

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Учебная дисциплина
«СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ»

Высшее образование
Программа магистратуры
34.04.01 Экономика

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ (контрольные вопросы)

Понятие медико-социологического исследования

- определение;
- подходы к изучению медико-социологических явлений (примеры);
- четыре типа медико-социологических исследований;
- области применения результатов медико-социологических исследований.

Социальные детерминанты здоровья: сущность и иерархия факторов

- определение социальных детерминант здоровья;
- уровни влияния (макро-, мезо-, микросоциальный) с примерами;
- различие экзогенных и эндогенных факторов;
- как проявляется социальный градиент здоровья на практике.

Многофакторная модель обусловленности здоровья

- компоненты модели (биологические, поведенческие, социальные, экологические);
- примеры взаимодействия факторов (например, доход → доступ к питанию → риск диабета);
- роль социальной стратификации;
- эмпирические индикаторы, фиксирующие совокупное влияние факторов.

Социально-экономический статус и здоровье населения

- связь дохода/образования/профессии с показателями здоровья;
- механизмы влияния (стресс, доступ к ресурсам, культурные нормы);
- примеры различий заболеваемости в разных группах;
- источники данных для анализа (Росстат, ОМС, научные исследования).
- Влияние глобализации на социальные факторы здоровья
- экономические механизмы (миграция труда, цепочки поставок лекарств);
- культурные механизмы (распространение стандартов питания/образа жизни);

- институциональные механизмы (международные протоколы, фармацевтический рынок);
- противоречивые эффекты (улучшение технологий vs рост неравенства).

Образ жизни как фактор здоровья

- операциональное определение «образа жизни» в социологии;
- ключевые поведенческие практики (питание, физическая активность, вредные привычки);
- влияние социальной среды и норм на выбор практик;
- методы изучения образа жизни (опросы, дневники, наблюдение).

Качество жизни и здоровье: социологический ракурс

- интегральное понятие качества жизни (субъективные и объективные компоненты);
- индикаторы качества жизни, связанные со здоровьем;
- различия восприятия качества жизни в разных социально-демографических группах;
- применение концепции в медико-социологических исследованиях.

Семейные и культурные факторы заботы о здоровье

- семейные традиции и распределение ролей в уходе;
- культурные ценности (коллективизм/индивидуализм) и их влияние на профилактику;
- межпоколенческие различия в практиках заботы;
- примеры полевых исследований семейных моделей здоровья.

Социальное окружение и этиология заболеваний

- понятие «социальной поддержки» и её виды (эмоциональная, инструментальная);
- влияние социального капитала на здоровье (доверие, сети взаимопомощи);
- негативные эффекты окружения (давление, стигма, рискованные нормы);
- методы измерения влияния окружения (сетевой анализ, интервью).

Работа и здоровье: социальные механизмы

- профессиональные риски (физические, психосоциальные);
- баланс «работа-семья» и его влияние на здоровье;
- гендерные различия в трудовых нагрузках и здоровье;
- социологические подходы к анализу трудовой среды (интервью, наблюдение, статистика).

Здоровый образ жизни: социологические концепции

- основные теоретические подходы (П. Бурдье, Т. Парсонс, современные модели);
- различие между декларируемыми нормами и реальными практиками;
- роль референтных групп и медиа в формировании ЗОЖ;
- ограничения «индивидуальной ответственности» в объяснении ЗОЖ.

Самосохранительное, здравоохранительное и здоровьесберегающее поведение: общность и различия

- определения и ключевые акценты каждого понятия;
- примеры практик, относящихся к каждой категории;
- социальные условия, способствующие/препятствующие этим видам поведения;
- инструменты измерения (опросники, дневники, косвенные индикаторы).

Концепция самосохранительного поведения

- базовые элементы (осознанность, планирование, устойчивость к давлению);
- факторы, влияющие на реализацию (ресурсы, нормы, доверие к системе);
- трансформация моделей в разных возрастных и социально-экономических группах;
- эмпирические исследования самосохранительного поведения в РФ.

Рисковое поведение и здоровье

- виды рискованного поведения (экстремальный спорт, трудовоголизм, нарушение безопасности);
- социальные причины (статус, идентичность, групповая норма);
- гендерные и возрастные различия в рискованных практиках;
- методы исследования (проективные техники, нарративы, наблюдение).

Социальные патологии и аддиктивное поведение

- перечень ключевых аддикций (алкоголизм, наркомания, интернет-зависимость и др.);
- макросоциальные факторы (неравенство, аномия, доступность);
- микросоциальные факторы (семья, сверстники, стресс);
- социологические методы изучения аддикций (качественные интервью, контент-анализ).

Факторы риска ВИЧ, гепатитов, туберкулёза и ИППП

- поведенческие и структурные детерминанты риска;
- стигма и дискриминация как барьеры профилактики;
- роль социальных сетей и сообществ в распространении/снижении риска;
- эффективные модели профилактики с социологической точки зрения.

Новые социальные нормы в условиях и после пандемии COVID-19

- изменения в практиках профилактики (маски, гигиена, вакцинация);
- дифференциация норм по социальным группам (возраст, доход, профессия);
- дискурсы доверия/недоверия к институтам здравоохранения;
- долгосрочные эффекты на модели заботы о здоровье.

Социологический анализ эпидемиологии хронических заболеваний

- специфика социального бремени ССЗ, онкологии, диабета, ХОБЛ;
- роль неравенства в доступе к лечению и профилактике;
- восприятие болезни и стигма в разных культурах;
- прикладные исследования и их вклад в политику здравоохранения.

Дискурсы здоровья и болезни в медиа

- конструирование представлений о здоровье через СМИ и соцсети;
- типичные нарративы («борьба», «ответственность», «контроль»);
- эффекты «интернет-просвещённого пациента»;
- методы анализа медиадискурса (контент-анализ, дискурс-анализ).

Этические аспекты ИИ в медицине

- вопросы конфиденциальности, безопасности и ответственности;
- цифровой детерминизм и новые формы неравенства;
- ожидания пациентов и врачей от цифровых решений;
- социологические инструменты оценки этических рисков (фокус-группы, когнитивные интервью).

Здоровье как социокультурный феномен

- отличие социологического и антропологического подходов;
- исторические модели здоровья в разных обществах;
- культурные конструкторы здоровья и болезни;
- современные вызовы (медикализация, генетизация).

Тело в медицинской антропологии

- культурные представления о теле и нормах телесности;
- коммерциализация тела и здоровья (косметология, спорт, репродукция);
- субъективный телесный опыт и его интерпретация;
- этнографические методы изучения телесности.

(Био)медикализация общества

- сущность и признаки медиализации;
- позитивные и негативные социальные эффекты;
- примеры медиализации (репродукция, психиатрия, старение);
- критические подходы (И. Иллич, М. Фуко).

Опыт болезни в антропологическом измерении

- субъективное восприятие болезни и культурные практики лечения;
- нарративы болезни (А. Франк, В. Лехциер);
- адаптация к хроническому заболеванию и конструирование смысла;
- качественные методы исследования опыта болезни.

Самолечение и «ответственное самолечение»

- разграничение понятий и критерии ответственности;
- распространённые практики в России и их культурные основания;
- риски и ресурсы самостоятельного ухода;
- социологический анализ отношения населения к самолечению.

Традиционная и неконвенционная медицина

- антропологическое значение традиционных практик;

- сосуществование с биомедициной (объяснительные модели по А. Кляйнману);
- ритуалы исцеления и их социальная функция;
- полевые исследования альтернативных систем лечения.

Стигма болезни и дискриминация

- концепции стигмы (И. Гофман) и их применение в медицине;
- формы дискриминации по признаку здоровья/инвалидности;
- механизмы воспроизводства стигмы в институтах;
- стратегии снижения стигмы через социальные программы.

Инвалидность и хронические заболевания: социальное осмысление

- модели инвалидности (медицинская vs социальная);
- барьеры доступности и социальная изоляция;
- жизненные миры пациентов (Э. Гуссерль, Х. Томе);
- исследования повседневности людей с инвалидностью.

Этнографический метод и нарративные исследования здоровья

- принципы и этапы этнографического исследования;
- сбор и анализ нарративов о болезни и лечении;
- этические аспекты полевой работы;
- кейсы успешных этнографических проектов в здравоохранении.

Социальное производство медицинского знания

- кто и как формирует «официальные» представления о здоровье;
- взаимодействие экспертного и повседневного знания;
- роль пациентских сообществ и цифровых платформ;
- социологические исследования производства медицинских норм.

Направления современных медико-социологических исследований

- качественный и количественный подходы: сильные стороны и ограничения;
- смешанные методы (mixed methods) и их обоснование;
- актуальные исследовательские повестки (цифровизация, неравенство, коммуникация);
- примеры крупных проектов в РФ и за рубежом.

Опросные методы в медико-социологических исследованиях

- виды опросов (анкеты, телефонные, онлайн);
- особенности формулировок вопросов о здоровье и поведении;
- способы повышения искренности ответов (косвенные вопросы, проективные техники);
- проблемы репрезентативности и способы их решения.

Метод эксперимента в медико-социологии

- возможности и этические ограничения экспериментов;
- квазиэкспериментальные дизайны (разница-в-разницах, прерывистые регрессии);

- примеры исследований поведения пациентов/врачей;
- интерпретация результатов в социальном контексте.

Наблюдение в медико-социологических исследованиях

- включённое и невключённое наблюдение: различия;
- фиксация невербальных сигналов и организационных практик;
- разработка бланка наблюдения и кодирование данных;
- кейсы использования наблюдения в медучреждениях.

Анализ документов в медико-социологии

- типы документов (медицинские карты, отчёты, СМИ, соцсети);
- контент-анализ и дискурс-анализ: логика выбора метода;
- кодирование и валидация результатов;
- примеры анализа официальных документов и публичных нарративов.

Программа медико-социологического исследования

- ключевые разделы (проблема, цель, задачи, гипотезы, методы);
- обоснование выборки и расчёт размера;
- пилотаж инструментария и его значение;
- типичные ошибки при составлении программы.

Инструменты и методы анализа данных

- количественные методы (описательная статистика, регрессии, факторный анализ);
- качественные методы (кодирование, тематический анализ, нарративный анализ);
- программное обеспечение (SPSS, NVivo, Atlas.ti);
- валидация и триангуляция данных.

Интерпретация и визуализация результатов

- перевод статистических закономерностей в социальные смыслы;
- визуализация данных (графики, карты, облака слов);
- представление противоречивых результатов без упрощений;
- требования к академической и прикладной отчётности.

Этические принципы медико-социологических исследований

- информированное согласие и его особенности в медицине;
- конфиденциальность и анонимизация данных;
- работа с уязвимыми группами (пациенты, родственники, медработники);
- этические комитеты и нормативные документы.

Публикация результатов и написание научных текстов

- структура научной статьи (IMRaD) и её адаптация под медико-социологию;
- интеграция цитат и нарративов без нарушения этики;
- формулировка выводов с учётом ограничений исследования;
- правила цитирования и академической честности.

Эволюция профессии врача и медицинского образования

- исторические этапы становления профессии;
- изменение требований к врачу (знания, навыки, ценности);
- социализация студентов-медиков и формирование профессиональной идентичности;
- сравнительные исследования медицинского образования в разных странах.

Личностные качества врача и коммуникативные навыки

- эмоциональный интеллект и стрессоустойчивость;
- эмпатия и её границы в профессиональной практике;
- обучение коммуникации в медицинском вузе;
- эмпирические исследования связи коммуникативных навыков с качеством помощи.

Врачи как профессиональная группа

- характеристики профессии (автономия, этика, статус);
- общественное восприятие врачей и динамика доверия;
- профессиональная солидарность и внутренние конфликты;
- социологические исследования статуса и идентичности врачей.

Кадровая политика и профессиональная мобильность

- динамика численности врачей и региональные различия;
- причины миграции кадров и выгорания;
- международные сравнения кадровой политики;
- рекомендации по удержанию кадров с социологической точки зрения.

Основные концепции роли врача

- функционализм (Т. Парсонс) и его критика;
- конфликтологические и феноменологические подходы (Р. Мертон, Э. Гофман);
- биовласть и дисциплина (М. Фуко);
- современная интерпретация роли врача в условиях цифровизации.

Профессиональная идентичность врача: подходы и исследования

- символический интеракционизм (Г. Блумер, М. Кун);
- габитус и культурный капитал (П. Бурдье);
- структурализм и системная теория (Н. Луман);
- работы А. В. Решетникова и их вклад в российскую социологию медицины.

Формирование профессиональной культуры врача

- нормы, ценности и ритуалы профессии;
- передача профессиональных стандартов в обучении и практике;
- конфликты ценностей (прибыль vs помощь, эффективность vs эмпатия);
- полевые исследования профессиональной культуры.

Удовлетворённость медицинских работников трудом

- ключевые факторы удовлетворённости/неудовлетворённости;

- связь с выгоранием и текучестью кадров;
- гендерные и поколенческие различия;
- методы исследования удовлетворённости (опросы, глубинные интервью).

Медицинская этика: этапы и принципы

- историческое развитие биоэтики и деонтологии;
- основные принципы (автономия, благодеяние, справедливость, непричинение вреда);
- этические дилеммы в современной медицине;
- роль этических комитетов и информированного согласия.

Этические проблемы новых медицинских технологий

- телемедицина и приватность;
- генетические технологии и вопросы идентичности;
- трансплантология и определение смерти;
- ИИ в медицине и ответственность за решения.

Социальная коммуникация в медицине: виды и особенности

- вертикальные и горизонтальные коммуникации (врач-пациент, врач-медсестра);
- формальные и неформальные каналы общения;
- культурные коды и языковые барьеры;
- методы изучения коммуникации (наблюдение, анализ разговоров).

Коммуникативные навыки врача и коммуникативная компетентность

- составляющие компетентности (активное слушание, ясность, эмпатия);
- обучение навыкам в медицинском образовании;
- оценка эффективности коммуникации (обратная связь, результаты лечения);
- эмпирические исследования влияния коммуникации на исходы.

Система взаимоотношений в медицине как объект социологии

- акторы и роли (врач, пациент, родственник, администратор);
- властные отношения и неравенство статусов;
- конфликты интересов и способы их разрешения;
- кейс-стади институциональных коммуникаций.

Телемедицинская коммуникация

- особенности цифрового взаимодействия;
- потери и приобретения по сравнению с очным приёмом;
- доверие к удалённой помощи и факторы его формирования;
- исследования пользовательского опыта телемедицины.

Модели взаимоотношений «врач-пациент»

- патерналистская, коллегиальная, контрактная, инженерная, бюрократическая модели;
- условия доминирования той или иной модели;
- влияние на удовлетворённость и приверженность лечению;

- сдвиги в сторону партнёрской модели в современной практике.

Роль пациента и адаптация к болезни

- типология пациентов и их стратегии поведения;
- потеря автономии и психологические последствия;
- поддержка адаптации через коммуникацию и социальные ресурсы;
- качественные исследования опыта пациентов.

Доверие между врачом и пациентом

- компоненты доверия (компетентность, доброжелательность, надёжность);
- факторы, разрушающие доверие (ошибки, формализм, стигма);
- динамика доверия в российском обществе;
- методы измерения доверия (опросы, нарративы).

Конфликты в системе «врач-пациент»

- типы конфликтов (ценностные, информационные, процедурные);
- механизмы эскалации и разрешения;
- «врачебные ошибки» и пациентский экстремизм;
- социологические стратегии снижения конфликтности.

Обратная связь и удовлетворённость пациентов

- показатели удовлетворённости и их ограничения;
- связь удовлетворённости с реальными исходами лечения;
- цифровые инструменты сбора обратной связи;
- критика «сервисного

Система здравоохранения как социальный институт

- определение и ключевые функции института здравоохранения;
- основные подсистемы (профилактика, лечение, реабилитация, управление);
- взаимодействие с другими институтами (семья, образование, труд);
- индикаторы эффективности института (ожидаемая продолжительность жизни, доступность, удовлетворённость).

Модели систем здравоохранения (Бисмарка, Бевериджа, рыночная)

- базовые принципы каждой модели (финансирование, охват, роль государства);
- социальные эффекты (уровень неравенства, доступность для уязвимых групп);
- примеры стран и адаптация моделей к культурным условиям;
- применимость сравнительных выводов для анализа российской системы.

Доступность медицинской помощи: социологические измерения

- разграничение «формальной» и «реальной» доступности (слоты vs воспринимаемое время);
- географические, экономические, культурные барьеры;
- гендерные и возрастные различия в доступе;
- эмпирические индикаторы (время до приёма, доля отказов, самооценка доступности).

Социальное неравенство в здравоохранении

- механизмы воспроизводства неравенства (доход, образование, место жительства);
- «двойная нагрузка» уязвимых групп (риски болезни + барьеры помощи);
- концепции относительной и абсолютной депривации применительно к здоровью;
- источники данных и методы оценки (Росстат, ОМС, социологические опросы).

Экономика здравоохранения: социальные аспекты

- соотношение «стоимость/ценность» медицинской услуги в глазах разных групп;
- платные и бесплатные услуги: восприятие справедливости;
- эффект «медицинской бедности» (расходы на лечение как фактор снижения статуса);
- социологические подходы к оценке экономической нагрузки на домохозяйства.

Цифровизация здравоохранения: социальные эффекты

- расширение доступа vs цифровое неравенство (возраст, доход, регион);
- трансформация ролей пациента и врача (самомониторинг, телемедицина);
- доверие к цифровым сервисам и культурные коды «живого» контакта;
- методы изучения пользовательского опыта (дневники, когнитивные интервью).

Телемедицина: ожидания, барьеры, практики

- различия в восприятии телемедицины у городских и сельских жителей;
- факторы доверия (прозрачность алгоритмов, сохранение приватности);
- поведенческие индикаторы принятия (повторные обращения, длительность);
- кейс-стади успешных практик интеграции телемедицины в первичное звено.

Профилактическая медицина: от информирования к изменению практик

- почему «знание о рисках» не всегда меняет поведение;
- роль социального окружения и норм референтных групп;
- эффективные модели вовлечения (сообщества, локальные лидеры мнений);
- метрики успеха, выходящие за рамки охвата (устойчивые изменения практик).

Диспансеризация: социальные смыслы и барьеры

- восприятие диспансеризации как «обязаловки» или ресурса;
- культурные различия в отношении к скринингу и раннему выявлению;
- организационные барьеры (время, логистика, коммуникация);
- смешанные методы оценки вовлечённости (опрос + наблюдение).

Рынок медицинских услуг и социальный маркетинг

- границы допустимого в «клиентском сервисе» медицины;
- символические сигналы качества (статус клиники, дизайн, язык общения);
- этические риски коммерциализации (давление на доп. услуги);
- примеры социального маркетинга, работающего с нормами, а не страхами.

Цифровые решения для поддержки ухаживающих за тяжелобольными

- функциональные модули экосистемы (напоминания, трекинг, сообщества);
- барьеры принятия (цифровая грамотность, усталость, приватность);
- критерии «дружелюбного дизайна» для стрессовых состояний;
- кейсы исследований пользовательского опыта ухаживающих (нарративы, дневники).

Мобильные приложения для ментального здоровья:

- различие между «самопомощью» и «заменой специалиста»;
- маркеры риска, которые должен распознавать сервис;
- доверие к алгоритмам и роль человеческого сопровождения;
- методы оценки реального влияния (качественные глубинные интервью, мини-эксперименты).

Геймификация здоровых привычек:

- как игровые механики становятся инструментами социального контроля;
- статусные и символические эффекты трекеров (демонстрация «заботы о себе»);
- риски стигматизации «неуспешных» пользователей;
- дизайн этичной геймификации (без давления и сравнения).

Большие данные и ИИ в медицине:

- вторичное использование данных и «профилирование» пациентов;
- алгоритмическая дискриминация и воспроизводство неравенства;
- концепт «предсказуемого пациента» и его социальные последствия;
- инструменты общественного контроля и информированного согласия.

MVP и продуктовый подход в медицинских сервисах

- как валидировать гипотезы без вреда для пациентов;
- сегментация пользователей по жизненным контекстам, а не только по диагнозам;
- баланс между персонализацией и приватностью;
- примеры пилотных проектов, где продуктовый подход улучшил доступность.

Цифровая грамотность и здоровье:

- возрастные и региональные различия в навыках работы с цифровыми сервисами;
- «цифровой патернализм» (когда интерфейс решает за пользователя);
- стратегии инклюзивного дизайна (голосовые интерфейсы, офлайн-резервы);
- эмпирические исследования практик «цифрового выживания» пожилых людей.

Экосистема поддержки онкопациентов:

- ключевые участники (пациент, семья, НКО, медучреждения, цифровые платформы);
- конфликты ожиданий и ролей (автономия пациента vs опека близких);

- нарративы «борьбы» и альтернативные дискурсы (адаптация, ресурсность);
- матрица кодирования метафор в рассказах ухаживающих и пациентов.

Психоонкологическая помощь:

- стигма и «моральный долг быть сильным» в опыте болезни;
- семейные стратегии совладания и распределение нагрузки;
- институциональные барьеры доступа к психологической помощи;
- качественные методы изучения эмоционального труда ухаживающих.

