

Conf. univ. dr. OLIVIA CARMEN TIMNEA
Lect. univ. dr. AURORA LILIANA COJOCARU

TESTE GRILĂ PENTRU
EXAMENUL DE LICENȚĂ
KINETOTERAPIE ȘI MOTRICITATE SPECIALĂ

Coordonatori:
Conf. univ. dr. MARIUS DUMITRU DIMA
Conf. univ. dr. ELENA AMELIA STAN

2024

NOTĂ ASUPRA EDIȚIEI

Lucrarea conține teste grilă orientative pentru verificarea cunoștințelor din tematica disciplinelor cuprinse în metodologia de finalizare a studiilor universitare de licență, pentru absolvenții Facultății de Educație Fizică, Sport și Kinetoterapie, specializarea Kinetoterapie și Motricitate Specială, din cadrul Universității Româno-Americane din București.

Grilele au fost realizate astfel încât fiecare întrebare are 4 variante de răspuns, dintre care o singură variantă de răspuns este corectă.

CUPRINS

Capitolul 1. Kinesiologie	9
Tema 1. Concepte de bază ale kinesiologiei	9
Tema 2. Situația motrică	14
Tema 3. Situația psihomotrică	15
Tema 4. Psihomotricitate	16
Tema 5. Situația sociomotrică	17
Tema 6. Etnomotricitatea	18
Tema 7. Sarcina motrică	19
Tema 8. Comportament motric	20
Tema 9. Conduită motrică	21
Tema 10. Capacitate motrică	22
Tema 11. Fitness-ul: definiție	25
Tema 12. Fitness-ul: clasificare	25
Tema 13. Efortul fizic: stimul adaptativ în activitățile motrice – aspecte generale	26
Tema 14. Caracteristici generale ale efortului	28
Tema 15. Domenii ale experienței mișcării corporale: domeniul sănătății	30
Tema 16. Domenii ale experienței mișcării corporale: domeniul independenței funcționale	32
Tema 17. Învățarea motrică – aspecte definitorii	37
Tema 18. Tipuri de învățare motrică	38
Tema 19. Învățarea motrică – curba exersării	40
Tema 20. Modele explicative ale învățării motrice	45
Bibliografie (la Capitolul 1)	48

Capitolul 2. Bazele generale ale kinetoterapiei	49
Tema 1. Poziții fundamentale	49
Tema 2. Poziții derivate	50
Tema 3. Examenul funcțional – testarea mobilității articulare	52
Tema 4. Examenul funcțional – testarea efortului maximal	53
Tema 5. Examenul funcțional – testarea efortului submaximal	55
Tema 6. Examenul funcțional – caracteristici	56
Tema 7. Metode directe de măsurare a unghiurilor articulare	59
Tema 8. Perimetria	60
Tema 9. Metoda directă de măsurare a unghiurilor articulare – Goniometria	61
Tema 10. Înclinometria	63
Tema 11. Tehnici de facilitare neuromusculară proprioceptivă	65
Tema 12. Testarea forței musculare statice	67
Tema 13. Factorii care influențează testele de evaluare a forței musculare	69
Tema 14. Stretching – generalități	70
Tema 15. Tipuri de stretching	71
Tema 16. Metode de stretching folosite	72
Tema 17. Avantaje stretching	73
Tema 18. Dezavantaje stretching prelungit	74
Tema 19. Recuperarea mobilității articulare – obiectiv de bază al kinetoterapiei	75

Tema 20. Recuperarea forței musculare – obiectiv de bază al kinetoterapiei	80
Tema 21. Suspendarea activității kinetice	85
Bibliografie (la Capitolul 2)	85

Capitolul 3. Kinetoterapia deficiențelor fizice

și senzoriale	87
Tema 1. Cifozele: definiție	87
Tema 2. Cifozele: clasificare	88
Tema 3. Formele cifozelelor funcționale și caracteristicile acestora	89
Tema 4. Formele cifozelelor patologice și caracteristicile acestora	91
Tema 5. Lordozele: definiție	92
Tema 6. Lordozele: clasificare	93
Tema 7. Formele lordozelor funcționale și caracteristicile acestora	95
Tema 8. Formele lordozelor patologice și caracteristicile acestora	96
Tema 9. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital: metode subiective	97
Tema 10. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital: metode obiective ...	98
Tema 11. Complicații ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital	99
Tema 12. Tratamentul formelor funcționale ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital: obiective de tratament kinetic specific formelor clinice funcționale	100

Tema 13. Tratatamentul formelor patologice ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital	102
Tema 14. Scoliozele – deficiențe tridimensionale ale coloanei vertebrale: definiție	103
Tema 15. Scoliozele: clasificare	104
Tema 16. Formele scoliozelor funcționale	105
Tema 17. Caracteristicile scoliozelor funcționale	107
Tema 18. Formele scoliozelor patologice	108
Tema 19. Caracteristicile scoliozelor patologice	110
Tema 20. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale: metode subiective	110
Tema 21. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale: metode obiective	111
Tema 22. Evoluția deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale	115
Tema 23. Complicații ale deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale	117
Tema 24. Tratatamentul scoliozelor funcționale: obiective	118
Tema 25. Tratatamentul kinetic în scoliozele funcționale	120
Tema 26. Tratatamentul kinetic în scoliozele patologice	124
Bibliografie (la Capitolul 3)	125

CAPITOLUL 1. KINESIOLOGIE

Tema 1. Concepte de bază ale kinesiologiei

1. Printre noțiunile de bază ale kinesiologiei se numără:

- A. situația motrică;
- B. situația psihomotrică;
- C. situația sociomotrică;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 16-18)

2. Sunt noțiuni de bază ale kinesiologiei:

- A. sarcina motrică, comportamentul motor (motric), conduita motrică;
- B. capacitatea motrică, fitness-ul;
- C. aptitudinea motrică, calitatea motrică, performanța motrică;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 20-29)

3. Motricitatea, concept de bază al kinesiologiei, are următoarele elemente de structură, cu excepția:

- A. actul motric;
- B. acțiunea motrică;
- C. activitatea motrică;
- D. sarcina motrică.

R: D (I, pag. 23-25)

4. Elementele de structură ale motricității sunt următoarele, mai puțin una:

- A. aptitudinea motrică;
- B. actul motric;

- C. acțiunea motrică;
- D. activitatea motrică.

R: A (I, pag. 23-25)

5. Referitor la conceptul de motricitate, care dintre următoarele afirmații este falsă:

- A. termenul provine din latinescul „movere”, însemnând o ieșire din starea de imobilitate, o schimbare a poziției corpului în spațiu, în raport cu unele repere fixe;
- B. cuprinde ansamblul de procese și mecanisme prin care corpul uman sau segmentele sale se deplasează (prin contracții fazice sau dinamice) sau își mențin o anumită poziție (prin contracții tonice sau statice);
- C. toți indivizii posedă această caracteristică, în condițiile unei integrități structurale și funcționale a organismului;
- D. nu toți indivizii posedă această caracteristică, ea fiind manifestată mai ales în timpul formării deprinderilor specifice ramurilor de sport.

R: D (I, pag. 22-23)

6. Următoarele afirmații despre elementele de structură ale motricității sunt adevărate, cu excepția:

- A. actele motrice constituie „materialul de construcție” al acțiunilor motrice;
- B. acțiunile motrice sunt sinteze de acte motrice și constituie conținutul activității motrice;
- C. activitățile motrice constituie conținutul acțiunilor motrice;
- D. activitatea motrică este ansamblul acțiunilor motrice.

R: C (III, pag. 270)

7. Care este ordinea, de la simplu la complex, a următoarelor noțiuni:

- A. act motric, acțiune motrică, activitate motrică;
- B. act motric, activitate motrică, acțiune motrică;
- C. activitate motrică, acțiune motrică, act motric;
- D. acțiune motrică, act motric, activitate motrică.

R: A (III, pag. 270)

8. Referitor la câteva noțiuni de bază ale kinesiologiei, enunțurile următoare sunt adevărate, cu excepția:

- A. calitatea motrică este definită ca posibilitate a individului de a efectua mișcări cu indici de viteză, forță, coordonare, rezistență, mobilitate;
- B. aptitudinea motrică este definită ca un sistem de procese fizice sau psihofizice, organizate în mod original, pentru efectuarea cu rezultate înalte ale activității;
- C. performanța motrică reprezintă rezultatul efectuării unui act motric sau acțiuni motrice, rezultat ce poate fi evaluat după anumite norme, bareme, criterii;
- D. performanța motrică desemnează un rezultat de excepție.

R: D (I, pag. 28-29)

9. Kinesiologia (kinetologia), ca domeniu științific și profesional, are mai multe accepțiuni:

- A. studiul științific al mișcării corpului uman;
- B. studiul biomecanic al mișcărilor umane, cu includerea aspectelor de cinematică (desfășurare spațio-temporală) și cinetică (studiul forțelor);
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 30)

10. Kinesiologia (kinetologia) este o sinteză de cunoștințe, un nucleu de informații care permite aprofundarea celorlalte teorii specializate:

- A. teoria educației fizice și sportului, teoria antrenamentului;
- B. activități motrice de timp liber;
- C. kinetologie medicală;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 30)

11. Kinantropometria este o disciplină care se ocupă cu evaluarea:

- A. dimensiunilor, proporțiilor și compoziției corpului;
- B. motivației și stărilor emoționale, care pot favoriza, reduce sau bloca exprimarea componentelor stabile ale capacității motrice;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (I, pag. 30)

12. Kinantropometria are legături strânse cu următoarele domenii:

- A. educația fizică, antrenamentul sportiv;
- B. medicina sportivă, antropologia fizică;
- C. gerontologia, ergometria;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 30)

13. Despre kinantropometrie, concept de bază al kinesiologiei, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. din punct de vedere semantic lexical, kinantropometria reprezintă măsurarea omului în mișcare (de la grecescul „anthropos” = om, „metrie” = măsurare, „kinetos” = mișcare);
- B. evaluează atât dimensiunile și compoziția corporală, pe baza unor repere antropometrice simple, cât și succesiunea modificărilor de formă, ale raporturilor dintre părți în timpul efectuării mișcărilor simple, cotidiene, profesionale etc.;
- C. evaluează condiția fizică, starea nutrițională și potențialul motric al individului în diferite perioade ale vieții și în diferite stări (sănătate, activitate sportivă, boli);
- D. oferă date subiective, nereproductibile, care constituie rezultatele măsurărilor somato-funcționale efectuate.

R: D (II, pag. 21-22)

14. Prin kinantropometrie, valorile măsurărilor somato-funcționale sunt utilizate în scop de:

- A. clinic – pentru evaluarea subiecților, încadrarea lor față de valorile de referință, alegerea terapiei, readaptarea la efort și evaluarea rezultatelor;
- B. ca instrumente de educație – pentru conceperea unor programe de prevenire a îmbolnăvirilor, de promovare a sănătății și de formulare a politicilor sociale;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (II, pag. 22)

15. Kinantropometria are multiple aplicații, în diverse domenii:

- A. medicină, nutriție, kinetoterapie, educație fizică, ergonomie, biomecanică;
- B. arheologia, criminalistica, industria;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (II, pag. 22-26)

Tema 2. Situația motrică

16. Situația motrică este:

- A. rezultatul integrării funcțiilor motrice și mentale, ce vizează raportul subiectului cu corpul său;
- B. ansamblu de date obiective și subiective, ce caracterizează o acțiune motrică a unui subiect ce realizează o sarcină motrică;
- C. sistem de acte motrice, prin care se atinge un scop imediat, unic sau integrat unei activități motrice;
- D. ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează printr-o anumită conduită motrică.

R: B (I, pag. 16)

17. Despre datele obiective și subiective ale situației motrice putem afirma următoarele:

- A. datele obiective sunt direct asociate sarcinii motrice: caracteristicile spațiale ale obiectelor, ale subiecților, număr de participanți etc.;

B. datele subiective sunt asociate motivației, percepțiilor, așteptărilor, anticipărilor sale (în rezumat, conduitei motrice);

C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 16-17)

Tema 3. Situația psihomotrică

18. Referitor la situația psihomotrică, care dintre următoarele afirmații este adevărată:

A. se caracterizează printr-o acțiune izolată și, de regulă, prin absența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;

B. este un ansamblu de date obiective și subiective, ce caracterizează o acțiune motrică a unui subiect ce realizează o sarcină motrică;

C. se caracterizează prin prezența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;

D. reunește aria și tipurile de practici, raportate la cultura și mediul social în interiorul cărora acestea s-au dezvoltat.

R: A (I, pag. 17)

19. Situația psihomotrică se caracterizează prin:

A. prezența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;

B. absența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;

C. interacțiune motrică importantă;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: B (I, pag. 17)

Tema 4. Psihomotricitate

20. Despre psihomotricitate, care dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. este un ansamblu de date obiective și subiective, ce caracterizează o acțiune motrică a unui subiect ce realizează o sarcină motrică;
- B. se caracterizează printr-o interacțiune motrică importantă;
- C. este rezultatul integrării funcțiilor motrice și mentale, ce vizează raportul subiectului cu corpul său;
- D. reunește interacțiunile sociale și motrice, în cadrul sporturilor (activităților) colective.

R: C (I, pag. 17)

21. Modalități de educare a sferei psihomotorii:

- A. stimularea permanentă a simțului kinestezic;
- B. utilizarea încordării și relaxării musculare;
- C. controlul postural-segmentar;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 17-18)

22. Dintre componentele domeniului psihomotor fac parte următoarele, cu excepția:

- A. schema corporală;
- B. lateralitatea;
- C. inteligența socio-motrică;
- D. ideomotricitatea.

R: C (I, pag. 18)

Tema 5. Situația sociomotrică

23. Referitor la situația sociomotrică, care dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. se caracterizează printr-o acțiune izolată și, de regulă, prin absența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;
- B. se caracterizează prin prezența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;
- C. reunește aria și tipurile de practici, raportate la cultura și mediul social în interiorul cărora acestea s-au dezvoltat;
- D. reprezintă un ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează printr-o anumită conduită motrică.

R: B (I, pag. 18)

24. Despre sociomotricitate, enunțurile de mai jos sunt false, cu excepția:

- A. reunește interacțiunile sociale și motrice, în cadrul sporturilor (activităților) colective;
- B. este rezultatul integrării funcțiilor motrice și mentale, ce vizează raportul subiectului cu corpul său;
- C. este un ansamblu de date obiective și subiective, ce caracterizează o acțiune motrică a unui subiect ce realizează o sarcină motrică;
- D. se caracterizează prin absența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii.

R: A (I, pag. 18)

25. Formele interacțiunii motrice sunt următoarele:

- A. comunicarea;
- B. contra-comunicarea;

C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 18)

Tema 6. Etnomotricitatea

26. Despre etnomotricitate, care dintre următoarele afirmații este falsă:

A. reunește aria și tipurile de practici, raportate la cultura și mediul social în interiorul cărora acestea s-au dezvoltat;

B. acțiunile motrice sunt profund dependente de norme culturale, tradiții, ritualuri;

C. între tradiție și modernitate, practicile motrice sunt oglinda vieții sociale și spirituale a unei comunități;

D. reunește interacțiunile sociale și motrice, în cadrul sporturilor (activităților) colective.

R: D (I, pag. 19)

27. Care dintre următoarele afirmații despre etnomotricitate este adevărată:

A. acțiunile motrice nu sunt dependente de norme culturale, tradiții, sau ritualuri;

B. se caracterizează prin prezența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;

C. reunește aria și tipurile de practici, raportate la cultura și mediul social în interiorul cărora acestea s-au dezvoltat;

D. reunește interacțiunile sociale și motrice, în cadrul sporturilor (activităților) colective.

R: C (I, pag. 19)

Tema 7. Sarcina motrică

28. Sarcina motrică reprezintă:

- A. rezultatul integrării funcțiilor motrice și mentale, ce vizează raportul subiectului cu corpul său;
- B. un ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează printr-o anumită conduită motrică, altfel spus – ceea ce are de executat subiectul;
- C. ansamblul manifestărilor obiective, observabile ale unui individ care acționează într-un anumit context;
- D. latura interioară, subiectivă a comportamentului motric.

R: B (I, pag. 20)

29. Următoarele enunțuri referitoare la sarcina motrică sunt adevărate, cu excepția:

- A. definește ceea ce are de executat subiectul;
- B. este ansamblul manifestărilor obiective, observabile ale unui individ care acționează într-un anumit context;
- C. reprezintă un ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează printr-o anumită conduită motrică;
- D. în funcție de precizia, dificultatea sau complexitatea sa, depinde viteza de învățare sau educarea calităților motrice necesare execuției sale.

