

طراحی معادله بومی بر آورد توان هوازی با آزمون میدانی شش دقیقه پیاده روی در کودکان سالم

مجید جلیلی^۱، فرزاد ناظم^{۲*}، اکبر سازوار^۳

۱. دکتری فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان

۲. استاد فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان

۳. استادیار فیزیولوژی ورزشی، گروه تربیت بدنی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۲/۲۵

چکیده

مهم ترین شاخص تندرستی و آمادگی جسمانی، توان هوازی (VO_{2max}) است. دشواری اجرایی اندازه گیری آزمایشگاهی توان هوازی، موجب توسعه مدل های بر آورد توان هوازی با آزمون های ورزشی میدانی شده است. هدف این پژوهش طراحی معادله بومی بر آورد توان هوازی با آزمون ساده و ایمن شش دقیقه پیاده روی (6MWT) در کودکان بود. VO_{2max} ۱۹۲ پسر سالم ۸ تا ۱۲ ساله در آزمون بروس تعدیل شده به روش آنالیز گازهای تنفسی اندازه گیری شد. آزمون 6MWT و متغیرهای ترکیب بدن به روش استاندارد اندازه گیری شد. از رگرسیون چندمتغیره برای طراحی معادله بر آورد توان هوازی نسبی ($ml/kg/min$) استفاده شد. برای اعتبار سنجی معادله توان هوازی از روش همبستگی و مدل گرافیکی بلاند-آلتمن استفاده شد. همبستگی بالایی میان VO_{2max} اندازه گیری شده به روش مستقیم و متغیرهای مستقل مشاهده شد ($r=0.734$, $p\leq 0.001$). توان هوازی پسران با استفاده از وزن و آزمون 6MWT قابل بر آورد بود ($r^2=0.743$, $SEE=2.74$ $ml/kg/min$, $p\leq 0.001$). صحت مدل بومی توان هوازی با همبستگی بالا میان VO_{2max} اندازه گیری شده و بر آورد شده تایید شد ($r=0.861$, $p\leq 0.001$); همچنین، مدل گرافیکی بلاند-آلتمن حاکی از توافق بالا میان VO_{2max} اندازه گیری شده بود. به نظر می رسد، مربیان ورزش و تندرستی با کاربست معادله بومی بر آورد توان هوازی بر مبنای آزمون 6MWT می توانند به سادگی توان هوازی کودکان را اندازه گیری و بنابراین ارزیابی مناسبی از تاثیر تمرین های ورزشی بر آمادگی قلبی-تنفسی ایشان در اختیار داشته باشند. کلیدواژه ها: کودکان، آزمون شش دقیقه پیاده روی، معادلات پیشگوی توان هوازی.

$$VO_{2max} (ml/kg/min) = 5.359 + 0.067 \times 6MWT (\text{متر}) - 0.286 \times \text{وزن} (\text{کیلوگرم})$$

Develop of native aerobic power prediction equation by the 6-minute walk test in healthy child

Jalili, M¹., Nazem, F²., Sazvar, A³.

1. PhD Sport Physiology, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Bu-Ali Sina University, Iran
2. Full Professor, Sport Physiology, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Bu-Ali Sina University, Iran
3. Assistant Professor, Sport Physiology, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Malayer University, Iran

Abstract

Aerobic power (VO_{2max}) is an important indicator of the health and physical fitness. Executive problems in direct VO_{2max} measurement has led to developing sub-maximal aerobic power prediction equations. The purpose of present study was to develop native aerobic power prediction equation based on 6-Minute Walk Test (6MWT) and body composition indices in children. In 192 healthy children (8 to 12 years) VO_{2max} was objectively measured by Bruce treadmill protocol with gas analysis. The 6MWT was performed according to ATS guidelines. Also, anthropometric measurements were measured according to standard methods. Multiple regression analysis was used to design aerobic power ($ml/kg/min$) prediction equation. Accuracy of native VO_{2max} prediction equation was assessed by Pearson correlation and Bland-Altman approach between measured and predicted VO_{2max} . Significant correlation was observed between direct VO_{2max} and independent variables ($r=0.25-0.734$). Aerobic power of the boys could be predicted by weight and 6MWT according to the following equation: $VO_{2max}(ml/kg/min)= 5.359 + (0.067 \times 6MWT) - (0.286 \times \text{Weight (kg)})$ ($r^2=0.743$, $SEE=2.74$ $ml/kg/min$, $p\leq 0.001$). Strong correlation was observed between measured and predicted VO_{2max} ($r=0.861$, $P\leq 0.001$). In addition, Bland and Altman plots demonstrated a high degree of consistency between measured and predicted VO_{2max} . Exercise and fitness coaches by utilization of native aerobic prediction equation based on the 6MWT and weight could be able to assess the aerobic power of the boys and to evaluation of the effects of exercise training on cardio-respiratory fitness.

Keywords: Children, 6-Minute Walk Test, Aerobic Power Prediction Equation.