Поддержка ветеранов боевых действий: социальные детерминанты здоровья

- специфика стрессоров (травма, реинтеграция, стигма);
- роль сообществ взаимопомощи и локальных практик поддержки;
- дискурсы «героизма» и их влияние на обращение за помощью;
- проектирование исследований без ретравматизации (этические протоколы).

Городская среда и здоровье:

- как «дизайн города» становится фактором профилактики (пешеходность, безопасность, зелёные зоны);
- социальное неравенство в качестве городской среды (районы, доступ к паркам);
- методы исследования (карты маршрутов, фотоголос, дневники перемещений);
- кейсы урбанистических решений, улучшающих здоровье населения.

Этические принципы биоэтики в повседневной практике

- автономия пациента: как она реализуется при патерналистских традициях;
- благодеяние и непричинение вреда: конфликт приоритетов в условиях дефицита времени;
- справедливость: распределение ресурсов и «очереди» на помощь;
- операционализация принципов в локальных регламентах медучреждений.

Информированное согласие: социальный и культурный контекст

- формальность vs реальное понимание пациентом рисков и альтернатив;
- языковые и когнитивные барьеры (медицинский жаргон, стресс);
- альтернативные форматы согласия (визуальные памятки, «чек-листы вопросов»);
- исследования восприятия согласия разными социальными группами.

Конфликты «врач-пациент»: причины и динамика

- несовпадение ожиданий (время приёма, стиль общения, результаты лечения);
- статусные различия и «язык власти» в коммуникации;
- роль третьих лиц (родственники, администраторы) в эскалации;
- практики деэскалации и медиации, подтверждённые эмпирически.

Конфликты внутри медицинского коллектива

- иерархия и распределение ответственности (врач-медсестра, старшие-младшие);
- профессиональные границы и «перекрёстные» обязанности;

- эмоциональный труд и выгорание как факторы напряжённости;
- методы диагностики конфликтности (наблюдение, анонимные опросы, фокус-группы).

Выгорание медработников: социальные причины

- системные факторы (бюрократия, перегрузка, дефицит кадров);
- культурные нормы профессии («терпеть», «не жаловаться»);
- гендерные различия в проявлениях и стратегиях совладания;
- полевые исследования эмоционального труда и «невидимой» нагрузки.

Профессиональная автономия врача: современные вызовы

- влияние клинических протоколов и KPI на свободу решений;
- цифровизация и «алгоритмизация» практики;
- баланс стандартов и клинического суждения;
- социологические исследования отношения врачей к регламентам.

Коммуникация «врач-медсестра»: барьеры и ресурсы

- статусные и гендерные аспекты взаимодействия;
- терминологические и процедурные расхождения;
- практики «безопасного сообщения» ошибок (SBAR, чек-листы);
- успешные кейсы командной культуры в отделениях.

Обратная связь от пациентов: социологические ограничения метрик

- почему высокий рейтинг не всегда означает качество помощи;
- социальная желательность и страх последствий при оценке врача;
- альтернативные способы сбора обратной связи (нарративы, мини-интервью);
- дизайн «этичной» системы фидбэка без давления на персонал.

Организационная культура медучреждения

- признаки «культуры безопасности» (открытость к ошибкам, поддержка персонала);
- ритуалы и повседневные практики, формирующие климат;
- связь культуры с показателями качества и удовлетворённости;
- этнографические методы изучения организационной культуры.

Формулировка объекта и предмета медико-социологического исследования

- отличие объекта от предмета на примерах (здоровье населения vs практики обращения за помощью);
- типичные ошибки смешения уровней анализа (индивид vs группа vs институт);
- связь с теоретической рамкой (какие концепции задают предмет);
- практические кейсы корректной постановки проблемы.

Гипотезы в медико-социологическом исследовании

- виды гипотез (о связи, о различиях, о механизмах);
- требования к проверяемости и операционализации;
- перевод социологических концепций в измеримые переменные;
- примеры удачных и неудачных формулировок гипотез.

Выборка в медико-социологических исследованиях

- репрезентативность и её ограничения в чувствительных темах;
- целенаправленные выборки (ключевые информанты, типичные/полярные случаи);
- расчёт размера и обоснование метода отбора;
- кейсы, где выборка определяла валидность выводов.

Пилотаж инструментария:

- выявление «ловушек» формулировок вопросов о здоровье и поведении;
- когнитивные интервью для проверки понимания терминов;
- корректировка на основе пилотажа (упрощение, нейтрализация оценок);
- документирование изменений и их обоснование.

Косвенные и проективные вопросы:

- зачем нужны косвенные вопросы (снижение социальной желательности);
- типы проективных техник (карты, сортировка, завершение предложений);
- правила формулировки без навязывания смыслов;
- примеры удачного применения в исследованиях здоровья.

Кодирование качественных данных: надёжность и валидность

- разработка и согласование кодировочной схемы;
- способы повышения надёжности (двойное кодирование, обсуждение расхождений);
- триангуляция данных (разные методы, источники, исследователи);
- оформление матрицы кодирования для медико-социологических нарративов.

Контент-анализ и дискурс-анализ в социологии здравоохранения

- выбор метода в зависимости от исследовательской задачи;
- выделение смысловых категорий и маркеров (на примере постов о вакцинации);
- работа с противоречивыми смыслами и контекстом высказываний;
- представление результатов без упрощений и оценочных суждений.

Смешанные методы (mixed methods) в медико-социологии

- варианты соединения количественных и качественных данных (последовательно, параллельно);
- обоснование дизайна (объяснение, триангуляция, расширение);
- сложности синхронизации этапов и интерпретации расхождений;
- успешные примеры смешанных исследований в российском контексте.

Визуализация результатов медико-социологических исследований

- графики и карты для количественных данных (доступность, неравенство);
- облака слов, карты смыслов, нарративные схемы для качественных данных;
- этика визуализации чувствительных тем (избегание стигматизации);
- принципы «понятной статистики» для широкой аудитории.

Этика полевых исследований в здравоохранении

- особые риски при работе с пациентами, родственниками, медработниками;
- процедуры информированного согласия и право на отказ;
- защита персональных и чувствительных данных (анонимизация, безопасное хранение);
- этические комитеты и нормативные рамки в РФ.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (ПРИМЕРЫ)

НАУКА ОБ ОБЩЕСТВЕ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ЕГО СИСТЕМАХ И ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ ЕГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ, СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТАХ, ОТНОШЕНИЯХ И ОБЩНОСТЯХ – ЭТО:

1. социология+
2. медицина
3. социология медицины
4. философия

КТО ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ ПОНЯТИЕ «СОЦИОЛОГИЯ»?

1. О. Конт+
2. К. Маркс
3. М. Вебер
4. Э. Дюркгейм

НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ПОВЕДЕНИЕ ЛЮДЕЙ И РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП В ЭТОЙ СФЕРЕ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ ВКЛЮЧЕНИЕМ В МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, РАСПРОСТРАНЕНИЕМ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ, ТЕХНИКИ, ТЕХНОЛОГИЙ КАК В ОБЩЕСТВЕ В ЦЕЛОМ, ТАК И НА УРОВНЕ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП, ОРГАНИЗАЦИЙ И ГОСУДАРСТВ – ЭТО:

1. социология
2. медицина
3. социология медицины+
4. философия

В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ ПОНЯТИЕ «СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТ» ВВЕЛ:

1. К. Маркс
2. М. Вебер
3. Э. Дюркгейм+
4. О. Конт

КАКИЕ ФУНКЦИИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕ ОТНОСЯТСЯ К ФУНКЦИЯМ СОЦИОЛОГИИ?

1. коммуникативная+
2. диагностическая
3. познавательная
4. прогностическая

ФУНКЦИЮ ВСЕСТОРОННЕГО АНАЛИЗА ЭМПИРИЧЕСКИХ ДАННЫХ В СОЦИОЛОГИИ ОТНОСЯТ К:

1. диагностической
2. теоретической+

3. прогностической
4. коммуникативной

ФУНКЦИЮ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕОРИИ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ В СОЦИОЛОГИИ ОТНОСЯТ К:

1. диагностической
2. теоретической
3. прогностической
4. прикладной+

ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ОСОБЕННОСТИ СОВОКУПНОГО ИЗМЕНЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ – ЭТО:

1. революция
2. прогресс
3. эволюция+
4. инволюция

ОТМЕТЬТЕ ОБЛАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЙ, НЕ ОТНОСЯЩУЮСЯ К СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ:

1. исследование клинических показателей здоровья и болезни у разных категорий граждан+
2. исследование мнения и анализ оценок отношения различных групп населения к социально-экономическим факторам здоровья и болезни, уровням благосостояния и здоровья
3. исследование социальных взаимоотношений в здравоохранении
4. изучение с использованием социологических подходов качества жизни в связи с деятельностью системы охраны здоровья

АВТОРОМ РУКОВОДСТВА «СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Ю.П. Лисицын
2. О.П. Щепин
3. В.А. Ядов
4. А.В. Решетников+

КАК НАЗЫВАЛСЯ ПЕРВЫЙ ЖУРНАЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ СОЦИАЛЬНЫМ АСПЕКТАМ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ:

1. «Социология здоровья»
2. «Социологический журнал»
3. «Социологические исследования»
4. «Социология медицины»+

СОЦИОЛОГ, РАСКРЫВШИЙ РОЛЬ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ САНКЦИЙ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ:

1. П. Сорокин+
2. Н. Данилевский
3. Г. Спенсер

4. Де Роберти

ОТРАСЛЕВАЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСЦИПЛИНА, ОБЪЕКТОМ ИЗУЧЕНИЯ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЗДОРОВЬЕ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФЕНОМЕНЫ – ЭТО:

1. социология здоровья+
2. медицинская антропология
3. социология медицины
4. психология пациента

УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПРОЦЕССА СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ:

1. заимствование западных моделей
2. синтез международного опыта и отечественных традиций+
3. приоритет собственных исследований в русле клинических дисциплин
4. ориентир на философские концепции и осмысление смысложизненных конструкторов

АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ ДВОЙНОЙ ГЕРМЕНЕВТИКИ КАК ОСНОВНОГО ПРИНЦИПА СОЦИАЛЬНЫХ НАУК ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Э. Гидденс+
2. Н. Роуз
3. М. Фуко
4. Т. Парсонс

КТО ИЗ УЧЕНЫХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ РУССКОЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ:

1. П. Сорокин
2. Н. Михайловский
3. Н. Кареев
4. К. Маркс+

АВТОРОМ ТЕОРИИ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИХ ТИПОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. П. Сорокин
2. Н. Данилевский+
3. Н. Кареев
4. Де Роберти

ЦЕНТРАЛЬНЫМ ПОНЯТИЕМ ДЛЯ ПОНИМАНИЯ СУЩНОСТИ ПРОГРЕССА Н.К. МИХАЙЛОВСКИЙ СЧИТАЛ:

1. урбанизацию
2. эволюцию
3. кооперацию+
4. реформацию

НАПРАВЛЕНИЕ РУССКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ И ФИЛОСОФСКОЙ МЫСЛИ 40-50 ГОДОВ XIX ВЕКА, ОБОСНОВЫВАЮЩЕЕ САМОБЫТНЫЙ ПУТЬ ИСТОРИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИИ – ЭТО:

1. народничество
2. географическое направление
3. славянофильство+
4. западничество

СОЦИОЛОГ, РАСКРЫВШИЙ РОЛЬ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ САНКЦИЙ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ:

1. П. Сорокин+
2. Н. Данилевский
3. Г. Спенсер
4. Де Роберти

РУССКИЙ СОЦИОЛОГ, АВТОР ЧЕТЫРЕХФАКТОРНОЙ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА:

1. П. Сорокин
2. П. Струве
3. Г. Спенсер
4. Де Роберти+

ПЕРВАЯ КАФЕДРА СОЦИОЛОГИИ В РОССИИ БЫЛА ОТКРЫТА В 1907 ГОДУ В:

1. Психоневрологическом институте Санкт-Петербурга+
2. Санкт-Петербургском университете
3. Императорском Московском университете
4. Императорский Казанский университет

В КАКОМ ГОДУ СОСТОЯЛАСЬ ПЕРВАЯ ВСЕОБЩАЯ ПЕРЕПИСЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ?

1. 1897+
2. 1899
3. 1901
4. 1903

ИНИЦИАТОРОМ ПЕРВОЙ ВСЕОБЩЕЙ ПЕРЕПИСИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ БЫЛ:

1. П.С. Тян-Шанский+
2. Е.А. Осипов
3. Н.А. Семашко
4. Ф.Ф. Эрисман

АВТОРОМ КНИГИ «МЕДИЦИНА И ЗДОРОВЬЕ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ» БЫЛ:

1. Г.Э. Сигерист+
2. Э.Л. Фрейдсон

3. Н.А. Семашко
4. Ф.Ф. Эрисман

АВТОРОМ ТЕОРИИ СОЦИАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Т. Парсонс+
2. Г. Сигерист
3. Э. Фрейдсон
4. Э. Дюркгейм

АВТОРОМ КНИГИ «ПРОФЕССИЯ ВРАЧА: ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИОЛОГИИ ПРИКЛАДНЫХ ЗНАНИЙ» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Э.Л. Фрейдсон+
2. Г.Э. Сигерист
3. Н.А. Семашко
4. Ф.Ф. Эрисман

ПОЛОЖЕНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ОТРАЖАЕТ ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ:

1. социальная составляющая лечения выступает основополагающей в процессе диагностики, лечения и восстановления пациента+
2. болезни вызываются специфическими этиологическими агентами
3. пациент является пассивным объектом медицинского вмешательства
4. восстановление здоровья строится на признании эффективности медицинских технологий, методов и инструментов

ТЕРМИН, ПРЕДЛОЖЕННЫЙ Р.Д. ЛЭЙНГОМ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ «ПЕРЕЧНЯ ПРОЦЕДУР, КОТОРЫМ ОБУЧЕНЫ ВСЕ ВРАЧИ» ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА – ЭТО:

1. медицинская модель+
2. социальный подход
3. профессиональная миссия
4. интуитивная грамотность

ВРАЧИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИНОСЯТ:

1. клятву врача+
2. клятву Гиппократ
3. присягу российского врача
4. обет врача

АВТОРОМ ГУМОРАЛЬНОЙ ТЕОРИИ, СВЯЗЫВАВШЕЙ БАЛАНС ЖИДКОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА СО ВНУТРЕННИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТЕМПЕРАМЕНТОМ, БЫЛ:

1. Гиппократ+
2. Геракл
3. Гален
4. Авиценна

УКАЖИТЕ, К КАКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ ПРИНАДЛЕЖАЛ ГИППОКРАТ:

1. косская+
2. критская
3. книдская
4. кротонская

УКАЖИТЕ, К КАКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ ПРИНАДЛЕЖАЛ АЛКМЕОН:

1. кротонская+
2. косская
3. критская
4. книдская

«ОТЦОМ МЕДИЦИНЫ» НАЗЫВАЮТ:

1. Гиппократ+
2. Гераклида
3. Галена
4. Авиценну

«ШАПОЧКА ГИППОКРАТА» – ТЕРМИН, ОПИСЫВАЮЩИЙ:

1. повязку на голову, выполняемая с помощью двух бинтов+
2. объект музейной экспозиции – головной убор Гиппократ
3. часть суставной сумки (суставной диск в виде шапочки), охватывающий суставную головку нижней челюсти человека
4. схему подготовки операционного поля при операциях на голове

К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ, ВЫДЕЛЕННЫМ ГИППОКРАТОМ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

1. подобное лечить подобным+
2. не навреди
3. противоположное лечить противоположным
4. лечить, щадя больного

«МАСКА ГИППОКРАТА» – ТЕРМИН, ОПИСЫВАЮЩИЙ:

1. лицо умирающего больного+
2. трагическую театральную маску
3. рецепт лечебной маски для кожи лица на тканевой основе
4. способ изготовления медицинской маски, защищающей врача от «миазмов»

СВЯТИЛИЩЕ БОГА ВРАЧЕВАНИЯ В ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ, В КОТОРЫХ ЛЕЧИЛИ БОЛЬНЫХ И НАКАПЛИВАЛИ МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ, НАЗЫВАЛОСЬ:

1. Асклепейон+
2. Герейон
3. Эрехтейон
4. Гефестейон

В АСКЛЕПЕЙОНЫ НЕ ДОПУСКАЛИСЬ:

1. тяжелобольные люди+
2. здоровые люди
3. дети
4. женщины

«БУДУЩЕЕ ПРИНАДЛЕЖИТ МЕДИЦИНЕ ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНОЙ. ЭТА НАУКА, ИДЯ РУКА ОБ РУКУ С ЛЕЧЕБНОЙ, ПРИНЕСЁТ НЕСОМНЕННУЮ ПОЛЬЗУ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ» – утверждал:

1. Н.И. Пирогов+
2. Ф.Ф. Эрисман
3. Н.В. Склифософский
4. И.П. Павлов

КОМУ ИЗ ВРАЧЕЙ БЫЛ УСТАНОВЛЕН ПЕРВЫЙ ПАМЯТНИК В РОССИИ:

1. И.М. Сеченову
2. Н.И. Пирогову+
3. С.П. Боткину
4. Н.В. Склифосовскому

КТО ИЗ РУССКИХ УЧЕНЫХ-ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ БЫЛ УДОСТОЕН НОБЕЛЕВСКОЙ ПРЕМИИ?

1. И. П. Павлов+
2. Н.В. Склифосовский
3. И.М. Сеченов
4. Л.А. Бокерия

Н.И. ПИРОГОВ ПРИНИМАЛ УЧАСТИЕ ВО ВСЕЙ ВОЙНАХ, КРОМЕ:

1. русско-японской+
2. крымской
3. кавказской
4. франко-прусской

В ЗАДАЧИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ НЕ ВХОДИЛО:

1. обучение повивальному делу женщин из числа проживающих в сельской местности+
2. проведение санитарно-статистических исследований здоровья населения
3. проведение профилактических мер по борьбе с наиболее распространенными болезнями
4. медико-санитарное обеспечение главным образом сельского населения

«ТОЛЬКО ТОТ ПОСТИГАЕТ ИСТИНУ, КТО ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧАЕТ ПРИРОДУ, ЛЮДЕЙ И САМОГО СЕБЯ» – УТВЕРЖДАЛ:

1. Н.И. Пирогов+
2. Ф.Ф. Эрисман
3. Н.В. Склифософский

4. И.П. Павлов

АВТОРОМ «ИЛЛЮСТРИРОВАННОЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ РАСПИЛОВ, ПРОВЕДЕННЫХ В ТРЕХ ИЗМЕРЕНИЯХ ЧЕРЕЗ ЗАМОРОЖЕННОЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ ТЕЛО» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Н.И. Пирогов+
2. Н.В. Склифосовский
3. Н.А. Семашко
4. Ф.Ф. Эрисман

АВТОРОМ ТРУДА «РЕФЛЕКСЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. И.М. Сеченов+
2. Н.И. Пирогов
3. Н.В. Склифосовский
4. Ф.Ф. Эрисман

СОГЛАСНО УТВЕРЖДЕНИЮ Й. ФРАНКА, «ПЕРВОИСТОЧНИК БОГАТСТВА СТРАНЫ» НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. географическое положение страны+
2. многочисленное и здоровое население
3. здоровые рабочие руки, производительную силу человека
4. систематически проводимые государством мероприятия по медицинской помощи

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Н.А. СЕМАШКО НЕ ВКЛЮЧАЛА ПРИНЦИПЫ:

1. страхового покрытия+
2. участкового прикрепления населения
3. доступности
4. профилактической направленности

ПЕРВЫМ НАРКОМОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР БЫЛ:

1. Н.А. Семашко+
2. Н.В. Склифосовский
3. Н.Г. Фрейберг
4. Г.Н. Каминский

В КАКОМ ГОДУ БЫЛА ОСНОВАНА ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

1. 1948+
2. 1949
3. 1950
4. 1951

«ПАРТА ЭРИСМАНА» – ЭТО:

1. школьная парта, разработанная с учетом санитарно-гигиенических требований и условий обучения детей+

2. операционный стол, конструкция которого обеспечивает наилучший доступ к пациенту
3. объект музейной экспозиции – рабочий стол Ф.Ф. Эрисмана
4. средняя оболочка глаза, обеспечивающая питательную функцию глазного яблока

ПЕРВОЙ РУССКОЙ ЖЕНЩИНОЙ, ПОЛУЧИВШЕЙ ДИПЛОМ ВРАЧА БЫЛА:

1. Н.П. Суслова+
2. М.А. Сеченова
3. В.А. Кашеварова-Руднева
4. В.И. Гедройц

ИДЕЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В КАЧЕСТВЕ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИНАДЛЕЖИТ:

1. Н.И. Пирогову+
2. И.М. Сеченову
3. Н.А. Семашко
4. Н.В. Склифосовскому

«ПАСТЕРОВСКАЯ СТАНЦИЯ» – ЭТО:

1. специальное медицинское учреждение для производства вакцины против бешенства, проведения прививок против бешенства, а также ведения санитарно-просветительской работы по вопросам борьбы с бешенством+
2. специально оборудованное предприятие, ведущее систематические наблюдения по вопросам развития пастеризации продуктов питания, а также систематическую актуализацию стандартов пастеризации
3. специальное крепление для пастеризованных продуктов
4. пункт маршрутизации пациентов с инфекционными заболеваниями, обеспечивающий их изолированное пребывание

ПРИМЕРОМ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВЬЯ С ОПОРОЙ НА СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рекламные баннеры ресторанов быстрого питания
2. санитарные плакаты о профилактике туберкулеза+
3. репортажи о спортивных соревнованиях
4. обзоры кинофильмов в интернет

КЛЮЧЕВОЙ ФУНКЦИЕЙ САНИТАРНЫХ ПЛАКАТОВ в СССР 1920-1930-х ГОДЫ ЯВЛЯЛАСЬ:

1. борьба с эпидемиями+
2. пропаганда атеизма
3. информирование о цензуре
4. декорация в медицинских организациях

СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ ВКЛЮЧАЕТ УРОВНИ:

1. федеральный, территориальный, муниципальный+
2. территориальный, областной, сельский

3. городской, областной
4. муниципальный, сельский, городской

В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ВЫДЕЛЯЮТ УРОВНИ ЗДОРОВЬЯ:

1. индивидуальное, групповое, региональное, общественное здоровье+
2. личное, социальное, общественное здоровье
3. территориальное, областное, сельское здоровье
4. личное, семейное, национальное здоровье

КАКОЙ КРИТЕРИЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ?

