بررسی پایایی اینترریت آزمون لغزش خارجی کنف درارزیایی غیرقریگین و اختلال
عملکرد کنف در افراد مبتلا به پاتولوژی مفصل شانه

دکترحمضی، باقری، هادی سرافراز، دکتر نورالدین نخستی، محمد معصومی خردادی، دکتر غلامرضا علیباف، دکتر

چکیده
زیمتی و هدف: تغییر در وضعیت کنف و حرکت آن، توانایی اختلال عملکرد شانه را بالا می‌برد. بسیاری از محققین معتقدند که ارزیابی وضعیت
کنف باید یک قسمت از برنامه جامع ارزیابی مبتلا به اختلال عملکردی شانه باشد. عدم توانایی در تهیه علائم اختلالی اعمال شده به کنف می‌تواند
از آزمون لغزش خارجی کنف برای حرکت و وضعیت غیرقابی کنف استفاده کرده Kibler منجر به حرکت و وضعیت غیرقابی کنف شود. هدف این آزمون بیورور بقایی، ارزیابی وضعیت
قدرت عضلانی شانه، استفاده کنف برای عملکردی و استفاده از گریزگر کنف شانه برای ایجاد سبب طراحی می‌گردد.

استادیواران کنف در بالین، کنف افراد مبتلا به پاتولوژی مفصل شانه استفاده از ایزور پتیتار نظیر کالیبرب در مقایسه تصاحب کنف می‌توانند
به پیمان باشند. هدف این تحقیق بررسی پایایی اینترریت آزمون لغزش خارجی کنف در افراد مبتلا به پاتولوژی مفصل شانه استفاده از ایزور پتیتار نظیر کالیبرب در مقایسه

جابه‌ها: همکاران ما آزمون آماری ICC برای دقت پایایی و آزمون معنا‌دار بودن تفاوت‌های همبستگی با مقایسه ضریب

پایایی‌ها از آزمون آماری ICC برای دقت پایایی و آزمون معنا‌دار بودن تفاوت دو ضریب همبستگی با مقایسه ضریب

و برای کلمه‌ای (poor-fair) /0.50-0.70 ICC و برای کلمه‌ای (poor-fair) /0.50-0.70 ICC و برای کلمه‌ای (poor-fair) /0.50-0.70 ICC 

استاندارد ادای گرای (SEM) با کلامی در تمام وضعیت‌ها از متر توانایی کنتر بود. کمترین خطای محوریت به وضعیت سوم آزمون در سطح

کلمه‌ای. به بیانی کمکی در کناف، کناف در وضعیت سوم با مت و کلامی ب(rota) و وضعیت سوم آزمون نیاز به اصلاح داشت. البته با یاد

واگذاری‌کننده آزمون لغزش خارجی کنف، کناف در وضعیت سوم، داتانشکده، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نبشته‌منسول: بازیارگر آموزشی فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

hbagheri@sina.tums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: آذر 1385

نوبت خواندن: دوره 1386 علمی سیاست گذاری والسیکاپی
در وضعیت استراحت، کتف شا‌های باید به صورت قرینه باشند که این تنش‌انه‌نه‌ده عامل تعامل عضلات شا‌های باید به صورت قرینه باشد (نحوه باشند (5.2) عدم تعادل در نیروهای عضلاتی آن شده به کننده می‌تواند جهت حرکت و وضعیت غیرنرمال کننده شود (5.9) اصطلاح لغزش خارجی استاکولا برای حرکت و وضعیت غیرنرمال کننده استفاده کرده است. و به آن اساس آزمون لغزش خارجی کننده را ارائه کرده این آزمون به عنوان یکی از کمین در ارتباط استراحت اسلتاپلیز و آستانهای استراحتی عملکردی کردن شا‌های این ارائه کرده که آزمون نسبت به بقیه آزمون‌های موجود برای ارزیابی کمی پوزیشن استراحت استاکولا آسانتر و کلیت‌کننده است و احیا به این خاص ندارد (10).}