*. f.nazem1336@gmail.com

مقدمه

اندازه‌گیری و پایش شاخص‌های مرتبط با سلامتی و آمادگی جسمانی از اصول مهم در پایش سلامت عمومی کودکان محسوب می‌شود. آمادگی قلبی-تنفسی یا توان هوازی، مهم‌ترین شاخص مرتبط با سلامتی است که در میادین ورزشی و مراکز مرتبط با تندرستی و نیز در مدارس اندازه‌گیری می‌شود (۱). توان هوازی بیانگر توانایی قلب، رگ‌های خونی، ریه، و عضلات در اجرای فعالیت‌های بدنی روزانه و فعالیت‌های ورزشی می‌باشد (۲). استاندارد طلایی ارزیابی توان هوازی، اندازه‌گیری مستقیم حداکثر اکسیژن مصرفی (VO_{2max}) با استفاده از دستگاه تجزیه و تحلیل گازهای تنفسی در آزمون‌های ورزشی فزاینده است (۲). به‌رغم آن، اندازه‌گیری مستقیم VO_{2max} به دلیل مشکلات اجرایی نظیر؛ پیچیدگی، هزینه زیاد، نیاز به کادر متخصص، زمانبر بودن و احتمال بروز حملات قلبی-تنفسی محدود شده است؛ بنابراین، اجرای این روش استاندارد در اغلب مواقع به‌ویژه زمانی که جمعیت‌های گسترده سنجش می‌شود با توجه به محدودیت هزینه و زمان مقدور نیست (۳). راه برون‌رفت از این مشکل اجرایی، استفاده از آزمون‌های میدانی زیر بیشینه برای برآورد VO_{2max} مستقیم است (۱،۲). آزمون‌های ورزشی میدانی زیر بیشینه یک تکنیک ارزان، ایمن، اجرایی و ساده برای برآورد توان هوازی است. این قسم آزمون‌های ورزشی مبتنی بر زمان یا مسافت است (۲). آزمون‌های میدانی متنوعی از جمله آزمون‌های پلکان و آزمون‌های پیاده‌روی و دویدن طراحی شده است (۲). از میان آزمون‌های میدانی، آزمون شش دقیقه پیاده‌روی ($6\text{-minute walk test (6-MWT)}$) به دلیل سادگی اجرا و مقبولیت در کودکان به‌طور گسترده در محیط‌های درمانی و سلامت به کار گرفته می‌شود (۳). در آزمون ۶ دقیقه پیاده‌روی، بیشینه مسافتی که فرد می‌تواند در مدت شش دقیقه با الگوی پیاده‌روی طی کند، اندازه‌گیری می‌شود (۴). مطالعات فراوانی اعتبار و پایایی آزمون شش دقیقه پیاده‌روی در کودکان را تایید کرده است (۵-۱۱).

در مطالعات پیشین همبستگی میان توان هوازی اندازه‌گیری شده به روش آنالیز گازهای تنفسی و مسافت پیموده‌شده در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی در کودکان و نوجوانان گزارش شده است ($R=0/44 - 0/723$) (۵،۱۲)، اما تا کنون معادله‌ای برای برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده‌روی در این رده سنی طراحی نشده است. در این زمینه، فقط یک مطالعه روی بچه‌های چاق، اقدام به طراحی معادله برآورد توان هوازی با استفاده از آزمون شش دقیقه پیاده‌روی نموده است که بر اساس نتایج مطالعه مذکور، توان هوازی بچه‌های چاق با متغیرهای مسافت پیموده‌شده در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی و BMI برآورد شدنی بود (۱۳). البته، در این مطالعه مقدار ضریب تعیین و خطای استاندارد برآورد گزارش نشده است. مطالعات دیگری در جمعیت‌های سالم و بیمار در دامنه سنی مختلف (کودک تا میانسال)، توانایی آزمون شش دقیقه پیاده‌روی را در برآورد توان هوازی تایید کرده است. برای نمونه، توان هوازی زنان چاق با مسافت پیموده‌شده در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی و یک معادله خطی برآورد شده است (۱۴)؛ همچنین توان هوازی بچه‌های بیمار با آزمون ورزشی شش دقیقه پیاده‌روی برآورد شدنی بود (۱۵،۱۶). علاوه بر این، در مطالعات

دیگری روی بزرگسالان سالم، گزارش شد که آزمون شش دقیقه پیاده‌روی به همراه متغیرهای دموگرافی با دقت قابل قبولی ممکن است توان هوازی این افراد را برآورد نماید ($R^2=0/72-0/76$) (۱۷،۱۸). با بررسی مطالعات پیشین در این زمینه، معادله برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده‌روی ویژه پسران سالم مشاهده نشد؛ بنابراین، هدف این مطالعه طراحی معادله بومی برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده‌روی و متغیرهای ترکیب بدن در دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی بود.

روش‌شناسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی و کاربردی بود که در آن ۱۹۲ پسر سالم ۸ تا ۱۲ ساله داوطلبانه شرکت کردند. در انتخاب مدارس سعی بر احتراز از سوگیری عواملی مانند تنوع جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی و تاثیری که بر سبک زندگی، ویژگی‌های آنروپومتری و نیز آمادگی قلبی-تنفسی نمونه‌های پژوهش دارد، بوده است؛ بنابراین، از میان مدارس مقطع ابتدایی سطح شهر شش مدرسه از مناطق متفاوت جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی شهر همدان به‌طور خوشه‌ای هدفمند انتخاب شد. پرسشنامه سلامتی به دانش‌آموزان ارائه و از آنها خواسته شد با مشورت والدین خود آنرا تکمیل نمایند. ملاک ورود به مطالعه، عدم ابتلا به بیماری‌های مرتبط با مشکلات قلبی-عروقی، تنفسی، عصبی-عضلانی، آناتومیکی و متابولیک در دانش‌آموزان بود که در زمان توزیع فرم رضایت‌نامه به دانش‌آموزان تذکر داده شد. فرایند پژوهش حاضر از سوی کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره کد کمیته اخلاق: IR.UMSHA.REC.1394.116 تایید گردید. در ضمن، نامه کتبی برای تایید سلامتی کامل و رضایت جهت شرکت دانش‌آموزان در مطالعه از والدین دانش‌آموزان با امضا و اثر انگشت اخذ شد. در آزمایشگاه فیزیولوژی ورزشی، متغیرهای سن (۱/۰ سال)، قد (سانتیمتر)، وزن (کیلوگرم) و شاخص توده بدن (BMI) (kg/m^2) به روش استاندارد اندازه‌گیری شد (۲). برای اندازه‌گیری مستقیم $\text{VO}_{2\text{max}}$ ، آزمودنی‌ها پروتکل تعدیل‌شده بروس را روی تردمیل مدل (h/p/cosmos Saturn 300/125 Germany) مجهز به دستگاه تجزیه و تحلیل گازهای تنفسی (PowerCube, Ganshorn Medizin Electronic GmbH, Germany) اجرا کردند.

