Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 31.08.2023 13:07:53
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

кафедра высшего сестринского и социального образования

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной
деятельности и молодежной политике
Г. В. Бородулина
20 23 г.

Фонд оценочных средств
ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Направление подготовки: 39.03.02 Социальная работа
Уровень высшего образования: бакалавриат
Квалификация: бакалавр

Екатеринбург
2023 год

Фонд оценочных средств по дисциплине «Профилактика социально-значимых заболеваний» составлен в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 39.03.02 Социальная работа (уровень бакалавриата), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.02.2018 г., № 76, и профессионального стандарта 03.001 «Специалист по социальной работе», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.06.2020 № 351н.

Фонд оценочных средств составлен: Таранова О.В., канд. псих. наук, доцент кафедры высшего сестринского и социального образования.

Фонд оценочных средств рецензирован: д-р. мед. наук, профессор, Н. В. Ножкина, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «УГМУ» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Фонд оценочных средств дисциплины обсужден и одобрен на заседании кафедры высшего сестринского и социального образования от 27 апреля 2023 г. (протокол № 9).

Фонд оценочных средств дисциплины обсужден и одобрен Методической комиссией направления подготовки «Социальная работа» от 27 апреля 2023 г. (протокол № 9).

Оглавление фонда оценочных средств

1. Кодификатор по дисциплине 4
2. Примеры тестов по дисциплине 5
3. Тематика контрольных работ по дисциплине 20
4. Вопросы для промежуточной аттестации. Методика и критерии оценивания ответов обучающихся в ходе промежуточной аттестации по дисциплине 23
5. Методика оценивания образовательных достижений обучающихся. Правила формирования рейтинговой оценки обучающегося по дисциплине 23

1. Кодификатор по дисциплине

Дидактическая единица	Индикаторы достижений			УК, ОПК, ПК	Профессиональный стандарт «Специалист по социальной работе»
	Знания	Умения	Навыки		
ДЕ 1. Понятие о социально-значимых заболеваниях	Основные законодательные и другие нормативные акты федерального и регионального уровней о социально значимых заболеваниях. Определение, классификацию социально-значимых заболеваний.	Использовать в своей деятельности нормативно-правовые документы.	Навыками компетентного использования законодательных и других нормативных актов Федерального и регионального уровней.	ОПК-4 ПК-1 ПК-3 ПК-4	А/01.6. А/02.6. А/03.6.
ДЕ 2. Социально-гигиеническое значение социально-значимых заболеваний	Уровень распространенности СЗЗ в разных регионах, для разных групп населения. Возрастно-половые особенности, место в структуре общей заболеваемости, смертности, инвалидности.	Анализировать и определять эпидемиологическое значение и факторы распространенности СЗЗ.	Методами анализа и сопоставления данных эпидемиологических исследований.	ОПК-4 ПК-1 ПК-3 ПК-4	А/01.6. А/02.6. А/03.6
ДЕ 3. Профилактика социально-значимых заболеваний	Факторы риска СЗЗ. Меры профилактики СЗЗ. Основные нормативные и правовые документы по профилактике СЗЗ.	Определять факторы риска. Проводить профилактические мероприятия.	Основными методами медико-социальной профилактики СЗЗ.	ОПК-4 ПК-1 ПК-3 ПК-4	А/01.6. А/02.6. А/03.6

2. Примеры тестов по дисциплине
по дисциплине «Профилактика социально-значимых заболеваний»

Тестовые задания по дисциплине отражают основные разделы рабочей программы и предназначены для самостоятельной работы студентов.

Промежуточный контроль освоения тестовых заданий проводится на практических и итоговых занятиях.

На поставленный вопрос может быть один и более правильных ответов.

1. ВЫБЕРИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ, ПРИНЯТОЕ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ	
V	научно-обоснованные и своевременно предпринятые действия, направленные на предотвращение физических, психологических, социально-культурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального качества жизни и здоровья людей; содействие индивидам в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних потенциалов;
	система мер, направленных на охрану здоровья, предупреждение возникновения и распространения болезней, направленных на улучшение показателей физического здоровья населения, сохранение трудоспособности, и обеспечения долголетия;
	совокупность государственных общественных социально-медицинских и организационно-воспитательных мер, направленных на предупреждение социальных отклонений в поведении;
	совокупность психологических способов и приемов формирования адекватного отношения к здоровью;
	методы формирования такого образа жизни и направленности личности, при которых сводится к минимуму возникновение отклонений в поведении индивида;
2. ВЫБЕРИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ, ПРИНЯТЫЕ В СОЦИОЛОГИИ	
	научно-обоснованные и своевременно предпринятые действия, направленные на предотвращение физических, психологических, социально-культурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального качества жизни и здоровья людей; содействие индивидам в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних потенциалов;
V	система мер, направленных на охрану здоровья, предупреждение возникновения и распространения болезней, направленных на улучшение показателей физического здоровья населения, сохранение трудоспособности, и обеспечения долголетия;
V	совокупность государственных общественных социально-медицинских и организационно-воспитательных мер, направленных на предупреждение социальных отклонений в поведении;
	совокупность психологических способов и приемов формирования адекватного отношения к здоровью;
	методы формирования такого образа жизни и направленности личности, при которых сводится к минимуму возникновение отклонений в поведении индивида;
3. ВЫБЕРИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ, ПРИНЯТЫЕ В ПСИХОЛОГИИ	
	научно-обоснованные и своевременно предпринятые действия, направленные на предотвращение физических, психологических, социально-культурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального качества жизни и здоровья людей; содействие индивидам в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних потенциалов;
	система мер, направленных на охрану здоровья, предупреждение возникновения и распространения болезней, направленных на улучшение показателей физического здоровья населения, сохранение трудоспособности, и обеспечения долголетия;
	совокупность государственных общественных социально-медицинских и организационно-воспитательных мер, направленных на предупреждение социальных отклонений в поведении;
V	совокупность психологических способов и приемов формирования адекватного отношения к

	здоровью;
V	методы формирования такого образа жизни и направленности личности, при которых сводится к минимуму возникновение отклонений в поведении индивида;
4. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ, САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ИНЫХ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ХРОНИЗАЦИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ДЕЗАДАПТАЦИЮ БОЛЬНЫХ В ОБЩЕСТВЕ, СНИЖЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ИНВАЛИДИЗАЦИЮ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СМЕРТНОСТЬ НАЗЫВАЕТСЯ	
	первичная профилактика;
V	вторичная профилактика;
	третичная профилактика;
	реабилитация;
	ресоциализация;
5. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБЩИХ ДЛЯ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ, СОЦИАЛЬНЫХ, ВОЗРАСТНЫХ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ИНЫХ ГРУПП И ИНДИВИДУУМОВ НАЗЫВАЕТСЯ	
V	первичная профилактика;
	вторичная профилактика;
	третичная профилактика;
	реабилитация;
	ресоциализация;
6. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ПЕДАГОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УСТРАНЕНИЕ ИЛИ КОМПЕНСАЦИЮ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ, С ЦЕЛЬЮ ВОЗМОЖНО БОЛЕЕ ПОЛНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАТУСА	
	первичная профилактика;
	вторичная профилактика;
V	третичная профилактика;
V	реабилитация;
	ресоциализация;
7. «ЧЕЛОВЕК ПРОЯВЛЯЕТ СЕБЯ КАК ЛИЧНОСТЬ ЛИШЬ В ПРОЦЕССЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СОЗНАТЕЛЬНО ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ И АКТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОКРУЖАЮЩИЙ МИР, ПРИ ЭТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ДЕЙСТВИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ КАКИХ-ЛИБО ЦЕЛЕЙ ВСЕГДА ОБУСЛОВЛЕНЫ АКТИВНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ ЛИЧНОСТИ» ПО МНЕНИЮ	
	А.Ф.Лазурского
	С.П.Франка
	В.М.Бехтерева
	В.Н.Мясищевым
V	В.С.Мерлина
8. ЭМПИРИЧЕСКИ ФИКСИРУЕМЫМИ КРИТЕРИЯМИ СТЕПЕНИ АДЕКВАТНОСТИ/НЕАДЕКВАТНОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ МОГУТ СЛУЖИТЬ	
V	на когнитивном уровне – степень осведомленности или компетентности человека в области здоровья, знание основных факторов риска и понимание роли здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности и долголетия;