مقدمه
ربع فوقانی بدن شامل استخوان یپس سری، مهره های گردنی، مهره ی پشتی فوقانی کمیند شانه آی، اندازهای فوقانی همراه با انتقال های نرم و اعصاب و عروق مربوط می‌باشد. (1) ربع فوقانی واحد مکانیکی پیچیده است با اتصالات بیشماری که به صورت عملکردی و رفتاری به کبدیگر وابسته استند به طوری که تعیین وضعیت و عملکرد یکی وضعیت و عملکرد یکی را تعیین می‌نماید. در میان اجزای نامبرده، جمع‌بندی، وضعیت به مقایسه با سایر مقاصل بین اجزاء انجام حرکت در دانه بسیار زیاد را می‌نماید (2). این مجموعه دانه باید برای انجام عملکرد باید به عنوان یک پایه با تاثیر فعالیت و حرکات فعال اندام فوقانی ایجاد نکنند (2 و 3). کیفیت حرکت و ثبات مجموعه شانه در تنش راستا مستقیم پوشچرال تعادل و ارتباط مناسب طول تانسیون عضلات به دست می‌آید. حرکات مطلوب در این مجموعه به ارتباط متقابل بین کنگ و گلوکومارل نیز بستگی دارد (4). وضعیت استاکولا باید در ثبات مجموعه شانه و همچنین تفاوت مقاومت همه‌گیری عضلانی چه ایجاد اگر همگام فعالیت عضلاتی اینکه مسیرهای حرکات فعالیت عضلاتی ارتباط مستقیم دارد (5). اختلال وضعی و راستای نامناسب پوشچرال باعث برهم‌زدن تعادل عضلات و ارتباط نامناسب طول و تانسیون عضلانی، عدم تثبیت سطح مفصلی، شیل لیگامانی و تغییر در آرتیروکاپیتانیک و دامنه حركات فعالیت عضلاتی و نهایتاً منجر به محدودیت های عملکردی باید اکتشاف عملکردی که عبارت است از محدودیت توانایی انجام یک عمل فیزیکی با انجام فعالیتی به یک طریق کارا و صمیمی می‌گردد (6).}

تولیدی نوین دانشکده توانبخشی - دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره 12، شماره 1، 1386

Downloaded from mrj.tums.ac.ir at 19:30 IRST on Friday March 6th 2020
تواتشیئی تیلبی، دانشگاه آزاد تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، 1389، شماره 1، ص 1359.

بررسی پایایی اینتر یا اینتر متری آزمون لغزش خارجی کشف در ارزیابی غیر قمی و ارزیابی واکنش به خطر و همکاران در سال 1996 به بررسی پایایی Tjonch آزمون لغزش خارجی کشف و روش Devita پرداختند. پایایی اینتر یا اینتر برای هر دو تکنیک بدون تفاوت معادل است. در تمام غلوب و مکلوم (46) و برای پایایی اینتر 90/100 بود پایایی خوب تا متوسط درست آزمون در کنار دند و درست دو آزمون کشف و وضعیت سوم (90) درجه ادابکسین و جرخش داخلي پایایی ضعیف (poor) بود. در اینجا وضعیت افراد به هنگام آزمون نشسته بود. پیشنهاد شده که روش در جمعیت افراد مبتلا به پاتولوژی‌های انقباضی شود (12).

در سال 1998 Kibler این آزمون را در Over ورزشکاران غیر علائم دار که فعالیت‌هایی داشتند و در سه وضعیت یا در کنار بدن، دست ها روی کشف سوم در وضعیت سوم و آزمون در 90 درجه ادابکسین و جرخش داخلي شانه بررسی کرد. پایایی اینتر یا اینتر یا اینتر یا برای هر دو وضعیت اول و دوم و سوم به ترتیب برای سمت غلوب و مکلوم و پایایی اینتر یا اینتر یا ICC و آزمون ردپم دو جلسه ریز این در آزمون انقباض شد (12).