R: B (I, pag. 20)

30. Sarcina motrică poate fi:

- A. maximizantă, dacă scopul acelei acțiuni este condiționat de o solicitare intensă (viteză maximă, încărcătură maximă);

B. optimizantă, dacă acțiunea reclamă precizie, reglări fine ale tensiunii musculare (ca în gimnastica ritmică) sau dacă un vârstnic practică înotul pentru menținerea condiției fizice;

C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 20-21)

31. Referitor la sarcina motrică, care dintre următoarele afirmații este falsă:

A. sarcinile motrice pot fi maximizante și optimizante;

B. sarcinile maximizante predomină în antrenamentul sportiv;

C. sarcinile maximizante răspund necesităților de educare armonioasă, compensare, recuperare sau relaxare;

D. sarcinile optimizante predomină în activitățile de educație fizică, kinetoterapie sau activitățile de loisir.

R: C (I, pag. 20-21)

Tema 8. Comportament motric

32. Comportamentul motor (motric) este:

A. ansamblul manifestărilor obiective, observabile ale unui individ care acționează într-un anumit context;

B. prezența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;

C. acțiune izolată și, de regulă, caracterizată prin absența comunicării (practice) cu partenerii și adversarii;

D. rezultatul integrării funcțiilor motrice și mentale.

R: A (I, pag. 21)

33. Referitor la comportamentul motric, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. este ansamblul manifestărilor obiective, observabile ale unui individ care acționează într-un anumit context;
- B. este rezultatul integrării funcțiilor motrice și mentale, ce vizează raportul subiectului cu corpul său;
- C. poate fi perceput din exterior, de aceea el se poate înregistra, filma etc.;
- D. se pot observa aspecte care se referă la deplasările în spațiu (orientare, sprijin, deplasare etc.), la caracteristicile de timp (viteze, accelerații), la relația subiectului cu ceilalți participanți (interacțiuni motrice).

R: B (I, pag. 21)

Tema 9. Conduită motrică

34. Conduita motrică reprezintă:

- A. latura interioară, subiectivă a comportamentului motric, adică semnificația proprie pe care individul o conferă acestui comportament;
- B. ansamblu de date obiective și subiective, ce caracterizează o acțiune motrică a unui subiect ce realizează o sarcină motrică;
- C. ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează;
- D. set de attribute prin care individul face față solicitărilor fizice și funcționale din activitățile cotidiene sau sportive, dependent de condiția sa anatomică, fiziologică și psihologică.

R: A (I, pag. 22)

35. Următoarele enunțuri referitoare la conduita motrică sunt adevărate, cu excepția:

- A. reprezintă latura interioară, subiectivă a comportamentului motric, adică semnificația proprie pe care individul o conferă acestui comportament;
- B. este „imaginea în oglindă” a comportamentului motric, deci ceea ce „se vede” în interiorul subiectului;
- C. accentul este pus pe mișcarea ca produs;
- D. accentul este pus pe subiectul care produce mișcarea.

R: C (I, pag. 22)

Tema 10. Capacitate motrică

36. Capacitatea motrică poate fi definită astfel:

- A. ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează printr-o anumită conduită motrică;
- B. complex de manifestări preponderent motrice, condiționat de indicii morfofuncționali, nivelul calităților motrice, procesele metabolice, psihice, toate corelate și reciproc condiționate, având ca rezultat efectuarea eficientă a deprinderilor și priceperilor, necesare activităților zilnice;
- C. rezultatul integrării funcțiilor motrice și mentale, ce vizează raportul subiectului cu corpul său;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: B (I, pag. 26)

37. Referitor la capacitatea motrică, care dintre următoarele afirmații este falsă:

- A. reprezintă un ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează printr-o anumită conduită motrică;
- B. reprezintă ansamblul posibilităților motrice naturale și dobândite, prin care se pot realiza eforturi variate ca structură și dozare;
- C. reprezintă un complex de manifestări preponderent motrice, condiționat de indicii morfofuncționali, nivelul calităților motrice, procesele metabolice, psihice, toate corelate și reciproc condiționate, având ca rezultat efectuarea eficientă a deprinderilor și priceperilor, necesare activităților zilnice;
- D. reprezintă nivelul la care funcția motrică se exprimă, măsura în care ea face individul adaptat și adaptabil la situații complexe și variate ale mediului.

R: A (I, pag. 26-27)

38. Componentele capacității motrice sunt:

- A. stabile: aptitudini motrice, calități, deprinderi motrice, cunoștințe, experiență;
- B. de stare: motivație, stări emoționale, care pot favoriza, reduce sau bloca exprimarea componentelor stabile;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 26)

39. Care dintre următoarele afirmații despre capacitatea motrică este falsă:

- A. exprimă o potențialitate, un rezervor de performanță;

- B. evoluează după o curbă ascendentă, care se lărgiște și se restructurează prin maturizare, instruire, educare;
- C. evoluția sa este lineară, cu momente de stagnare;
- D. evoluția sa nu este lineară, ci sinuoasă, cu momente de stagnare și regres.

R: C (I, pag. 26-27)

40. Următoarele afirmații despre capacitatea motrică sunt adevărate, cu excepția:

- A. evoluează după o curbă ascendentă, care se lărgiște și se restructurează prin maturizare, instruire, educare;
- B. evoluția sa este lineară;
- C. caracteristicile de constanță de pe parcursul evoluției sale sunt date de prezența calităților, deprinderilor motrice;
- D. regresul sau stagnarea sunt determinate de motivație sau de stările emoționale.

R: B (I, pag. 26-27)

41. Referitor la capacitatea motrică, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. capacitatea motrică poate fi privită din două puncte de vedere: psihologic și metodic;
- B. din punct de vedere psihologic, conținutul capacității este alcătuit din aptitudinile psihomotrice (măsurate prin teste specifice pentru viteză de reacție, precizie, coordonare, echilibru etc.) și se exprimă în randament/performanță;
- C. din punct de vedere metodic, capacitatea motrică este alcătuită din aptitudini motrice (viteză, forță, rezistență, coordonare etc.), măsurate prin probe de teren ca alergări, sărituri, aruncări, echilibru etc.;

D. capacitatea motrică a individului este o non-reacție la stimulii ambianței.

R: D (III, pag. 378)

Tema 11. Fitness-ul: definiție

42. Despre fitness, se poate afirma:

- A. fitness-ul reprezintă un set de atribute prin care individul face față solicitărilor fizice și funcționale din activitățile cotidiene sau sportive, dependent de condiția sa anatomică, fiziologică și psihologică;
- B. un nivel bun al fitness-ului înseamnă o stare de bine, care permite activități zilnice viguroase, reduce riscul îmbolnăvirilor și stabilește o bază solidă pentru activitățile de performanță;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 27-28)

43. Un bun nivel al fitness-ului înseamnă o stare de bine, despre care putem afirma următoarele:

- A. permite activități zilnice viguroase;
- B. reduce riscul îmbolnăvirilor;
- C. stabilește o bază solidă pentru activitățile de performanță.
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 27-28)

Tema 12. Fitness-ul: clasificare

44. Se cunosc următoarele tipuri de fitness:

- A. fitness-ul propriu-zis și fitness-ul motor;

- B. fitness-ul dinamic, activ, pasiv și izometric;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (I, pag. 28)

45. Fitness-ul propriu-zis ("physical fitness") include următoarele, cu excepția:

- A. rezistența cardio-vasculară;
- B. rezistența musculară locală;
- C. forța;
- D. viteza.

R: D (I, pag. 28)

46. Fitness-ul motor ("motor fitness") include următoarele, cu excepția:

- A. coordonarea segmentară;
- B. echilibrul;
- C. mobilitatea-suplețea;
- D. viteza.

R: C (I, pag. 28)

Tema 13. Efortul fizic: stimul adaptativ în activitățile motrice - aspecte generale

47. Efortul poate fi definit astfel:

- A. proces de mobilizare a forțelor, în vederea depășirii unui obstacol;
- B. factor aflat în antiteză cu starea de repaus;
- C. proces de învingere conștientă a solicitărilor, în vederea atingerii unui bun nivel de pregătire;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 129)

48. Despre efortul fizic, următoarele afirmații sunt adevărate, mai puțin una:

- A. efortul fizic este condiționat pe de o parte de mușchii scheletici, care realizează lucru mecanic și pe de altă parte, de organele și sistemele suport care își amplifică activitatea pentru a susține prestația subiectului;
- B. efortul poate fi caracterizat numai sub aspect cantitativ;
- C. efortul poate fi caracterizat sub aspect cantitativ, dar și calitativ;
- D. efortul este un factor de stres, care modifică parametrii homeostazici, spre valori mult superioare celor din condiții bazale.

R: B (I, pag. 129-130)

49. Dintre următoarele afirmații despre efortul fizic, doar una este adevărată:

- A. efortul fizic nu poate fi disociat de solicitare, care reprezintă un efort fizic provocat prin care se produc modificări adaptative morfofuncționale și psihice în strânsă dependență cu natura solicitării ei;
- B. în kinetoterapie, programele de exerciții sunt de fapt antrenamente adaptate obiectivelor și capacității de efort, nediferențiate de cele ale sportivilor de performanță;
- C. capacitatea de efort a organismului reprezintă o sumă a capacităților funcționale ale tuturor organelor și sistemelor corpului omenesc;

D. capacitatea de efort reprezintă cantitatea minimă de lucru mecanic efectuat în unitatea de timp.

R: A (II, pag. 295)

50. Referitor la efortul fizic, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. capacitatea de efort reprezintă cantitatea maximă de lucru mecanic efectuat în unitatea de timp;
- B. capacitatea de efort reprezintă cantitatea minimă de lucru mecanic efectuat în unitatea de timp;
- C. dozarea și gradarea efortului în cadrul unui program de antrenament sportiv sau de recuperare medicală pot fi realizate numai în condițiile evaluării capacității de efort anaerob sau aerob;
- D. la nonsportivii sedentari sau cu diverse afecțiuni cu efect limitativ asupra capacității fizice se apreciază și nivelul de risc la efort.

R: B (II, pag. 295, 300)

51. Este o probă care apreciază acomodarea organismului la efort:

- A. proba Romberg;
- B. proba Ruffier - Dickson;
- C. dinamometria;
- D. scoliometria.

R: B (IV, pag. 116-117)

Tema 14. Caracteristici generale ale efortului

52. Volumul efortului este apreciat prin:

- A. acțiuni complexe;

- B. execuții ale structurilor tehnico-tactice;
- C. număr de repetări, distanțe parcurse;
- D. toate cele de mai sus.

R: D (I, pag. 131)

53. Despre volumul efortului, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. este un parametru cantitativ al efortului;
- B. este relevant în anumite etape ale învățării motrice;
- C. nu este relevant în procesul de recuperare funcțională sau în etapele de acumulare din antrenamentul sportiv;
- D. este relevant în metodologia dezvoltării unor calități motrice (rezistența, forța).

R: C (I, pag. 131)

54. Intensitatea efortului:

- A. reprezintă cantitatea de lucru mecanic efectuat pe unitatea de timp;
- B. este un parametru calitativ al efortului;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 133)

55. Complexitatea efortului:

- A. este dată de numărul acțiunilor motrice efectuate simultan în timpul unei activități și de originalitatea configurației topologice a elementelor mișcării;
- B. nu este condiționată de nivelul capacităților coordinative ale subiecților;
- C. reprezintă cantitatea de lucru mecanic efectuat pe unitatea de timp;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: A (I, pag. 133)

56. Complexitatea efortului se află în legătură cu:

A. diversitatea actelor motrice simple care compun o mișcare;

B. substratul energetic necesar desfășurării actelor motrice;

C. numărul aparatelor și sistemelor care sunt cuprinse în activitate;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 134)

57. Din punct de vedere al complexității, eforturile pot fi:

A. mici, medii, submaximale, maxime;

B. simple, medii, complexe și hipercomplexe;

C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: B (I, pag. 134)

**Tema 15. Domenii ale experienței mișcării corporale:
domeniul sănătății**

58. Despre domeniul sănătății, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

A. este profund influențat de efectele exercitate prin practica exercițiilor fizice;

B. nu este influențat de practica exercițiilor fizice;

C. un potențial biologic crescut conduce la o stare optimă de sănătate, întreținută permanent prin efort fizic sistematic;

D. omul este în primul rând o ființă biologică, ale cărei componente structural-funcționale (aspectul somatic,

nivelul marilor funcții, rezervele energetice, resursele psihice) sunt în mod general și specific dependente de exersarea fizică sistematică.

R: B (I, pag. 43)

59. Referitor la solicitările prin intermediul exercițiului fizic, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. exersarea pentru îmbunătățirea fitness-ului reprezintă „exersarea pentru sănătate”, întrucât activitățile fizice-sportive constituie un stimul direct, aproape exclusiv al dezvoltării morfo-funcționale, ca premisă a stării optime de sănătate;
- B. absența acestor solicitări poate conduce la adaptări de tip involutiv;
- C. absența acestor solicitări poate conduce la adaptări de tip evolutiv;
- D. o solicitare adecvată din punct de vedere cantitativ și calitativ conduce la modificări importante (tonifierea musculaturii, creșterea volumului sistolic și respirator, scăderea frecvenței cardiace, atitudine corporală corectă).

R: C (I, pag. 43-44)

60. Modificări apărute în urma unei solicitări adecvate, din punct de vedere cantitativ și calitativ, prin exercițiul fizic:

- A. tonifierea musculaturii, atitudine corporală corectă;
- B. creșterea volumului sistolic și respirator, scăderea frecvenței cardiace în repaus și efort;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 44)

61. Factori de risc ce pot duce la producerea unui accident cardio-vascular:

- A. fumatul;
- B. hipertensiunea arterială;
- C. substimularea motrică;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 44)

**Tema 16. Domenii ale experienței mișcării corporale:
domeniul independenței funcționale**

62. Domeniul independenței funcționale include toate acțiunile referitoare la:

- A. deplasarea independentă;
- B. deplasarea cu mijloacele de transport;
- C. deprinderile casnice, de igienă personală, de procurare a alimentelor și de hrănire;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 35)

63. Domeniul independenței funcționale cuprinde:

- A. toate activitățile care conferă fiecărui individ independența funcțională și autonomie în activitățile casnice, profesionale, sociale, sportive etc.;
- B. activități de expresie și comunicare corporală în formarea laturii estetice a personalității omului;
- C. activități hibride, de exemplu turismul sportiv, în care coexistă cunoașterea, practicile ludice, aventura sau chiar riscul;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: A (I, pag. 35)

64. Contribuția specialiștilor în kinetoterapie și terapie ocupațională în sfera independenței funcționale a pacienților se referă la:

- A. ameliorarea condiției subiecților cu afecțiuni sau cu traumatisme, care au pierdut (temporar sau definitiv, parțial sau total) capacitatea de mișcare și, astfel, posibilitatea de a realiza independent sarcinile zilnice;
- B. asistarea pacienților în (re)învățarea deprinderilor uzuale, astfel încât demnitatea personală și respectul de sine ale subiecților să nu fie afectate;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 35)

65. Pacienților nevoiți să apeleze la serviciile specifice de îngrijire, în vederea independenței funcționale, li se asigură:

- A. evaluări ale deprinderilor funcționale și reînsoșirea acestora (dacă este necesar), programe speciale pentru îmbunătățirea capacității de a executa mișcările de bază, în mod independent;
- B. evaluări tehnice ale condițiilor de viață și profesionale, cu realizarea unor modificări, ajustări ale mobilierului, căilor de acces, în scopul ușurării adaptării și al utilizării la maximum a funcțiilor restante;
- C. recomandări privind utilizarea echipamentelor adaptate și antrenament specific pentru acomodarea cu acestea, instructaje pentru membrii familiei;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 35-36)

66. Printre deprinderile funcționale, sub forma comportamentelor – țință, care se regăsesc în structura activităților zilnice, se numără:

- A. locomoție, transport, transfer;
- B. deprinderi de igienă personală și de autoservire, deprinderi de alimentare;
- C. deprinderi de control al mediului, deprinderi de comunicare, deprinderi asociate exercițiilor fizice, deprinderi casnice, deprinderi profesionale;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 36-37)

67. Sunt deprinderi de locomoție, cu excepția:

- A. mers;
- B. deplasare în scaunul cu rotile;
- C. deplasare cu autobuzul;
- D. urcarea scărilor.

R: C (I, pag. 36)

68. Mersul:

- A. este o deprindere motrică voluntară, prin care se realizează în mod obișnuit locomoția;
- B. omul se naște cu deprinderea de a merge;
- C. se învață și se perfecționează treptat;
- D. răspunsurile A și C sunt corecte.