V	на эмоциональном уровне – оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;
V	на мотивационно-поведенческом уровне – высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены; соответствие самооценки индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья;
9. В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОНИМАЕТСЯ КАК	
	научно-обоснованные и своевременно предпринятые действия, направленные на предотвращение физических, психологических, социально-культурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального качества жизни и здоровья людей; содействие индивидам в достижении поставленных целей и раскрытие их внутренних потенциалов;
	система мер, направленных на охрану здоровья, предупреждение возникновения и распространения болезней, направленных на улучшение показателей физического здоровья населения, сохранение трудоспособности, и обеспечения долголетия;
	совокупность государственных общественных социально-медицинских и организационно-воспитательных мер, направленных на предупреждение социальных отклонений в поведении;
V	система, направленная на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и иных мероприятий с учетом как клинико-биологических, так и психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза;
	специфическая система ценностей, идей, знаний и навыков, помогающих решать конкретные задачи реабилитационного процесса;
10. СПЕЦИФИЧЕСКУЮ СИСТЕМУ ЦЕННОСТЕЙ, ИДЕЙ, ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ, ПОМОГАЮЩИХ РЕШАТЬ КОНКРЕТНЫЕ ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА,НАЗЫВАЕТСЯ	
	реабилитационная активность;
V	реабилитационная культура;
	реабилитационный прогноз;
	реабилитационный потенциал;
	реабилитационный ресурс;
11. КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ В БЫТУ И СОЦИУМЕ, ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННЫХ ИЛИ УТРАЧЕННЫХ БОЛЬНЫМ ИЛИ ИНВАЛИДОМ ОБЩЕСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ И ОТНОШЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, НАЗЫВАЕТСЯ	
	профессиональная реабилитация;
V	социальная реабилитация;
	психологическая реабилитация;
	социально-средовая реабилитация;
	социально-бытовая реабилитация;
	медицинская реабилитация;
12. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА	
V	нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли);
V	нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания);
V	нарушения статодинамической функции;

V	нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции;
13. К ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНЕСЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СПОСОБНОСТИ:	
V	к самообслуживанию – способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены;
V	к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности;
V	к обучению – способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными культурными и бытовыми);
V	к трудовой деятельности – способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы;
V	к ориентации – способность определяться во времени и пространстве;
V	к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
V	контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых норм;
14. ПРИНЦИП КУЛЬТУРНОГО ПЛЮРАЛИЗМА, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ, ЧТО ВСЕ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ЛЮДЬМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПО ПРИЗНАКУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ В РЯД КУЛЬТУРНЫХ РАЗЛИЧИЙ, КОТОРЫЕ НАДО УВАЖАТЬ И УЧИТЫВАТЬ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕ, ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ	
	медицинской модели инвалидности;
	психосоциальной модели инвалидности;
	модели функциональной ограниченности инвалидов;
V	политико-правовой (социально-политической) модели инвалидности;
15. ПРИНЦИП, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ОСНОВОПОЛАГАЮЩЕЙ ЦЕННОСТЬЮ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА В СООТВЕТСТВИИ С КОТОРЫМ БРЕМЯ ПОКРЫТИЯ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАМЕРЕННО ПЕРЕКЛАДЫВАЕТСЯ С ПОЖИЛЫХ, БЕДНЫХ И БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ НА МОЛОДЫХ, БОГАТЫХ И ЗДОРОВЫХ С ТЕМ, ЧТОБЫ ОБЕСПЕЧИТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НЕОБХОДИМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВСЕМ ЧЛЕНАМ ОБЩЕСТВА, ПОЛУЧИЛ НАЗВАНИЕ	
V	принцип солидарности;
	принцип индивидуальности;
	принцип амбивалентности;
16. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ	
V	соблюдение прав человека и гражданина;
V	приоритет профилактических мероприятий;
V	доступность медико-социальной помощи;
V	социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
V	ответственность органов государственной власти и управления, юридических лиц независимо от форм собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья;
17. ГАРАНТИРОВАННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ	
V	скорую медицинскую помощь при травмах и острых заболеваниях, угрожающих жизни;
V	лечение в амбулаторных условиях; диагностику и лечение на дому;

V	осуществление профилактических мероприятий;
V	стоматологическую помощь;
V	лекарственную и стационарную помощь;
18. ИМЕНЕМ, КАКОГО ИЗВЕСТНОГО ПОЛИТИКА БЫЛА НАЗВАНА СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОСТРОЕННАЯ НА ПРИНЦИПАХ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	
	У. Черчиль
V	О. Бисмарк
	С. Витте
	П. Столыпин
	А. Керенский
19. ЗАКОНОДАТЕЛЬНО-НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ РЕГУЛИРУЮЩИЕ ПРОЦЕСС СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ ВВЕДЕНЫ В ДЕЙСТВИЕ В НАЧАЛЕ 90-Х ГГ, ПОТОМУ, ЧТО.....	
	поизошел распад СССР на независимые государства;
V	произошла смена социально-экономического уклада в стране;
V	образовался дефицит финансирования здравоохранения;
V	снизилось качество и доступность медицинской помощи для населения;
	изменилась структура заболеваемости и смертности населения в стране;
20. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВА ПЕРЕД ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ ПОТОМУ, ЧТО....	
V	способствует уходу от традиций патернализма;
V	способствует повышению личной ответственности застрахованного;
	является экономически более выгодным;
V	является дополнительным источником финансовых средств, направляемых работодателем на оздоровление наемных работников;
V	является дополнительным источником финансовых средств, направляемых застрахованными на программы страхования;
21. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЮ, ПРЕДПРИНИМАЕМУЮ С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРНОГО ИЛИ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ОТНОСИТСЯ К	
V	макросоциальному уровню;
	мезосоциальному уровню;
	микросоциальному уровню;
22. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА НА УРОВНЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ ОБРАЩЕНИЙ, ИМЕЮЩАЯ ХАРАКТЕР КРИЗИСНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ОТНОСИТСЯ К	
	макросоциальному уровню;
	мезосоциальному уровню;
V	микросоциальному уровню;
23. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ, ГДЕ СУБЪЕКТАМИ ВЫСТУПАЮТ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ДЕПАРТАМЕНТЫ И УЧРЕЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К	
	макросоциальному уровню;
V	мезосоциальному уровню;
	микросоциальному уровню;
24. МОРАЛЬНО-НРАВСТВЕННОЙ ОСНОВОЙ СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ИСТОРИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ЯВИЛИСЬ ТРАДИЦИИ	
	милосердия;