در سال 2005 Njis همکاران به بررسی پایایی و اهمیت کلینیکال سه تست مهم از جمله آزمون لغزش خارجی کشف در پیمان مبتلا به درد شانه پرداختند. پایایی اینتر یا اینتر یا برای هر سه وضعیت از ICC = 0.87 و پایایی اینتر یا ICC وضعیت‌های اول و دوم و سوم به ترتیب در سمت چپ و راست (0.85/0.86/0.96) بود آنها به این نکته اشاره کردند که امکان این تست هنوز زیر سوال است و پایایی که بررسی کشف در Kibler این تحقیق در همان روش اولیه به کار گرفته شد. اینجا افزایش یا استفاده از متر نواری انجام شد (14). حال با یک توجه به نتایج متفاوتی که در پایایی با تکرار پذیری این آزمون با استفاده از متر نواری در بررسی های انجام شده تا حال و جود دارد، هدف از این تحقیق بررسی پایایی اینتر یا اینتر آزمون لغزش خارجی کشف در ارزیابی غیر قمی و استحالة عملکردی کشف در پیمان مبتلا به پاتولوژی مفصل شانه با استفاده از آزمون دقیق نوری بالاخره در مقایسه تصادفی با متر نواری می باشد.

دوره 2001 و همکاران در Odom اعتبارسنجی و تکرار پذیری آزمون لغزش خارجی کشف به منظور اندازه‌گیری قمی کشف و ارزیابی اخترال عملکردی شانه بررسی شد و این نتیجه به دست آمد که این تست معنی‌دار نیست و نمی‌تواند در ارزیابی و تشخیص آسیب شانه مفید باشد. حساسیت و ویژگی این آزمون نیز پایین بوده است و پیشنهاد ارزیابی مجدد اعتبار و تکرار پذیری این آزمون شده است (5).

در سال 2004 و همکاران در Mekenna تحقیقی که بر روی نشانگران برگردید انجام داشت و Inferior kibler روش فاصله زاویه تحتان کشف تا زاویه خاری ممور 7/8 در تمام وضعیت‌های آزمون توانسته دنبال کنند (T).
روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی و در دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و بر روی 21 نفر مرد بیمار بیماری شانه انجام شد.

بیماران با ضابطه‌ای روتانترکاف به ثبات‌های مفصل شانه و پارکی‌های لابیوم با حدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال که قادر باشند سه وضعیت آزمون (دستها در کانار آوزیزان، دستها روی کرست ایپاک و ۹۰ درجه ایپاکسیون و چرخش داخلی شانه) را در صفحه فرونتال انجام دهنند وارد تحقیق می‌شویند. دفترپذیری استخوانی در کنف آنها مشاهده شود. سابقه جراحی مفصل یا شکستگی شانه در یکسال قبل داشتن باشد.

تاریخچه بیماری سیستمیک که سیستم محصب عضلانی استکلی را تحت تاثیر قرار دده باشد، درکری نمی‌تواند دو طرف و یا کسی که چسبه داشته باشد و چاق باشد مایا ۲۰۰۸/۲۹/۷۹ از مطالعه خارج می‌شوند.

بیماران توسط آزمون‌گر و در یک جلسه تست شده‌اند. یک جلسه دو ساعته با طور مشترک برای آشنایی با نحوه تست و لمس زاویه تحاتی کنف و زاویه خاری مهره T7 توسط محقق اصل برای همکار آزمون‌گر برکاری شده و برای تست فرد می‌باشند با فرد در آورد. زاویه خاری مهره هفتم سینه ای و زاویه تحتانی کنف بر اساس توصیفی تعیین شده. شروع انجام گیری شاخه تحتانی کنف تا انجام آزمون از یکتا در کنف با سالم نیز به صورت تصادفی تعیین گردید. پس از آشنایی فرد با نحوه انجام کار آزمون‌گر با ترتیبی که قبلی مشخص شده بود وارد کارپیشن شده‌اند. میزان آزمون‌گر زاویه تحتانی کنف و زاویه خاری مهره T7

 atas. به روش لمس سطحی پیدا کرده و به ماژیک علامت

کنار می‌گردید.

