Exemplu gratuit, cu comentarii: licenta-disertatie-romania.com/domenii/kinetoterapie/

UNIVERSITATEA [NUMELE UNIVERSITĂȚII]
FACULTATEA DE EDUCAȚIE FIZICĂ ȘI SPORT
Programul de studii: Kinetoterapie și motricitate specială

LUCRARE DE LICENȚĂ

Recuperarea kinetoterapeutică după artroplastia de genunchi

Compararea a două protocoale de recuperare

EXEMPLU FICTIV – structura, tabelele și figurile unei lucrări de licență. Datele sunt simulate.

Coordonator științific:

Conf. univ. dr. Radu Stoica (nume fictiv)

Absolvent:

Diana Pavel (nume fictiv)

TIMIȘOARA, 2026

Exemplu fictiv cu date simulate · **Ai nevoie de ajutor cu lucrarea ta?** licenta-disertatie-romania.com/contact

DECLARAȚIE DE AUTENTICITATE

Subsemnatul(a) **Diana Pavel**, absolvent(ă) al(a) programului de studii Kinetoterapie și motricitate specială, declar pe propria răspundere că lucrarea de licență cu titlul „Recuperarea kinetoterapeutică după artroplastia de genunchi” a fost elaborată de mine, sub îndrumarea coordonatorului științific, nu a mai fost prezentată la o altă facultate sau instituție de învățământ superior și că toate sursele folosite, inclusiv cele de pe internet, sunt citate în lucrare, cu respectarea regulilor privind drepturile de autor.

Data: [data]

Semnătura: [semnătura]

Majoritatea facultăților au un model oficial de declarație de autenticitate. Copiază-l exact din ghidul facultății și semnează-l; textul de aici este doar orientativ.
Sfat
20/05/2026 10:00

CUPRINS

Cuprinsul arată din prima pagină logica lucrării: introducere, capitole teoretice, cercetarea proprie, concluzii. În Word îl generezi automat din stilurile de titlu (Referințe → Cuprins), ca să se actualizeze singur.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

Lista figurilor și a tabelelor.....4
Rezumat.....5
Introducere.....6
Capitolul 1. Cadrul teoretic al afecțiunii.....7
1.1. Biomecanica genunchiului.....7
1.2. Artroplastia totală de genunchi și obiectivele recuperării.....7
Capitolul 2. Evaluarea funcțională și metodologia cercetării.....8
2.1. Ipotezele cercetării.....8
2.2. Pacienții și etapele cercetării.....8
2.3. Instrumentele de evaluare.....8
Capitolul 3. Programul kinetic.....9
Capitolul 4. Rezultate și discuții.....10
4.1. Evaluarea inițială.....10
4.2. Evoluția întregului lot.....10
4.3. Compararea protocoalelor (I1 și I2).....11
4.4. Factori asociați cu ameliorarea.....12
4.5. Interpretarea autorului și propuneri.....13
Concluzii.....14
Bibliografie.....15
Anexa 1. Exerciții din faza a II-a.....16
Bonus: același paragraf, înainte și după corectare.....17

Lista figurilor şi a tabelelor

Listele de figuri şi tabele sunt cerute de multe facultăţi. În Word le generezi automat dacă pui titlurile cu Referinţe → Inserare legendă, apoi Referinţe → Inserare tabel de figuri. **Ghid:** licenta-disertatie-romania.co
Rolul secţiunii
20/05/2026 10:00

Lista figurilor

Figura 1. Obiectivele recuperării după artroplastia totală de genunchi....7
Figura 2. Etapele cercetării....8
Figura 3. Fazele recuperării după intervenție....9
Figura 4. Evoluția flexiei medii a genunchiului, pe protocoale (°)....11
Figura 5. Evoluția scorului funcțional mediu, pe protocoale....12
Figura 6. Câștigul la scorul funcțional, pe protocoale....12
Figura 7. Relația dintre vârstă și câștigul de flexie....13

Lista tabelelor

Tabelul 1. Flexia genunchiului necesară pentru activitățile zilnice (valori orientative)....7
Tabelul 2. Parametrii evaluaţi la evaluarea inițială și finală....8
Tabelul 3. Programul de recuperare pe faze (protocolul standard)....9
Tabelul 4. Comparația protocoalelor la evaluarea inițială....10
Tabelul 5. Evaluarea inițială și finală pentru întregul lot....10
Tabelul 6. Ameliorarea parametrilor (final față de inițial), pe protocoale....11
Tabelul 7. Corelațiile dintre vârstă și ameliorarea parametrilor....12
Tabelul 8. Criterii orientative de trecere de la o fază la alta, propuse de autor....13
Tabelul 9. Exerciții din faza a II-a: descriere și dozare....16