	сострадания;
V	благотворительности;
	альтруизма;
	прагматизма;
25. «БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ», СТАВШИЕ БИЧОМ СТРАН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:	
	моноэтиологическими;
V	полиэтиологическими;
	монокаузальными;
V	поликаузальными;
26. СУЩЕСТВЕННЫЙ ВКЛАД В ПОНИМАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ ЗАЛОЖИЛИ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ УЧЕНЫЕ	
V	Н.А. Семашко;
V	Ю.П.Лисицын;
V	Г.И. Царегородцев;
	И.П.Павлов;
	Н.И.Пирогов;
27. ИДЕИ МЕХАНИЗМА ТРАНСФОРМАЦИИ ПОДСОЗНАТЕЛЬНЫХ ИНСТИНКТОВ НА ТЕ ИЛИ ИНЫЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ВЫТЕКАЮТ ИЗ	
V	психосоматической и психоаналитической концепции;
	неогиппократизма;
	холистической медицины;
	этологической концепции;
28. ОДНИМ ИЗ ГЛАВНЫХ СОЗДАТЕЛЕЙ ТЕОРИИ «СТРУКТУРНОГО ФУНКЦИОНАЛИЗМА», ПРИМЕНИВШИМ ИДЕИ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ИССЛЕДОВАНИИ И АНАЛИЗЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ	
V	Т. Парсонс;
	Э. Дюркгейм;
	М. Вебер;
	D. Mechanic;
	E. Berkanovic;
29. ТЕОРИЮ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ОБЪЯСНЯЮЩУЮ РАЗВИТИЕ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЫ И СОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ЧЕРЕЗ БЮРОКРАТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АВТОРИТАРИЗМА И СОЦИАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ БОЛЬНИЦЫ, ПРЕДЛОЖИЛ	
V	М.Вебер;
	W. Cockerham;
	A. Rutten;
	Э. Дюркгейм;
	Т. Парсонс;
30. НА РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОГО ПОНИМАНИЯ СУЩНОСТИ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОКАЗАЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ИДЕИ О ХАРАКТЕРЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА С СОЦИАЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ, КОТОРЫЙ СФОРМУЛИРОВАЛ	
V	Э. Дюркгейм;
	Э. Фромм;

	Т. Парсонс;
	М. Вебер;
	М. Фуко;
31. СОСТОЯНИЕ ОБЩЕСТВА, КОГДА САМИ НОРМЫ НЕНОРМАЛЬНЫ, ТО ЕСТЬ НЕ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ЛИЧНОСТИ, А, НАПРОТИВ, ВЕДУТ К ЕЕ ДЕГРАДАЦИИ, И ЭТО ПРИНИМАЕТ ХАРАКТЕР МАССОВОГО ЯВЛЕНИЯ, НАЗВАЛ ПАТОЛОГИЕЙ НОРМАЛЬНОСТИ	
	Э. Дюркгейм;
V	Э. Фромм;
	Т. Парсонс;
	М. Вебер;
	М. Фуко;
32. СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ ОСНОВАНАЯ НА ТОМ, ЧТО СОЦИАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ КОНСТРУИРУЕТСЯ НА УРОВНЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ	
	структурный функционализм;
V	символический интеракционизм;
	постструктурализм;
	постмодернизм;
	гендерная теория;
33. МЕДИЦИНА ДОЛЖНА, ПО ЕГО МНЕНИЮ, НЕ ТОЛЬКО ВРАЧЕВАТЬ, НО И РАЗВИВАТЬСЯ «КАК ЗНАНИЕ О ЗДОРОВОМ ЧЕЛОВЕКЕ, ТО ЕСТЬ ОДНОВРЕМЕННО ОБ ОПЫТЕ НЕ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА И ОПРЕДЕЛЕНИИ ИДЕАЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА»	
	Э. Дюркгейм;
	Э. Фромм;
	Т. Парсонс;
V	М.Фуко;
34. ПРЕДСТАВИТЕЛИ КАКИХ ВЗГЛЯДОВ ПОДВЕРГАЮТ КРИТИКЕ СОВРЕМЕННУЮ СОЦИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕОРИЮ, ПОНЯТИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И ПОРЯДКА И ПРЕДЛАГАЮТ СОЗДАТЬ НОВЫЕ КАТЕГОРИИ ДЛЯ ОБЪЯСНЕНИЯ НЫНЕШНИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОБЩЕСТВЕ	
	структурный функционализм;
	символический интеракционизм;
	теория конфликта;
V	постмодернизм;
	гендерная теория;
35. В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕТОДОЛОГИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БАЗИРУЕТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИИ	
	объективных показателей жизнедеятельности индивида;
V	субъективных феноменов восприятия индивидом реальности;
	в равной степени объективных показателей и субъективных феноменов;
36. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ХОДЕ ИСТОРИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРОШЛА СВОИ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИНСТИТУЦИЙ:	
V	милостыни;
V	общественного призрения
V	государственной системы социальной защиты населения
	церковной благотворительности

	филантропической помощи;
37. ОБЩЕСТВЕННОЕ ПРИЗРЕНИЕ БЫЛО ОДНОЙ ИЗ ФОРМ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ, ОСУЩЕСТВЛЯВШИХСЯ:	
V	государством,
V	церковью,
V	обществом;
V	частными лицами;
38. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОМИНИРУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В СТРУКТУРЕ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ИМЕЮТ:	
	заболевания инфекционной природы;
V	заболевания неинфекционной природы;
39. ПОНЯТИЕ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИЗНАКИ:	
V	эпидемический характер;
V	угроза для жизни и здоровья людей;
	инфекционная природа;
	неинфекционная природа;
	инвалидизация населения;
40. В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ:	
V	сердечно-сосудистые заболевания;
	онкопатология;
	травмы и отравления;
	инфекционные заболевания;
	врожденные заболевания
41. В ХОДЕ ДИАГНОСТИКИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА СПЕЦИАЛИСТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОТЛИЧИЕ ОТ ВРАЧА ОЦЕНИВАЕТ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ:	
	биологического характера;
	психологического характера;
V	многообразие связей «человек — семья», «человек — группа», «человек — человек», «человек — общество»;
42. УЗАКОНЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ» НАСЕЛЕНИЮ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:	
V	профилактическая;
V	лечебно-диагностическая;
V	реабилитационная,
V	протезно-ортопедическая;
V	зубопротезная помощь;
V	меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности;
43. ОСНОВНЫМ ПРАВОВЫМ АКТОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ:	
V	ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;
	Конституция РФ;
	ФЗ «О социальной защите инвалидов и престарелых»;
	ФЗ «О медицинском страховании»

	ФЗ «Гражданский кодекс»
44. ОБЪЕКТОМ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ЛИЦА:	
V	имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы;
	страдающие социально-значимыми заболеваниями;
	участвующие в оказании помощи медико-социального характера больным и инвалидам;
	имеющие профессиональное образование в области социальной работы;
45. В СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫМ ФУНКЦИЯМ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ:	
V	обеспечение прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;
V	оформление опеки и попечительства;
V	участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры;
V	содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;
	организация медико-социальной помощи и ухода за больными;
46. БОЛЬШИНСТВО ПРИЧИН, ВЫЗЫВАЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС, МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА БЛОКИ:	
V	условия труда (количественные и качественные перегрузки, монотонность и однообразие, связанные с работой на сборочном конвейере, сменная работа и т.д.);
V	ролевой стресс, связанный с неравенством полов, сексуальными домогательствами;
V	межличностные факторы (отсутствие заботы о подчиненных, плохая поддержка на работе и т. д.);
V	состояние карьеры (плохое или, наоборот, чрезмерное продвижение по службе, стабильность рабочего места, неудовлетворенные амбиции);
V	организационная структура (принятие решений без учета заинтересованных лиц, политические баталии, плохая подготовка специалистов и т.п.);
V	взаимосвязь семьи и производства (семейные конфликты, стресс из-за двойной нагрузки, отсутствие поддержки супруга (и) и т. д.);
47. У ЛЮДЕЙ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПЕРЕГРУЗОК, ВОЗНИКАЕТ ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ	
V	информационный невроз;
	информационный психоз;
	информационный стресс;
	информационный инфаркт;
	информационный инсульт;
48. СОГЛАСНО КОНЦЕПТУАЛЬНЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ СМЫСЛОВАЯ СОДЕРЖАТЕЛЬНОСТЬ ПОНЯТИЯ «ЗДОРОВЬЕ» ВЫСТУПАЕТ КАК	
V	мера качества жизни и политики государства, создающая возможность своим гражданам относится к своему здоровью, как непреходящей ценности;
V	к основе продления здорового рода, сохранению, совершенствованию трудового потенциала;
V	к развитию генофонда, творчества и духовности человека;
	категория, связанная с поддержанием гомеостаза и сохранения равновесия анатомо-функциональных показателей жизнедеятельности организма
49. ПСИХОЛОГИ А. К. МАРКОВА, Л. М. МИТИНА, Е. Р. КАЛИТЕВСКАЯ И ДР. СЧИТАЮТ, ЧТО ФУНДАМЕНТАЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ	
V	повышение уровня самосознания: осознания себя личностью, хозяином жизни, способность проектировать свое будущее;