در هنگام انجام کار از بیمار خواسته می‌شد

راحت باشد. این آزمون در سه وضعیت‌پایه عملکردی:

۱-دستها در کانار آوزیزان، ۲-دستها روی سخت

خاکره به نحوی که انگشت هشت در عقب و ۳-انگشت دیگر در جلو. ۹۰ درجه ایپاکسیون و

چرخش داخلی شانه به نحوی که انگشت هشت عمود

بر سطح زمین باشند می‌گردد.

در هر کانار از این وضعیت‌ها فاصله را

تحتانی کنف تا زاویه خاری T7 با استفاده از متر

نواری و کالایی با فاصله ۵ دقیقه از هم و به صورت

تصادف‌های اندام‌گیری شد.

جفت حفظ پویس فرد در طول انجام آزمون نماینده وضعیت بالا در حال استراحت و تعطیف

درد توجه شخص به یک نقطه در مقابل آنجام می‌گرفت. نتیجه اینکه هر آزمون‌گر فقط یک بار اندازه‌ده را در هر وضعیت و صورت گیرانی می‌گرفت

و دوپرسستنامه‌های مجزا ثبت می‌گردید.

قابل استراحت بین هر وضعیت در صورت دیده به

اولین مدت‌های بعد از انجام کار آزمونگر اوی آزمون‌گر

بود. دو دقیقه بعد از انجام کار آزمونگر اوی آزمون‌گر

دوم وارد کارپیشن می‌شد و روی سختی را ادامه می‌داد

(پایای اینتر ریتار). آزمون‌گرها هیچ بحثی با یکدیگر

درباره نتایج ارزیابی داشتند و نتایج اندام‌گیری‌های

یکدیگر در طی تحقیق می‌اطلاع بودند.

اطلاعات ثبت شده در جدول داده‌ها وارد ترم

افزار (SPSS:V:11.5) شد و با آزمون پارامتری Two-way mixed effect ضریب همبستگی (ICC(model مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این

آزمون همبستگی شاخص‌های کنف اندام‌گیری کنف و

تعداد آزمونگر را آزمون نمی‌کند. در اینجا

شاخص کنف مطلق آزمونگر با هم و سیلی برای

پایای اینترتر مجازیشینی شده است. برای مقایسه دو

ضریب همبستگی از آزمونکی دستی معاوضه بودن نتایج

توانبخشی نوین دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره ۱، شماره ۱، ۱۳۸۹
دو ضریب همبستگی در نمونه‌های مستقل استفاده شد.
این آزمون معنادار بودند یا نبودند دو ضریب
همبستگی را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