Rezumat

Lucrarea compară două protocoale de recuperare kinetoterapeutică după artroplastia totală de genunchi: un protocol standard și un protocol extins, cu exerciții suplimentare de forță și de echilibru. Pe un lot simulat de 30 de pacienți am evaluat, la 2 săptămâni după operație și după 8 săptămâni de program, flexia genunchiului (goniometrie), forța cvadricepsului (dinamometrie), durerea (VAS) și funcția genunchiului (chestionar 0–100). Ambele protocoale au produs ameliorări importante. Protocolul extins a adus câștiguri semnificativ mai mari de flexie, forță și scor funcțional, iar reducerea durerii a fost similară. Ameliorarea funcției a fost asociată cu câștigul de flexie și de forță. Pe baza rezultatelor propunem criterii funcționale orientative pentru trecerea de la o fază de recuperare la alta. Lucrarea descrie și programul de recuperare pe faze și exercițiile folosite, cu dozarea lor orientativă.

Rezumatul are de obicei 150–300 de cuvinte și spune pe scurt tema, obiectivul, metoda, rezultatele și concluzia. Multe facultăți îl cer și în limba engleză, cu 3–5 cuvinte-cheie.
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

Cuvinte-cheie: artroplastie de genunchi, kinetoterapie, goniometrie, forță musculară, durere, recuperare funcțională

Abstract

This thesis compares two physiotherapy protocols after total knee arthroplasty: a standard protocol and an extended protocol with additional strength and balance exercises. In a simulated sample of 30 patients, knee flexion (goniometry), quadriceps strength (dynamometry), pain (VAS) and knee function (0–100 questionnaire) were assessed two weeks after surgery and after an 8-week programme. Both protocols led to clear improvements. The extended protocol produced significantly larger gains in flexion, strength and function, while pain reduction was similar. Functional improvement was associated with gains in flexion and strength. Based on the results, the thesis proposes indicative functional criteria for progressing from one rehabilitation phase to the next. The thesis also describes the phase-based programme and the exercises used, with their indicative dosage.

Keywords: knee arthroplasty, physiotherapy, goniometry, muscle strength, pain, functional rehabilitation

Introducere

Introducerea prezintă afecțiunea, impactul ei funcțional, rolul kinetoterapiei și obiectivele lucrării. La licență are 2–3 pagini; aici e prescurtată.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

Gonartroza avansată este una dintre cele mai frecvente cauze de durere și limitare a mersului la vârstnici. Când tratamentul conservator nu mai ajută, se recomandă artroplastia totală de genunchi, iar rezultatul final depinde în mare măsură de recuperarea kinetoterapeutică.

Lucrarea compară două protocoale de recuperare aplicate după artroplastie: un protocol standard și un protocol extins, care adaugă exerciții progresive de forță și de echilibru.

Obiectivele lucrării sunt:

1. evaluarea mobilității, forței, durerii și funcției genunchiului la începutul și la sfârșitul programului;
2. compararea ameliorărilor obținute cu cele două protocoale;
3. propunerea unor criterii practice de progresie între fazele recuperării.

Datele pacienților din acest exemplu sunt simulate. Într-o lucrare reală ai nevoie de consimțământul informat scris al fiecărui pacient și de acordul unității medicale, iar pacienții apar doar cu cod sau inițiale.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Greșeală frecventă
20/05/2026 10:00

Capitolul 1. Cadrul teoretic al afecțiunii

Capitolul teoretic descrie pe scurt anatomia și biomecanica genunchiului, intervenția chirurgicală și rolul kinetoterapiei. Fiecare informație are o sursă citată (Autor, an).
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

1.1. Biomecanica genunchiului

Genunchiul permite în principal flexia și extensia. Pentru activitățile zilnice nu este nevoie de amplitudinea maximă, ci de o flexie funcțională, diferită de la o activitate la alta (Tabelul 1; Munteanu, 2020).

Tabelul 1. Flexia genunchiului necesară pentru activitățile zilnice (valori orientative)

Activitatea	Flexia necesară
Mers pe teren plat	60–70°
Urcatul scărilor	80–90°
Coborâtul scărilor	90–100°
Ridicarea de pe un scaun obișnuit	90–105°

Sursa: Sinteză orientativă după surse generice (fictive). În lucrarea ta citezi studiul de biomecanică original.