به دلیل آن‌که مراحل ابتدایی این پروتکل سرعت و شیب ملایم داشت، آزمودنی‌ها به سادگی می‌توانستند با الگوی پیاده‌روی و سپس دویدن آرام روی تردمیل با کم‌ترین فشار آشنا شوند. نمونه گازهای تنفسی در اجرای آزمون استاندارد با استفاده از ماسک لاستیکی منعطف و متناسب با اندازه سر و صورت دانش‌آموزان که روی صورت تنظیم می‌شد (Hans Rudolph, Kansas City, MS, USA)، جمع‌آوری گردید و سپس با دستگاه خودکار گازآنالیزر تجزیه و تحلیل شد. به‌طوری‌که، در هر ۱۰ ثانیه، سنجش متغیرهای تنفسی ثبت و در نمایشگر متصل به دستگاه قابل مشاهده و ذخیره می‌شد. ضربان قلب آزمودنی‌ها به‌طور پیوسته در طول اجرای آزمون با تله‌متری مدل (Polar Heart Rate Transmitter Model T34 Germany) ثبت می‌شد که در نرم‌افزار تردمیل در نمایشگر در هر لحظه قابل مشاهده بود. زمان پایان پروتکل وامانده‌ساز و تعیین $\text{VO}_{2\text{max}}$ ، هنگامی مشخص می‌شد که در هر آزمودنی حداقل دو مورد از چهار

ملاک ذیل، مشاهده می‌شد: ۱) رسیدن به تواتر ضربان قلب $\leq 85\%$ حداکثر ضربان قلب محاسبه شده مطابق رابطه تاناکا (۱۹)، ۲) نسبت تبادل تنفسی (RER) $\leq 1/1$ ، ۳) مشاهده عدم تعادل در دویدن، ۴) واماندگی ارادی آزمودنی و امتناع از ادامه کار علیرغم تشویق‌های کلامی آزمونگر (۲۰). برای تعیین VO_{2max} ، میانگین بیش‌ترین VO_2 مصرفی ظرف ۲۰ ثانیه انتهای پروتکل استفاده می‌شد. از آزمودنی‌ها خواسته شده بود که پیش از اجرای آزمون آزمایشگاهی، از انجام هرگونه فعالیت بدنی نسبتاً شدید در ظرف ۴۸ ساعت پرهیز کنند؛ همچنین، به آزمودنی‌ها گفته شد که وعده غذایی خود را حداقل سه ساعت پیش از آزمون میل نموده و سپس از خوردن هر ماده غذایی دیگر غیر از آب، امتناع نمایند. روازنه قبل و بعد آزمون آزمایشگاهی، کالیبراسیون‌های مربوط به شرایط محیطی، حجم‌ها و نسبت گازهای کپسول اکسیژن مطابق دستورالعمل شرکت سازنده گازآنالایزر انجام می‌گرفت.

جدول ۱. مشخصات آزمودنی‌ها و متغیرهای اندازه‌گیری شده در تحقیق

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار
سن (سال)	۱۰/۲۱ \pm ۱/۴۸
قد (سانتی‌متر)	۱۴۲/۵۲ \pm ۹/۵۶
وزن (کیلوگرم)	۳۷/۱۳ \pm ۱۰/۰۲
BMI (کیلوگرم بر متر مربع)	۱۸/۰۳ \pm ۳/۳
ضربان قلب استراحت (ضربه در دقیقه)	۸۵/۲۲ \pm ۸/۹۳
حداکثر ضربان قلب برآورد شده* (ضربه در دقیقه)	۲۰۰/۸۵ \pm ۰/۸۶
VO_{2max} نسبی (میلی‌لیتر بر وزن بدن در دقیقه)	۴۰/۷۱ \pm ۵/۳۵
VO_{2max} مطلق (لیتر در دقیقه)	۱/۴۷۳ \pm ۰/۲۹۱
VO_2 آستانه لاکتات (میلی‌لیتر بر وزن بدن در دقیقه)	۲۶/۰۳ \pm ۶/۶۹
نسبت تبادل تنفسی (RER)	۱/۱۸ \pm ۰/۰۷
ضربان قلب پایانی آزمون بروس (ضربه در دقیقه)	۲۰۷/۸ \pm ۲/۴
مسافت پیموده شده در آزمون ۶ دقیقه پیاده‌روی (متر)	۶۹۰ \pm ۴۸
ضربان قلب پایان آزمون ۶ دقیقه پیاده‌روی (ضربه در دقیقه)	۱۷۹/۶۶ \pm ۹/۶۶

* حداکثر ضربان قلب برآورد شده بر اساس معادله تاناکا (سن $\times 0.7 - 20.8$) (۱۹).

آزمون شش دقیقه پیاده‌روی در راهرو آموزشگاه‌های منتخب و در صورت مساعدبودن آب و هوا در حیاط آموزشگاه در یک مسیر صاف و مستقیم به طول ۳۰ متر که دو انتهای مسیر با دو مخروط جهت دور زدن مشخص شده بود، مطابق رهنمودهای انجمن توراکس آمریکا (ATS) (۴) اجرا شد. مسیر رفت و برگشت پیاده‌روی هر سه متر مشخص شده بود تا در لحظه پایان آزمون، متراژ پایانی دقیقاً بر حسب متر محاسبه گردد. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا با کفش و لباس راحت در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی شرکت نموده و از شرکت در فعالیت بدنی شدید دو ساعت پیش از آزمون خودداری نمایند. قبل از آزمون دانش‌آموزان به مدت ۱۰ دقیقه روی صندلی نشسته و در پایان این دوره ضربان قلب (Polar-T34 Germany) در حالت

استراحت ثبت گردید. در ابتدا به دانش‌آموزان گفته شد که هدف از آزمون شش دقیقه پیاده‌روی بیش‌ترین مسافتی است که آن‌ها می‌توانند به‌طور رفت و برگشت با بیش‌ترین سرعت ترجیحی پیاده‌روی (و نه دویدن) طی نمایند. در طول آزمون، آزمودنی در هر دقیقه تشویق کلامی ساده و زمان باقی‌مانده را طبق رهنمودهای ATS دریافت می‌کرد (۴). در طی آزمون، ضربان قلب دانش‌آموزان در هر دقیقه با دستگاه ضربان‌سنج (تله‌متری) جهت اندازه‌گیری بار کار ثبت می‌شد. به محض پایان آزمون شش دقیقه پیاده‌روی، از آزمودنی خواسته می‌شد تا در محل ایستاده که در این لحظه ضربان قلب مجدداً اندازه‌گیری شده و سپس مسافت طی شده محاسبه می‌گردید. برای حذف سوگیری ناشی از اثر آزمونگر، تمامی آزمون‌ها با یک آزمون‌گر اجرا شد. لازم به ذکر است که اعتبار ($r=0/638, p\leq 0/001$) و پایایی ($ICC=0/97$) آزمون شش دقیقه پیاده‌روی در کودکان و نوجوانان ایرانی ارزیابی و تایید شده است (۱۲).