۲۱ مورد مبتلا به پاتولوژی مفصل شانه با
میانگین سنی (انحراف معیار) ۱۹/۳۷ (۲/۳) سال
(بین: ۱۸-۱۸) و میانگین قدر (انحراف
معیار) ۱۷۳/۱۷ (بین: ۱۶۱-۱۷۰) و
میانگین وزن (انحراف معیار) ۷۳/۶۴ (۱/۹۳) کیلوگرم
Body max (بین: ۵۷-۶۳) و شاخص توده بدنی (index
کیلوگرم بر متر مربع (بین: ۲۴/۳۷-۲۸/۲۰) مورد
بررسی قرار گرفتند. در این تحقیق ۲۱ نفر مورد
مبتلا به پاتولوژی حضور داشتند که ۲۰ نفر راست دست و یک
نفر چپ دست بود. ۱۱ نفر در شانه سمت راست و
۱۰ نفر در شانه سمت چپ پاتولوژی داشتند. ۲ نفر با
تشخیص Recurrent dislocation ۲ نفر با تشخیص
Dislocation ۲ نفر با تشخیص Subluxation. ۲ نفر با تاثیر اسپیناتوس، ۳ نفر با تشخیص پارگی روتابونکفورک، ۰
نفر با تشخیص تاندونیت باینیسپس و ۱ نفر با تشخیص
Subluxation syndrome را داشتند. ۳ نفر با تشخیص
Rotator cuff strain ۱ نفر با تشخیص
جهل بود. (۱) اندکی های شاخص کلی به دست
آمده توسط دو آزمونگر را در سه وضعیت نشان
می‌دهد.
جدول 1: اطلاعات مربوط به پایایی انت‌زیر آزمون انفرش خارجی کن‌های تغییر نواری و کالیبر (مقادیر P)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Position</th>
<th>Side</th>
<th>Flexible tape measure</th>
<th>Digital veneer caliper</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ICC (mm)</td>
<td>SEM(mm)</td>
</tr>
<tr>
<td>K1</td>
<td>I</td>
<td>1.5 ± 0.04</td>
<td>0.5 ± 0.06</td>
</tr>
<tr>
<td>K1</td>
<td>NI</td>
<td>1.6 ± 0.05</td>
<td>0.6 ± 0.07</td>
</tr>
<tr>
<td>K2</td>
<td>I</td>
<td>1.5 ± 0.04</td>
<td>0.5 ± 0.06</td>
</tr>
<tr>
<td>K2</td>
<td>NI</td>
<td>1.6 ± 0.05</td>
<td>0.6 ± 0.07</td>
</tr>
<tr>
<td>K3</td>
<td>I</td>
<td>1.5 ± 0.04</td>
<td>0.5 ± 0.06</td>
</tr>
<tr>
<td>K3</td>
<td>NI</td>
<td>1.6 ± 0.05</td>
<td>0.6 ± 0.07</td>
</tr>
</tbody>
</table>

K-2= kibler measurement ≠ 2, K-1= kibler measurement ≠ 1, K-3= kibler measurement ≠ 3, I=Injured, NI= Non Injured, SEM=Standard error of measurement, %95CI=%95 confidence interval

بررسی این جدول میانگین شاخص های کن

اندازه‌گیری شده‌ی تغییر نواری دو آزمونگر در هر سه وضعیت در سمت آسیب دیده (بامنه: 144/94-123/19-92/19-96/28) بیشتر از سمت سالم (بامنه: 94/04-123/19-92/19-96/28) است.

برخلاف آزمونگر دوم میانگین شاخص های

کن‌های اندازه‌گیری شده توسط آزمونگر اول در سه وضعیت K1 به یک سالم از وضعیت K1 در باین توده ویرژن دارد اما در آزمونگر دوم گرچه اندازه‌های شاخص کن در وضعیت سوم بیشتر از دو وضعیت دیگر است اما اندازه‌های شاخص کن در وضعیت اول و دوم بی‌تأکید است.

میانگین شاخص های کن آزمونگر دوم در

به‌طور کلی، میانگین شاخص کن در سمت سالم و در وضعیت K1 کمتر از سمت آسیب دیده و در وضعیت K2 و K3 بیشتر از K1 و K2 و K3 است. میانگین شاخص کن در سمت آسیب دیده در سه وضعیت ویرژن دارد اما در آزمونگر اول آزمونگر دوم وضعیت K1 شاخص کن از وضعیت K1 و K2 بیشتر از سمت آسیب دیده به‌طور کلی K1 و K2 از وضعیت K3 بیشتر از K3 بیشتر از K1 و K2 و K3 است. وجود داشت.

توانبخشی نوین دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره 1، شماره 1، 1389
میانگین شاخص کلی اندازه‌گیری در سمت آسیب دیده کمتر از سمت سالم است. مقادیر اندازه‌گیری شده برای وضعیت 1 در دور سمت بیشتر از دور وضعیت 2 (K2) است. 

دامنه ICC برای هر سه وضعیت با کالیپر (Good-Fair) در سمت آسیب دیده کمتر از سمت سالم است. مقادیر اندازه‌گیری شده برای وضعیت 1 در دور سمت بیشتر از دور وضعیت 2 (K2) است. 