1.2. Artroplastia totală de genunchi și obiectivele recuperării

Artroplastia înlocuiește suprafețele articulare afectate cu componente protetice. După intervenție, recuperarea urmărește controlul durerii, refacerea mobilității și a forței, reeducarea mersului și independența în activitățile zilnice (Figura 1; Dinu și Avram, 2021).

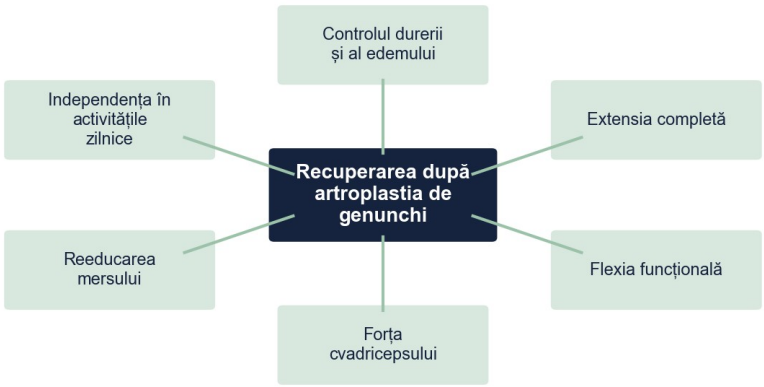


Figura 1. Obiectivele recuperării după artroplastia totală de genunchi
Sursa: Prelucrare proprie.

Capitolul 2. Evaluarea funcțională și metodologia cercetării

Capitolul de evaluare spune ce ai măsurat, cu ce instrument și în ce condiții. Testele trebuie descrise atât de precis încât alt kinetoterapeut să le poată repeta.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

2.1. Ipotezele cercetării

- **I1.** Pacienții din protocolul extins obțin o ameliorare mai mare a flexiei și a forței cvadricepsului.
- **I2.** Pacienții din protocolul extins obțin o ameliorare mai mare a durerii și a scorului funcțional.

2.2. Pacienții și etapele cercetării

Studiul a inclus 30 de pacienți (date simulate) după artroplastie totală de genunchi primară, tratați într-un centru de recuperare: 16 au urmat protocolul standard și 14 protocolul extins. Evaluarea inițială s-a făcut la 2 săptămâni după operație, iar cea finală după 8 săptămâni de program (Figura 2).



Figura 2. Etapele cercetării
Sursa: Prelucrare proprie.

2.3. Instrumentele de evaluare

Tabelul 2. Parametrii evaluați la evaluarea inițială și finală

Parametrul	Instrumentul	Unitatea	Interpretarea
Mobilitatea articulară	Goniometrie, flexia activă din decubit dorsal	grade (°)	Valoare mai mare = mobilitate mai bună
Forța cvadricepsului	Dinamometru manual, extensia genunchiului din așezat	kg	Valoare mai mare = forță mai bună
Durerea	Scala analog-vizuală (VAS), la mers	0–10	Valoare mai mică = durere mai mică
Funcția genunchiului	Chestionar funcțional autoaplicat	0–100	Valoare mai mare = funcție mai bună

Notă. În lucrarea reală folosești un chestionar funcțional validat (de exemplu KOOS sau WOMAC) și citezi articolul original.
Sursa: Protocol de evaluare stabilit de autor.

Goniometria se face de fiecare dată de același evaluator, din aceeași poziție și cu aceleași repere osoase. Notează în metodologie aceste condiții, nu doar valoarea în grade.
Sfat
20/05/2026 10:00

Capitolul 3. Programul kinetic

Programul kinetic face parte din contribuția ta: obiective pe faze, mijloace, dozare și progresie. Exercițiile se descriu precis (poziție, execuție, repetări), iar planșele complete merg în anexă.
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

Recuperarea se desfășoară în faze succesive, de la mobilizarea precoce din spital până la menținerea rezultatelor la domiciliu (Figura 3). Ambele protocoale au urmat aceleași faze (Tabelul 3). Protocolul extins a adăugat în fazele II–III exerciții progresive de forță pentru cvadriceps și exerciții de echilibru. Exemple de exerciții din faza a II-a, cu poziția inițială, execuția și dozarea, sunt prezentate în Anexa 1.