	пассивное следование социально-одобряемым нормам поведения, принятым в конкретном обществе;
	сохранение патерналистских традиций общественных отношений: попечительства государства к своим гражданам;
50. АКМЕОЛОГИЧЕСКИЙ ИНВАРИАНТ КОМПЕТЕНТНОСТИ – ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРОФЕССИОНАЛИЗМ СПЕЦИАЛИСТА, ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:	
V	постоянная включенность в процесс принятия решений;
V	предвидение, проницательность;
V	личностные притязания;
V	мотивация достижения;
V	самореализация.
51. ИМИДЖ ПРОФЕССИОНАЛА СОЗДАЕТ ПРЕДПОСЫЛКУ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ; ОБЕСПЕЧИВАЕТ КОММУНИКАЦИИ И ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ	
V	аудио – визуальную культуру (речь, одежда, прическа);
V	стиль поведения (профессиональный, эстетический и т. д.);
V	систему ценностей;
V	социальный статус;
V	психогигиенический «Я-образ».
52. УСЛОВИЯ СОХРАНЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСЯТ ОТ	
V	привлекательности психогигиенического «Я – образа»;
V	преодоления двойственности и неопределенности эмоциональных состояний;
V	способности не перегружать эмоции энергией и смыслом;
V	экономного расходования эмоционально – энергетических ресурсов;
V	проявления терпения к окружающим;
V	релаксирующего воздействия на партнеров;
V	способности противостоять агрессии;
V	способности переживать эффект «Ой!»;
53. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДИКИ	
	психокоррекция;
V	аутогенная тренировка;
V	функционального биоуправления;
V	медитация;
V	дыхательные упражнения;
V	релаксационные методики;
	психоанализ;
54. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ЛЮДЕЙ ГРУППЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЕННУЮ ЧАСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, ИМЕЮЩУЮ «ВОСПРИИМЧИВОСТЬ» К ВОЗДЕЙСТВИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, И НАПРАВЛЕННЫЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ, ЯВЛЯЮТСЯ МЕРЫ	
	первичной профилактики;
V	вторичной профилактики;

	третичной профилактики;
	социальной адаптации;
	социализации;
55. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОЗДОРОВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СРЕДЫ, РАЗВИТИЕ ВЫСОКОЙ СПОСОБНОСТИ ПРОТИВОСТОЯТЬ ВОЗДЕЙСТВИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ОГРАНИЧЕНИЕ ДОСТУПА К НАРКОТИКАМ, ОТНОСЯТСЯ К МЕРЫ	
V	первичной профилактики;
	вторичной профилактики;
	третичной профилактики;
	социальной адаптации;
	социализации;
56. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ОПРЕДЕЛЕННЫЙ «СТАЖ» УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НАЧАВШЕЙСЯ НАРКОМАНИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПЕРЕХОДА ЕЕ В БОЛЕЕ ТЯЖЕЛУЮ СТАДИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ МЕРЫ	
	первичной профилактики;
	вторичной профилактики;
V	третичной профилактики;
	социальной адаптации;
	социализации;
57. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ПРИ КОТОРОЙ СОДЕРЖАНИЕ ПРЕДМЕТОВ И ЯВЛЕНИЙ ПРИНИМАЕТСЯ В НАБЛЮДЕНИИ, ОНА НАЧИНАЕТСЯ С ОЩУЩЕНИЙ И ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ	
V	перцептивная деятельность;
	репродуктивная деятельность;
	продуктивная деятельность;
58. ЭТАПНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ УСТАНОВКИ НА НЕПРИЯТИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ	
	когнитивный - аффективный - поведенческий;
V	аффективный – когнитивный – поведенческий;
	когнитивный – поведенческий – аффективный;
	поведенческий – аффективный - когнитивный;
	аффективный – поведенческий – когнитивный;
	поведенческий – когнитивный – аффективный;
59. Э. СМИТТ ДЕЛАЕТ ВЫВОД О СЛЕДУЮЩИХ ПРИЧИНАХ, СКЛОНЯЮЩИХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ	
V	низкая самооценка;
V	фокусировка на внешнее окружение: оценка своего настроения на основании настроения других людей;
V	неспособность идентифицировать или выразить чувства;
V	неспособность просить помощь: «если ты сам не позаботишься о себе, то никто о тебе не позаботится»;
V	экстремальное мышление;
60. ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДИ МЕРОПРИЯТИЙ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	

НАРКОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ЗАНИМАЕТ	
	индивидуальная психотерапия со случаем;
V	групповая психокоррекционная работа;
	психоанализ;
	изоляция от общества;
	трудотерапия;
61. В ЦЕЛЯХ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	
V	инсайт-ориентированный подход;
V	поведенческий подход;
V	подход, основанный на самопомощи;
	изоляция от общества;
	психоанализ;
62. ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ	
V	беременность вне брака;
V	низкий уровень жизни;
V	отсутствие жилья;
	нежелание менять привычный образ жизни;
	ограничение карьерного роста;
63. ПО ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКЕ, В РОССИИ НА 100 СЛУЧАЕВ БЕРЕМЕННОСТИ ЗАКАНЧИВАЮТСЯ АБОРТАМИ ОКОЛО	
V	60-70% случаев;
	70-80% случаев;
	50-60% случаев;
	80-90% случаев;
	40-50% случаев;
64. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДИКИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО (КРИМИНАЛЬНОГО) АБОРТА ЛЕТАЛЬНОСТЬ (ЖЕНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ) КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ	
V	25-40% случаев;
	10-25% случаев;
	40-55% случаев;
	0-10% случаев;
	55-70% случаев;
65. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АБОРТОВ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ	
	эрозии шейки матки;
V	рака молочной железы;
	хронического воспаления придатков;
	бесплодия;
66. В РОССИИ ЕЖЕГОДНО ПРЕРЫВАЕТСЯ ПЕРВЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ СВЫШЕ	
	200 тысяч;
V	170 тысяч;
	130 тысяч;

	100 тысяч;
	70 тысяч;
67. ВЫСОКОЕ ЧИСЛО АБОРТОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СПОСОБСТВУЮТ ТОМУ, ЧТО В НАШЕЙ СТРАНЕ БЕСПЛОДНА КАЖДАЯ	
V	десятая супружеская пара;
	вторая супружеская пара;
	двадцатая супружеская пара;
	пятая супружеская пара;
	пятнадцатая супружеская пара;
68. АКТИВНАЯ ПОМОЩЬ КЛИЕНТАМ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТО ВРЕМЯ, КОГДА ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ ПОДДАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЮ И КОГДА УПРАВЛЕНИЕ БОЛЬЮ И ДРУГИМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ДУХОВНОЙ ПРОБЛЕМОЙ, ПОЛУЧИЛА НАЗВАНИЕ	
	первая медицинская помощь;
	квалифицированная медицинская помощь;
V	палиативная помощь;
	специализированная медицинская помощь;
	эвтаназия;
69. СИСТЕМА ГУМАНИСТИЧЕСКИХ МИРОВОЗЗРЕНИЙ, ПОМОГАЮЩАЯ УМИРАЮЩЕМУ ЧЕЛОВЕКУ ПРОЖИТЬ ОСТАВШУЮСЯ ЖИЗНЬ БЕЗ ЧУВСТВА СТРАХА, ПО ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛНОЦЕННО, НАЗЫВАЕТСЯ	
V	хоспис;
	эвтаназия;
	альтруизм;
	благотворительность;
	прагматизм;
70. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ПРИМЕНЯЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИЛИ КОМПОНЕНТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	
	диагностический компонент;
V	лечебный компонент;
V	ортопедический компонент;
V	социально-трудовой компонент;
71. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ, КОТОРЫЕ НЕ ТРЕБУЮТ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ И ПРИВОДЯТ К ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ИЛИ КОГДА ДОСТУПНЫ В ОГРАНИЧЕННЫХ ОБЪЁМАХ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ТРУДА, УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ИНВАЛИДНОСТЬ	
	первой группы;
V	второй группы;
	третьей группы;
72. ЛИЦАМ, КОТОРЫЕ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НЕ МОГУТ ПРОДОЛЖАТЬ ТРУДИТЬСЯ В ПОЛНОМ ОБЪЁМЕ ПО СВОЕЙ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИИ, УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ИНВАЛИДНОСТЬ	
	первой группы;
	второй группы;
V	третьей группы;

73. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА С ПОТЕРЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НЕОБХОДИМОСТИ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ В УХОДЕ, НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ИНВАЛИДНОСТЬ	
V	первой группы;
	второй группы;
	третьей группы;
74. ПСИХИАТРИЯ СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА РАЗВИТИЯ НАШЕЙ СТРАНЫ ПРИДЕРЖИВАЛАСЬ ТРАДИЦИОННЫХ ВЗГЛЯДОВ	
V	патернализма;
	прагматизма;
	холизма;
	индивидуализма;
	плюрализма;
75. МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧИЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОГЛАСНО КОТОРОЙ ОСНОВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЕНСАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ, ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОМПЕНСАЦИИ ОТСЛЕЖИВАЛИСЬ, В ОСНОВНОМ, ПО ИХ ВЛИЯНИЮ НА ПРОДОЛЖЕНИЕ СПОСОБНОСТИ	
V	трудовой деятельности;
	обучению;
	самообслуживанию;
	ориентации в пространстве;
	общению;
76. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ АНАЛИЗИРУЕТСЯ И ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО НЕСКОЛЬКИМ НАПРАВЛЕНИЯМ	
V	состояние психических процессов (память, внимание, эмоции, мышление);
V	особенности личности (темперамент, характер, интеллект, мотивация);
V	особенности внутренней модели болезни, то есть представления самого индивида о сущности его заболевания, возможностях терапии;
	реабилитационными возможностями мирового сообщества;
77. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ИНТЕГРИРУЕТ МНОГОУРОВНЕВЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ:	
V	клинико-функциональный диагноз, включающий в себя основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность, их стойкость и степень выраженности, тип и темп течения болезни, наличие осложняющего фактора (иного заболевания);
V	психологический «диагноз», состоящий из психологического «портрета», патопсихологического анализа форм реагирования личности, оценки состояния психических процессов (памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы), психологического анализа внутренней модели болезни;
V	социальный «диагноз», включающий комплекс социально-бытовых, социально-средовых и профессионально-реабилитационных возможностей индивида;
78. К ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ МЕТОДИКИ	
V	социального тренинга;
V	моделирования,
V	тренинг уверенности;
V	коммуникативный тренинг;
	креативный тренинг;
79. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОГО РЕЖИМА ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	

ТВОРЧЕСКИЕ ВИДЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО, КОНСТРУКТОРСКОГО, ХУДОЖЕСТВЕННО-ОФОРМИТЕЛЬСКОГО ТРУДА, ТРЕБУЮЩИЕ ВЫСОКОГО ИСХОДНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ, ОТНОСЯТСЯ К РАЗНОВИДНОСТИ	
	1-й вид труда;
	2-й вид труда;
	3-й вид труда;
	4-й вид труда;
V	5-й вид труда;
80. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОГО РЕЖИМА РАЗЛИЧНЫЕ ПОДСОБНЫЕ, ПОГРУЗОЧНО-РАЗГРУЗОЧНЫЕ РАБОТЫ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ СОГЛАСНО КОНКРЕТНЫМ УКАЗАНИЯМ РУКОВОДИТЕЛЯ РАБОТ И ЧАСТО ПРИ ЕГО ПОВТОРНЫХ ПОБУЖДЕНИЯХ, ОТНОСЯТСЯ К РАЗНОВИДНОСТИ	
V	1-й вид труда;
	2-й вид труда;
	3-й вид труда;
	4-й вид труда;
	5-й вид труда;
81. ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОГО РЕЖИМА РУЧНОЙ ТРУД, ОСНАЩЁННЫЙ ИНСТРУМЕНТАРИЕМ С ЭЛЕМЕНТАМИ РАЗНООБРАЗИЯ ТРУДОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ИЛИ ПРИМЕНЕНИЕМ УСЛОЖНЕННЫХ ПОДСОБНЫХ МЕХАНИЗМОВ, ОТНОСЯТСЯ К РАЗНОВИДНОСТИ	
	1-й вид труда;
	2-й вид труда;
V	3-й вид труда;
	4-й вид труда;
	5-й вид труда;
82. СОГЛАСНО J. P. WILSON ВОЗДЕЙСТВИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО СОБЫТИЯ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К СЛЕДУЮЩИМ ВАРИАНТАМ ПСИХИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ	
V	формированию позитивных, адаптивных изменений, укреплению характера;
V	формированию негативных, дезадаптивных, патологических изменений личности;
V	усилению специфических предоминантных стадий развития ЭГО;
V	развитию посттравматических стрессовых расстройств без изменений личности;
V	развитию посттравматических стрессовых расстройств в сочетании с патологическими изменениями личности.
83. ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ, КОТОРЫЕ СВОЙСТВЕННЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ	
	ревность
V	романтизм - в плохом значении этого слова;
V	преобладание групповых ценностей над индивидуальными;
V	стремление к саморазрушению;
V	иллюзия справедливости устройства мира;
V	иллюзия простоты устройства мира;
84. ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ СОДЕРЖИТ БОЛЬШОЙ АРСЕНАЛ САМЫХ РАЗНООБРАЗНЫХ МЕТОДИК, ВКЛЮЧАЮЩИХ В СЕБЯ	
V	психодинамическую психотерапию и бихевиоральную психотерапию;
	электрошоковую терапию;

V	семейную психотерапию и экзистенциальную психотерапию;
V	гипноз, наркокатарсис, пневмокатарсис;
V	нейролингвистическое программирование и когнитивную психотерапию;
	инсулинотерапию;

Критерии оценки при тестировании

Количество правильных ответов	Оценка в баллах по БРС
90-100%	7
85-89%	6
80-84%	5
75-79%	4
70-74%	3
0-69%	0

3. Тематика контрольных работ по дисциплине

Контрольные работы относятся к индивидуальным заданиям, которые рассматриваются как самостоятельный вид письменной работы.

К выполнению контрольных работ предъявляются следующие требования:

- индивидуальное задание должно быть выполнено самостоятельно как собственное рассуждение автора на основе информации, полученной из различных источников;
- содержание индивидуального задания должно быть изложено от имени автора;
- цель и задачи должны быть четкими и отображать суть исследуемой проблемы;
- содержимое индивидуального задания должно соответствовать теме задания и отображать состояния проблемы, степень раскрытия сути проблемы в работе должна быть приемлемой;
- при разработке индивидуального задания должны быть использованы несколько различных источников;
- работа должна содержать обобщенные выводы и рекомендации.

Выбор темы: тема обычно выбирается из общего списка самостоятельно и согласовывается с преподавателем. При работе рекомендуется использовать не менее 4-5 источников.

Процесс работы лучше разбить на следующие этапы:

1. Определить и выделить проблему.
2. На основе первоисточников самостоятельно изучить проблему.
3. Провести обзор выбранной литературы.
4. Логично изложить материал.

Рекомендуемая структура:

- Титульный лист;
- Содержание: включает систематизированное в таблице перечисление основных частей работы (введение, наименования пунктов и подпунктов основной части задания, выводы, список источников и литературы);
- Введение: излагается цель и задачи работы, обоснование выбора темы и ее актуальность.
- Основная часть: точка зрения автора на основе анализа литературы по проблеме.
- Заключение: формулируются выводы и предложения; должно быть кратким, четким, выводы должны вытекать из содержания основной части.
- Список источников и литературы.

Индивидуальные задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя, и содержат 8-10 страниц машинописного текста (без учета титульного листа,

списка ключевых слов, содержания, списка использованных источников и приложений). Текст печатается через полтора интервала. Тематика индивидуальных заданий должна отвечать задачам учебной дисциплины.

Параметры шрифта:

- гарнитура шрифта – Times New Roman
- начертание – обычный
- кегль шрифта – 14 пунктов
- цвет текста – авто (черный)

Параметры абзаца: выравнивание текста – по ширине страницы, отступ первой строки – 1,25 см.

На титульном листе контрольной работы указывается название образовательного учреждения, тема, название учебной дисциплины, номер группы, Ф.И.О. автора, место и год выполнения работы.

Страницы нумеруют арабскими цифрами (1, 2, 3…), соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту. Порядковый номер ставят внизу страницы, по центру. Нумерация страниц начинается с титульного листа, но на титульном листе и на странице «Содержание» номер страницы не указывается, а нумерация указывается с цифры 3 (с третьей страницы).

Текст основной части индивидуальных заданий может быть разбит на разделы, подразделы, пункты и подпункты, пронумерованные арабскими цифрами. Разделы должны иметь порядковую нумерацию в пределах излагаемого материала и обозначаться арабскими цифрами (например, 1.). Подразделы нумеруют в пределах каждого раздела: номер подраздела состоит из номера раздела и порядкового номера подраздела, разделенных точкой (например, 1.1.). Пункты нумеруют в пределах каждого подраздела: номер пункта состоит из порядкового номера раздела, подраздела, пункта, разделенных точками (например, 1.1.2.). Подпункты нумеруют в пределах каждого пункта (например, 1.1.2.1.).

Заголовки (заголовки 1 уровня) каждой структурной части индивидуального задания (например, содержание, введение и т.д.) и заголовки разделов основной части следует располагать в середине строки и печатать прописными буквами без подчеркивания и без точки в конце. Заголовки подразделов, пунктов и подпунктов (заголовки 2 и последующих уровней) следует начинать с абзацного отступа и печатать строчными буквами; точка в конце заголовка также не ставится.

Иллюстрации (при их наличии) необходимо помещать непосредственно после первого упоминания о них в тексте или на следующей странице. На все иллюстрации обязательно должны быть даны ссылки. Иллюстрации следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, то он обозначается «Рис. 1». Слово «Рис.» и его наименование располагают посередине строки, под иллюстрацией. Иллюстрации (рисунки, схемы, графики) и таблицы, которые размещаются на отдельных страницах, включают в общую нумерацию страниц. Графические материалы рекомендуется сохранять в формате jpeg.

Таблицы применяют для лучшей наглядности и удобства сравнения показателей. Название таблицы должно отражать ее содержание, быть точным, кратким. Название таблицы следует помещать над таблицей в центре, без абзацного отступа в одну строку с ее номером (например, Таблица 1. …). Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые или на следующей странице. На все таблицы должны быть ссылки в реферате. При ссылке в тексте работы следует в скобках писать слово «табл.» с указанием ее номера. Таблицу с большим количеством строк допускается переносить на другой лист (страницу). При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица» и ее номер указывают один раз над первой частью таблицы, над другими частями пишут слово «Продолжение» и указывают номер таблицы (например, «Продолжение таблицы 1»). Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией.

Примечания помещают в тексте при необходимости пояснения содержания текста, таблицы или иллюстрации; пояснения к отдельным данным, приведенным в тексте или таблицах, допускается оформлять сносками. В тексте контрольной работы должны быть

указаны ссылки на используемую литературу; ссылки на источники следует указывать в квадратных скобках (например, [1-3]), где 1-3 порядковый номер источников, указанных в списке источников и литературы. При указании конкретной страницы номер источника и номер страницы разделяются запятой (например, [1, с. 4]).

В разделе «Список источников и литературы» рекомендуется размещать фамилии авторов или названия в алфавитном порядке с соответствующей нумерацией списка арабскими цифрами (сначала на русском, затем на иностранных языках).

Библиографическое описание, произведений печати состоит из обязательных и факультативных элементов. Обязательные элементы обеспечивают идентификацию издания и дают наиболее полное представление о нем. Факультативные элементы содержат дополнительную информацию об издании.

В библиографических списках рекомендуется использовать следующие элементы описания:

- автор (книги, статьи);
- название (книги, статьи);
- источник публикации (для статьи — журнал, сборник и т.д.);
- повторность издания;
- место издания;
- издательство;
- год издания;
- количество страниц (или страница ссылки).

Примеры библиографических описаний в списке источников и литературы в соответствии с требованиями Национального стандарта РФ ГОСТ Р 7.0.5–2008: /gost_2008.pdf

Рекомендуемая тематика контрольных работ

1. Понятие о «болезни» и «патологическом состоянии», определение и признаки социально значимых заболеваний (СЗЗ).
2. Международная классификация болезней (МКБ), ее история, цель и структура.
3. Перечень социально значимых заболеваний, их классификация по МКБ.
4. Сравнение СЗЗ и опасных для окружающих заболеваний (ООЗ).
5. Социально-гигиеническое значение болезней сердечно-сосудистой системы, в частности артериальной гипертензии.
6. Социально-гигиеническое значение туберкулеза.
7. Социально-гигиеническое значение СПИД (ВИЧ-инфекции).
8. Социально-гигиеническое значение гепатита В и С и других инфекционных болезней.
9. Социально-гигиеническое значение инфекций, передающихся половым путем.
10. Социально-гигиеническое значение сахарного диабета.
11. Социально-гигиеническое значение психических расстройств, в том числе наркологических заболеваний.
12. Социально-гигиеническое значение злокачественных новообразований.
13. Социально-гигиеническое значение и профилактика болезней органов дыхания.
14. Социально-гигиеническое значение и профилактика травматизма.
15. Понятие о профилактике заболеваний, её видах и мероприятиях.
16. Основные принципы профилактики.
17. Основные факторы риска СЗЗ и их социально-медицинское значение.
18. Организация работы и структура отделения профилактики.
19. Основные задачи работы кабинета медицинской профилактики.
20. Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы, в том числе артериальной гипертензии.
21. Профилактика туберкулеза.
22. Профилактика СПИД (ВИЧ-инфекции).

23. Профилактика гепатита В и С.
24. Профилактика инфекций, передающихся половым путем (ИППП).
25. Профилактика сахарного диабета.
26. Профилактика психических расстройств, наркологических болезней.
27. Профилактика злокачественных новообразований.