1. компетентность+
2. рождаемость
3. смертность
4. заболеваемость

ВОЗ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ КАК:

1. состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов+
2. отсутствие болезней
3. нормальное функционирование систем организма
4. состояние организма человека, когда функции его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения

ВОЗ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ КАК:

1. состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и дефектов физического развития+
2. отсутствие фиксированных обращений за медицинской помощью
3. соблюдение человеком баланса труда и отдыха, приверженность системе здорового питания, контроль физической активности
4. следствие здорового образа жизни

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ, СОСТОЯНИЕ ПОЛНОГО ФИЗИЧЕСКОГО, ДУХОВНОГО И СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ, КОГДА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА УРАВНОВЕШЕНЫ С ПРИРОДНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДОЙ, ОТСУТСТВУЮТ КАКИЕ-ЛИБО ЗАБОЛЕВАНИЯ, БОЛЕЗНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ И ФИЗИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ - ЭТО:

1. здоровье+
2. свобода
3. молодость
4. трудоспособность

БОЛЕЗНЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК:

1. состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности, продолжительности жизни, и его способности поддерживать свой гомеостаз+
2. состояние организма, выраженное в сохранении его нормальной жизнедеятельности, продолжительности жизни при одновременной неспособности поддерживать свой гомеостаз
3. отклонение лабораторных показателей (анализов) от нормальных значений
4. препятствие для выполнения трудовых обязанностей и сохранения социальных контактов

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

1. только в изучении показателей заболеваемости населения
2. анализе социальных факторов, влияющих на здоровье и болезнь+
3. в объяснении динамики показателей медицинской статистики
4. исключительно в изучении образа жизни граждан, влияющих на показатели здоровья

ПОНЯТИЯ «ЗДОРОВЬЕ» И «БОЛЕЗНЬ» В СОВРЕМЕННОЙ СОЦИОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК:

1. противоположные и неустойчивые понятия
2. взаимосвязанные и взаимодополняющие категории+
3. неоднозначные дефиниции, отражающие амбивалентные состояния
4. исключительно медицинские термины

НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА?

1. социально-экономические факторы+
2. демографические факторы
3. природные факторы
4. биологические факторы

К СОСТАВЛЯЮЩИМ ЗДОРОВЬЯ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. коммуникативное+
2. физическое
3. эмоциональное
4. социальное

СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ, НАСЕЛЕНИЕ СТРАНЫ СЧИТАЕТСЯ СТАРЫМ, ЕСЛИ ДОЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (УКАЖИТЕ В ПРОЦЕНТАХ, НАПРИМЕР: 100%):

1. 7%+
2. 10%
3. 12%
4. 15%

УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ОБЩЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. демографическое старение+
2. возрастное движение
3. суженная перспектива воспроизводства
4. кризис трудоспособности

СОГЛАСНО СТАТИСТИЧЕСКИМ ДАННЫМ, ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ РОССИЯН:

1. имеет тенденцию к повышению+
2. имеет тенденцию к понижению
3. остаётся неизменной
4. не имеет чётко выраженной тенденции

КАКОЙ УЧЕНЫЙ РАЗРАБОТАЛ КОНЦЕПЦИЮ ТЕОРИЙ «СРЕДНЕГО УРОВНЯ»?

1. Р. Мертон+
2. П. Сорокин
3. Г. Зиммеля
4. Р. Парк

АВТОРОМ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. А. Маслоу+
2. Т. Парсонс
3. М. Фуко
4. П. Бурдьё

АВТОРОМ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. А. Маслоу+
2. Д. Макгрегор
3. Ф. Херцберг
4. Р. Лайкерт

ПОКАЗАТЕЛЬ БЛАГОСОСТОЯНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПОТРЕБЛЕНИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ БЛАГ И УСЛУГ И СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ЖИЗНЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ – ЭТО:

1. уровень жизни+
2. качество жизни
3. динамика жизни
4. организация жизни

ВОСПРИНИМАЕМОЕ ОЩУЩЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ТО ЕСТЬ ОЦЕНКА ЕГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ИЛИ ЕГО ОТСУТСТВИЯ – ЭТО:

1. качество жизни+
2. уровень жизни
3. социальный статус

4. социальная роль

НЕФОРМАЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ БОЛЕЕ ВСЕГО РАСПРОСТРАНЕН:

1. в небольшом селе+
2. на стадионе во время футбольного матча
3. в областной клинической больнице
4. в школе

ПОКАЗАТЕЛЕМ УРОВНЯ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. предрасположенность к наследственным болезням+
2. баланс доходов и расходов
3. условия труда и занятости
4. жилищные условия

ВИД ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА, ПРИ КОТОРОМ АКТИВАЦИЯ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ В СКЕЛЕТНЫХ (ПОПЕРЕЧНО-ПОЛОСАТЫХ) МЫШЦАХ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ИХ СОКРАЩЕНИЕ И ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА В ПРОСТРАНСТВЕ – ЭТО:

1. физическая активность+
2. транспортировка пациента
3. метаболизм
4. рост

ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ВЕСА ЧЕЛОВЕКА ЕГО РОСТУ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОЦЕНИТЬ СООТВЕТСТВИЕ МАССЫ ТЕЛА УСТАНОВЛЕННЫМ НОРМАТИВАМ – ЭТО:

1. индекс массы тела+
2. индивидуальная мера тяжести
3. инновационный метод тестирования
4. используемая модель тела

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ОЖИРЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. алиментарно-конституционная+
2. гипоталамическая
3. эндокринная
4. морбидная

СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, А ОСОБЕННО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТЫ С УЧАСТНИКАМИ В КАЧЕСТВЕ ИСПЫТУЕМЫХ ДОЛЖНЫ ПРОЙТИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНУЮ ЭТИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ И ПОЛУЧИТЬ ОДОБРЕНИЕ:

1. этического комитета+
2. эстетического комитета
3. ученого совета

4. руководства организации

СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАССМАТРИВАЕТ ВЛИЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЛЕНОВ ОБЩЕСТВА СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1. система здравоохранения оказывает преобладающее влияние на здоровье
2. здоровье зависит от того, что нас окружает, с чем мы сталкиваемся каждый день
3. здоровье определяется условиями повседневной жизни
4. система здравоохранения располагает ограниченным влиянием на здоровье+

СОВОКУПНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЦЕННОСТНО-НОРМАТИВНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СОТРУДНИКОВ, КОЛЛЕКТИВОВ НАЗЫВАЮТ:

1. корпоративной солидарностью
2. корпоративной этикой+
3. корпоративным мероприятием
4. корпоративным стандартом

К КРИТЕРИЯМ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. возраст
2. физические и интеллектуальные способности человека
3. наличие/отсутствие определенных заболеваний
4. наличие трудовой книжки+

НАИБОЛЬШЕЙ ВКЛАД В УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ, ВНОСИТ:

1. в доброжелательное, внимательное отношение к пациентам+
2. стоимости оказываемых услуг
3. обстановка в медучреждении (чистота, ремонт и т.д.)
4. ученые степени врачей

МЕТА-АНАЛИЗ ДАННЫХ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ (/ПРЕПАРАТОВ), ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

1. анализ данных по очень большому числу пациентов
2. методическое руководство врачом хода исследований
3. жесткую («металлическую») группировку данных
4. объединение результатов нескольких исследований методами статистики для проверки одной или нескольких взаимосвязанных научных гипотез+

ЦЕЛЬ ПРОХОЖДЕНИЯ ЭТИЧЕСКОГО КОМИТЕТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – ЭТО:

1. ускорение процесса публикации результатов исследования в рецензируемых журналах
2. обеспечение соответствия исследования этическим нормам и защита прав, безопасности и благополучия участников исследования+

3. проверка статистической достоверности полученных в ходе исследования данных
4. определение коммерческой ценности и потенциала коммерциализации результатов исследования

ВЫДЕЛИТЕ ФАКТОР, КОТОРЫЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К СОЦИАЛЬНЫМ ДЕТЕРМИНАНТАМ ЗДОРОВЬЯ:

1. мода+
2. возраст
3. пол
4. образ жизни

ВЫДЕЛИТЕ ФАКТОР, КОТОРЫЙ НЕ ОТНОСИТСЯ К СОЦИАЛЬНЫМ ДЕТЕРМИНАНТАМ ЗДОРОВЬЯ:

1. уровень имеющегося образования
2. географические особенности в месте проживания
3. уровень устойчивого ежемесячного дохода
4. количество подписчиков в телеграм-канале+

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К СОЦИАЛЬНЫМ ДЕТЕРМИНАНТАМ ЗДОРОВЬЯ?

1. наличие соседей по дому+
2. уровень образования
3. неуверенность в сохранении места работы
4. недостаточное пенсионное обеспечение

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СОЦИАЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ФАКТОРОМ ЭТИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

1. является во всех случаях+
2. является только в случае государственной регистрации родственных отношений
3. является только в случае установленного фактического родства
4. не является

НЕРАВЕНСТВО В ЗДОРОВЬЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ И ОТРАЖЕНИЕМ:

1. социального неравенства+
2. неравных инвестиций в здоровье для групп населения разных уровней
3. нездорового образа жизни
4. неудовлетворительного состояния окружающей среды

РЯД ЛИЧНЫХ, СОЦИАЛЬНЫХ, ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ ИЛИ НАСЕЛЕНИЯ – ЭТО:

1. детерминанты здоровья+
2. факторы риска заболевания
3. условия жизни
4. качество жизни

К ДЕТЕРМИНАНТАМ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ:

1. семейные условия жизни+
2. приверженность моде
3. наличие цифровых гаджетов
4. наличие постоянной регистрации по месту жительства

ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, КОТОРЫЕ СВЯЗЫВАЮТСЯ С РЕЗУЛЬТАТОМ УВЕЛИЧЕНИЯ БОГАТСТВА В ОБЩЕСТВЕ НАЗЫВАЮТ:

1. болезни изобилия+
2. избирательные заболевания
3. стигма богатства
4. капиталистические заболевания

ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, КОТОРЫЕ В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ОБНИЩАНИЯ ЛЮДЕЙ И СПОСОБСТВУЮТ ЕМУ, НАЗЫВАЮТ:

1. болезни бедности+
2. избирательные заболевания
3. стигма капитала
4. заболевания изобилия

СПОСОБНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ, ЧИТАТЬ, ПОНИМАТЬ И ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ СООТВЕТСТВУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РЕШЕНИЙ И СЛЕДОВАНИЯ ИНСТРУКЦИЯМ ПО ЛЕЧЕНИЮ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. медицинская грамотность+
2. медицинская культура
3. медицинская внимательность
4. медицинское воспитание

НИЗКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ ИНДИВИДА НЕГАТИВНО ВЛИЯЕТ НА:

1. безопасность медицинской помощи+
2. коммуникацию пациента и его семьи
3. профессиональные навыки врача
4. социальный статус пациента

СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ИСКАТЬ, ПОЛУЧАТЬ ДОСТУП, ПОНИМАТЬ И ОЦЕНИВАТЬ ЖЕЛАЕМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЗ ЭЛЕКТРОННЫХ ИСТОЧНИКОВ, А ЗАТЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ДЛЯ РЕШЕНИЯ КОНКРЕТНОЙ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ – ЭТО:

1. грамотность в области цифрового здравоохранения+
2. немедицинская грамотность
3. медицинская электронная культура

4. цифровое медицинское воспитание

КАКОЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕУПРАВЛЯЕМЫМ (НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ)?

1. возраст+
2. стресс
3. курение
4. условия труда

КАКОЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕУПРАВЛЯЕМЫМ (НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ)?

1. наследственность+
2. здоровое питание
3. физическая активность
4. деятельность системы здравоохранения

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ И ЯВЛЯЮЩИЕСЯ В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ МЕРЕ ЗАВИСИМЫМИ ОТ ИНДИВИДА НАЗЫВАЮТ:

1. эндогенными+
2. экзогенными
3. гипергенными
4. гипогенными

К ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСИТСЯ:

1. генетика индивида+
2. экономика страны
3. география региона
4. социальная политика

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА РЕСУРС ЗДОРОВЬЯ, ОДНАКО НЕ ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

1. экзогенные факторы+
2. эндогенный факторы
3. факторы риска
4. социально значимые заболевания

К ЭКЗОГЕННЫМ ФАКТОРАМ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСИТСЯ:

1. наследственность
2. доступность медицинской помощи+
3. возрастные особенности
4. условия жизни в раннем детстве

ПРИМЕРОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. влияние стресса на предрасположенность к заболеваниям+
2. внешние возрастные изменения
3. исторические события, в которых принимали участие родственники индивида
4. возможность наблюдения за климатическими изменениями

ГРАДУИРОВАННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ИНДИВИДА И СОСТОЯНИЕМ ЕГО ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:

1. социальный градиент здоровья+
2. культурный код болезни
3. групповой компонент здоровья
4. индивидуальный ингредиент болезни

КЛЮЧЕВЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ КОНЦЕПЦИИ М. МАРМОТА О СОЦИАЛЬНЫХ ГРАДИЕНТАХ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. здоровье зависит только от генетических факторов
2. существует прямая зависимость здоровья от социально-экономического статуса+
3. здоровье определяется исключительно доступом к медицинской помощи
4. все показатели здоровья обусловлены климатическими особенностями региона

УКАЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О СВЯЗИ СОЦИАЛЬНОЙ СТРАТИФИКАЦИИ И ЗДОРОВЬЯ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ:

1. показатели здоровья не зависят от социального положения
2. люди с высшим образованием имеют худшее здоровье
3. существует прямая зависимость между социальным статусом и здоровьем+
4. материальное положение не влияет на здоровье

ДЛЯ СОЦИАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА ЗДОРОВЬЯ ХАРАКТЕРНА ЗАКОНОМЕРНОСТЬ:

1. чем выше доход, тем хуже здоровье
2. социально-экономический статус не влияет на здоровье
3. чем ниже социально-экономический статус, тем хуже здоровье+
4. здоровье зависит только от образа жизни

УКАЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О СВЯЗИ НЕРАВЕНСТВА И ЗДОРОВЬЯ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ:

1. все различия в здоровье социальных групп являются естественными
2. неравенство в здоровье не зависит от социально-экономического статуса
3. различия в здоровье определяются только генетическими особенностями
4. социальное неравенство в здоровье является предотвратимым+

УКАЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О СОЦИАЛЬНОМ ГРАДИЕНТЕ ЗДОРОВЬЯ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ:

1. градиент затрагивает только определенные социальные группы
2. градиент затрагивает всех, независимо от статуса+

3. градиент влияет только на физическое здоровье
4. градиент проявляется только в периоды кризисов

УКАЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О СОЦИАЛЬНОМ ГРАДИЕНТЕ ЗДОРОВЬЯ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ:

1. градиент затрагивает только крайние социальные группы
2. градиент идет сверху вниз по всему социально-экономическому спектру+
3. градиент зависит от климатических условий
4. градиент проявляется только в городской среде

УКАЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О СОЦИАЛЬНОМ ГРАДИЕНТЕ ЗДОРОВЬЯ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ:

1. градиент проявляется только в бедных странах
2. градиент проявляется только в странах с низким уровнем медицины
3. градиент является глобальным явлением+
4. градиент охватывает только высокоразвитые страны

ГРУППА НАСЕЛЕНИЯ, НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНА НЕГАТИВНОМУ ВЛИЯНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЯ:

1. высококвалифицированные специалисты
2. лица с низким социально-экономическим статусом+
3. предприниматели с высоким уровнем дохода
4. работники интеллектуального труда

ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, НЕОБХОДИМЫХ ЧЕЛОВЕКУ ДЛЯ БЛАГОПОЛУЧНОЙ ЖИЗНИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ – ЭТО:

1. здоровое старение+
2. пенсионное обеспечение
3. эйджизм
4. здоровый образ жизни

КЛЮЧЕВЫМ КОМПОНЕНТОМ КОНЦЕПЦИИ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. только наличие медицинского обслуживания и доступа к услугам здравоохранения
2. развитие и поддержание функциональных возможностей для благополучной жизни+
3. исключительно физическая активность и организация правильного питания
4. хорошая наследственность и социальная поддержка в месте проживания

НЕ ВХОДИТ В КОНЦЕПЦИЮ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ:

1. создание благоприятной среды для пожилых людей
2. борьба с эйджизмом
3. комплексный длительный уход
4. изоляция пожилых людей от общества+

ЭЙДЖИЗМ В КОНТЕКСТЕ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ – ЭТО:

1. система медицинского обслуживания пожилых
2. форма дискриминации по возрастному признаку+
3. программа физической активности для пожилых
4. система социального обеспечения

ЦЕЛЕВЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ КОНЦЕПЦИИ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отсутствие хронических и инвалидизирующих заболеваний
2. способность к самостоятельной жизни и социальной активности+
3. хорошее материальное положение и высокий уровень дохода
4. физическая активность и психологическое благополучие

СОВОКУПНОСТЬ СВЯЗАННЫХ С ПОЛОМ АСПЕКТОВ СОЦИАЛЬНЫХ РОЛЕЙ, ТО ЕСТЬ МОДЕЛЕЙ ПОВЕДЕНИЯ, ОЖИДАЕМОГО ОБЩЕСТВОМ ОТ МУЖЧИНЫ ИЛИ ЖЕНЩИНЫ – ЭТО:

1. гендер+
2. статус
3. социальное положение
4. личность

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ БОЛЕЗНЬ, КОТОРАЯ НОСИТ ЗАТЯЖНОЙ ИЛИ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР В СВОЕМ ПРОЯВЛЕНИИ, ИЛИ БОЛЕЗНЬ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ СО ВРЕМЕНЕМ – ЭТО:

1. хроническое заболевание+
2. образ жизни
3. качество жизни
4. ипохондрия

СРЕДИ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЕТ:

1. образ жизни+
2. организация медицинской помощи
3. окружающая среда
4. биологические факторы

КОНЦЕПЦИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, НАПРАВЛЕННАЯ НА УЛУЧШЕНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ С ПОМОЩЬЮ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПИТАНИЯ, ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ, МОРАЛЬНОГО НАСТРОЯ И ОТКАЗА ОТ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НАЗЫВАЕТСЯ:

1. здоровый образ жизни+
2. физическая культура
3. социальная норма
4. качество жизни

ВАЖНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. двигательная активность+
2. регулярный обмен мнениями в вопросах здоровья в сети Интернет
3. посещение музеев истории медицины
4. наличие страхового полиса

СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ И ОТНОШЕНИЙ, НАПРАВЛЕННАЯ НА СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛНОГО ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА – ЭТО:

1. самосохранительное поведение+
2. здоровый образ жизни
3. здоровый стиль жизни
4. девиантное поведение

ВПЕРВЫЕ ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ ПОНЯТИЕ «САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ»:

1. Э. Дюркгейм
2. Т. Парсонс
3. И. Журавлева+
4. П. Козырева

УКАЖИТЕ, КАКИЕ КОМПОНЕНТЫ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТЬЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ:

1. представление своих достижений в спорте в интернет+
2. рациональный режим труда и отдыха
3. двигательная активность
4. полноценное питание

К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. соблюдение диеты для достижения желаемого веса+
2. физическая активность
3. стрессоустойчивость
4. отказ от вредных привычек

КАКОЙ ФАКТОР НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ?

1. «присутствие» в социальных сетях+
2. социальное окружение
3. профессия
4. образование

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. анализ социальных процессов и явлений в здравоохранении+
2. оценка работы медицинского оборудования
3. контроль за финансовыми потоками
4. поиск эффективных способов сокращения медицинских услуг

ДЛЯ РЕШЕНИЯ КАКИХ ЗАДАЧ, ОБЫЧНО СЛУЖАТ РЕЗУЛЬТАТЫ БОЛЬШИНСТВА МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ?

1. управленческих+
2. научных;
3. образовательных;
4. гуманитарных.

ОТМЕТЬТЕ ОБЛАСТИ ИССЛЕДОВАНИЙ, НЕ ОТНОСЯЩИЕСЯ К СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ:

1. исследование клинических показателей здоровья и болезни у различных категорий граждан+
2. исследования по изучению медицины как социального института
3. фундаментальные и прикладные исследования роли и места медицинской науки, изменений характера экономических связей и отношения различных групп населения к внедрению элементов коммерческой деятельности в здравоохранении, росту социально-экономической значимости медицинских услуг
4. исследование мнения и анализ оценок отношения различных групп населения к социально-экономическим факторам здоровья и болезни, уровням благосостояния и здоровья

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ЦЕЛЮ КОТОРОГО ВЫСТУПАЕТ ПРИРАЩЕНИЕ НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ, НАЗЫВАЮТ:

1. фундаментальным+
2. аналитическим
3. пилотажным
4. прикладным

ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, НАЗЫВАЮТ:

1. респондент+
2. реципиент
3. индивид
4. абонент

К СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ПАЦИЕНТА НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. пол
2. возраст
3. место проживания (город/село)
4. место рождения+

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В:

1. автоматизации процессов сбора, обработки и анализа данных+

2. усложнении вопросов
3. увеличении структуры опросного инструментария
4. увеличении стоимости исследования

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПРИ КАЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКЕ ВЫСТУПАЕТ:

1. удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг+
2. только финансовые показатели
3. возможность сбора статистических данных
4. поиск возможностей сокращения перечня медицинских услуг, предоставляемых в рамках ОМС

ОФИЦИАЛЬНО УТВЕРЖДЕННЫМ КРИТЕРИЕМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. количество принятых пациентов
2. удовлетворенность населения медицинской помощью+
3. среднее время ожидания приема
4. стоимость лечения

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ ОСНОВАНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА УЧЕТЕ:

1. доступности и качества медицинского обслуживания+
2. только количества положительных отзывов
3. только количества отрицательных отзывов
4. количества оказанных услуг и рейтинга медицинской организации

ФАКТОР, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИЙ ПРЯМОГО ВЛИЯНИЯ НА УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ:

1. доступность медицинской помощи для пациента
2. качество оказанных медицинских услуг
3. отношение персонала медицинской организации к пациенту
4. наличие развлекательных программ во время ожидания+

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕТОДИК СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1. достижение экономии финансовых средств
2. обеспечение возможности сравнения результатов различных исследований+
3. повышение доверия пациентов медицинской организации
4. исключение необходимости обучения интервьюеров

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕТОДИК СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1. обеспечение высокой надежности и валидности получаемых данных+
2. снижение требований к квалификации исследователей
3. гарантированное получение положительных результатов
4. унификацию всех медицинских протоколов лечения

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕТОДИК СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1. стандартизацию процедур сбора и обработки данных+
2. автоматическое повышение репрезентативности выборки
3. игнорирование индивидуальных особенностей респондентов
4. полное исключение человеческого фактора в исследованиях

ПРЕДМЕТОМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. технические характеристики медицинского оборудования
2. социальные отношения, практики и представления о здоровье+
3. финансовые показатели медицинской организации
4. фармакологические свойства медикаментов

НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:

1. по месту работы респондента
2. в медицинских учреждениях+
3. по месту жительства
4. в общественных местах

НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:

1. в медицинских учреждениях+
2. в спортивных комплексах и фитнес-центрах
3. в многофункциональных центрах
4. в развлекательных центрах и торговых комплексах

К ФУНКЦИЯМ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. исследование закономерностей формирования здоровья населения
2. оценка эффективности медицинского оборудования+
3. изучение влияния образа жизни на здоровье
4. анализ взаимодействия медицины с обществом

В ПРОБЛЕМАТИКУ ИССЛЕДОВАНИЙ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ НЕ ВХОДИТ:

1. изучение влияния вредных привычек на здоровье
2. оценка эффективности медицинского вмешательства+
3. исследование отношения к медицинскому обслуживанию
4. изучение санитарной культуры населения

ПРИМЕНЕНИЕ АНКЕТНЫХ ОПРОСОВ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ:

1. не требует специальной подготовки исследователя
2. позволяет быстро собирать большие объемы данных+
3. не требует соблюдения этических норм

4. гарантирует 100% участие респондентов

СВОЙСТВО ВЫБОРКИ ОТРАЖАТЬ КЛЮЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ СОВОКУПНОСТИ – ЭТО:

1. репрезентативность+
2. реципрокность
3. валидность
4. эффективность

ПОД ВЫБОРКОЙ ПОНИМАЕТСЯ:

1. часть генеральной совокупности элементов, характеристики которой репрезентативны всей совокупности в целом+
2. процесс выбора метода и инструментария исследования
3. генеральная совокупность исследования, характеристики которой соответствуют задачам исследования
4. выбор заполненных анкет, соответствующих гипотезе исследования

ВЫБОРКА МОЖЕТ БЫТЬ:

1. вероятностной+
2. вероятной
3. возможной
4. воспринимаемой

ВАЖНЕЙШЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ВЫБОРКИ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫСТУПАЕТ:

1. валидность
2. унифицированность
3. репрезентативность+
4. критичность

ОБЪЕМ ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ ЗАВИСИТ:

1. от степени однородности изучаемого явления
2. от достаточного количества единиц в генеральной совокупности
3. от принятой вероятности безошибочного прогноза и величины предельной ошибки
4. от величины предельной ошибки и степени однородности изучаемого явления+

ВАЛИДНОСТЬ – ЭТО:

1. возможность провести химический анализ компонентов выборки
2. степень соответствия используемых показателей понятиям, которые они призваны отражать+
3. методика обработки данных, предполагающая привлечение авторизованных пользователей
4. оценка риска необходимости проведения дополнительного исследования

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВОДИМОЕ ДЛЯ ПРОВЕРКИ МЕТОДИКИ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. пилотажным+
2. аналитическим
3. прикладным
4. прогностическим

К МЕТОДАМ ОТБОРА ЕДИНИЦ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ВЫБОРКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТ:

1. снежный поток
2. снежный ком+
3. снежный вал
4. снежный забор

К МЕТОДАМ ОТБОРА ЕДИНИЦ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ВЫБОРКИ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТ:

1. случайную выборку
2. стихийную выборку
3. систематическую выборку
4. рациональную выборку+

КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА – ЭТО ГРУППА:

1. респондентов, составляющая выборку из генеральной совокупности
2. респондентов, соответствующая требованиям исследования, но не испытывающая экспериментального воздействия+
3. исследователей, контролирующая ход исследования
4. респондентов, принявшая участие в исследовании

МЕТОДЫ АНАЛИЗА СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ МОГУТ БЫТЬ:

1. качественными+
2. счетными
3. опросными
4. средними

К МЕТОДАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТ:

1. анализ документов
2. эксперимент
3. опрос
4. хроматографию+

К МЕТОДАМ АНАЛИЗА СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕ ОТНОСЯТ:

1. наблюдение+
2. классификацию
3. ранжирование
4. группировку

АНАЛИЗ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. многомерным
2. безмерным
3. размерным
4. полимерным

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ПЕРЕМЕННЫМИ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. функциональная, линейная
2. прямая, обратная+
3. скрытая, открытая
4. функциональная, дисфункциональная

ВОПРОС СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ АНКЕТЫ, НЕ ИМЕЮЩИЙ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА И ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ его САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ФОРМУЛИРОВАНИЕ РЕСПОНДЕНТОМ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. закрытым
2. отрицательным
3. положительным
4. открытым+

ОПРОС, В КОТОРОМ В ИССЛЕДОВАНИИ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ ВСЕ ЕДИНИЦЫ ГЕНЕРАЛЬНОЙ СОВОКУПНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. сплошным+
2. полным
3. тотальным
4. абсолютным

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВОДИМОЕ В РЕАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. аналитическим
2. оперативным
3. операционным
4. полевым+

К КАКОМУ МЕТОДУ СОЦИОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ КОНТЕНТ-АНАЛИЗ?

1. анализ документов+
2. наблюдение
3. опрос
4. эксперимент

АНАЛИЗ ФОТО-МАТЕРИАЛОВ, ВИДЕО-ОТРЫВКОВ, СПРАВОК, ЖУРНАЛОВ, ПОДШИВОК ГАЗЕТ, КНИГ, ЖУРНАЛОВ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕН МЕТОДОМ:

1. наблюдения
2. опроса
3. хронометража

4. контент-анализа+

ЧТО ОТЛИЧАЕТ ЭКСПЕРТНУЮ АНКЕТУ ОТ ОПРОСНОЙ АНКЕТЫ ОБЫЧНЫХ РЕСПОНДЕНТОВ В МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ?

1. изобилие открытых вопросов+
2. небольшой размер анкеты
3. более крупный шрифт
4. точность формулировок вопросов

СОЦИОМЕТРИЧЕСКАЯ ПРОЦЕДУРА ПОЗВОЛЯЕТ ИЗМЕРИТЬ:

1. авторитет лидера+
2. производительность труда
3. затраты рабочего времени
4. эффективность организации

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ВХОДИТ В ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

1. размещение итогов в Интернете+
2. разработка инструментария
3. обработка полученных данных
4. сбор информации

ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

1. программа МСИ+
2. опросник для респондентов
3. отчет об МСИ
4. формуляр учета респондентов

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. постановку диагноза+
2. теоретический анализ проблемы
3. формулирование целей и задач исследования
4. определение предмета и объектов исследования, типов выборки

ИНСТРУМЕНТАРИЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – ЭТО:

1. совокупность методических и технических средств проведения исследования, включающая методики сбора первичных данных и различные способы анализа и представления данных+
2. информационный лист для специалиста, разъясняющий основные направления работы по исследованию
3. объем наблюдений и уровень вероятности безошибочного прогноза
4. бумага, компьютер, принтер, плоттер и иная оргтехника

КАКОВА ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПИЛОТАЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

1. апробация инструментария исследования+

2. проверка гипотез
3. получение репрезентативных данных и их анализ
4. решение социальных проблем

АНКЕТА – ЭТО:

1. тиражированный документ, содержащий определенную совокупность вопросов, сформулированных и связанных между собой по установленным правилам и направленных на выяснение отношения или мнения респондента по указанным вопросам+
2. специально разработанный научный документ, содержащий описание главных предпосылок данного научного исследования, включая определение проблемы и темы исследования, цели, задачи, гипотезы исследования, план исследования, выборку, основные методы исследования и анализа, способа обработки материала
3. это монографии и тезисы докладов, описывающих исследование
4. информационный лист для специалиста, разъясняющий основные направления работы по исследованию

КАКОЙ МЕТОД СБОРА ИНФОРМАЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПРИ ИЗУЧЕНИИ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

1. опрос+
2. наблюдение
3. анализ документов
4. эксперимент

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ТИПЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ?

1. прикладные+
2. интегрированные
3. простые
4. надёжные

ТИП ИССЛЕДОВАНИЯ, НАЦЕЛЕННЫЙ НА ВЫЯСНЕНИЕ ПРИЧИН, ЛЕЖАЩИХ В ОСНОВЕ ИЗУЧАЕМОГО ЯВЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. описательный
2. аналитический+
3. разведывательный
4. лонгитюдный

СПЕЦИАЛЬНО ОРГАНИЗОВАННОЕ, СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ОБЪЕКТОВ, ЯВЛЕНИЙ, ПРОЦЕССОВ С ЦЕЛЬЮ ИХ ОЦЕНКИ, КОНТРОЛЯ, ПРОГНОЗА – ЭТО:

1. мониторинг+
2. эксперимент
3. опыт

4. стандарт

ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ВИДОВ СБОРА ДАННЫХ, ОСНОВАННЫХ НА НЕПОСРЕДСТВЕННОМ (ЛИЧНОЕ) ИЛИ ОПОСРЕДОВАННОЕ (ТЕЛЕФОННОЕ, ИНТЕРНЕТ) СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МЕЖДУ ИССЛЕДОВАТЕЛЕМ И РЕСПОНДЕНТОМ (ИНДИВИДУАЛЬНОЕ) ИЛИ РЕСПОНДЕНТАМИ (ГРУППОВОЕ) В СООТВЕТСТВИИ С ПОСТАВЛЕННОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЕМ ЦЕЛЬЮ – ЭТО:

1. фокус-группа
2. анкетный опрос
3. наблюдение
4. интервью+

СОЦИОМЕТРИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ И МЕЖГРУППОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЦЕЛЯХ ИХ ИЗМЕНЕНИЯ, УЛУЧШЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ, РАЗРАБОТАНА:

1. Дж. Морено+
2. О. Контом
3. Т. Парсонсом
4. П. Сорокиным

КАКОЙ ТИП ИНТЕРВЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ СТРОГОЕ СЛЕДОВАНИЕ ЗАРАНЕЕ ПОДГОТОВЛЕННОМУ ВОПРОСНИКУ БЕЗ ОТКЛОНЕНИЙ ОТ ТЕМЫ?

1. глубинное интервью
2. формализованное интервью+
3. экспертное интервью
4. нарративное интервью

ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТОДА ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. несимметричность вопросно-ответной схемы коммуникации+
2. простота сбора и обработки эмпирических данных
3. спонтанность и необязательность планирования разговора
4. обязательное подтверждение гипотезы исследования

ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТОДА ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. несовпадение мотивов общения опрашиваемого и интервьюера+
2. возможность проведения интервью без записи, по памяти интервьюера
3. необязательность соблюдения критериев отбора респондентов
4. повышение достоверности данных по мере увеличения числа интервью

ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТОДА ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отсутствие спонтанности и планирование разговора+
2. жесткое ограничение времени интервью
3. невозможность корректировки вопросов в процессе беседы
4. отсутствие необходимости в установлении контакта с респондентом

ОСНОВНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ МЕТОДА ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. высокая доля ответов респондентов (норма отвечающих)+
2. необязательность специальной подготовки интервьюера
3. высокая скорость сбора эмпирических данных
4. отсутствие необходимости в предварительной подготовке вопросов

ОСНОВНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ МЕТОДА ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. наблюдение за респондентом и получение дополнительной невербальной информации+
2. гарантированная высокая точность ответов респондентов
3. отсутствие необходимости в контроле за ходом интервью
4. не требует учета культурных и социальных особенностей респондентов

ОСНОВНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ МЕТОДА ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. возможность задать большое количество вопросов и широкий диапазон времени+
2. возможность охвата большой выборки за короткий срок
3. отсутствие необходимости в специальном оборудовании для проведения интервью
4. гарантированная честность всех ответов респондентов.

ОСНОВНЫМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ ОНЛАЙН-ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. только экономия времени и техническая простота
2. доступность, гибкость, возможность дистанционной работы+
3. анонимность участия в исследовании респондентов
4. низкая стоимость (отсутствие затрат на привлечение респондентов)

ИНСТРУМЕНТОМ ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сценарий
2. анкета
3. гайд+
4. опросный лист

КАКОЕ ТРЕБОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ГАЙДА ИНТЕРВЬЮ?

1. строгая последовательность вопросов без возможности изменений
2. наличие только закрытых вопросов
3. структурированность и логическая последовательность вопросов+
4. минимум пояснений к вопросам

МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ВОПРОСОВ, РЕКОМЕНДОВАННОЕ К ВКЛЮЧЕНИЮ В ГАЙД ИНТЕРВЬЮ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 4-7 вопросов
2. 8-11 вопросов
3. 12-15 вопросов+
4. 16-20 вопросов

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постановка целей
2. подготовка вопросов
3. установление контакта+
4. сбор информации

ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВНОГО ИНТЕРВЬЮ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 15-20 минут
2. 30-45 минут+
3. 50-60 минут
4. 1.5-2 часа

ТЕХНИКА ИНТЕРВЬЮ, СОСТОЯЩАЯ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ УТОЧНЕНИИ ИНТЕРВЬЮЕРОМ ВСЕХ АСПЕКТОВ ОТВЕТА НА ВОПРОС, ПОБУЖДАЮЩАЯ РЕСПОНДЕНТОВ ДОПОЛНИТЬ, РАЗЪЯСНИТЬ ИЛИ ОБЪЯСНИТЬ ВЫСКАЗАННОЕ МНЕНИЕ – ЭТО:

1. зондирование+
2. клиширование
3. форсирование
4. сегментирование

ТИП ВОПРОСА, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПОЛУЧИТЬ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ:

1. закрытые вопросы
2. наводящие вопросы
3. открытые вопросы+
4. контрольные вопросы

ТЕХНИКА КОММУНИКАЦИИ, ЯВЛЯЮЩАЯСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕРВЬЮ:

1. монолог интервьюера с вопросами, наводящими на ожидаемые ответы
2. активное слушание и уточняющие вопросы+
3. только закрытые вопросы, не требующие обсуждения
4. использование профессионального жаргона для повышения авторитет исследователя

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРАВИЛО КОММУНИКАЦИИ В РАМКАХ ИНТЕРВЬЮ ВКЛЮЧАЕТ:

1. использование интервьюером сложных терминов
2. поддержание нейтральной позиции интервьюера+
3. выражение личного мнения всех участников интервью
4. корректировка ответов респондента интервьюером

ВЕДУЩИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВЬЮ:

1. соблюдение временного регламента
2. подготовка кандидата
3. правильная постановка целей+

4. техническое оснащение

ВЕДУЩИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВЬЮ:

1. наличие материального вознаграждения для респондента
2. компетентность интервьюера+
3. возраст респондента
4. время суток проведения интервью

МЕТОД ОБРАБОТКИ ДАННЫХ ИНТЕРВЬЮ, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ ПЕРЕВОД АУДИОЗАПИСИ В ТЕКСТОВЫЙ ФОРМАТ:

1. кодирование
2. транскрибирование+
3. группировка
4. классификация

ЭТАП ОБРАБОТКИ ДАННЫХ ИНТЕРВЬЮ, СЛЕДУЮЩИЙ ПОСЛЕ ТРАНСКРИБИРОВАНИЯ:

1. немедленная публикация результатов
2. кодирование и категоризация+
3. формулировка выводов
4. подготовка презентации

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ КЛИЕНТА ЧЕРЕЗ ЛИЧНЫЕ ИНТЕРВЬЮ С ЦЕЛЬЮ СОЗДАНИЯ НАИБОЛЕЕ ВОСТРЕБОВАННОГО ПРОДУКТА:

1. Custdev+
2. Must-have
3. Iverb
4. Iherb

ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТОДА CUSTDEV-ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. проверка гипотезы «вне офиса»+
2. высокая стоимость привлечения респондента
3. проведение интервью только после выхода продукта
4. широкий охват и массовый формат опроса

ОСОБЕННОСТЬЮ МЕТОДА CUSTDEV ЯВЛЯЕТСЯ:

1. итеративность+
2. жесткое ограничение времени интервью
3. применение только в рамках бизнес-проекта
4. отсутствие гипотез исследования

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ CUSTDEV ЯВЛЯЮТСЯ:

1. проверка продукта и снижение риска провала+
2. продажа продукта участникам исследования
3. получение положительных отзывов о продукте
4. своевременная оплата исследования заказчиком

ПРЕИМУЩЕСТОМ CUSTDEV ЯВЛЯЮТСЯ:

1. возможность оценки рисков до инвестирования+
2. ориентация на боли производителя
3. длительная адаптация продукта к потребностям клиента
4. фокус на коммерческих показателях продукта

КРИТИЧЕСКИ ВАЖНЫЙ ФАКТОР ДЛЯ УСПЕШНОГО CUSTDEV-ИНТЕРВЬЮ:

1. наличие большого бюджета
2. рекрутинг экспертных информантов+
3. наличие готового продукта
4. включение подталкивающих вопросов

КАЧЕСТВЕННЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В СОЦИОЛОГИИ, КОТОРЫЙ ФОКУСИРУЕТСЯ НА ПОЛУЧЕНИИ СОДЕРЖАТЕЛЬНОГО И ЦЕЛОСТНОГО РАССКАЗА, МАКСИМАЛЬНО ДОСТОВЕРНО ОСВЕЩАЮЩЕГО ОПРЕДЕЛЕННОЕ СОБЫТИЕ, ЯВЛЕНИЕ ИЛИ ПРОБЛЕМУ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ОСМЫСЛЕНИЕ РАССКАЗЧИКОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРОЖИВАНИЯ (ПЕРЕЖИВАНИЯ) УКАЗАННОГО СОБЫТИЯ – ЭТО:

1. нарративное интервью+
2. фокус-группа
3. контент-анализ
4. метод Дельфи

ВПЕРВЫЕ СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ НАРРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ИНТЕРВЬЮ ПРЕДЛОЖИЛ:

1. Ф. Шютце+
2. М. Энгельгардт
3. А. Франк
4. Т. Парсонс

ДВОЙНАЯ ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА В НАРРАТИВНОМ ПОДХОДЕ М. ЭНГЕЛЬГАРТА ВКЛЮЧАЕТ:

1. рассказанного и рассказывающего+
2. написанного и пишущего
3. услышанного и слушателя
4. наблюдаемого и наблюдателя

ДЛЯ НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕБОВАНИЕ:

1. наличия определенного образования у информанта
2. минимального опыта рассказчика
3. уважительного отношения к форме и содержанию нарратива+
4. использования специальных терминов

КОНСТАНТНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. темпоральность+
2. индивидуальность
3. эмоциональность
4. формальность

КЛЮЧЕВЫМ ПРИНЦИПОМ НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. строгая структурированность вопросов
2. максимальное вмешательство интервьюера
3. свобода рассказчика в изложении истории+
4. использование только закрытых вопросов

КЛЮЧЕВЫМ ПРИНЦИПОМ НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. запрет на любые невербальные реакции со стороны интервьюера
2. акцент на субъективном опыте и личной интерпретации событий +
3. разработка гайда, включающего как открытые, так и закрытые вопросы
4. предварительное согласование ответов

СТИМУЛ ИЛИ ЗАПРОС СО СТОРОНЫ ИНТЕРВЬЮЕРА, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ПООЩРЕНИЯ РАССКАЗЧИКА В НАРРАТИВНОМ ИНТЕРВЬЮ – ЭТО:

1. финансовая выплата
2. эмпатическое подкрепление
3. групповая поддержка
4. нарративный импульс+

НАРРАТИВНЫЙ ИМПУЛЬС В КОНТЕКСТЕ НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ – ЭТО:

1. внезапное прерывание интервью исследователем
2. стимул, запускающий процесс повествования+
3. инсайт, озарение исследователя в процессе интервью
4. резкая эмоциональная реакция рассказчика

КЛАССИЧЕСКАЯ ПРОЦЕДУРА НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ВКЛЮЧАЕТ:

1. один этап
2. два этапа
3. три этапа+
4. четыре этапа

ПОСЛЕ ЭТАПА СВОБОДНОГО НАРРАТИВНОГО РАССКАЗА СЛЕДУЕТ ЭТАП:

1. завершения интервью
2. нарративное расспрашивание+
3. статистической обработки полученных данных
4. заполнение фильтр-анкеты

ТРЕТИЙ ЭТАП НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ВКЛЮЧАЕТ:

1. повторный рассказ истории
2. сопоставление рассказа с биографией рассказчика+
3. нарративное расспрашивание
4. анализ полученных данных

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПОДХОДОМ В РАБОТЕ С НАРРАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вмешательства в рассказ для уточнения деталей
2. активное слушание и эмпатия+
3. критические замечания в случае сомнений в правдивости рассказа
4. соблюдение жесткого тайминга рассказа

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ:

1. сбор количественной информации
2. получение данных о личном опыте рассказчика+
3. проверка идеи и гипотез исследования
4. перекрестная оценка фактов

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ВКЛЮЧАЕТ:

1. подготовку списка вопросов
2. изучение социально-исторического контекста жизни информанта+
3. согласование оплаты участия в исследовании
4. разработку гайда интервью

КЛЮЧЕВЫМ ФАКТОРОМ УСПЕШНОГО НАРРАТИВНОГО ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. наличие специального оборудования
2. создание неформальной атмосферы+
3. предварительная подготовка ответов
4. наличие большого опыта у интервьюера

ОСОБЕННОСТЬЮ НАРРАТИВНОГО ПОДХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. жесткая тестовая структура вопросов
2. гибкость методики+
3. ограниченность по времени
4. фокус на количественных данных

ПОД НАРРАТИВОМ БОЛЕЗНИ ПОНИМАЕТСЯ:

1. история проживания (преодоления) болезни+
2. динамика выздоровления
3. взаимопонимание врача и пациента
4. социальная ответственность пациента

ПОД НАРРАТИВОМ БОЛЕЗНИ ПОНИМАЕТСЯ:

1. история проживания (преодоления) болезни+
2. лечебно-диагностическое исследование
3. разъяснение врачом особенностей течения заболевания

4. позиция общества в отношении пациента

РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ БОЛЕЗНИ В СМИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ:

1. стала более гуманной и дестигматизирующей+
2. осталась неизменной
3. сфокусировалась только на статистике
4. ограничилась медицинскими фактами

АВТОРОМ КНИГИ «РАНЕННЫЙ РАССКАЗЧИК: ТЕЛО, БОЛЕЗНЬ И ЭТИКА» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. А. Франк+
2. Р. Мертон
3. Т. Парсонс
4. Р. Шэрон

КОНЦЕПЦИЯ НАРРАТИВА КАК САМОГЕНЕРИРУЮЩЕЙСЯ СХЕМЫ Ф. ШЮТЦЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТ ХАРАКТЕРИСТИКУ:

1. релевантность+
2. закрытие гештальта
3. детализация
4. группирование данных

МАСТЕРСТВО РАССКАЗА, УМЕНИЕ СОЗДАВАТЬ И РАССКАЗЫВАТЬ ИСТОРИИ, А ТАКЖЕ СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И НАХОЖДЕНИЯ СМЫСЛОВ ЧЕРЕЗ РАССКАЗЫВАНИЕ ИСТОРИЙ – ЭТО:

1. сторителлинг+
2. троллинг
3. биллинг
4. тревеллинг

ТЕРМИН, ВВЕДЕННЫЙ А. ФРАНКОМ ДЛЯ ОПИСАНИЯ ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, НО ПРОДОЛЖАЮЩИХ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛНЯТЬ СВОИ ФУНКЦИИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ БЛАГОДАРЯ ПРИМЕНЕНИЮ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ – ЭТО:

1. общество ремиссии+
2. социальная группа
3. пациентское сообщество
4. референтная группа

ЧЕЛОВЕК, САМОСТОЯТЕЛЬНО СОЗДАЮЩИЙ (ИЗЛАГАЮЩИЙ) ПОВЕСТВОВАНИЕ (РАССКАЗ) О НЕКОТОРОМ МНОЖЕСТВЕ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СОБЫТИЙ, ПРЕДСТАВЛЕННОЕ ЧИТАТЕЛЮ ИЛИ СЛУШАТЕЛЮ В ВИДЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СЛОВ ИЛИ ОБРАЗОВ – ЭТО:

1. нарратор+
2. реципиент

3. респондент
4. координатор

«ЯДРОМ» НАРРАТИВА ВЫСТУПАЕТ:

1. событие+
2. нарратор
3. нарратолог
4. нарративный импульс

ОСНОВНАЯ РОЛЬ НАРРАТИВА В ИЗУЧЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ – ЭТО:

1. отражение индивидуального опыта и социальных значений+
2. описание физиологических процессов
3. статистический анализ заболеваемости
4. получение данных для комиссии МСЭ

КЛЮЧЕВЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТОРИТЕЛЛИНГА В МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. эмоциональная связь между врачом и пациентом через истории+
2. формализованный отчёт о состоянии здоровья пациента
3. возможность наблюдения групповой динамики
4. сбор статистических данных о развитии заболевания

РОЛЬ ЛИЧНЫХ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ДИСКУРСЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. необходимостью информирования общества о наличии заболевания
2. возможностью формирования общественного мнения и преодоления стигматизации заболеваний+
3. продвижением медицинских услуг и лекарственных препаратов на рынке
4. целями создания популярного контента в социальных медиа

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ КЕЙСОВ В ОБЩЕСТВЕННОМ ДИСКУРСЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. повышением медицинской грамотности и формированием доверия к системе здравоохранения+
2. удовлетворением досуговых потребностей аудитории
3. созданием позитивного имиджа медицинских учреждений
4. формированием панических настроений в обществе

ПРОЦЕСС, ПОСРЕДСТВОМ КОТОРОГО СОСТОЯНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ И РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК МЕДИЦИНСКИЕ СОСТОЯНИЯ И, ТАКИМ ОБРАЗОМ, СТАНОВЯТСЯ ПРЕДМЕТОМ МЕДИЦИНСКОГО ИЗУЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ ЛЕЧЕНИЯ - ЭТО

1. медиализация+
2. госпитализация
3. информатизация

4. оптимизация

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВА – ЭТО:

1. увеличение числа медицинских учреждений
2. процесс распространения медицинского дискурса на все сферы жизни+
3. повышение качества медицинского обслуживания
4. увеличение финансирования здравоохранения

СЛЕДСТВИЕМ ЧРЕЗМЕРНОЙ МЕДИКАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рост числа медицинских работников
2. избыточное медицинское вмешательство+
3. увеличение продолжительности жизни
4. улучшение здоровья населения

СЛЕДСТВИЕМ ЧРЕЗМЕРНОЙ МЕДИКАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рост коммерциализации медицины+
2. снижение стоимости медицинских услуг
3. снижение нагрузки на систему здравоохранения
4. повышение медицинской грамотности

СЛЕДСТВИЕМ ЧРЕЗМЕРНОЙ МЕДИКАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рост зависимости от лекарственных препаратов+
2. повышение качества медицинского обслуживания
3. снижение уровня стресса в обществе
4. отсутствие побочных эффектов от лекарств

СЛЕДСТВИЕМ ЧРЕЗМЕРНОЙ МЕДИКАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рост этических проблем в медицине+
2. самостоятельное выздоровление без лечения
3. резкое снижение потребности в профилактической медицине
4. отсутствие медицинских ошибок

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, СВЯЗАННЫЙ С ВЛИЯНИЕМ ДОСТИЖЕНИЙ В ОБЛАСТИ ГЕНЕТИКИ НА РАЗЛИЧНЫЕ СФЕРЫ ЖИЗНИ НАЗЫВАЮТ:

1. генетизацией+
2. цифровизацией
3. персонификацией
4. паспортизацией

ТЕРМИН «ГЕНЕТИЗАЦИЯ» БЫЛО ВВЕДЕНО В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ:

1. Э. Липпман+
2. К. Маслач
3. Дж. Мид
4. Э. Гоффман

В КАКОМ ГОДУ БЫЛО ЗАВЕРШЕНО СЕКВЕНИРОВАНИЕ ВСЕГО ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА?

1. 2022+
2. 2023
3. 2024
4. 2025

ПОДХОД, СОГЛАСНО КОТОРОМУ ЗНАЧЕНИЕ И ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ФОРМИРУЮТСЯ КУЛЬТУРНЫМИ И СОЦИАЛЬНЫМИ СИСТЕМАМИ – ЭТО:

1. социальное конструирование болезни+
2. коммуникация по вопросам заболевания
3. традиции в области сохранения здоровья
4. самосохранительное поведение

ОБЩЕПРИЗНАННЫЕ, ОБЩЕПРИНЯТЫЕ ИЛИ ОБЩЕУСТАНОВЛЕННЫЕ ПРАВИЛА, ОБРАЗЦЫ ПОВЕДЕНИЯ, СТАНДАРТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРИЗВАННЫЕ ОБЕСПЕЧИВАТЬ УПОРЯДОЧЕННОСТЬ, УСТОЙЧИВОСТЬ И СТАБИЛЬНОСТЬ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ИНДИВИДОВ И СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП – ЭТО:

1. социальные нормы+
2. моральные табу
3. культурные коды
4. социальные санкции

ГРУППА, НАХОДЯЩАЯСЯ НА ГРАНИЦЕ ДВУХ КУЛЬТУР ИЛИ СУБКУЛЬТУР И ИМЕЮЩАЯ НЕКОТОРУЮ ИДЕНТИФИКАЦИЮ С КАЖДОЙ ИЗ НИХ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. маргинальная группа+
2. семейная группа
3. традиционная группа
4. институциональная группа

ПРОЦЕСС ЗАКРЕПЛЕНИЯ ПРИНЯТОГО ПОРЯДКА (ПРАКТИКИ ИЛИ ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ) В ВИДЕ ЗАКОНА ИЛИ СОЦИАЛЬНОЙ НОРМЫ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ТЕРМИНОМ:

1. институционализация+
2. социальный контроль
3. социальный институт
4. девиация

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАВЕШИВАНИЕМ ЯРЛЫКОВ, СТЕРЕОТИПОВ И РАЗДЕЛЕНИЕМ, ПРИВОДЯЩИМИ К ПОТЕРЕ СТАТУСА И ДИСКРИМИНАЦИИ ЧЕЛОВЕКА В СВЯЗИ С СОСТОЯНИЕМ ЕГО ЗДОРОВЬЯ И / ИЛИ ФАКТОМ ПРОЖИВАНИЯ С ОПРЕДЕЛЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ЭТО:

1. стигматизация+
2. идентификация

3. легитимация
4. дифференциация

СРЕДИ ТИПОВ СТИГМАТИЗАЦИИ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ В КОНЦЕПЦИИ Э. ГОФФМАНА, ОТСУТСТВУЕТ:

1. стигматизация интересов+
2. стигматизация черт характера
3. физическая стигматизация
4. стигматизация групповой идентичности

ДИСКРИМИНАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. по инвалидности+
2. по договору
3. по участковому принципу
4. по выбору

ЛИЦО, ИМЕЮЩЕЕ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СО СТОЙКИМ РАССТРОЙСТВОМ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ НЕОБХОДИМОСТЬ ЕГО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ – ЭТО:

1. инвалид+
2. пациент
3. застрахованный
4. подзащитный

СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ ЗАТРУДНЯЕТ ЧЕЛОВЕКУ ВЫПОЛНЕНИЕ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИЛИ РАВНЫЙ ДОСТУП В РАМКАХ ДАННОГО ОБЩЕСТВА – ЭТО:

1. инвалидность+
2. старение
3. трудовая занятость
4. финансовое обременение

КОНЦЕПЦИЯ «СОЦИАЛЬНОГО КОНСТРУИРОВАНИЯ» В КОНТЕКСТЕ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ, ЧТО:

1. здоровье и болезнь – биологические явления, независимые от общества
2. представления о здоровье, болезни и теле формируются под влиянием культуры, языка и социальных норм+
3. все болезни возникают из-за неправильного образа жизни и нарушения социальных норм
4. здоровье есть продукт конструирования правильного образа жизни и финансовых возможностей для его поддержания

ПРИМЕРОМ ИЛЛЮСТРАЦИИ ПРАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО КОНСТРУИРОВАНИЯ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. различие стандартов красоты в различных культурах и эпохах+

2. генетические особенности внешнего вида человека, связанные с наследственными признаками семьи
3. изменения роста человека в разном возрасте
4. необходимость удовлетворения физиологических потребностей тела

КЛЮЧЕВЫМ АСПЕКТОМ СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ ВЫСТУПАЕТ

1. фокус на медицинских дефектах конкретного индивида
2. анализ барьеров среды и отношения общества как причины ограничения возможностей человека+
3. установка, что инвалидность – это личная трагедия человека
4. отрицание роли медицины в помощи людям с инвалидностью

КОНЦЕПЦИЯ ОБЩЕСТВА РЕМИССИИ ОСНОВАНА НА ПОНИМАНИИ НЕОБХОДИМОСТИ:

1. игнорирования хронических заболеваний и сокращения финансирования здравоохранения
2. обеспечения медицинской помощи, снижения стигмы и обеспечения инклюзивной среды+
3. изоляции людей с серьезными нарушениями здоровья и ограничением обсуждения болезней в обществе
4. развития фармакологии и фокусировке на клинических методах лечения

«ДЕКОНСТРУКЦИЯ СТИГМЫ» ЧЕРЕЗ НАРРАТИВ ОЗНАЧАЕТ:

1. запрет на рассказы о болезни и усиление контроля за информацией о пациентах
2. разрушение стереотипов через обсуждение личного опыта болезни, придания ему человеческого измерения+
3. замену медицинских терминов понятными для пациента метафорами
4. игнорирование социальных конструкторов и последствий заболевания

ИСТОРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ В ОБЩЕСТВЕННОМ ВОСПРИЯТИИ БОЛЕЗНИ ПОЗВОЛЯЮТ:

1. снизить уровень стигматизации болезни+
2. обеспечить полное выздоровление
3. повысить показатели маркетингового продвижения лекарственных препаратов
4. усилить контроль за комплаентностью пациентов

КРИТИЧЕСКИ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ДЛЯ УСТОЙЧИВОГО САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кратковременная «стартовая» мотивация в формате запрета / штрафа за вредные привычки
2. формирование устойчивых привычек через повторяющиеся действия и поддержку окружения+
3. наличие страховки ДМС, предполагающей значительную скидку при ведении здорового образа жизни

4. профессиональная самореализация в области, связанной с медициной и здравоохранением

КАЧЕСТВЕННЫЙ МЕТОД В СОЦИОЛОГИИ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В ОРГАНИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ И СБОРА МАССИВА МНЕНИЙ ПОСРЕДСТВОМ ГРУППОВОГО ОБСУЖДЕНИЯ ПО ВЫБРАННОЙ ТЕМАТИКЕ – ЭТО:

1. фокус-группа+
2. наблюдение
3. контент-анализ
4. холл-тест

ВПЕРВЫЕ МЕТОД ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЫЛ ПРИМЕНЕН:

1. Р. Мертоном и П. Кендалл+
2. Р. Мертоном и Р. Парком
3. Т. Парсонсом и М. Вебером
4. С. Белановским и В. Ядовым

АВТОРОМ КНИГИ «ФОКУСИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Р. Мертон, Р. Парк, Т. Парсонс
2. Р. Скотт, Б. Тернер, Г. Беккер
3. Р. Мертон, М. Фiske, П. Кендалл+
4. С. Белановский, В. Ядов

ИНСТРУМЕНТ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. сценарий+
2. анкета
3. бланк
4. опросный лист

КАКОВА ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ФИЛЬТР-АНКЕТЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ФОКУС-ГРУППЫ?

1. получение широкого перечня социально-демографических данных участников исследования для статистической обработки
2. подтверждение соответствия данных рекрутированных участников исследования критериям включения в исследование+
3. определение социального статуса участников для размещения участников фокус-группы по уровню комфорта (VIP, эконом)
4. сбор контактной информации участников исследования для укрепления имиджа научного исследования

ОТБОР УЧАСТНИКОВ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЦЕЛЕВОЙ АУДИТОРИИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. рекрутинг+

2. группирование
3. фокусирование
4. модерирование

ОПТИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО УЧАСТНИКОВ ФОКУС-ГРУППЫ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 3-5 человека
2. 6-12 человек+
3. 15-20 человек
4. более 20 человек

КРИТЕРИЕМ ОТБОРА РЕСПОНДЕНТА ДЛЯ УЧАСТИЯ В ФОКУС-ГРУППОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. факт знакомства модератора и потенциального респондента+
2. осведомленность потенциального респондента о теме исследования
3. наличие общего социального опыта
4. отсутствие опыта участия в фокус-групповом исследовании у потенциального респондента.

ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ КРИТЕРИЕМ ОТБОРА УЧАСТНИКОВ ФОКУС-ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. соответствие требованиям случайного отбора
2. соответствие критериям исследования+
3. готовность респондента к участию в исследовании
4. однородность группы по всем характеристикам

КАТЕГОРИЯ РЕСПОНДЕНТОВ, КОТОРЫЕ НЕ МОГУТ ПРИВЛЕКАТЬСЯ В КАЧЕСТВЕ УЧАСТНИКОВ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. незнакомые между собой участники исследования
2. социологи-профессионалы в исследуемой области+
3. люди с разным социальным статусом
4. лица с разницей в возрасте более 10 лет

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОТБОРА УЧАСТНИКОВ ФОКУС-ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. случайный отбор респондентов из общей популяции
2. квотный отбор по жёстким демографическим критериям
3. отбор по принципу максимального разнообразия мнений
4. целевой отбор респондентов с определёнными характеристиками, релевантными теме исследования+

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СЦЕНАРИЯ (ГАЙДА) ФОКУС-ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вопросы для обсуждения+
2. инструкции для модератора
3. технические указания (требования к оборудованию)
4. список участников

КЛЮЧЕВЫМ ТРЕБОВАНИЕМ К СЦЕНАРИЮ (ГАЙДУ) ФОКУС-ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. строгая последовательность вопросов без возможности изменений
2. гибкость структуры гайда и возможность адаптации вопросов+
3. включение в гайд только закрытых вопросов
4. минимум пояснений к вопросам для снижения риска искажения мнений

УКАЖИТЕ КРИТИЧЕСКИ ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРИ ВЫБОРЕ ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОКУС-ГРУППЫ:

1. большие «видовые» окна в помещении
2. изоляция от внешнего шума+
3. наличие декоративных элементов
4. высокоскоростной интернет

УКАЖИТЕ КРИТИЧЕСКИ ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРИ ВЫБОРЕ ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОКУС-ГРУППЫ:

1. наличие большого количества мебели в помещении
2. возможность ведения аудио- и видеозаписи+
3. расположение помещения в центре города
4. красивые орнамент / рисунки на стенах

ЧЕЛОВЕКА, УПРАВЛЯЮЩЕГО ПРОЦЕССОМ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, НАЗЫВАЮТ:

1. модератор+
2. реципиент
3. респондент
4. нарратор

КАКОЕ КАЧЕСТВО ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ДЛЯ МОДЕРАТОРА ФОКУС-ГРУППЫ?

1. требовательность и жесткое ограничение времени на ответ участников
2. способность к нейтральному ведению дискуссии+
3. умение переключить фокус внимания на более «развлекательные» аспекты
4. доминирование в обсуждении, влияние на вектор мнений

КАКОЕ КАЧЕСТВО ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ДЛЯ МОДЕРАТОРА ФОКУС-ГРУППЫ?

1. умение «читать» аудиторию и предвидеть реакцию на вопрос+
2. предвзятость в отношении участников (их точек зрения)
3. чрезмерная эмоциональность
4. уход от темы исследования в конфликтных ситуациях

РОЛЬ АССИСТЕНТА МОДЕРАТОРА В ПРОВЕДЕНИИ ФОКУС-ГРУППЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. ведение дискуссии вместо модератора
2. координация организации и хода фокус-группы+

3. участие в обсуждении как эксперт
4. проведение индивидуальных интервью

ТЕХНИКА МОДЕРАЦИИ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ПОЛУЧИТЬ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ ОТ УЧАСТНИКОВ:

1. закрытые вопросы
2. наводящие вопросы
3. открытые вопросы и прояснение+
4. альтернативные вопросы

ПРИЁМ МОДЕРАЦИИ ФОКУС-ГРУППЫ, ПОМОГАЮЩИЙ УПРАВЛЯТЬ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКОЙ:

1. игнорирование конфликтных ситуаций
2. поочерёдный опрос участников+
3. запрет на высказывания некоторых участников
4. доминирование мнения модератора

ПРИЁМ МОДЕРАЦИИ ФОКУС-ГРУППЫ, ПОМОГАЮЩИЙ УПРАВЛЯТЬ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКОЙ:

1. высказывание личных оценок модератором
2. фокусирование внимания на мнении наиболее активных участников
3. уточнение ответов участников+
4. переключение фокуса внимания на более «развлекательные» аспекты

УКАЖИТЕ КЛЮЧЕВОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО МЕТОДА ФОКУС-ГРУПП:

1. возможность получения обширных статистических данных
2. низкая стоимость исследования
3. возможность выявления глубинных причин проблемы+
4. отсутствие ответственности модератора за результат

УКАЖИТЕ КЛЮЧЕВОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО МЕТОДА ФОКУС-ГРУПП:

1. возможность проведения в любом удобном месте
2. быстрый набор участников
3. возможность выявления латентных факторов влияния+
4. отсутствие ограничений количества участников группы

ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИНТЕРВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. возможность наблюдения групповой динамики+
2. экономическая эффективность
3. стандартизация ответов
4. легкость обработки данных

ОПТИМАЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ТЕМ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ В РАМКАХ ОДНОЙ ФОКУС-ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. 1
2. 2-3

3. 4-5+

4. 6-7

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ФОКУС-ГРУППЫ:

1. 30-40 минут

2. 60-65 минут

3. 1,5-2 часа+

4. 2,5-3 часа

КЛЮЧЕВЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. полнота обсуждения поставленной проблемы+

2. своевременная оплата исследования заказчиком

3. разработка фильтр-анкеты для опроса участников фокус-группы до ее начала

4. соблюдение тайминга проведения фокус-группы

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ НАСЫЩЕННОСТЬ В КОНТЕКСТЕ ФОКУС-ГРУПП ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

1. достаточное количество участников в каждой фокус-группе

2. ситуация, когда мнение новых респондентов повторяет уже имеющиеся данные+

3. длительность и эмпатическая яркость дискуссии в группе

4. количество заданных вопросов участникам в рамках одной фокус-группы

КЛЮЧЕВЫМ ЭТАПОМ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ ФОКУС-ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. немедленная публикация результатов

2. транскрибирование и кодирование материалов+

3. статистический анализ

4. подготовка презентации

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ГРУППИРОВКИ ДАННЫХ ФОКУС-ГРУППЫ:

1. случайная группировка

2. группировка по демографическим характеристикам

3. тематическая группировка по смысловым блокам+

4. алфавитная группировка

ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ФОКУС-ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сравнительный анализ высказываний участников+

2. статистическая обработка данных

3. графический анализ

4. математическое моделирование

АНАЛИЗ МНЕНИЙ РЕСПОНДЕНТОВ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ РЕАЛИЗУЕТСЯ:

1. с учетом последовательности ответов участников
2. с учетом невербальных составляющих высказываний и поведения респондентов
3. согласно сценарию исследования
4. основываясь на допущениях исследователя в отношении обсуждаемой проблемы+

ГЕРМЕНЕВТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ФОКУС-ГРУППЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. метод статистического анализа данных
2. качественный анализ смыслов и контекстов+
3. количественный анализ высказываний
4. социометрический анализ внутригрупповых отношений

ДИСКУРС-АНАЛИЗ ДАННЫХ ФОКУС-ГРУППЫ ВКЛЮЧАЕТ:

1. анализ высказываний, направленный на выявление скрытых мотивов и неосознанных паттернов поведения+
2. возможности включения участников в панель исследования по близким проблемам
3. оценка соответствия тематических линий беседы гайду исследования с исключением внесценарных блоков
4. статистическое распределение мнений по каждому разделу гайда

НАПРАВЛЕНИЕ В ОБЛАСТИ АНАЛИЗА ТЕКСТОВЫХ ДАННЫХ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА АВТОМАТИЗАЦИЮ ПРОЦЕССОВ РАСПОЗНАВАНИЯ, ПОНИМАНИЯ И ГЕНЕРАЦИИ ТЕКСТОВОЙ ИНФОРМАЦИИ – ЭТО:

1. текст-майнинг+
2. файл-стилинг
3. текст-скроллинг
4. профайлинг

ТЕКСТОВАЯ РАСШИФРОВКА АУДИО- / ВИДЕОЗАПИСИ ИНТЕРВЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. транскрибирование+
2. детализация
3. группирование
4. структурирование

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ В ВИДЕ:

1. массива мнений
2. аудио-записи
3. отчета+
4. тренинга

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ ФОКУС-ГРУППОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАПИСАНИИ НАУЧНОЙ СТАТЬИ ГРУППОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ВОЗМОЖНО:

1. в случае, если в договоре с заказчиком предусматривается эта возможность+
2. в случае, даже если в договоре с заказчиком не предусматривается эта возможность
3. в случае истечения не менее 3 лет с даты проведения исследования
4. невозможно ни при каких обстоятельствах

РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

1. для оптимизации процессов, качества услуг и повышения удовлетворенности пациентов+
2. только для научных публикаций
3. только для оценки персонала в рамках ежегодной отчетности
4. для получения данных по финансовым показателям и уровню дохода пациентов

К КЛАССИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЕВРОПЕ ОТНОСИТСЯ:

1. аптекарский приказ
2. ученичество у целителей и знахарей
3. университеты средневековья с факультетами медицины+
4. онлайн-курсы по повышению квалификации врачей

ТРЕБОВАНИЕ К ВРАЧУ, КОТОРОЕ СТАЛО ОСОБЕННО АКТУАЛЬНЫМ В ЭПОХУ ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ:

1. владение телемедицинскими технологиями+
2. способность к быстрому ручному письму
3. соответствие стандартам красоты
4. физическая активность

В КЛЮЧЕВЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА ПО ДАННЫМ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВХОДИТ:

1. эмоциональный интеллект+
2. конформизм
3. подчинение авторитетам без критического анализа
4. избегание ответственности

К ОСНОВНЫМ ЭТАПАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ВРАЧА ОТНОСИТСЯ:

1. автоматическое получение высшей категории через 5 лет работы
2. изучение иностранных языков как обязательное требование
3. адаптация в клинической среде+
4. участие в спортивных соревнованиях

ДЛЯ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ВРАЧА В XXI ВЕКЕ ХАРАКТЕРНОЙ ТЕНДЕНЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. уменьшение доли женщин в профессии
2. снижение требований к цифровой грамотности
3. рост специализации и узкой квалификации+
4. снижение требований к качеству образования

В ГРАНИЦЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМНОСТИ ВРАЧА ВХОДИТ:

1. назначение лекарств без учёта стандартов и противопоказаний
2. корректировка терапии при наличии противопоказаний к стандартному протоколу+
3. игнорирование жалоб пациентов
4. отказ от использования современных методов диагностики

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. высокая нагрузка и переработки+
2. эмоциональное истощение от контакта с больными
3. бюрократизация труда
4. недостаток признания со стороны общества

НЕ ВЛИЯЕТ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ МОБИЛЬНОСТЬ ВРАЧЕЙ:

1. различия в уровне зарплат между регионами
2. наличие программ поддержки молодых специалистов
3. автоматическое получение высшей категории через 5 лет работы+
4. возможности для научной и преподавательской деятельности

ОСНОВАТЕЛЕМ ЭТИКИ СЧИТАЮТ:

1. Платон (428-347 до н.э.)
2. Сократ (469-399 до н.э.)+
3. Аристотель (384-322 до н.э.)
4. Сенека (4 до н.э. – 65 н.э.)

МОРАЛЬ – ЭТО:

1. форма общественного сознания, в которой отражаются идеи, представления, принципы и правила поведения людей в обществе+
2. понятия добра и зла, закреплённые в законодательной базе государства
3. культура поведения в общественных местах
4. система мышления, отражающая гуманистические основы взаимодействия в обществе

ТЕРМИН «МОРАЛЬ» В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ ВВЕЛ:

1. Сенека
2. Сократ
3. Цицерон+
4. Гомер

РЕПУТАЦИЯ – ЭТО:

1. мнение о нравственном облике человека, сложившееся у окружающих, основанное на его предшествующем поведении+
2. культурный уровень человека
3. наличие у человека системы социальных связей, определяющих его социальный статус в обществе
4. приверженность индивида установленным правилам, нормам, ценностям общества

УМЫШЛЕННО СОВЕРШАЕМОЕ ФИЗИЧЕСКИМ ЛИЦОМ НЕЗАКОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСПОРЯЖЕНИЕ ОХРАНЯЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЧУЖОГО ТВОРЧЕСКОГО ТРУДА, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ДОВЕДЕНИЕМ ДО ДРУГИХ ЛИЦ ЛОЖНЫХ СВЕДЕНИЙ О СЕБЕ КАК О ДЕЙСТВИТЕЛЬНОМ АВТОРЕ – ЭТО:

1. плагиат+
2. недобросовестное цитирование
3. добросовестное цитирование
4. авторское цитирование

ЦИТИРОВАНИЕ ИДЕИ С УКАЗАНИЕМ АВТОРСТВА, НО БЕЗ ОФОРМЛЕНИЯ ССЫЛОЧНОГО АППАРАТА В НАУЧНОЙ СРЕДЕ БУДЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК:

1. плагиат
2. недобросовестное цитирование+
3. добросовестное цитирование
4. авторское цитирование

ЛИТЕРАТУРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ЗАКЛЮЧАЮЩАЯСЯ В СОЧИНЕНИИ, СОСТАВЛЕНИИ И НАПИСАНИИ ТЕКСТОВ (НАУЧНЫХ, УЧЕБНЫХ, ХУДОЖЕСТВЕННЫХ) НА ОСНОВЕ РЯДА ЧУЖИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИЛИ ПРОИЗВЕДЕНИЙ, БЕЗ ИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ТВОРЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ – ЭТО:

1. плагиат
2. недобросовестное цитирование
3. компиляция+
4. авторское цитирование

МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, ОПИСАННАЯ Р. ВИЛСОНОМ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИМ КАК:

1. прикладная
2. взаимная
3. паттерналистская
4. сакральная+

СИНОНИМОМ ЭГАЛИТАРИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. эгоистические ценности
2. социальный контекст власти

3. равенство возможностей+
4. утилитарность

ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО:

1. совокупность этических норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей+
2. совокупность знаний и практических навыков для выполнения действий по оказанию медицинской помощи пациенту
3. практическое руководство в стоматологии
4. наука о долговых обязательствах

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА НЕ РАССМАТРИВАЮТСЯ В РАМКАХ ТЕОРИИ:

1. социальной симметрии+
2. социальных статусов и ролей
3. социальных конфликтов
4. социальных ценностей и норм

АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ «РОЛИ БОЛЬНОГО» КАК «ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРОЕ ПОЗВОЛЯЕТ ИНДИВИДУ ИМЕТЬ ОСОБЫЕ ПРИВИЛЕГИИ В ОБЩЕСТВЕ» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Т. Парсонс+
2. М. Вебер
3. П. Сорокин
4. М. Ковалевский

Т. ПАРСОНС ОПРЕДЕЛЯЕТ «РОЛЬ БОЛЬНОГО» В ОБЩЕСТВЕ КАК:

1. девиантное поведение, которое позволяет индивиду иметь особые привилегии в обществе+
2. девиантное поведение, которое согласовано с нормальной общественной деятельностью
3. девиантное поведение, при котором больной отказывается от помощи врача
4. девиантное поведение, которое способствует укреплению стабильности общества

ЭТИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1. наука о морали+
2. наука о добродетели
3. наука о поведении
4. наука о культуре

СФЕРА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КАСАЮЩАЯСЯ НРАВСТВЕННОГО АСПЕКТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В МЕДИЦИНЕ И БИОЛОГИИ – ЭТО:

1. биоэтика+
2. мультиэтика
3. этика

4. антиэтика

КАК НАЗЫВАЕТСЯ КОДЕКС, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОПЫТОВ НАД ЛЮДЬМИ?

1. Нюрнбергский+
2. Хельсинский
3. кодекс Гиппократ
4. кодекс Освенцима

КЛЮЧЕВЫМ ПРИНЦИПОМ УЧАСТИЯ ЧЕЛОВЕКА В ИССЛЕДОВАНИИ В КАЧЕСТВЕ ИСПЫТУЕМОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. информированное согласие+
2. оплата участия в исследовании
3. международное освещение результатов исследования
4. применение фото и видеофиксации в процессе исследования

В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА МЕДИЦИНЫ, СВОБОДА ЧЕЛОВЕКА РАСПОРЯЖАТЬСЯ СВОЕЙ ЖИЗНЬЮ В СООТВЕТСТВИИ С ЕГО ЖЕЛАНИЯМИ И ЦЕННОСТЯМИ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. информированное согласие+
2. автономия пациента
3. жизненный выбор пациента
4. свобода слова пациента

В РАМКАХ ХОТОНСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ ПРЕДУСМАТРИВАЛОСЬ:

1. изучение роли освещения в производственном процессе+
2. проведение 20 тысяч интервью об отношении людей к труду
3. проведение экспертной фокус-группы
4. оценка уровня конфликтности на производстве

ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ БИОЭТИКИ ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. принцип приоритета прав и уважения достоинства человека+
2. принцип «соблюдения долга»
3. принцип «не навреди»
4. принцип невмешательства

К ГЛАВНЫМ ПРИНЦИПАМ ПО ЭТИКЕ ПРИКЛАДНЫХ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ:

1. информированность о согласии, добровольность участия, конфиденциальность, анонимность, отсутствие вреда+
2. добровольность участия, конфиденциальность, анонимность, отсутствие вреда, получение выгоды
3. добровольность участия, конфиденциальность, анонимность

4. информированность о согласии, добровольность участия, конфиденциальность, анонимность, отсутствие вреда, положительное отношение к теме исследования

КОДЕКСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ, В КОТОРЫХ СИСТЕМАТИЗИРОВАНЫ ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИОЛОГА НЕ ПРИНИМАЮТ ВО ВНИМАНИИ ПРИНЦИПЫ:

1. совместимости результатов социологических исследований+
2. международных и общегосударственных норм
3. действующего законодательства и специфической для отдельных отраслей документации
4. внутреннюю нормативную документацию

ТЕРМИН «БИОЭТИКА» БЫЛ ВВЕДЕН В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ

1. В. Поттером+
2. Ф. Фукуяма
3. С. Шрайвером
4. А. Хеллегером.

КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕОРИЙ ФОКУСИРУЕТСЯ НА РОЛИ СМЫСЛОВ И ИНТЕРПРЕТАЦИЙ В ПРОЦЕССЕ КОММУНИКАЦИИ?

1. теория информационного потока
2. символический интеракционизм+
3. теория когнитивного диссонанса
4. теория социального обмена

ТЕОРИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ АКТОВ А. ШЮТЦА УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО:

1. коммуникация есть исключительно передача информации от отправителя получателю
2. смыслы коммуникации формируются в ходе взаимного согласования ее интерпретации участниками+
3. невербальные и паравербальные сигналы приоритетнее вербализованной коммуникации
4. эффективность коммуникации зависит только от громкости и четкости речи

КЛЮЧЕВАЯ ОСОБЕННОСТЬ СИСТЕМНОЙ ТЕОРИИ КОММУНИКАЦИИ Н. ЛУМАНА СОСТОИТ В ПРИЗНАНИИ, ЧТО КОММУНИКАЦИЯ:

1. является прямым обменом информацией между двумя людьми
2. создаёт и воспроизводит социальные системы, а не просто передаёт сообщения+
3. всегда является однозначной и не зависит от контекста общения
4. выступает механизмом проверки эмоционального интеллекта собеседников

КУЛЬТУРНЫЕ КОДЫ ВАЖНЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ, ПОСКОЛЬКУ ОНИ:

1. определяют как пациенты и врачи интерпретируют слова, жесты и процедуры+
2. обеспечивают коммуникацию в соответствии с правилами этикета
3. влияют на уровень культурного развития пациентов
4. выступают основой общественного договора в рамках института медицины

ПРИМЕРОМ КОНФЛИКТА КУЛЬТУРНЫХ КОДОВ В МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. различие интерпретации прямого зрительного контакта врачом и пациентом (вызов / уважение)+
2. восприятие опоздания пациента на прием (понимание / неуважение)
3. отсутствие англоязычного перевода материалов на информационных стендах клиники
4. непонимание пациентом медицинской терминологии

К ПАРАВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ ОТНОСИТСЯ:

1. семантика и терминологическая насыщенность высказываний
2. интонация, темп, громкость и паузы в речи+
3. жестовое и мимическое сопровождение в общении
4. цветовые сочетания элементов одежды

ПРИМЕРОМ НЕСООТВЕТСТВИЯ ВЕРБАЛЬНЫХ И НЕВЕРБАЛЬНЫХ СИГНАЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ситуация, когда врач говорит, что всё будет хорошо, но избегает взгляда+
2. подробное разъяснение врачом диагноза и назначенного лечения
3. использование врачом понятной терминологии для пациента
4. запись врачом в медицинскую карту пациенту всех устных назначений

ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОГРАФИКИ СОСТОИТ В:

1. украшении стендов, брошюр, сообщений в медицинской организации
2. наглядном и визуально понятном представлении сложной информации+
3. сокращении объема текста для экономии затрат на издание информационных материалов
4. сокращении времени приема за счет предварительного ознакомления пациента с особенностями заболеваний

ДЛЯ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ТИП ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА:

1. патерналистский+
2. коллегиальный
3. демократический
4. интуитивный

УКАЖИТЕ, КАКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

1. патерналистская+

2. демократическая
3. контрактная
4. инженерная

СОВОКУПНОСТЬ ВЗГЛЯДОВ И ПРАКТИК В МЕДИЦИНЕ, ПРИ КОТОРЫХ ВРАЧ ОПРЕДЕЛЯЕТ, ЧТО ЖЕЛАНИЯ ИЛИ ВЫБОР ПАЦИЕНТА НЕ ДОЛЖНЫ ПРИНИМАТЬСЯ ВО ВНИМАНИЕ – это:

1. патернализм+
2. либерализм
3. демократия
4. дарвинизм

ДЛЯ КАКОЙ ИЗ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ХАРАКТЕРНО ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НА ОСНОВЕ ДОВЕРИЯ И ВЗАИМНОГО СОГЛАСИЯ?

1. совещательная модель+
2. патерналистская модель
3. интерпретационная модель
4. информационная модель

ДЛЯ КАКОЙ ИЗ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ХАРАКТЕРНО ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БЕССТРАСТНОГО ВРАЧА И ПОЛНОСТЬЮ НЕЗАВИСИМОГО В СВОИХ РЕШЕНИЯХ ПАЦИЕНТА?

1. информационная модель+
2. совещательная модель
3. патерналистская модель
4. интерпретационная модель

МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, КОТОРАЯ ОСНОВАНА НА ПРЕДСТАВЛЕНИИ О ПАЦИЕНТЕ КАК О «МЕХАНИЗМЕ», КОТОРЫЙ НУЖНО «ПОЧИНИТЬ», ПРИ ЭТОМ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СТОРОНА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МИНИМИЗИРУЕТСЯ – ЭТО:

1. инженерная модель+
2. коллегияльная модель
3. патерналистская модель
4. контрактная модель

ДЛЯ ОБЪЕКТНОГО ПОДХОДА В КОММУНИКАЦИИ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ ХАРАКТЕРНО:

1. пациент рассматривается как активный участник лечебного процесса
2. врач и пациент совместно принимают решения
3. пациент воспринимается как носитель болезни, а не как личность+
4. учитывается эмоциональное состояние пациента

ПОДХОД, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ, ЧТО ПАЦИЕНТ СПОСОБЕН К ОСОЗНАННОМУ ВЫБОРУ И УЧАСТИЮ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ – ЭТО:

1. объектный подход

2. биологический подход
3. субъектный подход+
4. инженерный подход

СЛЕДСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕКТНОГО ПОДХОДА В МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышение доверия пациента к врачу
2. увеличение комплаентности пациента
3. снижение тревожности пациента
4. ощущение потери контроля и автономии у пациента+

АДАПТАЦИЯ К РОЛИ ПАЦИЕНТА ВКЛЮЧАЕТ:

1. полное отрицание болезни и отказ от лечения
2. принятие нового социального статуса, связанного с болезнью, и соответствующих норм поведения+
3. стремление к максимальной автономии независимо от состояния здоровья
4. игнорирование симптомов заболевания

СЛЕДСТВИЕМ ПОТЕРИ ЛИЧНОСТНОЙ АВТОНОМИИ У ПАЦИЕНТА МОЖЕТ БЫТЬ:

1. повышение мотивации к выздоровлению
2. чувство беспомощности и зависимости от врача+
3. активное участие в принятии медицинских решений
4. улучшение эмоционального состояния

ФАКТОРОМ, ЗАТРУДНЯЮЩИМ АДАПТАЦИЮ ПАЦИЕНТА К СВОЕЙ РОЛИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. поддержка со стороны семьи и медицинского персонала
2. высокая степень информированности о болезни
3. резкое ограничение привычной активности и социальных контактов+
4. наличие позитивного примера выздоровления у знакомых

КЛЮЧЕВЫМ ОТЛИЧИЕМ СУБЪЕКТНОГО ПОДХОДА ОТ ОБЪЕКТНОГО В МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. фокус на технических аспектах лечения, а не на эмоциях пациента
2. рассмотрение пациента как активного участника лечебного процесса, способного к осознанному выбору+
3. минимизация вербального общения в пользу инструментальной диагностики
4. передача всей ответственности за лечение врачу

ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ «РОЛИ БОЛЬНОГО», СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ Т. ПАРСОНСА, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отказ от выполнения социальных обязанностей на время болезни+
2. стремление самостоятельно ставить диагноз и назначать лечение
3. полное отрицание болезни и симптомов
4. игнорирование рекомендаций врача ради сохранения привычного образа жизни

СЛЕДСТВИЕМ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРИ АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышение мотивации к выздоровлению
2. формирование выученной беспомощности и пассивности+
3. усиление контроля над своим здоровьем
4. снижение тревожности из-за передачи ответственности врачу

ЭТАПЫ ПРИНЯТИЯ СТАТУСА ПАЦИЕНТА НЕ ВКЛЮЧАЮТ:

1. обсуждение+
2. отрицание
3. гнев
4. торг

ЭТАПЫ ПРИНЯТИЯ СТАТУСА ПАЦИЕНТА НЕ ВКЛЮЧАЮТ:

1. переговоры+
2. депрессия
3. принятие
4. адаптация

ПОД КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНЕ ПОНИМАЕТСЯ:

1. только физическое здоровье и отсутствие болевых ощущений
2. совокупность физического, психологического, социального и духовного благополучия+
3. уровень дохода и материальная обеспеченность пациента
4. частота визитов к врачу и соблюдение назначений

ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. валидизированные опросники+
2. количество дней нетрудоспособности за год
3. индекс массы тела
4. результаты биохимического анализа крови

КАКОЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА?

1. не оказывает никакого влияния при адекватном лечении
2. снижает качество жизни по физическому, эмоциональному, социальному параметрам+
3. улучшает качество жизни за счёт повышенного внимания со стороны близких
4. повышает стрессоустойчивость и адаптационные возможности

К КОМПОНЕНТАМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ВОЗ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. физическое благополучие
2. психологическое состояние
3. генетическая предрасположенность к заболеваниям+

4. окружающая среда и условия жизни

КАКОЙ ФАКТОР НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМО УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА НА ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ?

1. полное излечение от заболевания
2. эффективный контроль симптомов и боли+
3. изоляция от семьи для снижения нагрузки на близких
4. ограничение общения с медицинским персоналом

К СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДИТ:

1. физические ограничения, затрудняющие участие в общественной жизни+
2. избыток свободного времени
3. повышенная коммуникабельность
4. частые визиты друзей и родственников

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. резкое повышение физической активности
2. ухудшение психического здоровья (депрессия, тревожность)+
3. улучшение концентрации внимания
4. снижение потребности в медицинской помощи

ОСОБЕННО УЯЗВИМА К СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ГРУППА
ПАЦИЕНТОВ:

1. пациенты с сезонной аллергией
2. пациенты с редкими (орфанными) заболеваниями+
3. пациенты после плановой вакцинации
4. пациенты с лёгкими простудными заболеваниями

СНИЗИТЬ СОЦИАЛЬНУЮ ИЗОЛЯЦИЮ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ
ПОМОГАЕТ:

1. запрет на использование мобильных телефонов
2. ограничение посещений родственниками
3. организация групповых занятий и терапевтических сообществ+
4. сокращение времени общения с медперсоналом

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ПАЦИЕНТА:

1. отказ от участия в семейных мероприятиях
2. сокращение круга общения
3. регулярное посещение общественных мероприятий+
4. отсутствие интереса к прежним хобби и увлечениям

КУЛЬТУРНЫЕ НОРМЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОСПРИЯТИЕ РОЛИ ВРАЧА В
РАЗНЫХ ОБЩЕСТВАХ, ВКЛЮЧАЮТ:

1. никак не влияют, роль врача универсальна
2. в некоторых культурах врач воспринимается как абсолютный авторитет, в других – как партнёр+

3. везде врач воспринимается исключительно как технический специалист
4. культурные нормы влияют только на внешний вид врача, но не на его роль

КАКОЙ СТЕРЕОТИП О ПАЦИЕНТЕ МОЖЕТ НЕГАТИВНО ПОВЛИЯТЬ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

1. «пациент всегда прав»
2. «пожилые пациенты всегда преувеличивают симптомы» +
3. «пациенты хотят выздороветь»
4. «пациенты доверяют врачам»

ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» ТРАДИЦИОННО ПРЕОБЛАДАЕТ:

1. в культурах с высокой дистанцией власти (например, некоторые азиатские страны)+
2. в культурах индивидуалистического типа
3. в культурах, где доминирует контрактная модель медицины
4. в культурах с низким уровнем доверия к институтам

ВЛИЯНИЕ КУЛЬТУРНЫХ НОРМ НА ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА ИЛЛЮСТРИРУЕТ:

1. выбор цвета одежды для визита к врачу
2. отказ от лечения из-за религиозных убеждений+
3. использование мобильного приложения для записи к врачу
4. желание получить второе мнение

К ЛИЧНОСТНЫМ БАРЬЕРАМ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» ОТНОСИТСЯ:

1. неисправность медицинского оборудования
2. профессиональное выгорание врача и эмоциональная усталость+
3. очередь из других пациентов
4. сложности в оформлении больничного листа

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ПАЦИЕНТА:

1. автоматически повышает доверие к врачу
2. приводит к искажённому восприятию рекомендаций и страху лечения+
3. упрощает объяснение плана терапии
4. стимулирует пациента задавать меньше вопросов

ФАКТОРОМ, УСИЛИВАЮЩИМ ДОВЕРИЕ ПАЦИЕНТА ВРАЧУ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. открытость к вопросам и готовность разъяснять сложные моменты+
2. использование узкоспециализированных терминов
3. подчёркивание высокой стоимости услуг
4. скептическое отношение к альтернативным методам лечения

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ МОЖЕТ СНИЗИТЬ:

1. технические сбои (плохая связь, проблемы с камерой)+
2. предварительная отправка анализов врачом
3. наличие текстового чата для уточнений
4. запись консультации для повторного просмотра

ОБРАЗ «ИДЕАЛЬНОГО ВРАЧА» ВКЛЮЧАЕТ:

1. способность принимать решения без учёта мнения пациента
2. высокий уровень профессионализма и эмпатии+
3. строгость и дистанцированность в общении
4. минимизация времени на приём для увеличения пропускной способности

ХАРАКТЕРИСТИКОЙ «ИДЕАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. полное отрицание болезни и симптомов
2. активное участие в лечении и соблюдение рекомендаций+
3. частая смена лечащих врачей в поисках лучшего варианта
4. отказ от любых диагностических процедур

СОВРЕМЕННУЮ КОНЦЕПЦИЮ «ИДЕАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ» ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ОТРАЖАЕТ:

1. патерналистский, где врач единолично принимает все решения
2. коллегиальный, основанный на партнёрстве и взаимном уважении+
3. инженерный, где пациент воспринимается как «механизм»
4. контрактный, где отношения сводятся только к формальным обязательствам

ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОНЯТИЕ «ПРОФЕССИЯ» НА ЛАТЫНИ?

1. «объявляю своим делом»+
2. «делу-время»
3. «готов работать в этой должности»
4. «наука о работе»

АВТОРОМ КНИГИ «МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФЕССИЯ» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Э. Фрейдсон+
2. Р. Скотт
3. Б. Тернер
4. Г. Беккер

СОВОКУПНОСТЬ ЛИЦ ОДНОЙ ПРОФЕССИИ, ОБЪЕДИНЕННЫХ СХОДНЫМИ ЗНАНИЯМИ И НАВЫКАМИ, ЧУВСТВОМ ИДЕНТИЧНОСТИ С ПРОФЕССИЕЙ И ДРУГИМИ ЕЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ – ЭТО:

1. профессиональная группа+
2. трудовой коллектив
3. ассоциация
4. профсоюз

КАК НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕХОД ИНДИВИДА ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГРУППЫ ИЗ ОДНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ В ДРУГУЮ?

1. профессиональная мобильность+

2. профессиональный стаж
3. профессиональный рост
4. профессиональный престиж

ОБРАЗЕЦ ПОВЕДЕНИЯ И СОВОКУПНОСТЬ ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА, КОТОРЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОЛЛЕКТИВ И ОБЩЕСТВО ПРИЗНАЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ДЛЯ ОБЛАДАТЕЛЯ ДАННОГО СТАТУСА – ЭТО:

1. социальная роль врача+
2. должностные обязанности
3. коммуникативная практика
4. целенаправленное взаимодействие субъекта с объектом для выполнения профессиональных задач

ОСОЗНАННОЕ СОПЕРЕЖИВАНИЕ ТЕКУЩЕМУ ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ СОСТОЯНИЮ ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА БЕЗ ПОТЕРИ ОЩУЩЕНИЯ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЭТОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ – ЭТО:

1. эмпатия+
2. зависимость
3. согласие
4. коммуникация

СПОСОБНОСТЬ ВОСПРИНИМАТЬ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ, ПОНИМАТЬ, УПРАВЛЯТЬ ЭМОЦИЯМИ И СПРАВЛЯТЬСЯ С НИМИ – ЭТО:

1. эмоциональный интеллект+
2. эмпатия
3. стрессоустойчивость
4. культурный уровень

ТЕРМИН «ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ» ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СОТРУДНИКАМ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИНИКИ ВВЕЛ:

1. Г. Фрейденбергер+
2. К. Маслач
3. Дж. Мид
4. Э. Гоффман

КЛЮЧЕВЫМИ ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СОТРУДНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. объем рабочей нагрузки, престиж профессии, униформа
2. объем рабочей нагрузки, организационные условия, эмоциональное напряжение+
3. график работы и значительное количество родственников и друзей
4. неформальные отношения в коллективе, высокий уровень оплаты труда

КЛЮЧЕВЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫГОРАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кратковременная усталость после рабочего дня

2. эмоциональное истощение и снижение профессиональной эффективности+
3. периодическое желание сменить род деятельности
4. раздражительность из-за внешних обстоятельств

ФАКТОРОМ, ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОВОЦИРУЮЩИМ ВЫГОРАНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. чрезмерная нагрузка и отсутствие восстановления+
2. избыток свободного времени
3. большой коллектив
4. гибридный формат работы

НЕ ОТНОСИТСЯ К СТАДИЯМ ВЫГОРАНИЯ ПО МОДЕЛИ М. БУРИША:

1. фаза истощения
2. фаза восстановления без внешних воздействий+
3. фаза снижения уровня собственного участия
4. фаза деструктивного поведения

ХАРАКТЕРНЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ВЫГОРАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. увеличение количества ошибок в работе+
2. улучшение коммуникации с коллегами
3. рост удовлетворённости жизнью
4. усиление эмпатии к окружающим

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВЫГОРАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. преодоление симптомов усталости
2. баланс между работой и отдыхом+
3. увеличение рабочей нагрузки для «закалки»
4. отказ от обсуждения проблем с коллегами

СПЕЦИФИЧНЫМ ФАКТОРОМ ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ответственность за жизнь и здоровье пациентов+
2. отсутствие дедлайнов
3. минимум межличностных контактов
4. низкий уровень стресса на работе

РИСК ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ УСИЛИВАЕТ:

1. высокая регламентированность рабочих процессов
2. бюрократическая нагрузка и избыточная отчётность+
3. автоматизация рутинных задач
4. требование регулярного повышения квалификации

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышенная эмпатия к пациентам
2. циничное отношение к страданиям больных+
3. желание брать дополнительные смены
4. стремление к углублению специализации

СНИЗИТЬ РИСК ВЫГОРАНИЯ В МЕДИЦИНЕ ПОМОГАЕТ:

1. длительный стаж непрерывной работы
2. психологическая поддержка и супервизия+
3. соревнование между врачами за показатели
4. запрет на обсуждение сложных случаев

СНИЗИТЬ РИСК ВЫГОРАНИЯ В МЕДИЦИНЕ ПОМОГАЕТ:

1. сокращение штата для повышения нагрузки
2. внедрение программ психологической разгрузки+
3. ограничение доступа к современным методам лечения
4. отсутствие обратной связи от руководства

К СТАДИЯМ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА ПО Г. СЕЛЬЕ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. перегруженность+
2. сопротивляемость
3. тревога
4. истощение

К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ САМОПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. адаптация+
2. когнитивная реструктуризация
3. медитация
4. релаксация

МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИЗМЕРЯЮТ:

1. возрастные показатели и физическое здоровье
2. совокупность физического, психологического и социального благополучия+
3. социально-экономический статус и уровень дохода пациента
4. количество пройденных медицинских обследований

ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОНКОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. шкала депрессии Бека
2. опросник EORTC QLQ-C30+
3. шкала тревожности Спилбергера
4. тест Роршаха

НЕ ВХОДИТ В СТАНДАРТНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ:

1. физическая активность
2. социальное функционирование
3. генетический паспорт пациента+
4. боль и дискомфорт

МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ:

1. для мониторинга эффективности лечения и реабилитации+
2. для определения страхового стажа
3. для выбора места госпитализации
4. для составления расписания приёма

В ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЕЖИТ:

1. субъективная оценка пациентом своего состояния+
2. объективные лабораторные показатели
3. мнение родственников пациента
4. анализ генетических маркеров

ОПРОСНИК МАСЛАЧ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ:

1. уровень интеллекта
2. степень профессионального выгорания+
3. уровень физической подготовки
4. социальный статус

КОЛИЧЕСТВО ШКАЛ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЕТ ОПРОСНИК МАСЛАЧ:

1. 3+
2. 2
3. 4
4. 5

ШКАЛА, КОТОРАЯ НЕ ВХОДИТ В ОПРОСНИК МАСЛАЧ:

1. эмоциональное истощение
2. деперсонализация
3. редукция профессиональных достижений
4. уровень тревожности+

НА ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ВЫГОРАНИЯ СОГЛАСНО ОПРОСНИКУ МАСЛАЧ УКАЗЫВАЕТ ВЫБОР ВАРИАНТА ОТВЕТА:

1. «ежедневно»+
2. «раз в год»
3. «редко»
4. «иногда»

ОПРОСНИК МАСЛАЧ АДАПТИРОВАН ДЛЯ:

1. врачей
2. представителей помогающих профессий (врачи, учителя, социальные работники и др.)+
3. офисных работников и специалистов ИТР
4. специалистов руководящего звена

АББРЕВИАТУРА SF-36 ОЗНАЧАЕТ:

1. short form 36+
2. standard formula 36
3. social function 36
4. scientific framework 36

КОЛИЧЕСТВО ШКАЛ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЕТ ОПРОСНИК SF-36:

1. 4
2. 6
3. 8+
4. 10

В ОПРОСНИКЕ SF-36 ОТСУТСТВУЕТ ШКАЛА:

1. физическое функционирование
2. ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием
3. интенсивность боли
4. генетическая предрасположенность к болезням+

SF-36 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ДЛЯ:

1. оценки общего качества жизни до и после лечения+
2. диагностики конкретных заболеваний
3. расчёта дозировки лекарств
4. определения группы инвалидности

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ SF-36 ПОКАЗЫВАЕТ:

1. чем выше балл по шкале, тем хуже качество жизни
2. чем выше балл по шкале, тем лучше качество жизни+
3. баллы не имеют клинического значения
4. результаты сравнивают только внутри одной возрастной группы

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:

1. медицинская коммуникация+
2. врачебная триангуляция
3. профессиональная верификация
4. личностная дискриминация

ОБЩЕНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПО ВОПРОСАМ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК:

1. профессиональная дискриминация
2. пациентская коммуникация
3. медицинская коммуникация+
4. оздоровительная коммуникация

ОБМЕН ИНФОРМАЦИЕЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ ПО ВОПРОСАМ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК:

1. профессиональная коммуникация+
2. полупрофессиональная коммуникация

3. должностная информация
4. ситуативная коммуникация

ОБЩЕНИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ВЗАИМОПОНИМАНИЮ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕЕ КАК ЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ, ТАК И ТИП ГИБКОГО СОЦИАЛЬНОГО ПОРЯДКА, ВОССТАНАВЛИВАЕМОГО И ВИДОИЗМЕНЯЕМОГО В ХОДЕ ДИСКУССИИ – это:

1. коммуникация+
2. мотивация
3. сегрегация
4. стабилизация

ФЕНОМЕН В МАССОВОЙ КОММУНИКАЦИИ, КОГДА АУДИТОРИЯ ИСПЫТЫВАЕТ УСТАЛОСТЬ ОТ МНОГОКРАТНОГО ПОВТОРЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

1. эффект насыщения+
2. правило обучения
3. результат коммуникации
4. коэффициент отклика

ЧЕЛОВЕК, ПОЛУЧАЮЩИЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ПОДВЕРГАЮЩИЙСЯ МЕДИЦИНСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ И/ЛИ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПОВОДУ КАКОГО-ЛИБО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИЛИ ИНОГО НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, А ТАКЖЕ ПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ У НЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ – ЭТО:

1. пациент+
2. дивергент
3. респондент
4. реципиент

КАКОЙ ФАКТОР НЕ ВЛИЯЕТ НА ВОСПРИЯТИЕ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ Д. МЕХАНИКА?

1. наличие у пациента интернета+
2. культурный уровень пациента
3. объем медицинских знаний у пациента
4. размер социальной и физической нетрудоспособности

ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. осознанный выбор моральных принципов и правил поведения+
2. уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм;
3. безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным;
4. приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного.

КАКОЙ ФАКТОР НЕ ВЛИЯЕТ НА ВОСПРИЯТИЕ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧА?

1. сложное название заболевания+
2. вероятность летального исхода заболевания
3. болевая характеристика болезни
4. влияние болезни на социальную активность

КАКОЙ ТИП ПРОЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ НЕ УКАЗАН В КОНЦЕПЦИИ А.Е. ЛИЧКО И Н.Я. ИВАНОВА?

1. оптимальный+
2. гармоничный
3. эргопатичный
4. тревожный

КАКОЙ ТИП ПРОЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ НЕ УКАЗАН В КОНЦЕПЦИИ А.Е. ЛИЧКО И Н.Я. ИВАНОВА?

1. спокойный+
2. анозогностический
3. тревожный
4. ипохондрический

КАКОЙ ТИП ПРОЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ НЕ УКАЗАН В КОНЦЕПЦИИ А.Е. ЛИЧКО И Н.Я. ИВАНОВА?

1. истеричный+
2. неврастенический
3. меланхолический
4. апатичный

КАКОЙ ТИП ПРОЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ НЕ УКАЗАН В КОНЦЕПЦИИ А.Е. ЛИЧКО И Н.Я. ИВАНОВА?

1. деспотический+
2. сензитивный
3. эгоцентрический
4. паранояльный

КАКИЕ ФАКТОРЫ НЕ ВЛИЯЮТ НА ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ Ж. ЛАКАНА?