Figura 3. Fazele recuperării după intervenție
Sursa: Prelucrare proprie.

Tabelul 3. Programul de recuperare pe faze (protocolul standard)

Faza	Obiective	Mijloace kinetice	Dozare orientativă
I. Postoperator precoce (zilele 1–5)	Controlul durerii și al edemului, prevenirea complicațiilor	Posturări, contracții izometrice ale cvadricepsului, mobilizări pasive și active-asistate, ridicarea din pat, mers cu cadru	2 ședințe pe zi, 10–15 min
II. Recuperare (săpt. 2–6)	Extensie completă, flexie de peste 90°, mers cu baston	Exerciții active, bicicletă ergometrică fără rezistență, ridicări de pe scaun, reeducarea mersului	5 ședințe pe săptămână, 45 min
III. Consolidare (săpt. 7–12)	Forță, echilibru, mers fără sprijin, urcatul scărilor	Exerciții cu benzi elastice, exerciții de echilibru, urcat și coborât pe treaptă	3 ședințe pe săptămână + program la domiciliu
IV. Menținere (după 3 luni)	Reluarea activităților zilnice și recreative	Mers, bicicletă, înot (cu acordul medicului)	Program individual la domiciliu

Notă. Protocolul extins a adăugat, în fazele II–III, 20 de minute pe ședință de exerciții progresive pentru forța cvadricepsului și pentru echilibru.

Sursa: Sinteză proprie după surse generice (fictive); programul concret se stabilește de echipa medicală pentru fiecare pacient.

Nu prezenta programul ca pe o rețetă valabilă pentru orice pacient. Progresia depinde de indicația chirurgului, de tipul protezei și de evoluția fiecărui pacient; spune clar că dozarea este orientativă.
Greșeală frecventă
20/05/2026 10:00

Capitolul 4. Rezultate și discuții

Rezultatele compară evaluarea inițială cu cea finală și cele două protocoale între ele. Capitolul se încheie cu interpretarea ta și cu propunerile tale pentru practică.
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

4.1. Evaluarea inițială

Tabelul 4. Comparația protocoalelor la evaluarea inițială

Variabila	Standard: M (AS)	Extins: M (AS)	t	df	p	d Cohen
Vârsta (ani)	67,19 (5,08)	66,71 (6,81)	0,22	28	0,829	0,08
Flexie inițială (°)	79,88 (7,80)	80,14 (8,78)	−0,09	28	0,930	0,03
Forță inițială (kg)	9,12 (2,38)	8,88 (2,10)	0,29	28	0,773	0,11
VAS inițial	6,50 (1,37)	5,93 (0,83)	1,36	28	0,185	0,50
Scor funcțional inițial	45,56 (8,56)	44,50 (7,85)	0,35	28	0,727	0,13

Notă. n Standard = 16, n Extins = 14.

Sursa: Prelucrare proprie pe baza datelor simulate.

La evaluarea inițială protocoalele nu diferă semnificativ la niciun parametru (toate valorile $p > 0,05$, Tabelul 4), deci pacienții pornesc de la un nivel comparabil.

4.2. Evoluția întregului lot

Tabelul 5. Evaluarea inițială și finală pentru întregul lot

Variabila	N	Media	Abaterea standard	Minim	Maxim
Flexie inițială (°)	30	80,0	8,1	64	94
Flexie finală (°)	30	102,7	12,2	74	120
Forță inițială (kg)	30	9,0	2,2	4,0	15,0
Forță finală (kg)	30	13,4	2,9	7,6	19,6
VAS inițial	30	6,2	1,2	4	9
VAS final	30	2,9	0,9	2	5
Scor funcțional inițial	30	45,1	8,1	30	65
Scor funcțional final	30	67,4	10,2	49	92

Sursa: Prelucrare proprie pe baza datelor simulate.

La nivelul întregului lot, flexia medie a crescut de la 80,0° la 102,7°, durerea a scăzut de la 6,2 la 2,9 puncte VAS, iar scorul funcțional a crescut de la 45,1 la 67,4 de puncte (Tabelul 5).

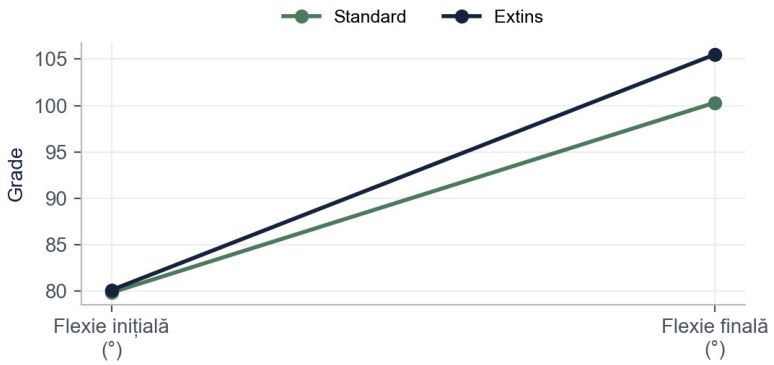


Figura 4. Evoluția flexiei medii a genunchiului, pe protocoale (°)

Sursa: Prelucrare proprie.

4.3. Compararea protocoalelor (I1 şi I2)

Tabelul 6. Ameliorarea parametrilor (final față de inițial), pe protocoale

Variabila	Standard: M (AS)	Extins: M (AS)	t	df	p	d Cohen
Câştig flexie (°)	20,44 (6,60)	25,36 (5,68)	−2,17	28	0,039	0,79
Câştig forță (kg)	3,28 (1,54)	5,56 (1,52)	−4,08	28	< 0,001	1,49
Reducere VAS	3,38 (1,26)	3,29 (0,99)	0,21	28	0,833	0,08
Câştig scor funcțional	19,12 (7,33)	25,93 (6,63)	−2,65	28	0,013	0,97

Notă. n Standard = 16, n Extins = 14.

Sursa: Prelucrare proprie pe baza datelor simulate.

Protocolul extins a adus un câştig mai mare de flexie (25,36° față de 20,44°), $t(28) = -2{,}17$, $p = 0{,}039$, $d = 0{,}79$, şi de forță (5,56 kg față de 3,28 kg), $t(28) = -4{,}08$, $p < 0{,}001$. Ipoteza I1 se confirmă.

Scorul funcțional a crescut mai mult în protocolul extins, $t(28) = -2{,}65$, $p = 0{,}013$, $d = 0{,}97$ (Figura 5, Figura 6), dar reducerea durerii a fost practic aceeași în cele două protocoale (3,38 și 3,29 puncte, $p = 0{,}833$). Ipoteza I2 se confirmă parțial.

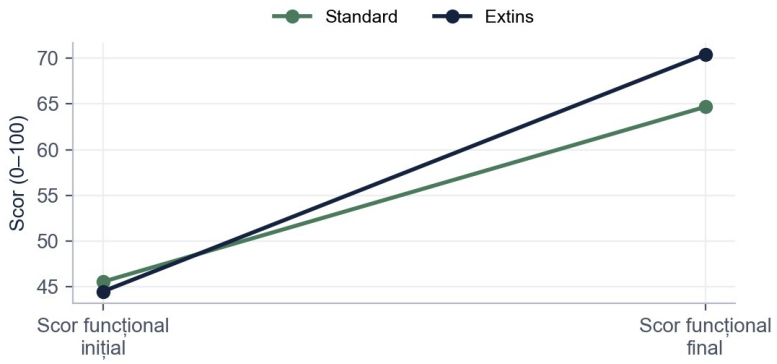


Figura 5. Evoluția scorului funcțional mediu, pe protocoale

Sursa: Prelucrare proprie.

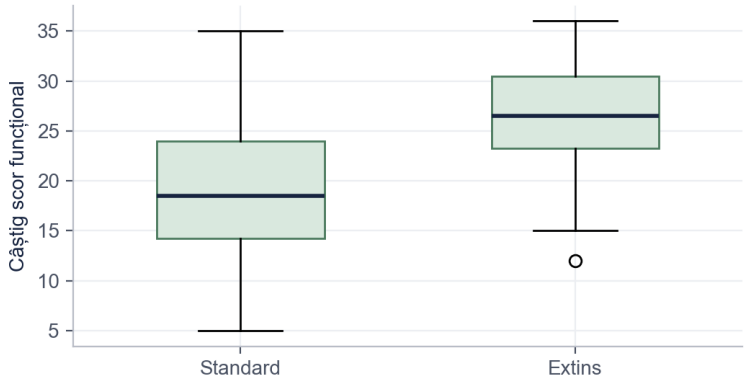


Figura 6. Câștigul la scorul funcțional, pe protocoale

Sursa: Prelucrare proprie.

Raportează și rezultatele care nu diferă între grupe. Faptul că durerea a scăzut la fel în ambele protocoale este o informație utilă: exercițiile suplimentare nu au crescut durerea.
Sfat
20/05/2026 10:00

4.4. Factori asociați cu ameliorarea

Tabelul 7. Corelațiile dintre vârstă și ameliorarea parametrilor

Variabila	1	2	3	4	5
1. Vârsta (ani)	—				
2. Câștig flexie (°)	−0,36*	—			
3. Câștig forță (kg)	−0,15	0,18	—		
4. Reducere VAS	0,04	0,19	−0,21	—	
5. Câștig scor funcțional	−0,20	0,48**	0,36*	0,06	—

Notă. N = 30. * p < 0,05; ** p < 0,01.

Sursa: Prelucrare proprie pe baza datelor simulate.

Câștigul de flexie scade ușor odată cu vârsta, $r = -0{,}36$, $p = 0{,}048$ (Figura 7), iar ameliorarea funcției este asociată cu câștigul de flexie ($r = 0{,}48$, $p = 0{,}008$) și cu cel de forță ($r = 0{,}36$, $p = 0{,}049$).

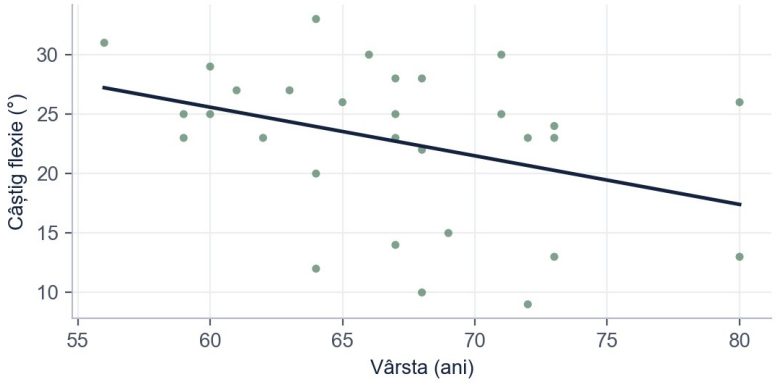


Figura 7. Relația dintre vârstă și câștigul de flexie
Sursa: Prelucrare proprie.

4.5. Interpretarea autorului și propuneri

Rezultatele sugerează că exercițiile suplimentare de forță și echilibru grăbesc recuperarea mobilității, a forței și a funcției, fără să crească durerea. Pacienții nu au fost repartizați aleatoriu, iar lotul este mic, așa că diferențele trebuie confirmate pe un studiu mai amplu.

Pentru practică, propunem ca trecerea de la o fază la alta să se facă după criterii funcționale, nu doar după numărul de săptămâni (Tabelul 8). La pacienții mai în vârstă, care câștigă mai greu flexie, merită urmărită mobilitatea mai des.

Tabelul 8. Criterii orientative de trecere de la o fază la alta, propuse de autor

Trecerea	Criterii funcționale
Faza I → faza II	Mers independent cu cadru sau baston; contracție activă a cvadricepsului; durere la mers VAS ≤ 5
Faza II → faza III	Flexie de cel puțin 90° și extensie aproape completă; ridicare de pe scaun fără ajutorul mâinilor; VAS ≤ 3
Faza III → faza IV	Mers fără mijloc ajutător; urcat și coborât scări cu pas alternativ; scor funcțional peste valoarea inițială cu cel puțin 15 puncte

Notă. Criteriile sunt orientative și nu înlocuiesc decizia medicului ortoped și a echipei de recuperare.
Sursa: Propunere proprie, pe baza rezultatelor cercetării.

Concluzii

Concluziile răspund pe scurt la fiecare obiectiv: ce s-a ameliorat, cu ce protocol, ce recomanzi. Fără date noi.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

- Ambele protocoale au ameliorat mobilitatea, forța, durerea și funcția genunchiului.
- Protocolul extins a adus câștiguri mai mari de flexie, forță și scor funcțional (I1 confirmată, I2 confirmată parțial).
- Durerea a scăzut la fel în cele două protocoale.
- Criteriile funcționale de progresie pot face recuperarea mai individualizată.

Recomandări: includerea exercițiilor progresive de forță pentru cvadriceps din faza a II-a, cu acordul medicului, și continuarea programului la domiciliu după externare.