R: D (II, pag. 221)

69. Deprinderile de transport se referă la:

- A. utilizarea mijloacelor de transport în comun;
- B. conducere auto;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 36)

70. Printre deprinderile de transfer se află:

- A. schimbări de poziție în clinostatism;
- B. transfer din pat în căruciorul cu roțile și invers;
- C. ridicare și așezare în căruciorul cu roțile;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 37)

71. Sunt deprinderi de igienă personală și de autoservire, cu excepția:

- A. spălare;
- B. ridicare și așezare în căruciorul cu roțile;
- C. îmbrăcare-dezbrăcare;
- D. legarea șireturilor.

R: B (I, pag. 37)

72. Printre deprinderile asociate exercițiilor fizice se numără următoarele, cu excepția:

- A. deprinderi motrice din ramurile de sport;
- B. utilizarea mijloacelor de transport în comun;
- C. deprinderi de orientare în natură;
- D. deprinderi de igienă a folosirii a echipamentului.

R: B (I, pag. 37)

73. Sunt deprinderi de comunicare:

- A. vorbire, scriere;
- B. utilizarea telefonului, utilizarea computerului;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 37)

74. Este deprindere casnică:

- A. pregătirea mesei;
- B. utilizarea televizorului;
- C. utilizarea telefonului;
- D. legarea șireturilor.

R: A (I, pag. 37)

75. Pentru persoanele vârstnice, domeniul independenței funcționale se referă la următoarele aspecte:

- A. sunt luate în considerare limitările fizice și funcționale ale persoanelor vârstnice;
- B. pentru reprezentarea activismului fizic la persoanele vârstnice a fost realizată o scală;
- C. scala activismului fizic la vârstnici este o scală cu cinci niveluri;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 37)

76. Evaluarea independenței funcționale presupune:

- A. măsurarea independenței funcționale (Functional Independence Measure – scala FID);
- B. evaluarea activităților zilnice prin fișa ADL (activities of daily living);
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (IV, pag. 109-110)

77. Despre activitățile vieții zilnice (ADL - activities of daily living), următoarele afirmații sunt adevărate, mai puțin una:

- A. sunt efectuate de fiecare persoană pentru propria îngrijire și viață;
- B. ADL-urile propriu-zise sunt activități de bază personale (autoîngrijire, mobilitate, comunicare etc.);
- C. ADL-urile instrumentale reprezintă activități mai elaborate, ce utilizează aparatură; se referă la îngrijirea sănătății, la activitățile comunitare sau sociale etc.;
- D. în timpul ADL-urilor se utilizează mereu aparatură.

R: D (IV, pag. 110)

Tema 17. Învățarea motrică – aspecte definitorii

78. Aspecte definitorii ale învățării motrice:

- A. învățarea este un proces de dobândire a capacității de a executa mișcări eficiente;
- B. învățarea se produce ca rezultat direct al exersării și al experienței;
- C. odată dobândită, învățarea motrică este relativ permanentă;
- D. toate variantele de mai sus sunt corecte.

R: D (I, pag. 98)

79. Învățarea motrică poate fi definită astfel:

- A. set de procese asociate exersării și experienței, care conduc la schimbări relativ permanente în comportamentul motric al subiectului;
- B. ansamblu de date obiective și subiective, ce caracterizează o acțiune motrică a unui subiect;

- C. ansamblu de condiții materiale și de constrângeri, ce definesc un obiectiv pe care executantul îl realizează printr-o anumită conduită motrică;
- D. set de manifestări obiective, observabile ale unui individ care acționează într-un anumit context.

R: A (I, pag. 99)

Tema 18. Tipuri de învățare motrică

80. Sunt tipuri de învățare motrică:

- A. învățarea perceptiv-motrică;
- B. învățarea motrică propriu-zisă;
- C. învățarea inteligent-motrică;
- D. toate variantele de mai sus.

R: D (I, pag. 100)

81. Despre învățarea perceptiv-motrică, doar una dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. conduita subiectului se modifică în urma adaptării unui rezultat preformat la noile condiții ce impun precizie sau o finețe superioară;
- B. subiectul își stabilizează reacțiile prin repetări multiple, în care componentele senzoriale proprioceptive au un rol predominant;
- C. caracteristica acestui tip de învățare este înalta ei automatizare;
- D. este o învățare prin descoperire.

R: A (I, pag. 100)

82. Referitor la învățarea motrică propriu-zisă, putem afirma:

- A. caracteristica acestui tip de învățare este înalta ei automatizare;
- B. subiectul își stabilizează reacțiile prin repetări multiple, în care componentele senzoriale proprioceptive au un rol predominant;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 100)

83. Despre învățarea inteligent-motrică, sunt adevărate următoarele afirmații, mai puțin una:

- A. conduce la dobândirea unor deprinderi specifice sporturilor creative, euristice, în care echipele se înfruntă în plan tehnic, dar mai ales tactic, sportivul fiind nevoit să inventeze mișcări neobișnuite și soluții „miraculoase”;
- B. este desprinsă din învățarea inteligentă, ca formă generatoare de concepte sau de principii abstracte;
- C. este o învățare prin descoperire;
- D. caracteristica acestui tip de învățare este înalta ei automatizare.

R: D (I, pag. 100-101)

84. Nu este un tip de învățare motrică:

- A. învățarea inteligent-motrică;
- B. învățarea deductiv-motrică;
- C. învățarea perceptiv-motrică;
- D. învățarea motrică propriu-zisă.

R: B (I, pag. 100)

Tema 19. Învățarea motrică – curba exersării

85. Referitor la curba exersării (performanței), următoarele afirmații sunt adevărate, mai puțin una:

- A. nivelul performanței se înscrie pe axa verticală (Y);
- B. timpul în care este evaluată performanța se înscrie pe axa orizontală (X);
- C. exprimarea mai exactă a termenului de curbă a exersării este termenul de curbă a performanței, întrucât ceea ce se obiectivează matematic este performanța propriu-zisă;
- D. termenul de curbă a exersării se află în antiteză cu termenul de curbă a performanței.

R: D (I, pag. 101)

86. Următoarele afirmații despre curba exersării (performanței) sunt adevărate, cu excepția:

- A. pentru evaluarea stadiului învățării unui anumit element, se folosește curba performanței;
- B. curba performanței exprimă rezultatele medii ale unui subiect;
- C. curba performanței exprimă rezultatele medii ale grupului, nu ale unui subiect;
- D. curba performanței reprezintă rezultatele înscrierii grafice a datelor obținute prin diferite tehnici de evaluare a elementului care se învață.

R: B (I, pag. 101)

87. Studii empirice asupra învățării au condus la următoarele concluzii pe care se bazează teoria și practica actuală:

- A. timpul necesar realizării unei sarcini motrice scade pe măsură ce sarcina este repetată de mai multe ori;
- B. rata de progres este suficient de consistentă, astfel încât să fie folosită ca instrument predictiv;
- C. rata de progres în învățare se micșorează pe măsura trecerii în stadiile superioare ale procesului;
- D. toate variantele de mai sus sunt corecte.

R: D (I, pag. 101-102)

88. Referitor la curbele exersării, putem întâlni:

- A. curba liniară – progresul apare în rate constante, în decursul timpului, iar de la repetare la repetare, subiectul progresează egal în toate etapele învățării;
- B. curba în formă de S – în care coexistă o porțiune pozitiv accelerată, un platou și o porțiune negativ accelerată;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 102-103)

89. Sunt curbe ale exersării:

- A. curba liniară, curba negativ accelerată, curba pozitiv accelerată, curba în formă de S;
- B. curba liniară, curba negativ accelerată, curba în formă de platou, curba pozitiv accelerată, curba în formă de S;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (I, pag. 102-103)

90. Nu este curbă a exersării:

- A. curba liniară;
- B. curba în formă de S;
- C. curba pozitiv accelerată;
- D. curba negativ încetinită.

R: D (I, pag. 102-103)

91. Pot fi întâlnite următoarele curbe ale exersării, cu excepția:

- A. curba liniară – progresul apare în rate constante, în decursul timpului, iar de la repetare la repetare, subiectul progresează egal în toate etapele învățării;
- B. curba negativ accelerată – întâlnită în majoritatea situațiilor de instruire, când subiecții progresează mult la primele încercări și mai puțin în etapele avansate ale învățării;
- C. curba pozitiv accelerată – este mai rar întâlnită, progresul se instalează greu în stadiile exersării inițiale, dar consistent în etapele următoare ale învățării;
- D. curba în formă de platou – în care coexistă o porțiune pozitiv accelerată și o porțiune negativ accelerată;

R: D (I, pag. 102-103)

92. Curba liniară a exersării se caracterizează prin:

- A. progresul apare în rate constante, în decursul timpului;
- B. de la repetare la repetare, subiectul progresează egal în toate etapele învățării;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 102-103)

93. Următoarele afirmații despre curba negativ accelerată a exersării sunt adevărate, mai puțin una:

- A. se întâlnește în majoritatea situațiilor de instruire;
- B. indică o situație mai rar întâlnită;
- C. subiecții progresează mult la primele încercări;
- D. subiecții progresează mai puțin în etapele avansate ale învățării.

R: B (I, pag. 103)

94. Referitor la curba pozitiv accelerată a exersării, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. indică o situație mai rar întâlnită;
- B. progresul se instalează greu în stadiile exersării inițiale, dar consistent în etapele următoare ale învățării;
- C. subiecții progresează mult la primele încercări și mai puțin în etapele avansate ale învățării;
- D. este o situație particulară a curbei exersării.

R: C (I, pag. 102-103)

95. Curba în formă de S a exersării prezintă:

- A. o porțiune pozitiv accelerată;
- B. un platou;
- C. o porțiune negativ accelerată;
- D. toate variantele de mai sus.

R: D (I, pag. 103)

96. Pe parcursul învățării, se produc diferite schimbări (care se pot reflecta sau nu în performanțele obținute):

- A. reducerea greșelilor;
- B. reducerea tensiunii musculare;
- C. reducerea efortului depus;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 105)

97. Schimbările care apar pe parcursul învățării sunt următoarele, cu excepția:

- A. prin dobândirea experienței și familiarizarea cu sarcina de executat, subiectul va acorda mai puțină atenție componentelor perceptive și motrice ale sarcinii;
- B. subiectul se va concentra mai mult pe detaliile sau pe aspectul artistic al elementului respectiv;
- C. pe măsura acumulării experienței, subiectul devine expert în identificarea și interpretarea unor semnale cărora trebuie să le răspundă printr-o conduită specifică, în timpul execuției;
- D. capacitatea de anticipare se diminuează, pe măsura repetării unor semnale diferite.

R: D (I, pag. 105)

98. Referitor la educabilitatea motrică, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. educabilitatea motrică exprimă capacitatea unor subiecți de a învăța rapid și corect sarcini variate;
- B. intervalul optim de educabilitate este numit și perioadă critică;
- C. în perioada critică, învățarea se realizează cu un efort maxim, după aceea achiziția unor comportamente motorii este mai ușoară;
- D. intervalul optim de educabilitate reprezintă o perioadă din ontogeneză în care învățarea motrică produce efectele cele mai vizibile și mai durabile.

R: C (I, pag. 105-106)

Tema 20. Modele explicative ale învățării motrice

99. Referitor la învățarea motrică, au fost emise câteva afirmații care ar explica în ce constă ea:

- A. în mod tradițional, se învață acte și acțiuni pe baza unor modele ideale ce conduc la conturarea unei anumite conduite motrice;
- B. subiecții care învață o anumită mișcare caută să reproducă senzația kinestezică resimțită în timpul execuțiilor anterioare corecte;
- C. subiectul nu învață mișcări, ci soluții motrice;
- D. toate răspunsurile de mai sus sunt corecte.

R: D (I, pag. 106-108)

100. Referitor la ideea conform căreia, în timpul învățării motrice, se învață acte și acțiuni, pe baza unor modele ideale ce conduc la conturarea unei anumite conduite motrice, se pot aduce următoarele argumente, cu excepția:

- A. învățarea mișcărilor este realizată la nivel de deprinderi, priceperi, obișnuințe;
- B. activitatea cognitivă nu însoțește procesul de învățare motrică;
- C. învățarea mișcărilor este dublată de însușirea de noțiuni și concepte, care îi oferă subiectului posibilitatea de a emite raționamente proprii, prin care el cunoaște realitatea;
- D. învățarea motrică stimulează inteligența, creativitatea.

R: B (I, pag. 106-107)

101. În teoria buclei închise a învățării, conform căreia subiecții care învață o anumită mișcare caută să reproducă senzația kinestezică resimțită în timpul execuțiilor anterioare corecte, au fost aduse următoarele argumente, cu excepția:

- A. după fiecare repetare, rămâne o urmă perceptivă care se suprapune peste cea anterioară, fapt ce conduce la un act din ce în ce mai performant;
- B. fiecare repetare determină un feed-back care se apropie din ce în ce mai mult de „senzația ideală”;
- C. persoanele care învață așteaptă pasiv ca efectele exersării să se producă și doar uneori se implică activ, verbalizând acțiunile și emițând ipoteze în legătură cu sarcina de învățat;
- D. prin cunoașterea răspunsului și prin întărirea acestuia de către profesor, subiectul ghidează mișcarea într-o manieră superioară, care o apropie de execuția-model.

R: C (I, pag. 107)

102. Referitor la învățarea motrică, subiectul poate dezvolta reguli de parametrizare a mișcării, care îi permit să reconstituie acțiunea de fiecare dată; parametrii mișcării sunt:

- A. durata acțiunii de realizat, forța de contracție necesară;
- B. direcția (direcțiile) în care se efectuează acțiunile segmentelor, amplitudinea mișcării;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 108)

103. În timpul învățării motrice, subiectul reține următoarele tipuri de informații:

- A. informații despre condițiile inițiale ale exersării (pozițiile segmentelor, greutatea și forma obiectelor sau a aparatelor cu care se lucrează etc.);
- B. parametrii mișcării (durată, forță, amplitudine, direcție), senzațiile pe care subiectul le-a resimțit în timpul exersării mișcării;
- C. rezultatul mișcării și influența sa asupra mediului (de exemplu, a prins sau nu obiectul după lansarea lui);
- D. toate răspunsurile de mai sus sunt corecte.

R: D (I, pag. 108-109)

104. În procesul învățării motrice, un rol important îl are memoria; referitor la aceasta, putem afirma:

- A. există memoria amintirii, care este responsabilă de producerea mișcării;
- B. există memoria recunoașterii, care este responsabilă de evaluarea corectitudinii mișcării;
- C. memoria amintirii este implicată pentru acțiunile rapide, iar memoria de recunoaștere definește un ansamblu de informații senzoriale de tip feed-back, cu rol în detectarea greșelilor în execuție;
- D. toate afirmațiile de mai sus sunt corecte.

R: D (I, pag. 109)

105. Concepția ecologistă a învățării motrice aduce mai multe argumente; afirmațiile de mai jos sunt adevărate, cu excepția:

- A. în primele etape ale învățării, subiectul se confruntă cu problema gradelor de libertate în diferite articulații: cu cât

mișcarea este mai complexă și numărul de segmente implicate este mai mare, cu atât procesele de reglare sunt mai ușor de gestionat;

- B. pentru a realiza o mișcare complexă, coordonată, subiectul trebuie să își organizeze gradele de libertate, să le stăpânească, obligând musculatura și articulațiile să funcționeze ca un sistem sinergic, ca o structură de coordonare autonomă;
- C. se aplică o constrângere, o blocare a altor mișcări posibile, dar neeficiente;
- D. în urma blocării mișcărilor care nu sunt necesare, organismul se transformă într-un sistem cu grade de libertate mai reduse.

R: A (I, pag. 109-110)

Bibliografie (la Capitolul 1. Kinesiologie)

- I. Bota, A. (2007). *Kinesiologie*. Editura Didactică și Pedagogică, București.
- II. Cordun, M. (2009). *Kinantropometrie*. Editura CD Press, București.
- III. Epuran, M. (2005). *Metodologia cercetării activităților corporale*, Editura F.E.S.T., București.
- IV. Sîrbu, E, Chiriac, M, Ianc, D. (2012). *Fundamentele kinetoterapiei – Noțiuni și tehnici*, Editura Universității din Oradea, Oradea.

CAPITOLUL 2. BAZELE GENERALE ALE KINETOTERAPIEI

Tema 1. Poziții fundamentale

1. Pozițiile fundamentale sunt:

- A. stând, așezat, culcat;
- B. stând, așezat, pe genunchi;
- C. așezat, culcat, atârnat;
- D. stând, așezat, pe genunchi, culcat, atârnat.

R: D (III, pag. 200)

2. Poziția „pe genunchi” are următoarele caracteristici:

- A. bază mică de susținere;
- B. poziție fixatoare pentru coloana lombară și bazin;
- C. are cea mai mică bază de susținere;
- D. bază mare de susținere, iar centrul de greutate situat jos, în apropierea solului.

R: D (III, pag. 201)

3. Poziția decubit dorsal are următoarele caracteristici:

- A. poziție fixatoare pentru coloana lombară și bazin;
- B. bază mică de susținere;
- C. centrul de greutate aproape de sprijin;
- D. bază mare de susținere, iar centrul de greutate foarte aproape de suprafața de sprijin.