دامنه ICC برای هر سه وضعیت با متر نواری (Poor-Fair) در سمت آسیب دیده بیشتر از سمت سالم است. ولی از لحاظ آماری اختلاف معنادار نبود. مقادیر SEM (خطای استاندارد اندازه‌گیری) با کالیپر بین (3/0-19/8) و با متر نواری بین (25/8-76/0) است. کمترین خطای مربوط به وضعیت K2 سمت سالم و بیشترین خطای مربوط به وضعیت K2 سمت سالم است. 

جدول 2: مقایسه براوری ضریب همبستگی گاها با دو وسیله متر نواری و کالیپر

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kibler position</th>
<th>ICC</th>
<th>ICC</th>
<th>P value</th>
<th>ICC NIST</th>
<th>P value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K1</td>
<td>.76</td>
<td>.64</td>
<td>P&gt;/.05</td>
<td>.70</td>
<td>P&gt;/.05</td>
</tr>
<tr>
<td>K2</td>
<td>.70</td>
<td>.77</td>
<td>P&gt;/.05</td>
<td>.80</td>
<td>P&gt;/.05</td>
</tr>
<tr>
<td>K3</td>
<td>.73</td>
<td>.74</td>
<td>P&gt;/.05</td>
<td>.83</td>
<td>P&gt;/.05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

K-1= Kibler measurement # 1, K-2= Kibler measurement # 2, K-3= Kibler measurement # 3, ICC= Intraclass correlation Coefficient, IS= injured side, NIS= non injured, T= tape measure, C=caliper

با متر و کالیپر Fair و در ICC

در سمت درگیر یا متر و در ICC

سمت درگیر با کالیپر از (Fair-Good) است. یا توجه به آزمون دستی مقایسه براوری ضریب همبستگی ها بین هیچکدام از ضریب همبستگی ها از لحاظ آماری اختلافی وجود نداشت. در سمت سالم هم همین روند وجود داشت. برای مثال در وضعیت اول سمت درگیر

توانبخشی نوین - دانشگاه توانبخشی - دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره 1، شماره 1386.
تحتاین کتف در نتیجه تخم و زن دست بر خلاف جاذب ات و انقباض عضلات اطراف کتف بوده است.

Gibson (1995) علی دیگر اینکه زاویه تحتاین کتف قوی شکل است و یک نقطه خاص نیست و علیرغم آموزش، شاید دو آزمونگر در مشخص کردن این نقطه در لمس دچار اشکال شده باشند. به جسد تکه در این مورد به توان اشاره کرد.

نتیجه کلی

یافته‌ی این آزمون در نتیجه آزمون لغزش میانگین کتف با استفاده از متانوی در این تحقیق در وضعیت اول و دوم هر دو سمت (متوسط) بود اما در وضعیت سفت سالم (متوسط) بود. در مدت دو سال در سمت دریکر Fair (متوسط) بود. در کل وضعیت‌ها در هر دو سمت در آزمونگر از لحاظ آماری همبستگی معناداری را نشان دادند.

به هر حال هدف اصلی این تحقیق مقایسه پایایی اینترپیت آزمون لغزش خارجی کتف با دو سیم‌های متر نواری و کالیر بود که آزمون آماری اختلاف معناداری را بین ضریب همبسته های دو سیم از دو نشان داده است. اینکه است از لحاظ رتبه ای با کالیر در دو وضعیت اول و دوم بهتر از دو وضعیت اول و دوم متانوی بود. به هر حال پایایی Fair (متوسط) را داشتند .

نتایج به دست آمده از کالیر بهتر است.

در این مورد و نتایج آن بر پایایی شوهد 

وضعیت اول آزمون برای سالم ولی برتری رتبه ای

پایایی با کالیر در مقایسه با متانوی مشهور است.
نسبت به ادامه تحقیقات سطح مقطع عضلانی بیشتر و در نتیجه با کمتر و بلندی عضلانی بیشتر نسبت به زنان دانشگاه مسلسل جنس (مس ساخته تر زاویه تناهی و زاویه خارج هفته فضیلاتی) توانسته باشد.