Bibliografie

Sursele de mai jos sunt generice, inventate pentru acest exemplu. În lucrarea ta citezi doar surse reale (manuale, ghiduri, articole), în stilul cerut de facultate; la Kinetoterapie se folosesc frecvent APA sau Vancouver.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

Avram, L. (2022). *Evaluarea funcțională în kinetoterapie*. Editura Exemplu.

Dinu, C., & Avram, L. (2021). Recuperarea precoce după artroplastia totală de genunchi. *Revista de Recuperare Medicală, 11*(2), 40–52.

Munteanu, S. (2020). *Biomecanica aparatului locomotor*. Editura Exemplu.

Petrescu, A., Lazăr, M., & Ionescu, D. (2023). Exercițiile de forță în recuperarea după protezarea genunchiului: o sinteză. *Studii de Kinetoterapie, 7*(1), 18–31.

Sima, R. (2019). *Kinetoterapia în afecțiunile ortopedice*. Editura Exemplu.

Anexa 1. Exerciții din faza a II-a

Planșele cu exerciții, fișele de evaluare și consimțământul informat se pun în anexe. Fiecare anexă este menționată în text.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

Tabelul 9. Exerciții din faza a II-a: descriere și dozare

Exercițiul	Poziția inițială	Execuția	Dozare
Contracții izometrice ale cvadricepsului	Decubit dorsal, genunchiul întins	Apăsarea spațiului popliteu în planul patului, menținere 5 s	3 × 10
Alunecarea călcâiului	Decubit dorsal	Flexia genunchiului prin alunecarea călcâiului spre fesă, până la limita durerii suportabile	3 × 10
Ridicarea membrului inferior întins	Decubit dorsal, membrul controlateral flectat	Ridicarea membrului operat la aproximativ 30 cm, cu genunchiul întins, menținere 3 s	3 × 10
Extensia genunchiului din așezat	Așezat pe scaun	Extensia completă a genunchiului și revenire lentă; ulterior cu bandă elastică	3 × 12
Ridicări de pe scaun	Așezat, brațele încrucișate	Ridicarea în ortostatism și revenirea controlată pe scaun	2 × 8
Pedalare	Bicicletă ergometrică, șaua reglată înalt	Pedalare fără rezistență, apoi cu rezistență mică	10 min

Sursa: Exemplu didactic; nu este o prescripție pentru un pacient real.

Exercițiile se execută lent, fără durere intensă; dacă durerea crește după ședință, dozarea se reduce și se anunță medicul.

Bonus: același paragraf, înainte și după corectare

Această pagină nu face parte din lucrare. Arată cum se schimbă un paragraf la o corectare atentă: aceeași idee, scrisă clar, cu sursă și în stil academic.
Ghid: licenta-disertatie-romania.co
Rolul secțiunii
20/05/2026 10:00

Fragmentul de mai jos este scris intenționat cu greșelile frecvente în lucrările de Kinetoterapie. Dedesubt este aceeași idee după corectare.

VARIANTA INIȚIALĂ

> Pacienta Elena X. din cartierul Fabric a facut exercitii pentru genunchi si s-a recuperat foarte bine, acum merge normal. Am facut miscari pasive si active de mai multe ori pe zi. Kinetoterapia este cea mai importanta in recuperare.

VARIANTA CORECTATĂ

> Pacienta P.M. (cod P07), 68 de ani, a urmat protocolul extins timp de 8 săptămâni. Flexia activă a genunchiului operat a crescut de la 78° la 105°, iar scorul funcțional de la 44 la 71 de puncte. Programul a cuprins exerciții active și active-asistate, 3 serii × 10 repetări, 5 ședințe pe săptămână (Tabelul 3), ca parte a recuperării complexe după artroplastie (Dinu și Avram, 2021).

CE AM CORECTAT

1. Numele pacientei a fost înlocuit cu inițiale și cod: datele clinice se anonimizează.
2. „S-a recuperat foarte bine” a devenit un rezultat măsurat: grade de flexie și scor funcțional, inițial și final.
3. Dozarea vagă („de mai multe ori pe zi”) a devenit precisă: serii, repetări, frecvență.
4. „Cea mai importantă” a devenit o afirmație moderată, cu sursă: kinetoterapia este parte a unei recuperări complexe.
5. Am pus diacriticele (ș, ț cu virgulă), obligatorii în lucrare.

Vrei aceeași corectare pentru lucrarea ta? licenta-disertatie-romania.com/contact