R: D (III, pag. 202)

4. Poziția atârnat se caracterizează prin:

- A. bază mare de susținere;
- B. centrul de greutate este foarte aproape de suprafața de sprijin;

C. centrul de greutate este situat sub suprafața de sprijin (de susținere);

D. centrul de greutate este situat jos, în apropierea solului.

R: C (III, pag. 202)

5. Poziția așezat se caracterizează prin:

A. este poziție fixatoare pentru coloana lombară și bazin;

B. are cea mai mică bază de susținere;

C. centrul de greutate este situat sub suprafața de sprijin (de susținere);

D. menținerea poziției impune un efort mare.

R: A (III, pag. 201)

6. Nu este poziție fundamentală:

A. stând;

B. atârnat;

C. pe genunchi;

D. patrupezie.

R: D (III, pag. 200)

Tema 2. Poziții derivate

7. Pozițiile derivate se obțin din pozițiile fundamentale prin:

A. modificarea bazei de susținere (suprafața de sprijin), a poziției trunchiului și/sau a capului;

B. modificarea poziției membrelor superioare și/sau inferioare;

C. combinații parțiale sau totale ale posibilităților anterioare, realizând modificări complexe;

D. toate răspunsurile de mai sus sunt corecte.

R: D (III, pag. 203)

8. Derivate ale poziției decubit:

- A. decubit ventral, decubit lateral;
- B. pe genunchi cu trunchiul înclinat anterior, capul menținut în rectitudine;
- C. pe genunchi cu sprijin pe palme;
- D. pe genunchi cu membrele inferioare depărtate.

R: A (III, pag. 205)

9. Următoarele poziții sunt derivate ale poziției atârnat:

- A. atârnat cu membrele inferioare depărtate (abdușe);
- B. atârnat cu sprijin pe vârful picioarelor;
- C. atârnat cu menținerea coatelor în flexie;
- D. toate răspunsurile de mai sus sunt corecte.

R: D (III, pag. 206)

10. Care dintre următoarele poziții este derivată a poziției așezat:

- A. stând pe vârfuri;
- B. așezat pe sol cu membrele inferioare depărtate (abdușe);
- C. pe genunchi cu sprijin pe palme;
- D. patrupezie.

R: B (III, pag. 204)

11. Care dintre următoarele poziții este derivată a poziției „pe genunchi”:

- A. stând cu un picior în fața celuilalt;
- B. stând cu trunchiul îndoit anterior (peste 90°);
- C. patrupezie;

D. postura păpușii.

R: C (III, pag. 204)

12. Nu este poziție derivată:

A. stând pe vârfuri;

B. postura păpușii;

C. pe genunchi;

D. patrupezie.

R: C (III, pag. 203-206)

**Tema 3. Examenul funcțional – testarea
mobilității articulare**

13. Referitor la testarea mobilității articulare, următoarele afirmații sunt false, cu excepția:

A. tehnica prin care este analizată mobilitatea articulară poartă numele de „bilanț articular” sau „testing articular”;

B. reprezintă forma clasică de testare a forței musculare a mușchilor adiacenți unei articulații;

C. cea mai utilizată metodă de apreciere a unghiurilor maxime de mișcare este înclinometria;

D. amplitudinile articulare nu sunt afectate în caz de redoare.

R: A (IV, pag. 61, 62)

14. Valoarea mobilității unei articulații poate fi comparată cu:

A. valoarea standard a amplitudinii maxime de mișcare;

B. unghiul aceleiași mișcări efectuată cu segmentul opus;

C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (IV, pag. 62)

15. Bilanțul articular se poate realiza folosind:

- A. goniometrul;
- B. dinamometrul;
- C. măsurători centimetrice;
- D. răspunsurile A și C sunt corecte.

R: D (II, pag. 146, 150)

16. Excesul de mobilitate articulară se înregistrează în următoarele cazuri, cu excepția:

- A. laxitate articulară;
- B. redoare articulară;
- C. hipotonie musculară;
- D. rupturi musculare.

R: B (II, pag. 153)

Tema 4. Examenul funcțional - testarea efortului maximal

17. Despre testarea efortului maximal, care dintre următoarele afirmații este falsă:

- A. constă în testarea segmentului imobilizat;
- B. testarea se efectuează contra timp;
- C. testarea este limitată la 10 repetiții consecutive;
- D. se testează mișcarea în amplitudine completă.

R: A (II, pag. 170)

18. Referitor la testările efortului maximal, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. se realizează în mod repetat;
- B. se fac pauze între testări, pentru refacerea rezervelor energetice;

- C. fiecare testare se efectuează contra timp;
- D. o singură ridicare a greutății nu oferă date fidele privind valoarea forței maxime și (detectarea deficitului de forță) comparativ cu testarea constând în maximum 10 repetiții.

R: D (II, pag. 170)

19. Următoarele afirmații despre testarea dinamică a efortului maximal sunt adevărate, mai puțin una:

- A. în cadrul unei testări, ridicarea greutății se poate face o singură dată sau de 10 ori consecutiv;
- B. uneori, subiectul poate alege ca ridicarea greutății să se facă de 5 ori;
- C. în cazul mușchilor cu forța cuprinsă între F3 și F5, rezistența maximă poate fi mobilizată activ liber și se notează cu R.M.;
- D. în cazul mușchilor cu forța F2, rezistența maximă poate fi mobilizată activ asistat și se notează cu r.m.

R: B (II, pag. 170)

20. În cadrul testării dinamice a efortului maximal, când greutatea se ridică de 10 ori consecutiv, în 10 secunde, fără repaus, rezistența maximă se notează cu:

- A. 1 R.M. sau 1 r.m.;
- B. 10 R.M. sau 10 r.m.;
- C. 100 R.M. sau 100 r.m.;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: B (II, pag. 170)

Tema 5. Examenul funcțional - testarea efortului submaximal

21. Despre testarea efortului submaximal sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. testarea forței se poate face folosind aparate cu rezistență hidraulică;
- B. se pot folosi dinamometre computerizate;
- C. se pot folosi aparate de ridicare a greutăților;
- D. prin creșterea numărului de repetări nu se poate aprecia progresul.

R: D (II, pag. 171)

22. Testarea forței sau a gradului de antrenare a acesteia prin rezistență dinamică variabilă se realizează cu:

- A. dinamometre computerizate care programează modificări ale rezistențelor, ale vitezei mișcării sau ambele;
- B. aparate de ridicare a greutăților, aparate cu rezistență hidraulică;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (II, pag. 171)

23. Despre testele dinamice variabile cu greutăți libere, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. sunt teste de ridicare non-verticală;
- B. sunt precise în studierea performanțelor musculare;
- C. sunt imprecise în studierea performanțelor musculare;
- D. se pot realiza cu: aparate de ridicare a greutăților, aparate cu rezistență hidraulică, dinamometre computerizate.

R: B (II, pag. 171)

Tema 6. Examenul funcțional - caracteristici

24. Referitor la examenul funcțional, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. examenul funcțional vizează punerea în evidență a restantului funcțional și constă în efectuarea de mișcări active libere completate de mișcări pasive făcute de kinetoterapeut;
- B. se urmărește stabilirea gradului de mobilitate (prin goniometrie), evaluarea forței și tonusului muscular (prin testing muscular, dinamometrie, miotonometrie), a capacității de efort (prin spiroergometrie), a reactivității neuromusculare;
- C. se face evaluarea prehensiunii, a mersului;
- D. evaluările globale nu prea sunt utilizate în practică, nefiind atât de utile, comparativ cu evaluările analitice.

R: D (I, pag. 112, 123 - 124, 173)

25. Evaluarea mersului este importantă, deoarece:

- A. mersul poate reprezenta exteriorizarea unei afecțiuni, servind, în unele cazuri, chiar la punerea diagnosticului;
- B. analiza mersului reprezintă înregistrarea deficiențelor articulare, musculare sau de coordonare de la nivelul membrelor inferioare, asupra cărora se va concentra planul de recuperare;
- C. mersul este una dintre principalele metode kinetice în recuperarea multor deficite;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (IV, pag. 78)

26. În realizarea unui bilanț funcțional obiectiv trebuie să se aibă în vedere:

- A. cunoașterea posibilităților funcționale normale la nivelul segmentului evaluat;
- B. adoptarea unui sistem standardizat de evaluare – măsurare, cu reguli clare, valori și sisteme de referință etc.;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 124)

27. În cadrul examenului funcțional se folosește testarea musculară manuală (denumită și „bilanț muscular” sau „testing muscular”), despre care următoarele enunțuri sunt false, cu excepția:

- A. este folosită pentru testarea forței musculare statice;
- B. este metoda utilizată cel mai puțin pentru evaluarea forței musculare;
- C. este aplicabilă mai ales persoanelor sedentare;
- D. nu se poate folosi în cazul disfuncțiilor musculare la pacienții cu boli neurologice.

R: C (II, pag. 169)

28. Scopul bilanțului muscular:

- A. ajută în elaborarea diagnosticului funcțional;
- B. stă la baza alcătuirii programului de recuperare;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (IV, pag. 62)

29. În bilanțul muscular manual, F1 reprezintă:

- A. 100% din valoarea normală;
- B. 75% din valoarea normală;
- C. 25% din valoarea normală;
- D. 10% din valoarea normală.

R: D (I, pag. 129)

30. Referitor la testarea musculară manuală, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. mai este denumită și „bilanț muscular”;
- B. forța este apreciată prin măsurarea circumferințelor diferitelor segmente;
- C. folosindu-se bilanțul muscular, forța poate fi apreciată pe o scală de evaluare cu 6 trepte (cotația 0-5), forțele fiind: F0 (zero), F1 (schițată), F2 (mediocră), F3 (acceptabilă), F4 (bună), F5 (normală), unde forțele F0, F1, F2 sunt evaluate din poziții fără gravitație (FG), iar forțele F3, F4, F5 sunt evaluate din poziții antigravitaționale (AG);
- D. forța F3, măsurată cu ajutorul bilanțului muscular, înseamnă că mușchiul este capabil să mobilizeze segmentul în amplitudine completă, împotriva gravitației, fără alte mijloace rezistive.

R: B (II, pag. 169-170)

31. Pe scala de evaluare creată de Lovett și Martin, F5 înseamnă:

- A. mușchiul nu realizează nicio contracție evidentă;
- B. mușchiul este capabil să mobilizeze segmentul în amplitudine completă, împotriva gravitației, fără alte mijloace rezistive;

- C. mușchiul poate mobiliza segmentul în amplitudine completă, contra gravitației plus o rezistență medie;
- D. mușchiul este capabil să mobilizeze segmentul pe toată amplitudinea de mișcare, contra gravitației plus o rezistență maximă, aplicată pe segmentul de mobilizat, cât mai distal.

R: D (II, pag. 169)

Tema 7. Metode directe de măsurare a unghiurilor articulare

32. Sunt metode directe de măsurare și evaluare ale unghiurilor articulare:

- A. perimetria;
- B. goniometria și înclinometria manuală;
- C. bilanțul muscular;
- D. examenul radiologic.

R: B (II, pag. 146)

33. Care este metoda directă de măsurare a unghiurilor articulare:

- A. goniometria;
- B. dinamometria;
- C. perimetria;
- D. dinamometria izokinetică.

R: A (II, pag. 146)

Tema 8. Perimetria

34. Despre perimetrie sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. perimetrul brațului are o valoare absolută de 35 cm la femeie și 40 cm la bărbat;
- B. perimetrul coapsei are o valoare absolută de 60 cm;
- C. perimetria se efectuează cu banda metrică;
- D. diferența dintre contracție – relaxare trebuie să fie cât mai mică.

R: D (II, pag. 168)

35. Referitor la perimetrie, care dintre următoarele afirmații este falsă:

- A. perimetria se efectuează cu banda metrică, iar valorile se exprimă în cm;
- B. interpretarea rezultatelor obținute se face prin raportare la valorile medii absolute obținute prin goniometrie;
- C. grosimea stratului adipos poate oferi rezultate false;
- D. relația dintre volumul mușchiului și forță nu este totdeauna liniară (creșterea volumului nu este direct proporțională cu creșterea forței musculare).

R: B (II, pag. 168-169)

36. Perimetria:

- A. apreciază forța prin măsurarea circumferințelor diferitelor segmente;
- B. pentru măsurare se folosește un raportor, iar valorile se exprimă în grade;
- C. constă în măsurarea unghiurilor articulare în raport cu linia de gravitație;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (II, pag. 168)

Tema 9. Metoda directă de măsurare a unghiurilor articulare – Goniometria

37. Despre goniometrie sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. este o metodă care se bazează pe repere anatomice;
- B. instrumentele folosite sunt de diferite modele și mărimi;
- C. este o metodă nereproductibilă;
- D. este o metodă fiabilă.

R: C (II, pag. 146)

38. Goniometrul reprezintă:

- A. instrument de măsurare a amplitudinii articulare;
- B. instrument de măsurare a forței musculare;
- C. instrument de măsurare a perimetrelor;
- D. instrument de măsurare a țesutului adipos.

R: A (II, pag. 146)

39. Care afirmație despre goniometrie nu este adevărată:

- A. este o metodă fiabilă, reproductibilă, bazată pe repere anatomice ușor de identificat;
- B. instrumentul de măsurare se numește goniometru;
- C. se folosește pentru testarea forței musculare a mușchilor din apropierea unei articulații;
- D. este o metodă directă de măsurare și evaluare a unghiurilor articulare.

R: C (II, pag. 146)

40. Goniometria impune respectarea unor condiții, cu excepția:

- A. poziția pacientului trebuie să fie comodă și relaxantă;
- B. poziția kinetoterapeutului trebuie să fie tensionată;
- C. raportorul se plasează în planul mișcării;
- D. axul goniometrului se poziționează în axul biomecanic al mișcării.

R: B (II, pag. 146-147)

41. Pentru realizarea goniometriei se vor respecta următoarele condiții, cu excepția:

- A. goniometrul se va așeza presându-l pe segmentele testate;
- B. testările se vor realiza prin mobilizări active sau pasive;
- C. axul goniometrului se poziționează în axul biomecanic al mișcării;
- D. brațele goniometrului se plasează paralel cu axele longitudinale ale segmentelor care formează unghiul articular ce urmează a fi măsurat.

R: A (II, pag. 146-147)

42. Referitor la brațul mobil al goniometrului, care dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. se plasează pe segmentul de referință;
- B. însoțește mișcarea segmentului fix;
- C. se plasează pe segmentul deplasabil;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (II, pag. 147)

43. În cazul articulațiilor membrelor, valorile obținute în urma goniometriei se compară cu următoarele valori, cu excepția:

- A. valorile standard;
- B. unghiul aceleiași mișcări, realizată cu segmentul opus;
- C. unghiul aceleiași mișcări, realizată cu segmentul controlateral;
- D. unghiul aceleiași mișcări, realizată cu segmentul homolateral.

R: D (II, pag. 148)

44. Pentru măsurarea amplitudinii articulare se poate folosi:

- A. dinamometrul;
- B. goniometrul;
- C. spirometrul;
- D. artroscopul.

R: B (II, pag. 146)

45. Dezavantajele goniometrelor manuale sunt următoarele, cu excepția:

- A. măsoară amplitudinea de mișcare într-un singur plan;
- B. măsurătorile sunt relativ precise;
- C. timpul de examinare este redus;
- D. instrumentul de măsurare poate furniza date eronate.

R: C (II, pag. 148)

Tema 10. Înclinometria

46. Printre avantajele folosirii tehnologiei digitale a înclinometrului se numără:

- A. timp îndelungat pentru măsurare;

- B. informație imprecisă;
- C. necesitatea achiziționării de masă specială;
- D. permite stocarea și compararea rezultatelor.

R: D (II, pag. 149)

47. Referitor la înclinometrie, dintre următoarele afirmații, una singură este adevărată:

- A. este o variantă a dinamometriei;
- B. se folosește măsurând unghiurile articulare în raport cu planul înclinat;
- C. acul înclinometrului indică verticala, indiferent de poziția în care este plasat;
- D. se compune dintr-o bază și un cadran cu scală, gradată din 10 în 10 cm.

R: C (II, pag. 148)

48. Despre înclinometrie este adevărată următoarea afirmație:

- A. comparativ cu goniometria este o metodă mai imprecisă;
- B. evaluează valorile amplitudinii articulare la finele cursei de mișcare;
- C. necesită aliniamente particulare;
- D. nu se poate înregistra digital.

R: B (II, pag. 148)

49. Care afirmație despre înclinometrie nu este adevărată:

- A. precizia înclinometrului mecanic este de 2°;
- B. precizia înclinometrului digital este de 1°;
- C. acul înclinometrului indică verticala, indiferent de poziția în care este plasat;

D. înclinometria este o variantă a goniometriei.

R: B (II, pag. 148-149)

50. Înclinometria prezintă următoarele avantaje față de goniometrie, cu excepția:

- A. este mai rapidă;
- B. este mai simplă;
- C. este precisă;
- D. necesită calibrare la fiecare utilizare.

R: D (II, pag. 148)

51. Este instrument de măsurare a amplitudinii articulare:

- A. înclinometrul;
- B. dinamometrul;
- C. ergometrul;
- D. spirometrul.

R: A (II, pag. 148)

Tema 11. Tehnici de facilitare neuromusculară proprioceptivă

52. Dintre tehnicile specifice de facilitare neuromusculară proprioceptivă (tehnici F.N.P. specifice) pentru promovarea mobilității, fac parte următoarele:

- A. inițierea ritmică (IR);
- B. rotația ritmică (RR);
- C. mișcarea activă de relaxare-opunere (MARO);
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 269)

53. Tehnicile de facilitare neuromusculară proprioceptivă (tehnicele F.N.P.): relaxare-opunere (RO), relaxare-contracție (RC) și mișcarea activă de relaxare-opunere (MARO) pot fi folosite pentru promovarea unei etape a controlului motor:

- A. mobilitate;
- B. stabilitate;
- C. mobilitate controlată;
- D. abilitate.

R: A (I, pag. 269-270)

54. Printre tehnicile generale de facilitare neuromusculară proprioceptivă (tehnici F.N.P. generale) se numără următoarele, cu excepția:

- A. inversarea lentă (IL);
- B. inversarea lentă cu opunere (ILO);
- C. izometrie alternantă (IzA).
- D. contracțiile repetate (CR)

R: C (I, pag. 267)

55. Referitor la tehnicile de facilitare neuromusculară proprioceptivă (tehnici F.N.P.) se poate afirma:

- A. pentru promovarea mobilității se folosesc: inițierea ritmică (IR), rotația ritmică (RR), mișcarea activă de relaxare-opunere (MARO), relaxare-opunere (RO), relaxare-contracție (RC), stabilizare ritmică (SR);
- B. pentru promovarea stabilității se folosesc: contracția izometrică în zona scurtată (CIS), izometria alternantă (IzA), stabilizarea ritmică (SR);
- C. pentru promovarea abilității se folosesc: progresia cu rezistență (PR), secvențialitatea normală (SN);

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 269-272)

Tema 12. Testarea forței musculare statice

56. Referitor la testarea forței musculare statice, care dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. se folosește dinamometria;
- B. se evaluează cu dificultate forța mușchilor flexori ai mâinii și ai degetelor;
- C. nu se poate evalua forța regiunii scapulare;
- D. evaluarea forței musculare statice e dificil de realizat.

R: A (II, pag. 172)

57. Prin dinamometrie se evaluează cu ușurință forța mușchilor:

- A. flexori ai mâinii și ai degetelor;
- B. regiunii lombare;
- C. regiunii scapulare;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 172)

58. Referitor la rezultatele măsurărilor realizate cu ajutorul dinamometriei, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. sunt precise;
- B. sunt imprecise;
- C. sunt interpretate prin raportare la valorile standard;
- D. sunt interpretate prin raportare la valorile înregistrate la nivelul membrului controlateral sănătos.

R: B (II, pag. 173)

59. Rezultatele obținute în urma dinamometriei sunt interpretate prin raportare la următoarele valori, cu excepția:

- A. valorile standard;
- B. valorile înregistrate la nivelul membrului heterolateral sănătos;
- C. valorile înregistrate la nivelul membrului homolateral sănătos;
- D. valorile înregistrate la nivelul membrului controlateral sănătos.

R: C (II, pag. 173)

60. Care dintre următoarele afirmații despre dinamometrie este falsă:

- A. dinamometria reprezintă metoda subiectivă de măsurare a forței statice maxime de contracție a unui grup muscular;
- B. testarea trebuie realizată cu supravegherea atentă a unghiului articular, deoarece forța variază mult în funcție de mărimea acestuia;
- C. rezultatele obținute sunt interpretate prin raportare la valorile standard sau la valorile înregistrate la nivelul membrului controlateral sănătos;
- D. are o serie de limite, deoarece implică eforturi statice, în timp ce majoritatea mișcărilor solicită eforturi de tip dinamic.

R: A (II, pag. 172-174)

61. Următoarele afirmații despre dinamometrie sunt adevărate, cu excepția:

- A. mai este denumită și testare musculară manuală;

- B. prin dinamometrie se evaluează cu ușurință forța mușchilor flexori ai mâinii și ai degetelor;
- C. are o serie de limite, deoarece implică eforturi statice, în timp ce majoritatea mișcărilor solicită eforturi dinamice;
- D. se pot calcula, după o serie de formule, indici de forță segmentară și globală, prin raportarea valorilor forței măsurate cu dinamometre, la greutatea corporală sau la masa activă.

R: A (II, pag. 172-174)

62. Referitor la dinamometrie, se poate afirma:

- A. dinamometria este denumită și testare musculară manuală sau bilanț muscular;
- B. folosindu-se dinamometria, forța F4 înseamnă că mușchiul poate mobiliza segmentul în amplitudine completă, contra gravitației plus o rezistență medie;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: D (II, pag. 169, 172)

Tema 13. Factorii care influențează testele de evaluare a forței musculare

63. Factorii care influențează veridicitatea și validarea testelor de evaluare a forței musculare sunt următorii, cu excepția:

- A. plasarea subiectului într-o poziție stabilă;
- B. forțele de inerție în timpul mișcărilor statice;
- C. etalonarea dinamometrului;
- D. forța gravitațională.

R: B (II, pag. 168)

64. Sunt factori care influențează veridicitatea și validarea testelor de evaluare a forței musculare:

- A. plasarea subiectului într-o poziție stabilă, reproductibilă între testări, în cazul repetării acestora;
- B. starea psiho-fizică a subiectului în momentul testării;
- C. gradul de familiarizare a subiectului cu forma de testare;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 168)

65. Sunt factori care influențează veridicitatea și validarea testelor de evaluare a forței musculare, cu excepția:

- A. plasarea subiectului într-o poziție instabilă și nereproductibilă între testări, în cazul repetării acestora;
- B. limitarea forței pe care mușchii trunchiului și mușchii proximali ai membrelor o pot folosi pentru a mobiliza segmentele periferice (forța reală este subestimată);
- C. substituirea mușchilor mai slabi de către mușchii mai puternici sau acțiunea sinergică a acestora (forța reală este supraestimată);
- D. factori ambientali (zgomot, temperatură).

R: A (II, pag. 168)

Tema 14. Stretching - generalități

66. În efectuarea stretching-ului se recomandă respectarea următoarelor indicații metodice, cu excepția:

- A. pregătirea prealabilă a structurilor ce vor fi solicitate;
- B. nu se recomandă ca pacientul să se concentreze asupra structurilor solicitate;
- C. evitarea apariției fenomenelor dureroase și a supraîntinderii;

D. întinderea trebuie executată lent, respectându-se principiul progresivității, în funcție și de tehnica utilizată.

R: B (I, pag. 287)

67. Referitor la stretching, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. stretching-ul (întinderea) este o tehnică științifică de alungire a structurilor „moi” ale aparatului locomotor (mușchi și/sau țesut conjunctiv);
- B. stretching-ul este folosit în scopul creșterii elasticității și flexibilității structurilor „moi” ale aparatului locomotor (mușchi și/sau țesut conjunctiv);
- C. principiul de bază în stretching este punerea bruscă în tensiune a structurilor solicitate, cu menținerea pe o lungă perioadă de timp, după aceea se reia poziția;
- D. principiul de bază în stretching este punerea lentă în tensiune a structurilor solicitate, fără bruscări, cu menținerea acestora pe o perioadă dată, între 10-60 secunde, în funcție de obiectivul urmărit, și cu reluarea progresivă, fără bruscări, a poziției.

R: C (I, pag. 283)

Tema 15. Tipuri de stretching

68. În raport cu structurile asupra cărora se acționează, se cunosc următoarele tipuri principale de stretching:

- A. stretching-ul muscular;
- B. stretching-ul țesutului conjunctiv-necontractil (ligamente, tendoane etc.);
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 284)

69. Referitor la tehnicile de stretching, una dintre următoarele afirmații nu este adevărată:

- A. stretching-ul dinamic se realizează prin mișcări voluntare lente ale segmentului, fiind efectuate în scopul atingerii amplitudinii maxime de mișcare și al atingerii alungirii maxime;
- B. stretching-ul static (pasiv) se realizează prin acțiunea propriei forțe musculare;
- C. stretching-ul static (pasiv) se realizează prin acțiunea unei forțe externe (kinetoterapeut, segment controlateral, propria greutate);
- D. prin intermediul stretching-ului dinamic se încearcă trecerea ușoară peste punctul maxim al amplitudinii posibile de mișcare.

R: B (I, pag. 284-285)

Tema 16. Metode de stretching folosite

70. Au fost elaborate mai multe metode de stretching:

- A. arcuire și menținere (ballistic and hold), întindere pasivă și menținere (passive lift and hold), întindere prelungită (prolonged stretch);
- B. tehnica FNP progresia cu rezistență;
- C. facilitarea neuromusculară proprioceptivă activă (activ PNF), facilitarea neuromusculară proprioceptivă pasivă (pasive PNF), metoda relaxării (relaxion method);
- D. răspunsurile A și C sunt corecte.

R: D (I, pag. 285-286)

71. Referitor la metodele de stretching, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. facilitarea neuromusculară proprioceptivă activă – mișcarea se execută timp de 6 secunde activ și este urmată de o contracție izometrică maximă, contra rezistenței opusă de musculatura antagonistă; se încearcă apoi creșterea amplitudinii mișcării prin contracție musculară activă cu rezistență (mușchi agonști) timp de 1 minut;
- B. metoda relaxării – constă într-o întindere pasivă rapidă, până la poziția extremă și menținerea acesteia timp de 1 minut, însoțită de relaxare indusă prin autocontrol;
- C. întinderea pasivă și menținere – metoda constă în a folosi mobilizarea pasivă lentă a unui segment până în poziție extremă (cu ajutorul unui partener) și menținerea acestei poziții timp de 6 secunde prin contracție izometrică; aceste întinderi pasive urmate de o fixare activă de 1 minut, se repetă la intervale de 6 secunde;
- D. facilitarea neuromusculară proprioceptivă pasivă – se realizează mobilizarea pasivă până în poziție extremă (cu ajutorul unui partener), în timp de 6 secunde, urmată de contracția izometrică a musculaturii agoniste contra rezistenței opuse de partener; întinderile și contracțiile pasive se repetă la intervale de 6 secunde, timp de 1 minut.

R: B (I, pag. 285-286)

Tema 17. Avantaje stretching

72. Avantajele stretching-ului sunt următoarele, cu o excepție:

- A. determină o diminuare a flexibilității țesuturilor;
- B. determină optimizarea relaxării fizice și psihice;

- C. diminuarea riscului de apariție a traumatismelor aparatului locomotor;
- D. ameliorarea flexibilității, deci a supleței, structurilor angrenate în mișcare.

R: A (I, pag. 283-284)

73. Sunt avantaje ale stretching-ului:

- A. „încălzirea” țesuturilor moi ale aparatului locomotor;
- B. ameliorarea flexibilității, deci a supleței, structurilor angrenate în mișcare;
- C. facilitarea conștientizării propriului corp;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 283-284)

Tema 18. Dezavantaje stretching prelungit

74. Stretching-ul prelungit:

- A. întinderea lentă prelungită are un efect inhibitor pentru mușchii agonști;
- B. întinderea lentă prelungită are uneori un efect facilitator pentru mușchii agonști, de aceea stretching-ul prelungit constituie un mijloc important în programele de recuperare a forței musculare;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (I, pag. 201)

75. Sunt dezavantaje ale stretching-ului prelungit:

- A. accelerarea eliminării produșilor de catabolism local prin activarea circulației sangvine și limfatice;
- B. echilibru optim între musculatura agonistă și antagonistă;

- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
D. niciun răspuns nu este corect.
R: D (I, pag. 283-284)

Tema 19. Recuperarea mobilității articulare - obiectiv de bază al kinetoterapiei

76. Recuperarea mobilității articulare se poate realiza prin:

- A. posturări, tehnici kinetice dinamice, tehnici F.N.P., masaj;
B. stretching, sport terapeutic, antrenament pliometric, manipulări vertebrale sau periferice;
C. răspunsurile A și B sunt corecte;
D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 415-417)

77. În recuperarea mobilității articulare, se recomandă respectarea următoarei succesiuni în abordarea structurilor afectate:

- A. lucru din descărcare analitic, lucru din descărcare global, lucru din încărcare global, lucru din încărcare analitic;
B. lucru din descărcare global, lucru din descărcare analitic, lucru din încărcare global, lucru din încărcare analitic;
C. lucru din descărcare global, lucru din descărcare analitic, lucru din încărcare analitic, lucru din încărcare global;
D. lucru din descărcare analitic, lucru din încărcare analitic, lucru din descărcare global, lucru din încărcare global.

R: A (I, pag. 414)

78. Despre posturare, ca mijloc terapeutic în recuperarea mobilității articulare, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. are o durată variabilă, dar perseverent folosită;
- B. contribuie la îmbunătățirea mobilității articulare, în special în ultimele faze ale recuperării funcționale;
- C. contribuie la îmbunătățirea mobilității articulare, în special în primele faze ale recuperării funcționale;
- D. posturile utilizate sunt în special cele corective, fără a se omite funcția facilitatorie la nivel circulator, ce ajută în reducerea inflamației (factor limitator al mobilității).

R: B (I, pag. 415)

79. Dintre tehnicile kinetice dinamice, utilizate pentru recuperarea mobilității articulare, nu face parte următoarea:

- A. mobilizarea activă cu rezistență concentrică;
- B. mobilizarea pasivă;
- C. mobilizarea pasivo-activă;
- D. mobilizarea activo-pasivă.

R: A (I, pag. 415)

80. Dintre tehnicile specifice de facilitare neuromusculară proprioceptivă (tehnici F.N.P. specifice) folosite pentru recuperarea mobilității articulare fac parte următoarele, cu excepția:

- A. inițierea ritmică (IR);
- B. rotația ritmică (RR);
- C. mișcarea activă de relaxare-opunere (MARO);
- D. secvențialitatea pentru întărire (SI).

R: D (I, pag. 415)

81. Printre mijloacele folosite pentru recuperarea mobilității articulare se află:

- A. exerciții de tonifiere musculară;
- B. stretching-ul;
- C. exerciții acrobatice;
- D. exerciții culturiste.

R: B (I, pag. 416)

82. Recuperarea mobilității articulare se poate realiza folosind următoarele mijloace, cu excepția:

- A. stretching;
- B. posturări;
- C. exerciții culturiste;
- D. mobilizări pasive.

R: C (I, pag. 415-416)

83. Următoarele afirmații despre stretching sunt adevărate, cu excepția:

- A. se folosește mai ales pentru recuperarea forței musculare;
- B. se folosește pentru recuperarea mobilității articulare;
- C. prin ameliorarea elasticității musculare și capsulo-ligamentare, stretching-ul reprezintă tehnica de bază în recuperarea deficitului de mobilitate;
- D. în funcție de acțiunea directă urmărită și de momentul utilizării în cadrul procesului de recuperare și programului kinetic, se indică folosirea următoarelor tipuri de stretching: dinamic, activ, pasiv și izometric.

R: A (I, pag. 416)

84. În funcție de acțiunea directă urmărită și de momentul utilizării în cadrul procesului de recuperare și programului kinetic, se indică folosirea următoarelor tipuri de stretching:

- A. dinamic, activ, pasiv și izometric;
- B. mic, mediu, submaximal, maximal;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (I, pag. 416)

85. Care dintre următoarele afirmații despre stretching-ul dinamic este adevărată:

- A. se realizează mobilizări active libere (MAL), cu menținerea segmentului timp de 10-15 secunde în punctul de amplitudine maximă, prin contracția izometrică a agoniștilor;
- B. se realizează mobilizări active libere (MAL), lente, finalizate cu tensiuni finale (arcuiri), încercându-se trecerea blândă peste amplitudinea de mișcare posibilă;
- C. se realizează mobilizări active libere (MAL), rapide, încercându-se trecerea imediată peste amplitudinea de mișcare posibilă;
- D. este realizat de o forță exterioară reprezentată de : kinetoterapeut, partener, alte părți ale corpului sau greutatea proprie.

R: B (I, pag. 416)

86. Care afirmație despre stretching-ul activ (stato-activ) este adevărată:

- A. se realizează mobilizări active libere (MAL), lente, finalizate cu tensiuni finale (arcuiri), încercându-se trecerea blândă peste amplitudinea de mișcare posibilă;
- B. este realizat de o forță exterioară reprezentată de : kinetoterapeut, partener, alte părți ale corpului sau greutatea proprie;
- C. se realizează mobilizări active libere (MAL), cu menținerea segmentului timp de 10-15 secunde în punctul de amplitudine maximă, prin contracția izometrică a agoniștilor;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 416)

87. Stretching-ul pasiv:

- A. stretching-ul pasiv se folosește în special pentru recuperarea deficitului de forță musculară;
- B. stretching-ul pasiv este realizat de o forță exterioară reprezentată de: kinetoterapeut, partener, alte părți ale corpului sau greutatea proprie;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: B (I, pag. 416)

88. Care dintre următoarele afirmații despre stretching-ul izometric (sportiv) este falsă:

- A. în poziția de maximă amplitudine se execută contracție izometrică (durata de 3-6 secunde);
- B. după contracția izometrică urmează relaxare (3-4 secunde);

- C. în final se realizează întindere la limita pragului dureros (timp de 20-30 secunde);
- D. este realizat de o forță exterioară reprezentată de: kinetoterapeut, partener, alte părți ale corpului sau greutatea proprie.

R: D (I, pag. 416)

89. Sportul terapeutic poate fi utilizat pentru recuperarea mobilității articulare, folosindu-se următoarele acte și acțiuni motrice:

- A. școala alergării, a săriturii, a aruncării;
- B. elemente de bază din gimnastică;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 416)

90. În recuperarea mobilității articulare, se recomandă utilizarea următoarelor tipuri de masaj:

- A. masaj clasic, masaj de drenaj limfatic;
- B. masaj transversal profund, masaj al țesutului conjunctiv;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 416-417)

Tema 20. Recuperarea forței musculare - obiectiv de bază al kinetoterapiei

91. Pentru recuperarea forței musculare se lucrează efectiv din momentul în care mobilitatea este recuperată în proporție de:

- A. 25%;

- B. 40%;
- C. 60%;
- D. 75%.

R: D (I, pag. 417)

92. Metoda halterofilului se referă la următoarele, cu excepția:

- A. creșterea „în val”;
- B. mărirea și micșorarea treptată a efortului;
- C. creșterea continuă a intensității efortului;
- D. cu greutate.

R: D (I, pag. 417)

93. Metoda „power-trening” utilizează trei grupe de exerciții, cu excepția:

- A. cu greutate;
- B. creșterea „în trepte”;
- C. cu mingi medicinale;
- D. exerciții acrobatice.

R: B (I, pag. 417)

94. În cadrul metodei eforturilor „în circuit”, se execută următoarele tipuri de exerciții:

- A. exerciții la aparate;
- B. exerciții statice;
- C. exerciții cu greutate;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 418)

95. Despre exercițiile statice (contractii izometrice), următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. sunt folosite la începutul programelor de tonifiere musculară, ca urmare a efectului lor de „protejare” a articulațiilor;
- B. se pot utiliza: exerciții unice scurte izometrice zilnice (EUSIZ), exerciții repetitive scurte izometrice zilnice (ERSIZ), grupaje diferite de contractii izometrice;
- C. prin intermediul lor se va dezvolta concomitent „forța statică” și „forța dinamică” a mușchilor;
- D. prin intermediul lor se va dezvolta „forța statică” a mușchilor, care ulterior va putea fi transformată în „forță dinamică”.

R: C (I, pag. 418)

96. Sunt exerciții izometrice folosite pentru creșterea forței musculare, cu excepția:

- A. exerciții repetitive scurte izometrice zilnice (ERSIZ);
- B. exercițiul maximal cu repetiție (EMR);
- C. exerciții unice scurte izometrice zilnice (EUSIZ);
- D. grupaje diferite de contractii izometrice.

R: B (I, pag. 418)

97. Exercițiile unice scurte izometrice zilnice (EUSIZ) constau în:

- A. realizarea zilnică a unei contractii de 6 secunde;
- B. realizarea zilnică de 20 de contractii izometrice scurte (3-6 secunde), cu pauză de 20 de secunde între contractii;
- C. executarea de serii de 3 contractii a 6 secunde, cu pauză de 20-30 secunde;

D. realizarea zilnică a unei contracții de 12 secunde.

R: A (I, pag. 199)

98. Pentru creșterea forței musculare pot fi folosite următoarele exerciții statice (contracții izometrice):

A. exercițiul maximal scurt (EMS);

B. exercițiile rezistive progresive (tehnica De Lorme - Watkins);

C. exercițiile rezistive regresive (tehnica Oxford);

D. niciun răspuns nu este corect.

R: D (I, pag. 418)

99. Creșterea tensiunii musculare în condițiile menținerii relativ constante a lungimii mușchiului poartă denumirea de:

A. contracție izometrică;

B. contracție izotonică;

C. contracție izokinetică;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (I, pag. 198)

100. Rezistențele utilizate în cadrul exercițiilor dinamice cu rezistență progresivă (contracții izotonice rezistive) sunt reprezentate de:

A. greutăți, benzi elastice, helcometre;

B. apa, forța pacientului;

C. forța kinetoterapeutului – care va direcționa mișcarea concomitent cu asigurarea rezistenței;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 418)

101. Dintre exercițiile dinamice cu rezistență progresivă fac parte următoarele, cu excepția:

- A. exerciții repetitive scurte izometrice zilnice (ERSIZ);
- B. exercițiul maximal cu repetiție (EMR);
- C. exercițiile rezistive progresive (tehnica De Lorme - Watkins);
- D. exercițiile rezistive regresive (tehnica Oxford).

R: A (I, pag. 418)

102. În cadrul ședințelor de recuperare a forței musculare, se pot folosi următoarele tehnici generale de facilitare neuromusculară proprioceptivă (tehnici F.N.P. generale), cu excepția:

- A. inversarea lentă (IL)
- B. inversarea lentă cu opunere (ILO);
- C. inversarea agonistică (IA);
- D. izometria alternantă (IzA).

R: D (I, pag. 419)

103. Printre tehnicile specifice de facilitare neuromusculară proprioceptivă (tehnici F.N.P. specifice) care se pot folosi pentru recuperarea forței musculare, se numără următoarele, cu excepția:

- A. inversarea lentă (IL);
- B. izometria alternantă (IzA);
- C. contracția izometrică în zona scurtată (CIS);
- D. stabilizarea ritmică (SR).

R: A (I, pag. 419)

Tema 21. Suspendarea activității kinetice

104. Despre suspendarea activității kinetice se poate afirma:

- A. reducerea la minim a efectelor induse de suspendarea activității kinetice este un obiectiv al programelor de recuperare prin kinetoterapie;
- B. se execută gesturi motrice doar cu segmentul afectat, nefiind deloc necesar să se implice în lucru segmentul opus;
- C. se execută gesturi motrice care să antreneze segmentul afectat, pe toate direcțiile, implicând și segmentul opus;
- D. răspunsurile A și C sunt adevărate.

R: D (I, pag. 411, 414)

105. Reducerea la minim a efectelor induse de suspendarea activității kinetice se realizează prin următoarele, cu excepția:

- A. antrenamentul mental;
- B. executarea de gesturi motrice care să antreneze segmentul afectat numai pe o singură direcție și fără a implica segmentul controlateral;
- C. executarea de gesturi motrice care să antreneze segmentul afectat, pe toate direcțiile, implicând și segmentul controlateral;
- D. executarea de mișcări care să angreneze gâtul.

R: B (I, pag. 414)

Bibliografie (la Capitolul 2. Bazele generale ale kinetoterapiei)

- I. Bratu, M. (2011). *Bazele generale ale kinetoterapiei*. Editura BREN, București.

- II. Cordun, M. (2009). *Kinantropometrie*. Editura CD PRESS, București.
- III. Cordun, M. (1999). *Kinetologie medicală*, Editura Axa, București.
- IV. Sîrbu, E. (2015). *Terapia kinetică în afecțiunile neurologice*. Editura Universității de Vest, Timișoara.

CAPITOLUL 3. KINETOTERAPIA DEFICIENȚELOR FIZICE ȘI SENZORIALE

Tema 1. Cifozele: definiție

1. Prin definiție, cifoza reprezintă:

- A. încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea orientată posterior;
- B. încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan frontal, cu convexitatea orientată posterior;
- C. încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea orientată anterior;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (II, pag. 92)

2. Referitor la cifoze, următoarele enunțuri sunt false, cu excepția:

- A. cifozele sunt deviații ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu concavitatea curburii orientată posterior;
- B. cifozele sunt deviații ale coloanei vertebrale în plan transversal, cu convexitatea curburii orientată anterior;
- C. cifozele sunt deviații ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea curburii orientată posterior;
- D. cifozele sunt deviații ale coloanei vertebrale în plan frontal, cu concavitatea curburii orientată anterior.

R: C (II, pag. 92)

3. Cifoza se poate observa în planul:

- A. transversal;
- B. sagital;
- C. frontal;
- D. orizontal.

R: B (II, pag. 92)

Tema 2. Cifozele: clasificare

4. Cifozele tipice se produc astfel:

- A. apar în regiunile cu lordoză fiziologică, prin inversarea încurbării, deci interesează regiunea lombară sau cervicală;
- B. prin extinderea cifozei dorsale la regiunile supra- sau subiacente sau la întreaga coloană vertebrală;
- C. prin accentuarea cifozei fiziologice, de obicei dorsale;
- D. sunt consecința unui traumatism.

R: C (II, pag. 92)

5. Referitor la cifoza atipică, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. cifoza atipică poate să apară în regiunile cervicală, lombară (unde în mod normal sunt curburi lordotice);
- B. cifoza atipică poate să apară în regiunea dorsală, reprezentând o accentuare a curburii fiziologice dorsale;
- C. cifoza atipică poate să apară în zonele de trecere dorso-lombară, cervico-dorsală;
- D. cifoza atipică poate cuprinde întreaga coloană vertebrală.

R: B (I, pag. 87)

6. Cifoza atipică poate fi localizată în următoarele regiuni, mai puțin una:

- A. cervicală;
- B. dorsală;
- C. poate cuprinde întreaga coloană vertebrală;
- D. lombară.

R: B (I, pag. 87)

7. Unul dintre următoarele enunțuri referitoare la aspectul cifozei este fals:

- A. cifozele scurte au, în general, un aspect unghiular;
- B. cifozele scurte au, în general, un aspect ovoid;
- C. cifozele mijlocii au un aspect rotunjit;
- D. cifozele lungi au un aspect ovoid.

R: B (III, pag. 55)

8. Referitor la lungimea segmentului afectat, cifozele pot fi, cu excepția:

- A. scurte;
- B. medii;
- C. lungi;
- D. late.

R: D (I, pag. 88)

Tema 3. Formele cifozei funcționale și caracteristicile acestora

9. Caracteristicile cifozei funcționale sunt următoarele, cu excepția:

- A. nu prezintă modificări morfologice la nivelul coloanei vertebrale, decelabile prin examen radiologic;
- B. se corectează, uneori exclusiv, prin metode kinetice;
- C. prezintă modificări morfologice la nivelul coloanei vertebrale, decelabile prin examen radiologic;
- D. netratată la timp, determină modificări structurale.

R: C (II, pag. 93)

10. Nu este o cifoză funcțională:

- A. cifoza habituală;

- B. cifoza prin deprindere;
- C. cifoza compensatorie;
- D. cifoza din maladia Scheuermann.

R: D (II, pag. 93)

11. Cifoza habituală are următoarele caracteristici:

- A. se mai numește și cifoză prin deprindere;
- B. este produsă în urma unei lungi obișnuințe a copiilor de a păstra o poziție cifotică;
- C. se prezintă sub forma unei încurbări rotunjite sau alungite a coloanei vertebrale și a spatelui în regiunea dorsală sau dorsolombară;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (III, pag. 59)

12. Referitor la caracteristicile cifozei compensatorii, dintre următoarele afirmații, doar una este adevărată:

- A. se instalează prin compensarea unei lordoze primare ajunsă la un anumit stadiu de dezvoltare;
- B. este consecința adoptării și menținerii îndelungate a pozițiilor cifoizante, în activitățile cotidiene;
- C. este urmare a disproporției între creșterea exagerată în înălțime și dezvoltarea insuficientă a forței mușchilor de susținere;
- D. se mai numește cifoză de deprindere.

R: A (II, pag. 93)

Tema 4. Formele cifozei patologice și caracteristicile acestora

13. Cea mai răspândită cifoză carențială este:

- A. cifoza rahitică;
- B. cifoza senilă;
- C. cifoza traumatică;
- D. cifoza reumatismală.

R: A (II, pag. 96)

14. Printre formele de cifoze patologice se numără:

- A. cifoze congenitale;
- B. cifoze rahitice;
- C. cifoze traumatice;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (III, pag. 61)

15. Dintre cifozele patologice fac parte următoarele, cu excepția:

- A. cifoza pottică;
- B. cifozele congenitale;
- C. cifozele compensatorii;
- D. cifoza paralytică.

R: C (I, pag. 92)

**16. Care dintre următoarele afirmații cu privire la cifoza din
maladia Scheuermann este falsă:**

- A. este numită și cifoza gravă a adolescenților și tinerilor,
fiind consecința unei distrofii de creștere;
- B. este dureroasă;
- C. nu este deloc dureroasă;

D. se instalează, de obicei, în regiunea dorsală.

R: C (II, pag. 97)

17. Caracteristicile cifozelor congenitale sunt următoarele, cu excepția:

A. se localizează la nivelul zonelor de trecere;

B. coloana vertebrală este dureroasă;

C. coloana vertebrală este nedureroasă și fixă în zona respectivă;

D. mobilitatea este păstrată deasupra sau sub nivelul malformației.

R: B (II, pag. 94)

Tema 5. Lordozele: definiție

18. Prin definiție, lordoza este:

A. deviație a coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea orientată posterior;

B. deviație a coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea orientată anterior;

C. deviație a coloanei vertebrale în plan sagital, cu concavitatea orientată anterior;

D. deviație a coloanei vertebrale în plan frontal, cu convexitatea orientată anterior.

R: B (I, pag. 104)

19. Lordoza se poate observa în planul:

A. frontal;

B. transversal;

C. sagital;

D. orizontal.

R: C (II, pag. 99)

20. Referitor la lordoze, enunțurile de mai jos sunt false, cu excepția:

- A. lordozele sunt încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea orientată anterior;
- B. lordozele sunt încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea orientată posterior;
- C. lordozele sunt încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu concavitatea orientată anterior;
- D. lordozele sunt încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan transversal, cu convexitatea orientată anterior.

R: A (II, pag. 99)

Tema 6. Lordozele: clasificare

21. Lordozele se clasifică astfel:

- A. după regiunea în care sunt localizate, pot fi lordoze tipice și lordoze atipice;
- B. după modificările morfo-funcționale, pot fi lordoze funcționale și lordoze patologice;
- C. după amplitudinea lor, lordozele pot fi scurte, medii, lungi;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 104-105)

22. Referitor la lordoza atipică, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. lordoza atipică se produce în regiunea cu cifoză fiziologică, prin inversarea încurbării;

- B. lordoza atipică este localizată mai ales în regiunea dorsală;
- C. lordoza atipică este localizată mai ales în regiunea lombară;
- D. lordoza atipică se poate extinde pe întreaga coloană vertebrală.

R: C (II, pag. 99)

23. Referitor la caracteristicile lordozelor tipice, doar una dintre afirmațiile de mai jos este adevărată:

- A. au grad redus de încurbare, cu o mobilitate normală, fără a îngreuna pozițiile și mișcările corpului;
- B. au încurbări fixe, care tulbură funcțiile statice și dinamice ale coloanei vertebrale;
- C. produc în decursul evoluției lor curburi de sens contrar, car apar fie deasupra, fie dedesubtul lor, pentru a le compensa sau a le echilibra;
- D. sunt localizate mai ales în regiunea dorsală.

R: A (III, pag. 71)

24. După amplitudinea lor, lordozele pot fi, cu excepția:

- A. scurte;
- B. medii;
- C. lungi;
- D. late.

R: D (I, pag. 105)

25. După prioritatea apariției, lordozele se clasifică în:

- A. lordoze primare și lordoze secundare;
- B. lordoze structurale și lordoze patologice;
- C. lordoze nestructurale și lordoze funcționale;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: A (I, pag. 105)

Tema 7. Formele lordozelor funcționale și caracteristicile acestora

26. Lordozele funcționale au următoarele caracteristici:

- A. nu prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- B. au evoluție lentă și prognostic favorabil;
- C. se corectează, uneori exclusiv, prin mijloace kinetice;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 99)

27. Următoarea formă de lordoză este o lordoză funcțională:

- A. lordoza habituală;
- B. lordoza congenitală;
- C. lordoza rahitică;
- D. lordoza paralică.