باشند در میزان پایپا در بین دو آزمونگر اثر گذاشته
باشد. از طرف دیگر در مطالعه (2004) McKenna توجه کرده بود دانشگاهی استاندارد اندازه
وضعیت 2 به روند افزایشی باشد که بیانگر بستر
شدن پایپا است. با توجه به پایپا میزان
خطر اسکلتی اندامه گیری وضعیت با آزمون
لزغش خارجی کشف با مترنواری در این تحقیق نسبت
همچنین بالا بودن ضریب همبستگی (ICC) این
مطالعه. در دو وضعیت اول پایپا آزمون در این
تحقیق بهتر از دو کلی قابل بوده اما در وضعیت
سوسم به دلیل پایپا بودن استاندارد
اختصار گیری بالا زده و پایپا آزمون
(Icc) ضعیف استادنادگیری بالا زده و پایپا آزمون
شد. اما در تمام وضعیت‌ها خصوصی استادناد
اختصار گیری بالا کالر می‌کرد از متر بود شاید دقت
کالر باعث بهبودی ظاهری پایپا شده باشد.

SEM از طرف دیگر به نظر می‌رسد میزان
شاپی تحت تأثیر ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه بوده
باشند مدتی در مطالعه SEM (1994) (37/9-75/69 mm) و SEM مدتی در مطالعه (2001-2002) و با کالر
(37/9-6/21-6/29 mm) بوده است شاید بناگر این نکته
باشند چون در این مطالعه همه افراد مورد آزمایش
مرد بوده و در نمونه اصلی وزن و نوشتاری نشاء، در
حالی که در مطالعه Tjonk نشان داده شد جز به
ملاحظات اخلاقی موجود بود، بنی به مطالعه (2002) و همکاران مردان خصوصاً در ادامه فوقانی
Koslow
با کالیپر صادق بود شاید توجیه این مساله به این علت بوده باشد طبق جدول داده های توصیفی (جدول ۲): میانگین شاخه های کتفی در سمت سالمند از وضعیت ۱ به ۳ روند اندازه‌گیری دارد و این مطلب میتواند مورد جرخان اینکه کتف و رتم نرمال کتفی- بازوبی باشد (۲۳) اما در وضعیت سوم سمت ناسالم (درکرگ) احتمالاً باتوجه به میزان درد در حد متوسط (۴) (visual analog scale=4) در همان سمت و مهار ناشی از بر روی عضلات ثابت دهنه کتف و اختلال در چرخی رو به باید کتف و اختلال در ریتم کلی کتف بازوبی و عدم اقتصاد عضلاتی و همچنین وجود دیسکنزیئی کتف و برجستگی لبه داخلی کتف در نتیجه لمس آسانتر زاویه تحتانی کتف سمت درکرگ توانسته است روند بازوبی را بهبود بخشند. خاطئ استاندارد انداره گیری سالم بیشتر از سمت ناسالم است این هم مؤید بازوبی بهتر سمت درکرگ (Fair) با متوسط (۲۳) نسبت به بازوبی ضعیف (Poor) است. 

از طرف دیگر روند کاهشی SEM وضعیت ۱ به ۲ واقعیات از این نیز مشابه همین SEM حالت در مترنواری بود ولی در کل مقادیر کالیپر از مقادیر مترنواری بالاتر بود که با توجه به دقت بیشتر کالیپر نسبت به متر قابل توجهی می باشد و ظاهری در این تحقیق کالیپر بازوبی وضعیت اول و دوم آزمون لغزش خارجی کتف را بهبود داده است. اما این کار می باست از لحاظ آماری نیز تایید می شد که برای مقابله ضرب گی دوربین در بازوبی

این نتایج به ایجاد این اختصاصی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام داده شده. نویستگان لازم می دانند که از دانشگاه علوم پزشکی تهران برای حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی تشکر نمایند.

قدتردانی و تشکر:

این طرح با استفاده از بودجه اختصاصی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام پذیرفت. نویستگان لازم می دانند که از دانشگاه علوم پزشکی تهران برای حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی تشکر نمایند.

Downloaded from mrj.tums.ac.ir at 19:30 IRST on Friday March 6th 2020
Reference:


