, Noori S. Evaluation of the effect of vitamin E on pelvic pain reduction in women suffering from primary dysmenorrhea. *J Reprod Med* 2013;58:34-8.
15. Koltyn KF, Umeda M. Contralateral attenuation of pain after short-duration submaximal isometric exercise. *J Pain* 2007; 8:887-92.
16. Hayes C, Kriska A. Role of physical activity on menstrual cycle disorder prevention. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: S19-23.
17. Kannan P, Chapple CM, Miller D, Claydon LS, Baxter GD. Menstrual pain and quality of life in women with primary dysmenorrhea: Rationale, design, and interventions of a randomized controlled trial of effects of a treadmill-based exercise intervention. *Contemp Clin Trials* 2015;42:81-9
18. Abbaspour Z, Rostami M, Najjar Sh. The effect of exercise on primary dysmenorrhea. *J Res Health Sci* 2009; 6: 26-31.

19. Williams NL. Effect of moderate aerobic exercise combined with restriction on circulating estrogens and IGG-1 in premenopausal women: annual report summary. *J Sport Sci Med* 2005;6:55-9
20. Edward M Wojtys, Mary L Jannausch, Jennifer L Kreinbrink, PA-C Siobán D Harlow, and MaryFran R Sowers. Athletic activity and hormone concentrations in highschool female athletes. *J Athl Train* 2015;50:185-92.
21. Kermanshahi S, Hosseinzadeh SH, Alhani F. The effect of the group counseling program on the status of primary dysmenorrhea, dietary condition and exercise in shahreyar girls high school. *J Zanzan Uni of Med Sci* 2009; 16:49-60.
22. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescent and youth adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19:363-71.
23. Kaissauers. Nutritional physiological and menstrual of distance runners. *Med and Sport Science in Sport and Exercise* 2006;21: 120-125.
24. Siyavoshi H. Progressive tolerance exercises for young adults suffering from cycle disorders: a clinical experiment. *Exceptional Education* 2013; 5: 68-71. [In Persian]
25. Brook A, Prike KM. Cyclic ovarian function in recreational athletes. *Journal of Apply Physiology* 2000; 68:2083-6.
26. Waldrop J. Early identification and intervention for female athlete triad. *Journal of Pediatric Health Care* 2005; 19:213-220.
27. Flug D, Largo RH, Prader A. Symptoms related in adolescent endurance runners: a longitudinal study. *Annals of Human Biology* 1999; 12:161-168.
28. Smith AJ, Phipps WR, Arikawa AY, O'Dougherty M, Kaufman B, Thomas W and et al. Effects of aerobic exercise on premenopausal sex hormone levels: Results of the WISER studay, a randomized clinical Trial in healthy, sedentary, eumenorrheic women. *Cancer Epidemiol Biomarkes Prev*; 2001;20:14-21.
29. Choktanasiri W1, Rojanasakul A, Rajatanavin R. Bone mineral density in primary and secondary amenorrhea. *Journal of Medical Association of Tahiland* 2008;83:243-248.