R: A (I, pag. 109)

28. Lordozele habituale pot apărea:

- A. în perioada primei copilării;
- B. în perioada prepubertară;
- C. în perioada pubertară;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 100)

Tema 8. Formele lordozelor patologice și caracteristicile acestora

29. Referitor la caracteristicile lordozelor patologice, doar una dintre afirmațiile de mai jos este adevărată:

- A. prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- B. se corectează sau se hipercorectează la adoptarea poziției așezat;
- C. se corectează sau se hipercorectează la efectuarea probei de flexie a trunchiului;
- D. prognosticul nu este deloc favorabil.

R: A (II, pag. 100-101)

30. Printre formele lordozelor patologice se numără următoarele lordoze, cu excepția:

- A. lordoze congenitale și ereditare;
- B. lordoze habituale;
- C. lordoze traumatiche;
- D. lordoze carențiale.

R: B (II, pag. 101-103)

31. Următoarele forme de lordoze sunt lordoze patologice, cu excepția:

- A. lordoze compensatorii;
- B. lordoze miopatie;
- C. lordoze congenitale;
- D. lordoze rahitice.

R: A (I, pag. 111)

32. Caracteristicile lordozelor carențiale sunt:

- A. sunt lungi, depășind zona lombară;
- B. compensează deasupra cu o cifoză, realizând o cifolordoză;
- C. sunt nedureroase;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 103)

Tema 9. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital: metode subiective

33. Diagnosticul deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital se stabilește prin următoarele metode subiective:

- A. anamneză, somatoscopie;
- B. anamneză, somatometrie;
- C. anamneză, examen clinic general;
- D. examen cinetic, examen radiologic.

R: A (II, pag. 104)

34. Referitor la anamneză, ca metodă subiectivă de stabilire a diagnosticului pozitiv al deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital, doar una dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. este utilă în obținerea informațiilor asupra etiologiei deficienței: congenitală, familială, secundară unei infecții, carențială etc.
- B. permite aprecierea staturii, stării de nutriție;
- C. permite vizualizarea coloanei în ansamblu, a structurii și a eventualelor ei deviații sau deformații;
- D. include măsurători antropometrice.

R: A (II, pag. 105)

Tema 10. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital: metode obiective

35. Diagnosticul deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital se stabilește prin următoarele metode obiective:

- A. examen clinic general;
- B. somatometrie;
- C. examen radiologic;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 104)

36. Somatoscopia instrumentală se efectuează folosind:

- A. firul cu plumb;
- B. cadrul antropometric de simetrie (CAS);
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (II, pag. 105)

37. Somatometria, ca metodă obiectivă în stabilirea diagnosticului pozitiv al deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital, include:

- A. măsurători antropometrice generale prin care se apreciază înălțimea subiectului, care are valori peste media vârstei;
- B. măsurători antropometrice generale prin care se apreciază diametrul anteroposterior al toracelui cu valori mai mici;
- C. măsurători antropometrice speciale, care constau în aprecierea săgeților cervicală și lombară (folosindu-se rigla gradată);
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 106)

38. Referitor la examenul radiologic, metodă obiectivă în stabilirea diagnosticului pozitiv al deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital, doar una dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. examenul radiologic permite vizualizarea coloanei în ansamblu, a structurii și a eventualelor ei deviații sau deformații;
- B. examenul radiologic permite aprecierea staturii și a stării de nutriție;
- C. în timpul examenului radiologic, se realizează proba funcțională prin executarea mișcării de flexie a trunchiului;
- D. examenul radiologic este un examen cinetic.

R: A (II, pag. 108)

Tema 11. Complicații ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital

39. Printre complicațiile deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital se numără:

- A. insuficiență respiratorie;
- B. cardiopatie ischemică;
- C. complexe psihice de inferioritate sau chiar tulburări psihice severe, generate de conștientizarea atitudinii deficiente;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 108-109)

40. Deficiențele coloanei vertebrale în plan sagital pot duce la următoarele complicații:

- A. ptoze viscerale instalate prin relaxarea musculaturii peretelui abdominal;
- B. ptoze viscerale instalate prin contracția musculaturii peretelui abdominal;
- C. complicații dureroase secundare comprimării rădăcinilor nervoase (nevrite radiculare) sau contracturii musculare;
- D. răspunsurile A și C sunt corecte.

R: D (II, pag. 109)

Tema 12. Tratamentul formelor funcționale ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital: obiective de tratament kinetic specific formelor clinice funcționale

41. În general, tratamentul formelor funcționale ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital are următoarele obiective:

- A. exercitarea componentei neuro-psihice, prin ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea reflexului de atitudine corectă;
- B. exercitarea componentei musculare, vizând atât musculatura scurtată, cât și musculatura alungită, realizându-se în ambele situații tonifierea musculară;
- C. corectarea deficiențelor secundare compensatorii.
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 110-111)

42. Corectarea aliniamentului corpului presupune următoarele cerințe, cu excepția:

- A. învățarea poziției deficiente;

- B. învățarea poziției corecte;
- C. învățarea mijloacelor tehnice corective;
- D. susținerea și impulsționarea acțiunii motrice.

R: A (II, pag. 110)

43. În cifoza tipică dorsală, tratamentul kinetic urmărește atingerea următoarelor obiective, cu excepția:

- A. exercitarea componentei neuro-psihice, ce constă în ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea unui reflex nou, de atitudine corectă;
- B. exercitarea componentei musculare, care vizează tonifierea în condiții de alungire a musculaturii spatelui și tonifierea în condiții de scurtare a musculaturii regiunii anterioare a toracelui;
- C. corectarea deficiențelor compensatorii: cap și gât înclinat anterior, umeri adduși și coborâți sub orizontala liniei biacromiale (în ortostatism), omoplați abduși și desprinși de grilajul costal, torace înfundat;
- D. profilaxia formării lordozei lombare compensatorii.

R: B (II, pag. 112)

44. În lordoza tipică lombară, tratamentul kinetic are următoarele obiective, cu excepția:

- A. exercitarea componentei neuro-psihice, care constă în ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea unui reflex nou, de atitudine corectă;
- B. exercitarea componentei musculare, care vizează tonifierea în condiții de scurtare a musculaturii abdominale și tonifierea în condiții de alungire a musculaturii sacrolombare;

- C. corectarea deficiențelor compensatorii: bazin retroversat, genunchi în flexie (genu flexum);
- D. profilaxia formării cifozei dorsale compensatorii.

R: C (II, pag. 114-115)

Tema 13. Tratamentul formelor patologice ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital

45. Următoarele enunțuri referitoare la tratamentul formelor patologice ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital sunt adevărate, cu excepția:

- A. medicul poate recomanda tratament medicamentos în funcție de etiologia deficienței;
- B. tratamentul kinetoterapeutic nu este necesar;
- C. tratament ortopedic este indicat în cazul deformațiilor structurale osteoarticulare accentuate și în cazul deformațiilor care prezintă un caracter evolutiv accentuat;
- D. tratament chirurgical este indicat în cazul deviațiilor vertebrale grave, evolutive, a căror agravare este lentă, dar continuă.

R: B (II, pag. 118-119)

46. Tratamentul kinetic în cazul formelor patologice ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital se va aplica:

- A. înainte de corecția gipsată, când se urmărește să se asuplizeze coloana vertebrală pentru a ușura obținerea redresării;
- B. în corset ortopedic, când se continuă să se tonifice musculatura și să se amelioreze corecția;

C. după suprimarea corsetului, când pe lângă obiectivele enumerate anterior, se vizează redresarea posturală și integrarea ei în activitățile cotidiene;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 119)

Tema 14. Scoliozele - deficiențe tridimensionale ale coloanei vertebrale: definiție

47. Deficiențele tridimensionale ale coloanei vertebrale sunt:

A. cifozele;

B. lordozele;

C. scoliozele;

D. cifolordozele.

R: C (II, pag. 120)

48. Despre scolioză, atunci când coloana e privită în plan frontal, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

A. coloana vertebrală este deviată lateral, prezentând una sau mai multe încurbări alterne;

B. scolioza cu o singură curbura este denumită scolioză în C;

C. denumirea scoliozei are în vedere orientarea convexității încurbării, care poate fi spre anterior sau posterior;

D. denumirea scoliozei are în vedere orientarea convexității încurbării, care poate fi spre dreapta sau stânga.

R: C (II, pag. 120-121)

Tema 15. Scoliozele: clasificare

49. Următoarele enunțuri despre scolioze sunt adevărate, cu excepția:

- A. după gravitate, scoliozele se clasifică în funcționale și patologice;
- B. după gravitate, scoliozele se clasifică în superficiale și profunde;
- C. scolioza „în C” poate rămâne unică sau poate să apară o nouă curbură, de compensare, în sens invers, apărând scolioza „în S”;
- D. scolioza „în C” poate fi unică, totală, când afectează întreaga coloană vertebrală sau poate fi parțială, afectând o regiune a coloanei vertebrale (lombară, dorsală sau cervicală).

R: B (II, pag. 120-121)

50. Care dintre următoarele afirmații despre scolioză nu este adevărată:

- A. după gravitate, scoliozele se clasifică în funcționale și patologice;
- B. scoliozele funcționale se mai numesc și scolioze nestructurale;
- C. scoliozele patologice sunt scolioze nestructurale;
- D. scoliozele patologice sunt scolioze structurale.

R: C (II, pag. 120-124)

51. Scoliozele, în timpul evoluției lor, se prezintă astfel:

- A. scolioze mobile;
- B. scolioze cu mobilitate redusă;
- C. scolioze fixe;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (III, pag. 89)

52. În funcție de unghiul curburii (unghiul Cobb), scoliozele pot fi:

A. scolioze ușoare, cu unghi sub 30° ;

B. scolioze medii, cu unghi între 30° - 50° ;

C. scolioze grave, cu unghi peste 50° ;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 133)

Tema 16. Formele scoliozelor funcționale

53. Dintre următoarele forme de scolioză, care nu este scolioză funcțională:

A. scolioza habituală;

B. scolioza statică;

C. scolioza rahitică;

D. scolioza de obișnuință.

R: C (II, pag. 123)

54. Care dintre următoarele forme de scolioză este o scolioză funcțională:

A. scolioza congenitală;

B. scolioza habituală;

C. scolioza paralică;

D. scolioza rahitică.

R: B (II, pag. 123)

55. Următoarele enunțuri despre scolioza habituală sunt adevărate, cu excepția:

- A. scolioza habituală se mai numește și scolioză paralică;
- B. scolioza habituală se mai numește și scolioză de deprindere sau de obișnuință;
- C. scolioza habituală se produce prin permanentizarea atitudinii vicioase, asimetrice, de sprijin prelungit unipodal (atitudine "șoldie"), frecventă la tinere;
- D. scolioza habituală se produce prin utilizarea repetată a aceluiași membru superior în transportul de greutate, de exemplu a ghiozdanului.

R: A (II, pag. 123)

56. În scolioza statică, proba redresării curburii se realizează astfel:

- A. prin înălțarea bazinului din poziția așezat;
- B. prin înălțarea membrului inferior din poziția ortostatism;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 123)

57. Scoliozele statice pot apărea din următoarele cauze:

- A. asimetriei și inegalității între jumătatea dreaptă și stângă a corpului, mai ales la nivelul bazinului și al membrului inferior (în urma unor procese unilaterale de atrofie și deformare, de origine rahitică, paralică sau traumatică);
- B. deformațiile genunchiului, mai accentuate de o singură parte, încurbarea rahitică a unei gambe, picioarele strâmbe sau plate inegale;
- C. scurtarea unui membru inferior în urma unei fracturi vicioase consolidate;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 122-123)

Tema 17. Caracteristicile scoliozele funcționale

58. Referitor la caracteristicile scoliozelor funcționale, doar una dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. nu prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic, sunt suple, reductibile, deci se corectează sau hipercorectează prin autoredresare;
- B. prezintă deformări complexe;
- C. sunt ireductibile;
- D. sunt prezente giboziități costale foarte pronunțate.

R: A (II, pag. 122)

59. Caracteristicile scoliozelor funcționale sunt următoarele, cu excepția:

- A. nu prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- B. au o evoluție rapidă și prognostic nefavorabil;
- C. se corectează, uneori exclusiv, prin mijloace kinetice;
- D. au o evoluție lentă și prognostic favorabil.

R: B (II, pag. 122-123)

60. Caracteristicile scoliozelor funcționale sunt următoarele:

- A. au un început greu de precizat;
- B. evoluția lor este lentă, cu păstrarea supleței coloanei vertebrale un timp îndelungat;
- C. curbura scoliotică se îndreaptă în decubit, în suspensie și prin redresări pasive și active.

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (III, pag. 90)

61. Referitor la scoliozele funcționale, următoarele afirmații sunt adevărate, mai puțin una:

- A. au o evoluție rapidă, cu păstrarea supleței coloanei vertebrale pentru scurt timp;
- B. au o evoluție lentă, cu păstrarea supleței coloanei vertebrale un timp îndelungat;
- C. scoliozele funcționale sunt generate de tulburări ale funcției de atitudine a corpului datorită insuficienței funcției de sprijin a coloanei vertebrale asupra căreia acționează factorii asimetrici;
- D. curbura scoliotică se îndreaptă în decubit, în suspensie și prin redresări pasive și active.

R: A (I, pag. 119)

Tema 18. Formele scoliozelor patologice

62. Formele scoliozelor patologice cuprind următoarele subgrupe distincte:

- A. scolioze structurale cu etiologie cunoscută;
- B. scolioze structurale cu etiologie și mecanisme patogenice încă necunoscute, numite și scolioze idiopatice sau esențiale;
- C. răspunsurile A și B sunt corecte;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (II, pag. 124)

63. Printre scoliozele structurale cu etiologie cunoscută se numără următoarele scolioze, cu excepția:

- A. scoliozele rahitice;
- B. scoliozele idiopatice;
- C. scoliozele congenitale;
- D. scoliozele posttraumatice.

R: B (II, pag. 124-126)

64. Sunt scolioze patologice:

- A. scoliozele congenitale
- B. scoliozele rahitice
- C. scoliozele paralitice
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (III, pag. 96-98)

65. Nu sunt scolioze structurale:

- A. scoliozele rahitice;
- B. scoliozele pleuretice;
- C. scoliozele statice;
- D. scoliozele paralitice.

R: C (I, pag. 124-125)

66. În funcție de vârsta de debut, scoliozele idiopatice pot fi:

- A. scolioza infantilă (0-3 ani);
- B. scolioza juvenilă (3-12 ani);
- C. scolioza adolescenților (12-18 ani);
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 125)

Tema 19. Caracteristicile scoliozelor patologice

67. Scoliozele patologice au următoarele caracteristici, cu excepția:

- A. sunt reductibile;
- B. sunt ireductibile;
- C. prezintă deformări complexe vertebrale;
- D. gibozitățile costale sunt constante și monstruoase.

R: A (II, pag. 124)

68. Caracteristicile scoliozelor rahitice sunt următoarele:

- A. se localizează frecvent în regiunea dorsală;
- B. au evoluție lentă;
- C. sunt mobile și nedureroase;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 125)

Tema 20. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale: metode subiective

69. Diagnosticul deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale se stabilește prin următoarele metode subiective:

- A. anamneză, somatoscopie;
- B. anamneză, somatometrie;
- C. anamneză, examen clinic general;
- D. examen cinetic, examen radiologic.

R: A (II, pag. 128)

70. Referitor la anamneză, ca metodă subiectivă de stabilire a diagnosticului pozitiv al deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale, doar o afirmație este adevărată:

- A. este utilă în obținerea informațiilor asupra etiologiei deficienței; se vor nota antecedentele familiale și personale;
- B. permite aprecierea staturii, stării de nutriție;
- C. permite vizualizarea coloanei în ansamblu, a structurii și a eventualelor ei deviații sau deformații;
- D. include măsurători antropometrice.