با توجه به این‌که هدف پژوهش طراحی معادله برآورد VO_{2max} در پسران بود، برای محاسبه نمونه آماری که منجر به یک معادله مناسب شود، از فرمول $EPV \geq 20$ استفاده شد (۲۱). در این فرمول به ازای هر متغیر مستقل تاثیرگذار در معادله رگرسیونی حداقل ۲۰ آزمودنی باید انتخاب شود. بر اساس مطالعات گذشته متغیرهایی که در مدل برآورد VO_{2max} بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده‌روی تاثیرگذار بودند، مشخص گردید؛ بر این اساس، چهار متغیر وزن، BMI، ضربان قلب استراحت و مسافت پیموده‌شده لحاظ گردید (۱۸-۱۲)؛ بنابراین، مطابق رابطه فوق حداقل نمونه آماری ۱۰۰ نفر می‌باشد که برای اطمینان بیش‌تر و افزایش دقت مطالعه و نیز با در نظر گرفتن احتمال انصراف آزمودنی‌ها در مدت پژوهش، نمونه آماری بیش‌تری لحاظ گردید که در پایان ۱۹۲ دانش‌آموز پسر سالم ۷ تا ۱۲ ساله برای تجزیه و تحلیل‌های آماری در اختیار پژوهشگر بود. برای بررسی ارتباط توان هوازی با متغیرهای مستقل از همبستگی پیرسون استفاده شد. به منظور طراحی معادله بومی برآورد توان هوازی، از رگرسیون چندمتغیره (step-wise) و برای راستی‌آزمایی معادله طراحی‌شده از همبستگی پیرسون و مدل گرافیکی بلاند-آلتمن میان توان هوازی اندازه‌گیری‌شده و برآوردشده در آزمودنی‌های حاضر استفاده شد. به منظور ارزیابی قدرت و اعتبار معادله طراحی‌شده، از مولفه‌های ضریب تعیین (r^2) خطای استاندارد برآورد (SEE) و خطای استاندارد برآورد نسبی (%SEE) ($100 \times$ میانگین $6MWD$ اندازه‌گیری‌شده / SEE) استفاده شد (۲۲). تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح آماری $P \leq 0/05$ انجام شد.

یافته‌ها

مشخصات آزمودنی‌ها، نتایج آزمون شش دقیقه پیاده‌روی و پروتکل وامانده‌ساز در جدول شماره ۱ ارایه شده است. میانگین VO_{2max} اندازه‌گیری‌شده به‌روش آنالیز گازهای تنفسی $40/71 \pm 5/35$ ml/kg/min بود. آزمودنی‌ها حداکثر سعی ارادی خود را برای احراز VO_{2max} واقعی‌شان اجرا کردند، به‌طوری‌که آن‌ها پروتکل بروس تعدیل‌شده را با $207/8$ ضربان قلب در دقیقه که معادل با فشار کار 103 درصد حداکثر ضربان

1. Event Per Variable (EPV)

قلب نظری‌شان بود، به پایان رساندند و نسبت تبادل تنفسی در انتهای آزمون فزاینده معادل ۱/۱۸ بود (جدول ۱) که این نتایج مهر تاییدی بر واقعی بودن VO_{2max} آزمودنی‌ها بود؛ همچنین، دانش‌آموزان آزمون شش دقیقه پیاده‌روی را با فشار کار ۸۶ درصد حداکثر ضربان قلب اندازه‌گیری شده‌شان (۱۷۹/۶۶ ضربه در دقیقه) به پایان رساندند. همبستگی معناداری میان توان هوازی اندازه‌گیری شده با آزمون شش دقیقه پیاده‌روی و دیگر متغیرهای مستقل مشاهده شد ($r=0.734-0.25$) ($p \leq 0.001$) (جدول ۲). بر اساس الگوی رگرسیون خطی چند متغیره، توان هوازی پسران کودک سالم ایرانی با متغیرهای وزن و مسافت پیموده شده در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی مطابق معادله زیر قابل برآورد بود (0.001).

$$VO_{2max} \text{ (ml/kg/min)} = 0.359 + 0.067 \times 6MWT \text{ (متر)} - 0.286 \times \text{وزن (کیلوگرم)}$$

اعتبار مدل بومی برآورد توان هوازی با مشاهده همبستگی بالا میان توان هوازی اندازه‌گیری شده و برآورد شده در آزمودنی‌های حاضر تایید شد ($r=0.861$, $p \leq 0.001$) (شکل ۱). در شکل ۲ نمودار توافق بلاند-آلتن مشاهده می‌شود. در این نمودار میانگین ظرفیت عملی برآورد شده و اندازه‌گیری شده (محور افقی) در برابر اختلاف میانگین ظرفیت عملی برآورد شده و اندازه‌گیری شده (محور عمودی) ارایه شده است. میانگین اختلاف‌ها و فاصله اطمینان ۹۵ درصد ($Mean \pm 2SD$) ($-0.241 \pm 2/7$) به ترتیب با خطوط صاف و نقطه چین مشخص شده است.

جدول ۲. ماتریکس همبستگی ظرفیت عملی با متغیرهای مستقل

متغیرها	توان هوازی نسبی (ml/kg/min)	توان هوازی مطلق (L/min)	سن (سال)	قد (سانتی‌متر)	وزن (کیلوگرم)	شاخص توده بدن (کیلوگرم بر مجذور قد)
توان هوازی نسبی (ml/kg/min)	-					
توان هوازی مطلق (L/min)	-0.075	-				
سن (سال)	-0.046	0.680**	-			
قد (سانتی‌متر)	-0.250**	0.772**	0.768**	-		
وزن (کیلوگرم)	-0.634**	0.780**	0.563**	0.758**	-	
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر مجذور قد)	-0.734**	0.584**	0.293**	0.415**	0.902**	-
آزمون شش دقیقه پیاده‌روی (متر)	0.682**	0.301**	0.416**	-0.270**	-0.165*	-0.404**

* $p \leq 0.05$ ، ** $p \leq 0.001$

بحث

این مطالعه اولین تلاش برای طراحی معادله برآورد توان هوازی با آزمون ساده و ایمن شش دقیقه پیاده‌روی در کودکان سالم در ایران است. در این مطالعه آزمون شش دقیقه پیاده‌روی همبستگی خوبی با توان هوازی اندازه‌گیری شده در پسران داشت ($r=0/682$ ، $p\leq 0/001$)؛ همچنین، توان هوازی پسران ایرانی با متغیرهای وزن و مسافت طی شده در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی قابل برآورد بود ($r=0/74$ ، $p\leq 0/001$) $2/74$ ml/kg/min. $SEE=0/743$ ، $r^2=0/743$). استفاده از آزمون‌های ورزشی فزاینده به منظور اندازه‌گیری توان هوازی، به دلیل مشکلات اجرایی و ایمنی آزمودنی‌ها، از دغدغه‌های محققان و مربیان و نیز آزمودنی‌ها محسوب شده که کاربست این آزمون‌های استاندارد را محدود کرده است (۲). تلاش‌های فراوانی برای طراحی معادلات ورزشی پیشگو به منظور برآورد توان هوازی صورت گرفته است. مطالعات قبلی کارایی آزمون ورزشی با شدت زیربیشینه را در برآورد توان هوازی تایید کرده است (۱۸، ۱۷، ۱۴، ۱۳). براساس مطالعات گذشته، آزمون شش دقیقه پیاده‌روی با ویژگی ایمنی، سادگی، ارزان بودن و عدم نیاز به امکانات خاص، به عنوان یک آزمون زیربیشینه، ممکن است جایگزین مناسبی برای آزمون‌های گران‌قیمت و پیچیده استاندارد آزمایشگاهی باشد (۲۳، ۳). میزان مسافتی که در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی طی می‌شود، اغلب برای ارزیابی کارایی دستگاه قلبی- تنفسی کودکان استفاده شده است (۲۴)؛ به بیان دیگر، میزان مسافت طی شده در این آزمون میدانی بازتابی از کارایی دستگاه قلب و عروق و تنفس است اما، مطالعات محدودی صحت مسافت پیموده شده را با روش مستقیم اندازه‌گیری VO_{2max} بررسی کرده‌اند (۱۲، ۵). مطالعه حاضر همسو با مطالعات پیشین در بچه‌های سالم در هنگ‌کنگ ($R=0/44$)، اعتبار آزمون شش دقیقه پیاده‌روی را در انعکاس آمادگی قلبی- تنفسی نشان داد (۵). به طوری که ارتباط میان مسافت پیموده شده در آزمون شش دقیقه پیاده‌روی با VO_{2max} واقعی پسران ($R=0/682$) مشاهده شد؛ از سوی دیگر، ارتباط میان توان هوازی با آزمون شش دقیقه پیاده‌روی در بچه‌های مبتلا به چاقی، بیماری‌های قلبی-تنفسی و بیماری‌های حاد گزارش شده است (۲۶، ۲۵، ۱۳، ۷)؛ همچنین، همسو با مطالعات پیشین (۲۸، ۲۷) متغیرهای وزن ($R= -0/682$) و BMI ($R= -0/734$) همبستگی مناسبی با توان هوازی اندازه‌گیری شده داشت. به نظر می‌رسد در میان متغیرهای ترکیب بدنی که به راحتی و با کم‌ترین امکانات و بدون آموزش خاصی اندازه‌گیری می‌شوند، متغیرهای وزن و BMI جزو متغیرهای تاثیرگذار بر توان هوازی کودکان است اما، اختلاف مقادیر گزارش شده راجع به همبستگی میان عوامل آنتروپومتری با توان هوازی اندازه‌گیری شده در مطالعات مختلف ممکن است به دلایل تنوع در نژاد، دامنه سنی، جنس، وضعیت سلامتی و بیماری آزمودنی‌های پژوهش باشد. از سوی دیگر در مطالعه حاضر همبستگی منفی ناچیزی ($R= -0/046$ ، $P=0/524$) میان سن و توان هوازی نسبی (میلی‌لیتر بر کیلوگرم وزن بدن در دقیقه) در کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مشاهده شد؛ که نشان می‌دهد عامل سن تاثیر چندانی در تغییرات توان هوازی نسبی کودکان ندارد. در پژوهش حاضر همبستگی مثبت بالایی ($P\leq 0/001$)، میان سن و توان هوازی مطلق (لیتر در دقیقه) در کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مشاهده شد؛ به این معنی

که، عامل سن در افزایش توان هوازی مطلق پسران ۸ تا ۱۲ ساله به شدت تاثیرگذار است. این نتیجه همسو با منابع علمی است به طوری که در سنین کودکی و نوجوانی، توان هوازی مطلق (L/min) در هر دو جنس بطور یکنواخت و به موازات افزایش اندازه بدن، با شیبی تند افزایش می یابد. در پسران این افزایش تا پایان دوره نوجوانی ادامه دارد، اما در دختران تا سن ۱۲ یا ۱۳ سالگی افزایش چشمگیری می یابد. این الگو در توان هوازی نسبی ($ml/kg/min$) صدق نمی کند و توان هوازی نسبی در پسران در دوره کودکی و نوجوانی تقریباً ثابت است. در مقایسه، توان هوازی نسبی در دختران در دوره نوجوانی به دلیل افزایش بافت چربی بدن در آنها کاهش می یابد (۲۹). ممکن است یک دلیل برای همبستگی منفی میان توان هوازی نسبی با سن در آزمودنی های حاضر کاهش نامحسوس میزان فعالیت بدنی در دانش آموزان ابتدایی همزمان با افزایش سن باشد.

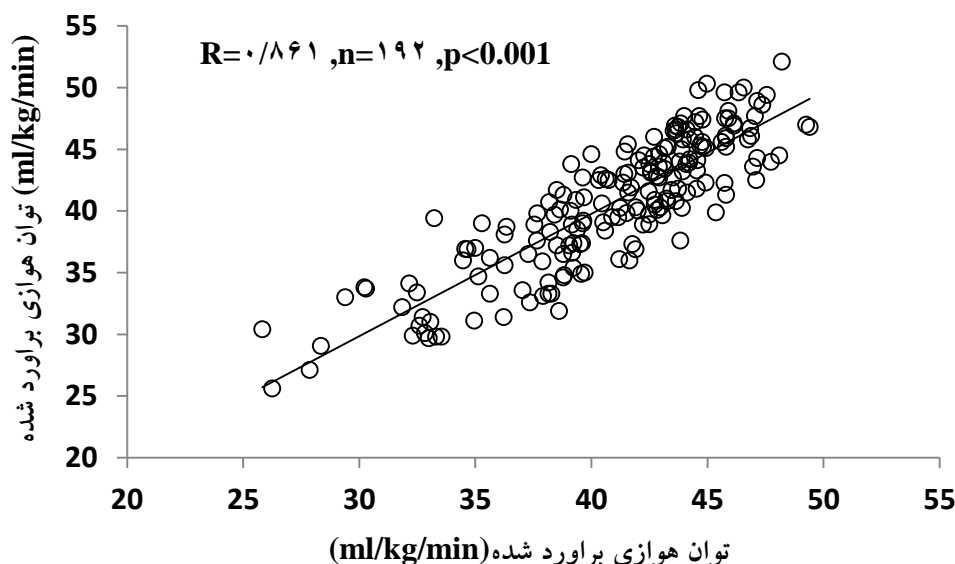
در پسران مطالعه حاضر، همبستگی آزمون میدانی شش دقیقه پیاده روی با توان هوازی نسبی چشمگیرتر از توان هوازی مطلق بود. این نتیجه بیانگر این است که در ارزیابی توان هوازی کودکان به دلیل این که پسران در حال رشد و نمو هستند، مناسب است از مقیاس نسبی توان هوازی استفاده شود. این نکته همسو با منابع علمی است که بیان می کند که توان هوازی نسبی در کودکان و نوجوانان در مقایسه با توان هوازی مطلق بسیار حساس تر است (۲۹). با توجه به موارد ذکر شده، در این حوزه هیچ معادله برآورد توان هوازی کودکان بر مبنای آزمون میدانی شش دقیقه پیاده روی در پسران کودک سالم طراحی نشده است. در بزرگسالان معادلات برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده روی طراحی شده است (۱۴، ۱۷، ۱۸). معادله های برآورد توان هوازی منتشر شده بر مبنای آزمون های ورزشی میدانی مقادیر متنوعی از ضریب تعیین ($R^2=0.42-0.91$) و خطای استاندارد برآورد ($SEE=2.05-4.57 ml/kg/min$) گزارش کرده اند (۱، ۳). در مطالعه حاضر مقادیر ضریب تعیین و خطای استاندارد معادله برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده روی در دامنه خوبی گزارش شد ($r^2=0.743$ ، $SEE=2.74 ml/kg/min$ ، $p \leq 0.001$) که بر این مبنا عوامل وزن و مسافت طی شده در آزمون شش دقیقه پیاده روی ممکن است ۷۳ درصد از واریانس توان هوازی پسران کودک سالم را تبیین کنند. خطای برآورد نسبی ($\%SEE$) این معادله بومی $ml/kg/min$ ۲/۷۴ است که معادل ۶/۶۴ درصد میانگین توان هوازی اندازه گیری شان می باشد. اختلاف در تعداد نمونه آماری، نوع و تعداد متغیرهای مستقل پیشگو و روش اندازه گیری مستقیم VO_{2max} ممکن است دامنه گسترده مقادیر ضریب تعیین و خطای استاندارد برآورد گزارش شده در مطالعات مختلف را تبیین کند.

جدول ۳. الگوی رگرسیون برآورد توان هوازی

SEE	β	Coefficients (B)	VO_{2peak} Constant
۳/۱۱۳		۵/۳۹۵	
۰/۰۰۴	۰/۵۹۵ *	۰/۰۶۷	آزمون 6MWT (متر)
۰/۰۲۰	-۰/۵۳۳ *	-۰/۲۸۶	وزن (کیلوگرم)

* $(r^2=0.743, SEE=2.74 ml/kg/min), p \leq 0.001$

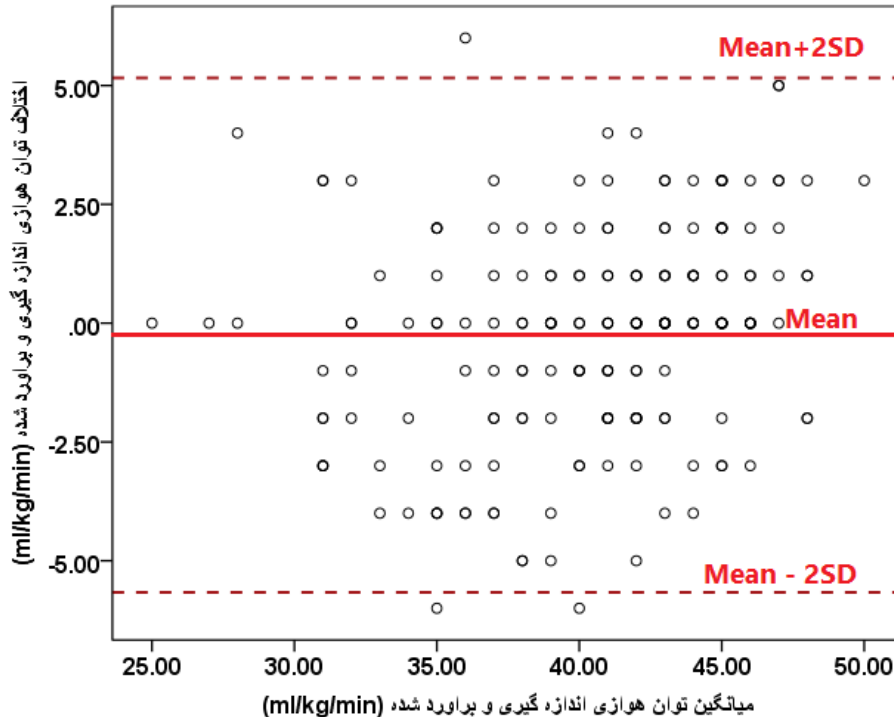
در مطالعه حاضر صحت مدل بومی در برآورد توان هوازی، با بررسی همبستگی میان توان هوازی اندازه‌گیری شده و برآورد شده و نیز روش گرافیکی و کیفی بلاند آلمن (۳۰) در آزمودنی‌های حاضر بررسی و تایید گردید. به طوری که همبستگی زیادی میان دو روش مستقیم و برآورد توان هوازی مشاهده شد ($r=0/861, p \leq 0/001$) (شکل ۱)؛ همچنین، همانطور که در نمودار بلاند-آلمن مشاهده می‌شود میانگین ظرفیت عملی برآورد شده و اندازه‌گیری شده (محور افقی) در برابر اختلاف میانگین ظرفیت عملی برآورد شده و اندازه‌گیری شده (محور عمودی) ارایه شده است. میانگین اختلاف‌ها و فاصله اطمینان ۹۵ درصد ($Mean \pm 2SD$) $(-0/241 \pm 2/7)$ به ترتیب با خطوط صاف و نقطه‌چین مشخص شده است. این نمودار حاکی از آن است که برآورد ظرفیت عملی با معادله بومی طراحی شده در آزمودنی‌های حاضر از دقت خوبی برخوردار است. اما، به منظور اعتماد بیش‌تر به این مدل بومی و تعمیم‌پذیری بیش‌تر این آزمون در پسران کودک، اعتبارسنجی این معادله بومی در یک جمعیت دیگر سالم یا بیمار لازم به نظر می‌رسد که به مطالعات آتی نیازمند است.



شکل ۱. همبستگی بین توان هوازی اندازه‌گیری شده و برآورد شده در پسران

باید اذعان داشت که مقدار ضریب تعیین پیش‌بین برابر $R^2=0/743$ و خطای برآورد ($ml/kg/min$) $SEE=2/74$ مقداری قابل ملاحظه است؛ به بیان دیگر، در این معادله برآورد ظرفیت عملی مقدار $R=0/863$ بوده است. مقدار ضریب تعیین و خطای برآورد معادله بومی برآورد ظرفیت عملی در مطالعه حاضر همسو با مطالعات قبلی در رابطه با معادلات برآورد ظرفیت عملی با آزمون بیشینه و زیربیشینه دیگر جمعیت‌ها است (۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸). همچنین بر اساس آزمون تی همبسته تفاوت معناداری میان ظرفیت عملی اندازه‌گیری شده (میلی‌لیتر بر وزن بدن $40/71 \pm 5/35$) و برآورد شده (میلی‌لیتر بر وزن بدن $40/95 \pm 4/66$) مشاهده نشد

($P=0/221$) میلی‌لیتر بر وزن بدن در دقیقه ($=0/241$ میانگین اختلاف). این نتیجه نیز موید صحت مدل بومی برآورد ظرفیت عملی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده‌روی است.



شکل ۲. نمودار بلاند - آلتمن: میانگین ظرفیت عملی برآورد شده و اندازه‌گیری شده (محور افقی) در برابر اختلاف میانگین ظرفیت عملی برآورد شده و اندازه‌گیری شده (محور عمودی). میانگین اختلاف‌ها و فاصله اطمینان ۹۵ درصد ($Mean \pm 2SD$) ($-0/241 \pm 2/7$) به ترتیب به وسیله خطوط صاف و نقطه چین مشخص شده است.

با توجه به اهمیت اندازه‌گیری کارایی دستگاه قلبی-تنفسی که شاخص اصلی آمادگی جسمانی و بهداشت جسم افراد سالم و بیمار است (۳۱)، استفاده از معادله بومی برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون زیر بیشینه شش دقیقه پیاده‌روی اهمیت کاربرد این معادله بومی را برجسته می‌کند. از نقاط ضعف این مطالعه نبود اطلاعات مربوط به دختران کودک سالم است که مطالعات آینده در این جنس ضروری است. با استناد به اطلاعات موجود، مقاله حاضر اولین پژوهش در طراحی معادله برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون میدانی شش دقیقه پیاده‌روی ویژه پسران کودک سالم است. نمونه آماری نسبتاً بزرگ (۱۹۲ نفر) و اندازه‌گیری مستقیم VO_{2max} با پروتکل تردمیل درمانده‌ساز بروس تعدیل‌شده به همراه آنالیز گازهای تنفسی از محاسن این مطالعه است. نظر به این‌که اجرای آزمون شش دقیقه پیاده‌روی و متغیرهای ترکیب بدن در هر مدرسه، سالن ورزشی و نیز کلینیک‌های درمانی به سادگی قابل اندازه‌گیری می‌شود، بنابراین، کاربست معادله بومی برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده‌روی برای ارزیابی آمادگی قلبی-تنفسی به‌ویژه در جمعیت‌های بزرگ اهمیت دارد.

نتیجه گیری

مربیان ورزش و تندرستی و معلمان تربیت بدنی با کاربست معادله بومی برآورد توان هوازی بر مبنای آزمون شش دقیقه پیاده روی با ویژگی سادگی، ایمنی و ارزانی، می توانند برآورد نسبتاً دقیقی از توان هوازی پسران کودک سالم در اختیار داشته باشند. به نظر می رسد معادله بومی توان هوازی بر مبنای آزمون میدانی شش دقیقه پیاده روی ممکن است در ارزیابی تاثیر برنامه های ورزشی بر کارایی دستگاه قلبی-تنفسی کودکان سودمند باشد که نیاز به مطالعات آینده دارد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مستخرج از پایان نامه دکتری فیزیولوژی ورزشی در دانشگاه بوعلی سینا است. و برای این موضوع نویسندگان این اثر از همکاران در دانشگاه بوعلی سینا، اداره آموزش و پرورش نواحی یک و دو شهرستان همدان، دانش آموزان و والدین آنها که صمیمانه همکاری داشتند، تشکر می نمایند.

منابع

1. Abut, F., Akay, M.F. (2015). Machine learning and statistical methods for the prediction of maximal oxygen uptake: recent advances. *Medical Devices (Auckland, NZ)*. 8: 369-79.
2. Medicine ACoS. (2013). ACSM's health-related physical fitness assessment manual: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Mayorga-Vega, D., Bocanegra-Parrilla, R., Ornelas, M., Viciano, J. (2016). Criterion-related validity of the distance- and time-based walk/run field tests for estimating cardiorespiratory fitness: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 11(3): e0151671.
4. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. (2002). *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 166(1): 111-7.
5. Li, A.M., Yin, J., Yu, C.C.W., Tsang, T., So, H.K., Wong, E., Chan, D., Hon, E.K.L., Sung, R. (2005). The six-minute walk test in healthy children: reliability and validity. *The European Respiratory Journal*. 25: 1057-60.
6. Geiger, R., Strasak, A., Tremel, B., Gasser, K., Kleinsasser, A., Fischer, V., Geiger, H., Loeckinger, A., Stein, J.I. (2007). Six-minute walk test in children and adolescents. *The Journal of pediatrics*. 150(4): 395-9.
7. Morinder, G., Mattsson, E., Sollander, C., Marcus, C., Larsson, U.E. (2009). Six-minute walk test in obese children and adolescents: reproducibility and validity. *Physiotherapy Research International : the Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy*. 14(2): 91-104.
8. Lesser, D.J., Fleming, M.M., Maher, C.A., Kim, S.B., Woo, M.S., Keens, T.G. (2010). Does the 6-min walk test correlate with the exercise stress test in children? *Pediatric Pulmonology*. 45(2): 135-40.
9. Limswan, A., Wongwandee, R., Khowsathit, P. (2010). Correlation between 6-min walk test and exercise stress test in healthy children. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway)*. 99(3): 438-41.
10. Boucault, R., Fernandes, M., Oliveira Carvalho, V. (2013). Six-minute walking test in children. *Disability and Rehabilitation*. 35(18): 1586-7.
11. Goemans, N., Klingels, K., van den Hauwe, M., Van Orshoven, A., Vanpraet, S., Feys, H., Buyse, G. (2013). Test-retest reliability and developmental evolution of the 6-min walk test in Caucasian boys aged 5-12 years. *Neuromuscular Disorders: NMD*. 23(1): 19-24.
12. Jalili, M., Nazem, F. (2017). Evaluation of validity and reliability of diagnostic 6 minute walk test (6MWT) in the measurement of cardio-respiratory efficiency with gass exchange analysis in boys. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 16(2): 209-22.
13. Vanhelst, J., Fardy, P.S., Salleron, J., Béghin, L. (2013). The six-minute walk test in obese youth: reproducibility, validity, and prediction equation to assess aerobic power. *Disability and Rehabilitation*. 35(6): 479-82.
14. Metz, L., Thivel, D., Peirrerera, B., Richard, R., Julian, V., Duclos, M. (2017). A new equation based on the 6-min walking test to predict VO2peak in women with obesity. *Disability and Rehabilitation*. 40(14): 1702-7.
15. Zapico, A.G., Fuentes, D., Rojo-Tirado, M.A., Calderon, F.J., Rosenzweig, E.B., Garofano, R.P. (2016). Predicting peak oxygen uptake from the 6-minute walk test in patients with pulmonary hypertension. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 36(3): 203-8.
16. Harmsen, W.J., Ribbers, G.M., Slaman, J., Heijenbrok-Kal, M.H., Khajeh, L., van Kooten, F., Neggers, S.J., van den Berg-Emons, R.J. (2017). The six-minute walk test predicts cardiorespiratory fitness in individuals with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 24(4): 250-5.
17. Burr, J.F., Bredin, S.S., Faktor, M.D., Warburton, D.E. (2011). The 6-minute walk test as a predictor of objectively measured aerobic fitness in healthy working-aged adults. *The Physician and Sportsmedicine*. 39(2): 133-9.

18. Cao, Z.B., Miyatake, N., Aoyama, T., Higuchi, M., Tabata, I. (2013). Prediction of maximal oxygen uptake from a 3-minute walk based on gender, age, and body composition. *Journal of Physical Activity & Health*. 10(2): 280-7.
19. Tanaka, H., Monahan, K.D., Seals, D.R. (). Age-predicted maximal heart rate revisited. *Journal of the American College of Cardiology*. 37(1): 153-6.
20. Winter, E.M., Jones, A.M., Davison, R.C.R., Bromley, P.D., Mercer, T.H. (2006) . *Sport and exercise physiology testing guidelines: volume I—sport testing: The British Association of Sport and Exercise Sciences Guide*: Routledge.
21. Ogundimu, E.O., Altman, D.G., Collins, G.S. (2016). Adequate sample size for developing prediction models is not simply related to events per variable. *Journal of Clinical Epidemiology*. 76: 175-82.
22. Hinkle, D., Wiersma, W., Jurs, S.G. (2003) . *Applied statistics for the behavioral sciences*. Fifth edition.
23. Du, H., Newton, P.J., Salomonson, Y., Carrieri-Kohlman, V.L., Davidson, P.M. (2009). A review of the six-minute walk test: its implication as a self-administered assessment tool. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 8(1): 2-8.
24. Jalili, M., Nazem, F. (). Design and cross-validation of six-minute walk test (6MWT) prediction equation in Iranian healthy males aged 7 to 16 years. *Iranian Journal of Ergonomics*. 5(2): 17-25.
25. Moalla, W., Gauthier, R., Maingourd, Y., Ahmaidi, S. (2005). Six-minute walking test to assess exercise tolerance and cardiorespiratory responses during training program in children with congenital heart disease. *International Journal of Sports Medicine*. 26(09): 756-62.
26. Nixon, P.A., Joswiak, M.L., Fricker, F.J. (1996). A six-minute walk test for assessing exercise tolerance in severely ill children. *The Journal of Pediatrics*. 129(3): 362-6.
27. De Araujo, S., Miguel-dos-Santos, R., Silva, R., Cabral-de-Oliveira, A. (2015). Association between body mass index and cardiorespiratory fitness as predictor of health status in schoolchildren. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*. 8(2):73-8.
28. Sharma, M., Kamal, R., Chawla, K. (2016). Correlation of body composition to aerobic capacity; A cross sectional study. *International Journal of Applied Research*. 2(1):38-42.
29. van Rossum, J.H. (1987). *Life span motor development: Kathleen M. Haywood*, Champaign, IL: Human Kinetics Publishers. pp. 339. (hard cover). ISBN: 0-87322-054-4: North-Holland.
30. Bland, J.M., Altman, D.G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1: 307-10.
31. Tveter, A.T., Dagfinrud, H., Moseng, T., Holm, I. (2014). Measuring health-related physical fitness in physiotherapy practice: reliability, validity, and feasibility of clinical field tests and a patient-reported measure. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 44(3): 206-16.