4. Вопросы для промежуточной аттестации. Методика и критерии оценивания ответов обучающихся в ходе промежуточной аттестации по дисциплине

Примерные вопросы для промежуточной аттестации

1. Понятие о профилактике заболеваний, её видах и мероприятиях.
2. Основные принципы профилактики.
3. Определение понятия «здоровье», уровни здоровья; оценка (статистические показатели) общественного здоровья.
4. Роль образа жизни в формировании здоровья.
5. Основные факторы риска СЗЗ и их социально-медицинское значение.
6. Формирование ЗОЖ – основное направление первичной профилактики. Организация пропаганды ЗОЖ в нашей стране.
7. Метод и средства устной пропаганды ЗОЖ на примере СЗЗ.
8. Метод и средства печатной пропаганды ЗОЖ на примере СЗЗ.
9. Метод и средства изобразительной пропаганды ЗОЖ на примере СЗЗ.
10. Организация работы и структура отделения профилактики.
11. Основные задачи работы кабинета медицинской профилактики.
12. Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы, в частности артериальной гипертензии.
13. Профилактика туберкулеза.
14. Профилактика СПИД (ВИЧ-инфекции).
15. Профилактика гепатита В и С.
16. Профилактика ИППП.
17. Профилактика сахарного диабета.
18. Профилактика психических расстройств, наркологических болезней.
19. Профилактика злокачественных новообразований.

Методика и критерии оценивания ответов обучающихся в ходе промежуточной аттестации по дисциплине

Экзаменационный билет включает в себя 2 вопроса. Ответ на каждый вопрос экзаменационного билета оценивается по 20-ти балльной системе.

Оценка ответа на вопросы билета в баллах:

36-40 баллов – полный, четкий ответ с использованием материалов учебной литературы, лекционного курса и дополнительной литературы;

30-35 баллов – ответ с использованием учебной литературы и лекционного курса с незначительными недочетами, с ответами на наводящие вопросы;

25-29 баллов – имеются ошибки в ответе, при дополнительных, наводящих вопросах – может частично их исправить;

20-24 балла – существенные ошибки в ответе, частичное незнание основных понятий.

5. Методика оценивания образовательных достижений обучающихся Правила формирования рейтинговой оценки обучающегося по дисциплине

1. Общие положения

1.1. Настоящая Методика балльно-рейтинговой системы оценивания учебных

достижений студентов по дисциплине «Профилактика социально-значимых заболеваний» (далее – Методика) разработана в соответствии с Положением о балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений студентов УГМУ, принятым на заседании Ученого совета (протокол № 1 от 28.08.2019 г.) и утвержденным приказом ректора № 455-р от 03.09.2019 г.

1.2. Балльно-рейтинговая система оценивания учебных достижений является основой текущего и экзаменационного контроля качества подготовки студентов.

1.3. Основой БРС оценивания учебных достижений студентов является модульность РПД, реализуемой на кафедре. Модульный принцип организации учебного процесса основан на структурировании содержания РПД на разделы (дидактические единицы).

1.4. В соответствии с настоящей Методикой учебные достижения студентов оцениваются в ходе теоретического обучения. В соответствии с объемом и видами учебной работы (табл. 1) при реализации РПД изучение материала проводится с освоением 4 разделов (ДЕ) и сдачей экзамена. По итогам завершения освоения раздела дисциплины (дидактической единицы) преподаватель информирует студентов о результатах.

Таблица 1

Объем и вид учебной работы

Виды учебной работы	**трудоемкость**		**Семестры (6 семестр 3 курс)**
	ЗЕТ	**часы**	
Аудиторные занятия (всего)		16	16
В том числе:			
Лекции		4	
Практические занятия		8	
Семинары			
Лабораторные работы			
Самостоятельная работа (всего)		83	83
В том числе:			
Курсовая работа (курсовой проект)			
Реферат			
Другие виды самостоятельной работы (УИРС)		4	4
Формы аттестации по дисциплине		9	9
Общая трудоемкость дисциплины	3	108	108

1.5. БРС оценивания учебных достижений студентов заключается в формировании итоговой рейтинговой оценки студента по дисциплине на основе кумулятивного принципа.

1.6. Максимальная сумма рейтинговых баллов, которую может набрать студент по дисциплине, составляет 100 рейтинговых баллов:

- 60 баллов – максимальный рейтинг студента по результатам текущего контроля по дисциплине в семестре;
- 40 баллов – максимальный экзаменационный рейтинг по дисциплине (экзамен).

Рейтинг студента по дисциплине складывается из рейтинговых баллов, которыми преподаватель оценивает разные виды учебной работы студента.

1.7. Студент допускается до экзамена по дисциплине, если его рейтинг по итогам текущего контроля составил не менее 40 рейтинговых баллов (в каждом семестре, если дисциплина преподается несколько семестров; при этом итоговый рейтинг студента перед экзаменом рассчитывается как «количество баллов в каждом семестре/количество семестров).

2. Определение разделов (дидактических единиц)

2.1. Контактная работа по дисциплине составляет 10 час., в том числе: аудиторная нагрузка – 12 час. (из них: лекционных – 4 час., практических занятий – 8 час.); контроль самостоятельной работы – 4 час. Самостоятельная работа – 83 час. Время учебных занятий продолжается в течение одного семестра и заканчивается экзаменационным контролем (экзаменом – 9 час.).

В соответствии с тематическим планом дисциплины студенты изучают 3 дидактические единицы (ДЕ) (табл. 2).

Таблица 2

Раздел дисциплины, ДЕ	**Часов по видам занятий**				
	Контактная работа			**Самост. работа**	**Всего**
	Лекций	**Практ. занятий**	**КСР**		
ДЕ 1. Понятие о социально-значимых заболеваниях	2	2	1	33	38
ДЕ 2. Социально-гигиеническое значение социально-значимых заболеваний	2	2	1	31	36
ДЕ 3. Профилактика социально-значимых заболеваний		4	2	19	25
Контроль (формы промежуточной аттестации: экзамен)					9
Итого	4	8	4	83	108

2.2. В ходе освоения каждой дидактической единицы проводится текущий контроль, освоение каждой дидактической единицы заканчивается проведением рубежного контроля и выведением рейтинга студента по дисциплине в семестре.

2.3. Студент имеет право на добор баллов путем отработки пропущенных тем практических занятий, а также путем выполнения заданий по пропущенным рубежным контролям. Текущая рейтинговая оценка по предыдущему модулю может изменяться, и преподаватель вносит в журнал текущей успеваемости соответствующие исправления с указанием даты и балла.

3. Алгоритм определения рейтинга студента по дисциплине в семестре

3.1. Активность студента на занятиях оценивается в рейтинговых баллах. Практические занятия проводятся с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. Работа на занятии (решение ситуационных задач в форме КСР) оценивается следующим образом:

6 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в том числе из лекционного курса); ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

5 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

4 балла – ответы на вопросы задачи даны правильно. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в том числе лекционным материалом); ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

0 баллов – ответы на вопросы задачи даны неправильно. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования; ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).

3.2. Выполнение контрольной работы оценивается от 4 до 6 баллов. Тема контрольной работы согласовывается с преподавателем. Оценка за контрольную работу ставится в соответствии со следующими критериями:

6 баллов – выбранная тема актуальна и носит проблемный характер. Проблема рассмотрена глубоко и разносторонне. Видна высокая степень самостоятельности. Методы соответствуют поставленным задачам. В контрольной работе верно используются ключевые понятия и терминология; интегрируются знания из различных образовательных областей. Результаты контрольной работы эстетично и грамотно оформлены; выводы убедительны и доказательны. В презентации результатов уместно применяются мультимедийные технологии. Студент точно и лаконично отвечает на вопросы в ходе презентации.