R: A (II, pag. 128)

71. Somatoscopia, ca metodă subiectivă de stabilire a diagnosticului pozitiv al deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale, permite aprecierea:

- A. staturii,
- B. stării de nutriție;
- C. eventualelor semne de rahitism;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 125)

Tema 21. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale: metode obiective

72. Diagnosticul pozitiv al deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale se stabilește prin următoarele metode obiective:

- A. studiul aliniamentului (somatoscopia instrumentală);
- B. somatometrie;
- C. examen radiologic;

D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 128)

73. Somatoscopia instrumentală, ca metodă obiectivă pentru stabilirea diagnosticului pozitiv al scoliozelor, se efectuează folosind:

A. cadrul antropometric de simetrie (CAS);

B. firul cu plumb;

C. răspunsurile A și B sunt corecte;

D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (II, pag. 129)

74. Somatometria, metodă obiectivă pentru stabilirea diagnosticului pozitiv al scoliozelor, include următoarele măsurători, mai puțin una:

A. măsurători antropometrice generale, când se măsoară înălțimea și bustul în poziție vicioasă și după autoredresare;

B. măsurători antropometrice speciale, care apreciază săgeata (la scolioza ”în C”) sau săgețile (la scolioza ”în S”);

C. măsurători antropometrice speciale, care apreciază gibozitățile costale – semn esențial al structuralității;

D. măsurători antropometrice speciale, când se măsoară înălțimea și bustul doar în poziție vicioasă.

R: D (II, pag. 130-131)

75. Referitor la examenul cinetic, folosit pentru stabilirea diagnosticului pozitiv al scoliozelor, proba de control (flexia trunchiului) oferă următoarele posibilități:

- A. în scoliozele patologice, curburile se accentuează și evidențiază și rotațiile coloanei vertebrale prin gibozități la nivel dorsal și proeminente paraspinale la nivel lombar;
- B. în scoliozele funcționale, curburile se accentuează și evidențiază și rotațiile coloanei vertebrale prin gibozități la nivel dorsal și proeminente paraspinale la nivel lombar;
- C. în scoliozele cu mai multe încurbări la flexia trunchiului, până la 90°, curbura sau curburile primitive se reduc total;
- D. răspunsurile A și C sunt corecte.

R: A (II, pag. 132)

76. Examinarea din poziția așezat permite stabilirea etiologiei scoliozei adevărate:

- A. dacă scolioza dispare, rezultă că este consecința inegalității lungimii membrelor inferioare;
- B. dacă se menține curbura scoliotică, atunci tulburarea mecanică inițială își are sediul la nivelul bazinului;
- C. dacă scolioza persistă, tulburarea mecanică inițială își are sediul la nivelul bazinului;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 132)

77. Despre gibozitățile costale (prezente în scolioze), următoarele afirmații sunt adevărate, mai puțin una:

- A. sunt puse în evidență în timpul realizării extensiei trunchiului, ele accentuându-se în timpul acestei probe de control;

- B. se pot face măsurători antropometrice speciale pentru aflarea mărimii gibozității costale;
- C. sunt puse în evidență în timpul realizării flexiei trunchiului, ele accentuându-se în timpul acestei probe de control;
- D. gibozitățile costale reprezintă un semn esențial al structuralității.

R: A (II, pag. 131)

78. Scolioza este dezechilibrată:

- A. când există o curbură scoliotică principală și o curbură compensatorie;
- B. când verticala firului cu plumb (plasat pe vertebra C7) trece lateral de pliul interfesier;
- C. când verticala firului cu plumb (plasat pe vertebra C7) trece prin pliul interfesier;
- D. răspunsurile A și B sunt corecte.

R: B (II, pag. 129)

79. Gradul de echilibru al scoliozei se verifică astfel:

- A. examinarea se face cu ajutorul firului cu plumb;
- B. dacă firul cu plumb fixat pe vertebra C7 trece prin linia interfesieră, scolioza este echilibrată;
- C. dacă firul cu plumb cade lateral de pliul interfesier, scolioza este neechilibrată;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 127-128)

80. Pentru diagnosticarea scoliozei se pot folosi următoarele examene paraclinice, mai puțin una:

- A. scoliometria;

- B. radiografia clasică;
 - C. IRM (Imagistică prin Rezonanță Magnetică);
 - D. topografia Moiré.
- R: A (I, pag. 128-131)**

81. Nereducerea deviației scoliotice la testul flexiei trunchiului și apariția gibozității din cauza rotației vertebrelor se constată în:

- A. scolioza funcțională;
- B. atitudinea scoliotică;
- C. scolioza structurală;
- D. cifoza Scheuermann.

R: C (II, pag. 131-132)

82. Unghiul măsurat pe radiografie, în scopul diagnosticării scoliozei, poartă denumirea de unghi:

- A. Milwaukee;
- B. Cheneau;
- C. Cobb;
- D. niciun răspuns nu este corect.

R: C (I, pag. 128-129)

Tema 22. Evoluția deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale

83. Evoluția scoliozei este dependentă de:

- A. sediu;
- B. grad de încurbare;
- C. vârsta de apariție;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 134)

84. Referitor la elementele ce influențează evoluția scoliozei, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. sediul scoliozei poate reprezenta indicatorul gravității scoliozei, gravitatea scade în următoarea ordine: scolioze toracale, toraco-lombare, cervico-toracale și lombare;
- B. gradul curburii se situează în jurul pragului de 30° , scoliozele sub 30° având o evolutivitate mică, iar cele peste 30° prezentând risc de agravare;
- C. vârsta de apariție indică prognosticul bolii: cu cât este mai precoce, cu atât prognosticul este mai favorabil;
- D. vârsta de apariție indică prognosticul bolii: cu cât este mai precoce, cu atât prognosticul este mai grav.

R: C (II, pag. 134)

85. Referitor la gradul curburii scoliotice, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. gradul curburii se situează în jurul pragului de 60° ;
- B. gradul curburii se situează în jurul pragului de 30° ;
- C. scoliozele sub 30° au evolutivitate mică;
- D. scoliozele peste 30° prezintă risc de agravare.

R: A (II, pag. 134)

86. În privința relației dintre unghiul curburii scoliotice și evolutivitate, sunt adevărate următoarele afirmații, mai puțin una:

- A. sub 30° , scoliozele sunt puțin evolutive, atât în perioada de creștere, cât și după aceea; tratamentul este exclusiv kinetic;
- B. sub 30° , înainte de maturitate osoasă, toate scoliozele sunt evolutive; tratamentul este exclusiv kinetic;
- C. peste 30° , înainte de maturitate osoasă, aproape toate scoliozele sunt evolutive; dacă nu au depășit al doilea prag

de gravitate reprezentat de valoarea de 50° , tratamentul este ortopedic însoțit de kinetoterapie;

- D. peste 50° , potențialul evolutiv al scoliozelor nu poate fi stopat printr-un tratament ortopedic; în această situație se impune intervenția chirurgicală.

R: B (II, pag. 135)

Tema 23. Complicații ale deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale

87. Referitor la complicațiile deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale, doar una dintre următoarele afirmații este adevărată:

- A. tulburările cardiorespiratorii sunt crescute, dacă unghiul curburii scoliotice nu depășește 80° - 90° ;
- B. tulburările neurologice constau în dispariția sindromului de compresiune al filetelor nervoase radiculare ale măduvei spinării; se observă mai ales în scoliozele dorsale cu valori ale unghiului peste 100° ;
- C. tulburările neurologice constau în apariția sindromului de compresiune al filetelor nervoase radiculare ale măduvei spinării; se observă mai ales în scoliozele dorsale cu valori ale unghiului peste 100° ;
- D. tulburările digestive se manifestă prin creșterea apetitului, obligând scolioticul să digere cantități mari de alimente.

R: C (II, pag. 135)

88. Următoarele enunțuri referitoare la complicațiile scoliozelor sunt adevărate, cu excepția:

- A. tulburările cardiorespiratorii sunt reduse, dacă unghiul curburii scoliotice nu depășește 80° - 90° ;

- B. durerea lipsește la copil și adolescent; apariția ei sugerează existența unui proces tumoral vertebral sau medular;
- C. tulburările neurologice constau în apariția sindromului de compresiune al filetelor nervoase radiculare ale măduvei spinării; se observă mai ales în scoliozele dorsale cu valori ale unghiului peste 100° ;
- D. tulburările neurologice constau în apariția sindromului de compresiune al filetelor nervoase radiculare ale măduvei spinării; se observă mai ales în scoliozele dorsale cu valori ale unghiului sub 10° .

R: D (II, pag. 135)

Tema 24. Tratamentul scoliozelor funcționale: obiective

89. Tratamentul scoliozelor funcționale are următoarele obiective:

- A. exercitarea componentei neuropsihice, prin ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea unui reflex nou de atitudine corectă și automatizată în activitățile cotidiene;
- B. exercitarea componentei musculare;
- C. corectarea deficiențelor secundare și reintegrarea în aliniamentul normal al corpului a bazinului, umerilor și a altor deviații secundare care apar în cadrul afecțiunii de bază sau compensator;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 136)

90. În tratamentul scoliozelor funcționale, obiectivul de exercitare a componentei musculare nu se referă la:

- A. tonifierea în condiții de scurtare a musculaturii paravertebrale de pe partea convexității, pentru scolioza în C, respectiv a convexităților alterne, pentru scolioza în S;
- B. tonifierea în condiții de alungire a musculaturii paravertebrale de pe partea convexității, pentru scolioza în C, respectiv a convexităților alterne, pentru scolioza în S;
- C. tonifierea în condiții de alungire a musculaturii paravertebrale de partea concavității, pentru scolioza în C;
- D. tonifierea în condiții de alungire a musculaturii paravertebrale de partea concavităților alterne, pentru scolioza în S.

R: B (II, pag. 136)

91. Care sunt obiectivele tratamentului scoliozelor funcționale, în cazul scoliozei în C:

- A. tonifierea în condiții de scurtare a musculaturii paravertebrale de partea convexității;
- B. tonifierea în condiții de alungire a musculaturii paravertebrale de partea concavității;
- C. corectarea deficiențelor secundare;
- D. toate cele de mai sus.

R: D (II, pag. 136)

92. Un obiectiv important în tratamentul kinetic al deficiențelor fizice funcționale constă în:

- A. ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea unui reflex nou de atitudine corectă și automatizată în activitățile cotidiene;
- B. realizarea unei atitudini rigide și echilibrate;
- C. corectarea deficiențelor structurale;
- D. răspunsurile A și B sunt corecte.

R: A (II, pag. 136)

Tema 25. Tratamentul kinetic în scoliozele funcționale

93. Tratamentul kinetic pentru corectarea scoliozelor funcționale se instituie cu respectarea următoarelor principii, cu excepția:

- A. se aplică numai pe coloana redresată;
- B. se tonifică și se mobilizează concomitent musculatura spatelui, deoarece mobilizarea fără tonifiere accentuează curbura, iar tonifierea fără mobilizare este urmată de consolidarea și fixarea deficienței;
- C. în scolioza în S se fixează în diferite poziții, după cum consideră pacientul, o curbură – cu ajutorul membrelor superioare curbura dorsală și cu ajutorul membrelor inferioare curbura lombară – în poziții care să ofere curburii alterne posibilitatea mobilizării dinamice;
- D. în scolioza în S se fixează într-o poziție corectă, corectivă sau hipercorectivă o curbură – cu ajutorul membrelor superioare curbura dorsală și cu ajutorul membrelor inferioare curbura lombară – în poziții care să ofere curburii alterne posibilitatea mobilizării dinamice;

R: C (II, pag. 137)

94. Mijloacele folosite în cadrul tratamentului kinetic specific scoliozelor funcționale sunt:

- A. exerciții statice, exerciții dinamice;
- B. orteze;
- C. imobilizări;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: A (II, pag. 137)

95. Exercițiile dinamice folosite în cadrul tratamentului kinetic specific scoliozelor funcționale cuprind:

- A. redresări posturale active și pasive;
- B. exerciții de respirație;
- C. exerciții aplicative (târâre prin metoda Klapp);
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 136-137)

96. Exercițiile dinamice pentru corectarea scoliozei „în C” constau în următoarele mișcări, cu excepția:

- A. îndoiri laterale de partea convexității pentru reducerea curburii laterale;
- B. rotații spre convexitate;
- C. rotații spre concavitate;
- D. extensii, deoarece lordozarea coloanei ușurează derotarea, redresează coloana vertebrală și crește tonusul musculaturii spatelui.

R: B (II, pag. 138)

97. În corectarea scoliozei „în C”, exercițiile dinamice constau în următoarele mișcări, cu excepția:

- A. îndoiri laterale de partea concavității pentru reducerea curburii laterale;

- B. îndoiri laterale de partea convexității pentru reducerea curburii laterale;
- C. rotații spre concavitate;
- D. întinderi în axul vertical.

R: A (II, pag. 138)

98. În corectarea scoliozei „în S”, exercițiile dinamice de trunchi se vor executa astfel:

- A. pentru curbura dorsală cu ajutorul și amplificate de membrele superioare;
- B. pentru curbura lombară cu ajutorul și amplificate de membrele inferioare;
- C. se va respecta principiul fixării alternative a unei curburii;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 138-139)

99. Referitor la corectarea scoliozei „în S”, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. exercițiile de membre superioare constau din mișcări asimetrice;
- B. exercițiile de membre inferioare se execută asimetric și urmăresc redresarea laterală a bazinului;
- C. exercițiile de membre inferioare se execută simetric și urmăresc redresarea laterală a bazinului;
- D. exercițiile de respirație se execută simetric sau asimetric din poziții corective stabile care nu vor stânjeni mișcările toracelui; au ca scop corectarea asimetriei celor două hemitorace.

R: C (II, pag. 139-140)

100. Pentru corectarea scoliozei, folosindu-se metoda Klapp, exercițiile de târâre se realizează astfel, cu excepția:

- A. exercițiile se realizează din poziția de patrupedie;
- B. pentru scoliozele cu o singură curbură („în C”), târârea se va efectua înaintând cu brațul și piciorul opus: brațul de partea convexității, piciorul de partea concavității;
- C. pentru scoliozele cu o singură curbură („în C”), târârea se va efectua înaintând cu brațul și piciorul opus: brațul de partea concavității, piciorul de partea convexității;
- D. pentru scoliozele cu două curburi („în S”), târârea se va efectua înaintând cu brațul și piciorul de aceeași parte: brațul de partea concavității dorsale și piciorul de partea convexității lombare.

R: B (I, pag. 137, 139)

101. În tratamentul scoliozelor funcționale, exercițiile cu obiecte portative se realizează astfel, cu excepția:

- A. se utilizează bastoane, măciuci, mingi medicinale etc.;
- B. cele mai utilizate sunt exercițiile cu bastoane;
- C. în scoliozele în C, bastonul se fixează oblic la nivelul omoplaților și se apucă asimetric de capete: cu mâna de partea concavității se ține capătul de sus al bastonului și cu mâna de partea convexității se ține capătul de jos al bastonului;
- D. în scoliozele în C, bastonul se fixează oblic la nivelul omoplaților și se apucă asimetric de capete: cu mâna de partea convexității se ține capătul de sus al bastonului și cu mâna de partea concavității se ține capătul de jos al bastonului.

R: D (II, pag. 142)

102. Pentru pacientul cu scolioză se pot face următoarele recomandări:

- A. evitarea pozițiilor „șoldii” de sprijin unipodal;
- B. controlul poziției corecte în banca școlară sau la masa de lucru, evitând înclinarea coloanei;
- C. evitarea purtării unei greutateți unilateral;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (I, pag. 137)

Tema 26. Tratamentul kinetic în scoliozele patologice

103. Referitor la tratamentul scoliozelor patologice, următoarele enunțuri sunt adevărate, cu excepția:

- A. în scoliozele patologice se aplică un tratament complex: medicamentos, de reeducare prin mijloace kinetice, ortopedic și/sau chirurgical;
- B. kintoterapia se aplică în exclusivitate când unghiul curbării este sub 30°;
- C. în tratamentul scoliozelor se indică practicarea unor sporturi, cum ar fi tenisul și scrima, când gestul corector este realizat de partea opusă încurbării scoliote;
- D. în tratamentul scoliozelor se indică practicarea unor sporturi, cum ar fi tenisul și scrima, când gestul corector este realizat de partea încurbării scoliote.

R: D (II, pag. 142-143)

104. Tratamentul kinetic în scoliozele patologice are următoarele obiective:

- A. stabilizarea potențialului evolutiv;
- B. menținerea unui tonus muscular corespunzător în timpul și după tratamentul ortopedic;

- C. pregătirea preoperatorie;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 143)

105. În tratamentul scoliozelor sunt indicate următoarele sporturi:

- A. natația, cu stilurile bras și craul, deoarece coloana se va afla în poziție orizontală, favorabilă mișcărilor corectoare;
- B. schiul și patinajul, pentru reeducarea echilibrului;
- C. tenisul și scrima, când gestul corector este realizat de partea opusă încurbării scoliotice;
- D. toate răspunsurile sunt corecte.

R: D (II, pag. 143)

Bibliografie (la Capitolul 3. Kinetoterapia deficiențelor fizice și senzoriale)

- I. Cojocaru, A.L. (2022). *Kinetoterapia deficiențelor fizice și senzoriale*, Editura Universității din Pitești.
- II. Cordun, M. (1999). *Postura corporală normală și patologică*, Editura ANEFS, București.
- III. Moțet, D. (2011). *Kinetoterapia în beneficiul copilului. Corectarea deficiențelor fizice la copii*, Editura Semne, București.