5 баллов – выбранная тема в целом актуальна, но заявленная проблема рассмотрена недостаточно глубоко или вызывает сомнения степень самостоятельности. Методы не всегда соответствуют поставленным задачам. В контрольной работе верно используются ключевые понятия и терминология. Результаты контрольной работы эстетично, но не всегда грамотно оформлены; выводы в целом соответствуют поставленным задачам. В презентации мультимедийные технологии не применяются или применяются не всегда уместно. Студент затрудняется при ответе на вопросы в ходе презентации.

4 балла – выбранная тема в целом актуальна, но заявленная проблема рассмотрена неглубоко. Степень самостоятельности низкая. Методы не всегда соответствуют поставленным задачам. В контрольной работе не всегда верно используются ключевые понятия и терминология. Результаты контрольной работы оформлены недостаточно грамотно. Выводы не всегда соответствуют поставленным задачам. В презентации мультимедийные технологии не применяются или применяются неуместно. Студент испытывает серьезные затруднения при ответе на вопросы в ходе презентации.

3.3. Рубежный контроль (выполнение тестовых заданий) оценивается от 4 до 6 баллов в соответствии со следующими критериями:

6 баллов – 90-100% правильных ответов;

5 баллов – 80-89% правильных ответов;

4 балла – 70-79% правильных ответов.

3.4. Эссе по результатам изучения дисциплины является самостоятельной письменной работой на тему, предложенную преподавателем, и отражает развитие навыков творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей, позволяя автору научиться четко и грамотно формулировать мысли, структурировать информацию, использовать основные категории анализа, выделять причинно-следственные связи, иллюстрировать понятия соответствующими примерами, аргументировать свои выводы, овладеть научным стилем речи. Работа должна быть авторской, то есть не должна частично или полностью использовать работы других авторов, характеризуя личностный характер восприятия проблемы и степень ее осмысления. Эссе должно быть изложено простым, общедоступным языком с соблюдением языковых норм. Объем эссе не более 3 печатных страниц.

Критерии оценивания эссе:

6 баллов – блестящая работа, отвечающая всем предъявляемым требованиям, а также отличающаяся научной новизной. Тема раскрыта полностью, четко выражена авторская позиция, имеются логичные и обоснованные выводы.

5 баллов – эссе соответствует требованиям, предъявляемым к такого рода работам, написано на основе рекомендованной основной и дополнительной литературы, предложенной в Рабочей программе дисциплины. На высоком уровне выполнено оформление работы.

4 балла – в целом тема раскрыта; выводы сформулированы, но недостаточно обоснованы; прослеживается частичный анализ основной литературы, предложенной в рабочей программе дисциплины и нормативные правовые акты; недостаточно четко проявляется авторская позиция. Грамотное оформление.

3.5. В оценочных средствах УМК дисциплины и в настоящей Методике обозначены все виды учебной работы, оцениваемые в рамках дидактической единицы, виды рубежного

контроля, определены диапазоны рейтинговых баллов по дидактическим единицам с выделением рейтинговых баллов за каждый вид учебной работы студента (табл. 3).

Таблица 3

Распределение рейтинговых баллов по результатам текущего контроля в семестре

Вид контроля	**Вид учебной работы и форма текущего контроля**	**Количество баллов**	
		min	**max**
Текущий контроль ДЕ 1	Понятие о социально-значимых заболеваниях	4	6
	Итоговое тестирование (рубежный контроль)	4	6
Текущий контроль ДЕ 2	Социально-гигиеническое значение социально-значимых заболеваний	4	6
	Итоговое тестирование (рубежный контроль)	4	6
Текущий контроль ДЕ 3	Профилактика социально-значимых заболеваний	4	6
	Итоговое тестирование (рубежный контроль)	4	6
	Выполнение контрольной работы	4	6
	Итого:	40	60

4. Алгоритм определения экзаменационного рейтинга при сдаче экзамена

4.1. Студент, имеющий рейтинг по дисциплине, в общей сложности не менее 40 баллов, считается допущенным к сдаче экзамена.

4.2. Студент, показавший в ходе освоения дисциплины повышенный уровень знаний, может получить оценку «отлично» в формате «автомат» без сдачи экзамена. В этом случае итоговый рейтинг по дисциплине определяется в результате суммирования рейтинговых и премиальных баллов.

4.3. Максимальный экзаменационный рейтинг студента по дисциплине (сдача экзамена) составляет 40 рейтинговых баллов (табл. 4).

Таблица 4

Распределение рейтинговых баллов по экзаменационному контролю

Вид экзаменационного контроля		**Количество рейтинговых баллов**
Собеседование	min	20
	max	40

Оценка ответа на вопрос в баллах:

36-40 баллов – полный, четкий ответ с использованием материалов учебной литературы, лекционного курса и дополнительной литературы;

30-35 баллов – ответ с использованием учебной литературы и лекционного курса с незначительными недочетами, с ответами на наводящие вопросы;

25-29 баллов – имеются ошибки в ответе, при дополнительных, наводящих вопросах – может частично их исправить;

20-24 баллов – существенные ошибки в ответе, частичное незнание основных понятий.

5. Алгоритм определения премиальных баллов

С целью поощрения студентов за демонстрацию высоких учебных достижений, высокой учебной мотивации, прилежания и на основании высоких результатов текущего контроля, в т. ч. контроля самостоятельной работы, студентам, которые желают сдавать зачет в формате «автомат», могут предоставляться премиальные баллы (табл. 5).

Таблица 5

Распределение премиальных рейтинговых баллов по видам учебной работы студентов

Виды учебной работы	Количество рейтинговых баллов
Участие в конкурсах, олимпиадах по тематике дисциплины (за каждый вид деятельности)	10-20
Выполнение научной работы (публикации) (за одну публикацию)	10-20
Итого:	40

6. Алгоритм определения итогового рейтинга студента по дисциплине

6.1. Итоговый рейтинг студента по дисциплине определяется в результате суммирования рейтинговых баллов, набранных студентом в течение семестра по результатам текущего контроля, и рейтинговых баллов, полученных студентом по результатам экзаменационного контроля (экзамен).

6.2. Для перевода итогового рейтинга студента по дисциплине в аттестационную оценку вводится следующая шкала:

Аттестационная оценка студента по дисциплине в случае экзаменационного контроля в виде экзамена	Итоговый рейтинг студента по дисциплине, рейтинговые баллы
«неудовлетворительно»	0 – 59
«удовлетворительно»	60 – 69
«хорошо»	70 – 84
«отлично»	85 – 100

6.3. Полученная студентом аттестационная оценка и итоговый рейтинг по дисциплине выставляются в зачетную книжку студента и экзаменационную ведомость.

7. Порядок и сроки добора баллов

7.1. После подведения итогов текущего контроля знаний студентов и выставления рейтинга по дисциплине в семестре данная информация доводится до сведения студентов на последнем практическом занятии, на учебном портале educa.usma.ru.

7.2. До начала экзаменационной сессии студент вправе добрать баллы до минимальной суммы рейтинговых баллов (40 баллов), при которой он может быть допущен к экзамену.

7.3. Добор рейтинговых баллов может проходить в форме тестового контроля знаний студентов, выполнения самостоятельной работы по заданию ведущего преподавателя, отработок пропущенных практических занятий и предоставления письменно выполненных заданий и/или собеседования.

7.4. Добор рейтинговых баллов в виде тестового контроля знаний студентов позволяет набрать до 10 баллов, выполнение самостоятельной работы и отработка пропущенных занятий – до 8 баллов.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящая Методика вступает в силу с момента ее утверждения на заседании кафедры социальной работы и социологии медицины.

8.2. Преподаватели, ведущие занятия по дисциплине кафедры обязаны ознакомить студентов с Методикой балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по дисциплине. Настоящая Методика размещена на учебном портале educa.usma.ru для всеобщего ознакомления.