1. наличие детей у врача+
2. пол
3. возраст
4. вероисповедание

НЕ ОТНОСИТСЯ К ФОРМАМ ЦИФРОВОЙ КОММУНИКАЦИИ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ:

1. телемедицинская консультация через видеосвязь
2. обмен сообщениями в защищённом медицинском чате

3. личное посещение поликлиники для планового осмотра+
4. дистанционный мониторинг показателей здоровья через носимые устройства

КЛЮЧЕВЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. возможность получить консультацию без посещения клиники+
2. увеличение времени ожидания приёма
3. усложнение процедуры записи к врачу
4. ограничение доступа к собственной медицинской информации

ВЕСТИ ЭЛЕКТРОННЫЙ ОБМЕН МЕДИЦИНСКИМИ ДАННЫМИ МЕЖДУ КЛИНИКАМИ ПОЗВОЛЯЕТ ТЕХНОЛОГИЯ:

1. бумажные амбулаторные карты
2. единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)+
3. личные мессенджеры врачей
4. электронная почта без шифрования

ОСНОВНЫМ РИСКОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕСЕРТИФИЦИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРИЛОЖЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. утечка персональных данных и нарушение конфиденциальности+
2. ускорение процесса лечения
3. улучшение взаимодействия с врачом
4. снижение стоимости медицинских услуг

НЕ ВХОДИТ В КОНЦЕПЦИЮ «УМНОЙ КЛИНИКИ»:

1. автоматизированная система записи на приём
2. электронный документооборот
3. ручное заполнение всех медицинских карт+
4. онлайн-доступ пациентов к результатам анализов

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ СБОРА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ОТ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. опрос в мобильном приложении клиники+
2. устные комментарии при выписке
3. записи в книге жалоб и предложений
4. сообщения в социальных сетях без модерации

КЛЮЧЕВЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ЦИФРОВЫХ СЕРВИСАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. персонализация услуг и учёт индивидуальных потребностей+
2. ограничение доступа к информации о врачах
3. обязательное заполнение длинных анкет при каждом визите
4. отсутствие возможности онлайн-записи

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИФРОВЫХ СЕРВИСОВ В МЕДИЦИНЕ ОТРАЖАЕТ:

1. количество установленных приложений без учёта их использования
2. доля пациентов, удовлетворённых удобством онлайн-записи+
3. число технических сбоев в системе
4. количество жалоб на интерфейс сайта

ВОВЛЕЧЁННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЦИФРОВЫХ СЕРВИСОВ:

1. уведомления о необходимости профилактических осмотров+
2. автоматическое увеличение стоимости услуг
3. ограничение общения с врачом текстовыми сообщениями
4. удаление истории обращений через 30 дней

ВНЕДРЕНИЮ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫХ ЦИФРОВЫХ СЕРВИСОВ ПРЕПЯТСТВУЕТ:

1. высокая цифровая грамотность населения
2. недостаточная подготовка врачей к работе с новыми технологиями+
3. наличие высокоскоростного интернета в клиниках
4. интернет-просвещенность пациентов

НА УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПАЦИЕНТА ЛЕЧЕНИЕМ ВЛИЯЕТ:

1. цвет стен в поликлинике
2. отношение персонала и качество общения+
3. количество кабинетов в клинике
4. дизайн сайта медицинского учреждения

О НИЗКОЙ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. высокий процент повторных визитов
2. частые жалобы на длительное ожидание приёма+
3. большое количество положительных отзывов
4. активное использование онлайн-сервисов

УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПАЦИЕНТА МОЖЕТ БЫТЬ ПОВЫШЕНА, ЕСЛИ:

1. четко разъяснить диагноз и план лечения+
2. сократить время приема врача
3. использовать исключительно медицинскую терминологию в общении
4. не обсуждать альтернативные методы лечения, придерживаться установленного плана

НЕ ВЛИЯЕТ НА УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ ПАЦИЕНТА:

1. качество питания
2. чистота палат
3. профессионализм врачей
4. личные политические взгляды пациента+

ФАКТОРОМ, УКРЕПЛЯЮЩИМ ДОВЕРИЕ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ», ЯВЛЯЕТСЯ:

1. прозрачность информации о диагнозе и прогнозе+
2. отказ от ответов на сложные вопросы
3. подчёркивание собственной квалификации
4. игнорирование опасений пациента

В ОСНОВЕ ЭМПАТИЧЕСКОГО ПОНИМАНИЯ ВРАЧА ЛЕЖИТ:

1. полное погружение в переживания пациента без сохранения профессиональной дистанции
2. осознанное стремление понять чувства пациента без потери объективности+
3. игнорирование эмоционального состояния больного
4. сравнение случая пациента с другими для унификации лечения

НЕДОСТАТОК ЭМПАТИИ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА:

1. укрепляет уверенность в профессионализме
2. вызывает ощущение безразличия и снижает доверие+
3. стимулирует самостоятельность в лечении
4. ускоряет процесс выздоровления

ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДОВЕРИЯ КРИТИЧЕСКИ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. скорость речи врача
2. способность врача понять чувства пациента+
3. строгий тон в общении
4. минимизация зрительного контакта

ОСНОВНОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ ПАТЕРНАЛИСТСКОЙ МОДЕЛИ В КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО:

1. пациент получает слишком много информации о лечении
2. врач принимает решения единолично, ограничивая автономию пациента+
3. врач полностью передаёт ответственность за лечение пациенту
4. отсутствует формальная документация о лечении

ОСНОВНОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЦИФРОВИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ:

1. снижение стоимости медицинских услуг
2. конфликт между удобством онлайн-консультаций и потребностью в личном контакте+
3. упрощение процедуры получения лекарств
4. увеличение времени приёма у врача из-за технических сбоев

ОСНОВНОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ МЕЖДУ ОЖИДАНИЯМИ ПАЦИЕНТА И ВОЗМОЖНОСТЯМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:

1. пациент ожидает мгновенного выздоровления, а медицина гарантирует только постепенное лечение+
2. врачи всегда имеют достаточно времени для каждого пациента
3. пациенты не хотят получать информацию о побочных эффектах лекарств

4. все клиники оснащены новейшим оборудованием

ОСНОВНОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СВЯЗАННОЕ С РОСТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:

1. пациенты полностью отказываются от помощи врачей
2. самодиагностика по интернету приводит к конфликтам с врачами из-за разных трактовок диагноза+
3. врачи перестают изучать новые методы лечения
4. снижается количество обращений за медицинской помощью

ЭТИЧЕСКОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО:

1. бесплатные услуги становятся доступнее
2. возникает конфликт между необходимостью лечения и его стоимостью для пациента+
3. снижается нагрузка на врачей из-за отказа пациентов от медицинской помощи
4. врачи получают меньше дохода

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧА НА КОММУНИКАЦИЮ С ПАЦИЕНТОМ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:

1. снижается количество жалоб пациентов
2. повышается вероятность раздражительности и недопонимания+
3. улучшается коммуникация за счёт формализации общения
4. стимулируется поиск нестандартных решений врачом

СНИЖЕНИЮ ВЕРОЯТНОСТИ КОНФЛИКТОВ В СТАЦИОНАРЕ СПОСОБСТВУЕТ:

1. ограничение посещений родственников
2. чёткие инструкции для пациентов о правилах пребывания+
3. отсутствие обратной связи от медицинского персонала
4. запрет на использование мобильных телефонов

КАКОЙ МЕХАНИЗМ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ПРЕДПОЛАГАЕТ ПРИВЛЕЧЕНИЕ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ?

1. медиация с участием психолога или администратора клиники+
2. игнорирование проблемы
3. публичная критика врача в соцсетях
4. отказ от дальнейшего лечения

ПЕРВЫМ ШАГОМ В АЛГОРИТМЕ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. абстрактные извинения без анализа ситуации
2. выслушивание обеих сторон и фиксация претензий +
3. поиск виноватого среди персонала
4. перенаправление пациента к другому врачу без объяснений

ПРЕДОТВРАТИТЬ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ КОНФЛИКТЫ В КЛИНИКЕ ПОМОГАЕТ:

1. отсутствие регламента работы персонала
2. разработка чётких стандартов обслуживания и информирование пациентов о них+
3. частая смена графика работы врачей
4. запрет на обратную связь от пациентов в любой форме

НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИНЦИПАМ КОНСТРУКТИВНОГО РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА:

1. признание возможности ошибки с обеих сторон
2. поиск компромисса с учётом интересов пациента и возможностей системы
3. абстрактная критика личности врача или пациента+
4. фиксация договорённостей в письменной форме

ОСНОВАННАЯ НА МАРКСИЗМЕ СОЦИАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ, КОТОРАЯ УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО ИНДИВИДЫ И ГРУППЫ (СОЦИАЛЬНЫЕ КЛАССЫ) ВНУТРИ ОБЩЕСТВА ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ НА ОСНОВЕ КОНФЛИКТА, А НЕ КОНСЕНСУСА НАЗЫВАЕТСЯ:

1. теория конфликта+
2. теория солидарности
3. теория малых групп
4. теория социальных систем

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ИНДИВИДОВ, ГРУПП, ОБЪЕДИНЕНИЙ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ИХ НЕСОВМЕСТИМЫХ ВЗГЛЯДАХ, ПОЗИЦИЯХ И ИНТЕРЕСАХ – ЭТО:

1. конфликт+
2. солидарность
3. групповая динамика
4. объединение

РОЛЕВЫМ КОНФЛИКТОМ В СОЦИОЛОГИИ НАЗЫВАЮТ:

1. противоречия, возникающие между функциями, выполняемыми одним человеком+
2. отсутствие выполняемых человеком социальных функций
3. явления социальной маргинальности
4. явление большого количества социальных функций у человека

КОНФЛИКТ В ПЕРЕВОДЕ С ЛАТИНСКОГО ОЗНАЧАЕТ:

1. столкновение+
2. соглашение
3. отличие
4. общение

ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОНФЛИКТОЛОГИИ КАК ОТНОСИТЕЛЬНО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ТЕОРИИ СВЯЗАНО С РАБОТАМИ:

1. Р. Дарендорфа, Л. Козера, К. Боулинга, Р. Мертон+
2. В. Ленина, К. Маркса и Ф. Энгельса
3. П. Сорокина, Г. Зиммеля, З. Фрейда
4. Т. Парсонса, Р. Парка, Т. Знанецкого

ПО СТЕПЕНИ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ЛЮДЕЙ В КОНФЛИКТ ВЫДЕЛЯЮТ (ИСКЛЮЧИТЕ ЛИШНЕЕ):

1. внутриличностные+
2. межличностные
3. межгрупповые
4. классовые

КОНФЛИКТ РАССМАТРИВАЕТСЯ В СОЦИОЛОГИИ КАК:

1. особый тип социального взаимодействия+
2. разрушение социальных связей
3. нездоровыми отношениями
4. источником мнений респондентов

ПРАВО ГРАЖДАН РФ НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПО ВОЗРАСТУ, В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ, ИНВАЛИДНОСТИ, ПОТЕРИ КОРМИЛЬЦА, ДЛЯ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И В ИНЫХ СЛУЧАЯХ, УСТАНОВЛЕННЫХ ЗАКОНОМ, ЗАКРЕПЛЕНО В:

1. Конституции РФ+
2. Уставе ООН
3. Резолюции ВОЗ
4. Постановлении Правительства РФ

ПРАВО ГРАЖДАН РФ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЗАКРЕПЛЕНО В:

1. Конституции РФ+
2. Уставе ООН
3. Резолюции ВОЗ
4. Постановлении Правительства РФ

ТРУДОВАЯ (ОПЛАЧИВАЕМАЯ) ЗАНЯТОСТЬ ЭКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ЧАСТИ НАСЕЛЕНИЯ – ЭТО:

1. профессиональная занятость+
2. трудовая активность
3. кадровый резерв
4. кадровое замещение

ПРОЦЕСС ПЕРЕДВИЖЕНИЯ (ПЕРЕСЕЛЕНИЯ) НАСЕЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ МЕЖДУНАРОДНУЮ ГРАНИЦУ ЛИБО ВНУТРИ СТРАНЫ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИН:

1. миграция+

2. туризм
3. изменение уровня жизни
4. дислокация

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ (ВЪЕЗД) НАСЕЛЕНИЯ ОДНОЙ СТРАНЫ (ГОСУДАРСТВА) В ДРУГУЮ НА ВРЕМЕННОЕ ИЛИ ПОСТОЯННОЕ ПРОЖИВАНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К СТРАНЕ ВЪЕЗДА – ЭТО:

1. иммиграция+
2. миграция
3. эмиграция
4. резиденция

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ (ВЫЕЗД) НАСЕЛЕНИЯ ИЗ СТРАНЫ (ГОСУДАРСТВА) ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ В ДРУГУЮ НА ПОСТОЯННОЕ ПРОЖИВАНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К СТРАНЕ ВЫЕЗДА – ЭТО:

1. эмиграция+
2. иммиграция
3. миграция
4. резиденция

К ФАКТОРАМ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. транспортная обеспеченность+
2. социально-политическая ситуация
3. исторические условия
4. культурные особенности

К ФАКТОРАМ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. генотип населения+
2. уровень развития экономики
3. демографические показатели
4. миграционные процессы

К ФАКТОРАМ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. наличие турпутевки+
2. уровень образования
3. личностные качества
4. умственные и физические способности

СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ Э. ДЮРКГЕЙМА, СОЦИАЛЬНАЯ СОЛИДАРНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ДВУХ ВИДОВ:

1. механическая и органическая+
2. политическая и экономическая
3. системная и хаотическая
4. конструируемая и неотъемлемая

В ПАРАМЕТРЫ КЛАССОВОГО СТАТУСА, ВЫДЕЛЕННЫЕ М. ВЕБЕРОМ, НЕ ВКЛЮЧЕН:

1. умственные и физические способности+
2. материальные условия жизни
3. степень товарного обеспечения
4. неудовлетворенность своим социальным положением

ПОНЯТИЕ «МАРГИНАЛЬНОСТЬ» ДЛЯ ОПИСАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРОБЛЕМ АДАПТАЦИИ МИГРАНТОВ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ ЖИЗНИ ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ:

1. Р. Парк+
2. Т. Парсонс
3. Р. Мертон
4. Э. Дюркгейм

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. предначертанным+
2. прирожденным
3. приобретенным
4. приписываемым

АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ ЖИЗНЕННОЙ ПОЛИТИКИ БЫЛ:

1. Э. Гидденс+
2. Н. Роуз
3. М. Фуко
4. Т. Парсонс

ТЕРМИН «ГРУППОВАЯ ДИНАМИКА» ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ:

1. К. Левин+
2. Э. Гоффман
3. Э. Гиддернс
4. М. Вебер

ТИП ОБЩЕСТВА, В КОТОРОМ ПРЕОБЛАДАЕТ НИЗКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ МОБИЛЬНОСТЬ:

1. традиционное+
2. капиталистическое
3. информационное
4. постинформационное

КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СООБЩЕСТВ ИМЕЕТ СТАТУС СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА:

1. семья+
2. школьный класс
3. общество кардиологов России
4. ВОЗ

СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ИЛИ ПОРЯДОК ОБЩЕСТВЕННОГО УСТРОЙСТВА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕКОТОРОГО МНОЖЕСТВА ИНДИВИДОВ ТОГО ИЛИ ИНОГО СООБЩЕСТВА – ЭТО:

1. социальный институт+
2. общественные традиции
3. законодательная база общества
4. разделение труда

ПРЕДПОСЫЛКОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЮБОГО СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. формирование устойчивых социальных стереотипов
2. возникновение общественной потребности+
3. наличие конкретных организационных оснований (здания, кадрового состава, регламентирующей документации)
4. разделение труда

К ФУНКЦИЯМ СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА НЕ ОТНОСЯТ:

1. социализацию
2. воспроизводство
3. управление
4. анализ+

СОЦИАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ МОГУТ БЫТЬ:

1. форменными
2. неформальными+
3. комбинаторными
4. составными

К СОЦИАЛЬНЫМ ИНСТИТУТАМ МОЖНО ОТНЕСТИ:

1. общество охотников
2. конференцию
3. российское общество социологов
4. семью+

НАЗОВИТЕ СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ, КОТОРЫЙ ФОРМИРУЕТ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ:

1. образование
2. семья
3. религия
4. верно все перечисленное+

ПОНЯТИЕ «ДИСФУНКЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА» ВВЕЛ:

1. Р. Мертон+
2. Г. Зиммель
3. О. Конт
4. Т. Парсонс

ЧУВСТВО ДИСКОМФОРТА, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С НЕПРИВЫЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ, ОСОБЕННОСТЯМИ ДРУГОЙ КУЛЬТУРЫ – ЭТО:

1. «культурный страх»
2. «культурный шок»+
3. «культурный удар»
4. «культурный бред»

КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СООБЩЕСТВ ИМЕЕТ СТАТУС СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА:

1. государство+
2. спортивная секция
3. общество социологов России
4. ООН

ПОЗИЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В ОБЩЕСТВЕ В СООТВЕТСТВИИ С ЕГО СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ – ЭТО:

1. социальный статус+
2. социальная роль
3. социальная значимость
4. социальный лифт

СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ – ЭТО:

1. поведение человека, позволяющие достигнуть более высокого карьерного положения
2. совокупность определенных функций, которые индивид выполняет в социальных группах и обществе, соответствующих его социальному статусу+
3. положение человека в обществе, определенное необходимостью поддержания социальных взаимоотношений
4. поведение индивида, соответствующее ритуалам взаимодействия в рамках общества

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ИНДИВИДА ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

1. до совершеннолетия
2. всю жизнь+
3. в течение периода активного поддержания социальных связей в конкретной социальной группе
4. до момента создания семьи

РОЛЕВЫМ КОНФЛИКТОМ В СОЦИОЛОГИИ НАЗЫВАЮТ:

1. отсутствие выполняемых человеком социальных функций
2. противоречия, возникающие между функциями, выполняемыми одним человеком+
3. явления социальной маргинальности
4. явление большого количества социальных функций у одного человека

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ЧЕЛОВЕКА БАЗИРУЕТСЯ НА ВЫПОЛНЕНИИ:

1. нескольких социальных ролей+
2. одной конкретной социальной роли
3. правил поведения в обществе
4. профессиональных обязанностей

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ ОН ПОЛУЧАЕТ ПО ПРАВУ РОЖДЕНИЯ, НАЗЫВАЮТ:

1. приобретаемый
2. достигаемый
3. выполняемый
4. предписанный+

РЕФЕРЕНТНАЯ ГРУППА – ЭТО:

1. социальная группа референтов, принявшая участие в исследовании
2. социальная группа, к которой принадлежит респондент
3. социальная группа, в системе диспозиций которой индивид играет ведущую роль
4. социальная группа, система ценностей и норм которой выступает для индивида эталоном+

В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ ПОНЯТИЕ «СОЦИАЛЬНОГО НАБОРА» КАК СОВОКУПНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ СТАТУСОВ ЧЕЛОВЕКА ВВЕЛ:

1. Т. Парсонс
2. П. Сорокин
3. Р. Мертон+
4. Э. Дюркгейм

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ЧЕЛОВЕКА НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

1. уровня дохода
2. образа жизни
3. уровня образования
4. моды+

ВЗАИМОДЕЙСТВУЮЩИЕ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОТОРЫХ КООРДИНИРУЕТСЯ И УПРАВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ОБЩЕЙ ЦЕЛИ ЭТО:

1. социальная организация+
2. социальная страта
3. социальная группа
4. социальный институт

СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА, КОТОРАЯ СЛУЖИТ ЭТАЛОНОМ (ОРИЕНТИРОМ) ПРИ ОЦЕНКАХ И РЕШЕНИЯХ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. идеальной группой
2. первичной группой
3. референтной группой+
4. вторичной группой

СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ Т. ПАРСОНСА, УСТОЙЧИВЫЙ КОМПЛЕКС ПРАВИЛ, НОРМ И УСТАНОВОК, КОТОРЫЙ РЕГУЛИРУЕТ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПРЕОБРАЗУЕТ ЕГО В СИСТЕМУ РОЛЕЙ И СТАТУСОВ – ЭТО:

5. социальная система+
6. лабиринт общественных связей
7. законодательная база
8. паттерны социального поведения

ТИП ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ, СВЯЗАННЫЙ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОСОБОГО РОДА СОЦИАЛЬНЫХ ОБЩНОСТЕЙ (МАССА) И ОТРАЖАЮЩИЙ РАЗЛИЧНЫЕ СТОРОНЫ ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА – ЭТО:

1. массовое сознание+
2. групповой процесс
3. культурный лаг
4. традиционные установки

ВНУТРЕННЕЕ ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕЕ СУБЪЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНУЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ ИНДИВИДА В ЕГО СВЕРШЕНИИ – это:

1. мотивация+
2. сублимация
3. конкордация
4. генерация

ОТДЕЛЬНЫЙ ЧЕЛОВЕК КАК ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ, КАК СУБЪЕКТ ОТНОШЕНИЙ И СОЗНАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, В ПРОЦЕССЕ КОТОРОЙ ОН СОЗДАЕТ, ВОСПРОИЗВОДИТ И ИЗМЕНЯЕТ СОЦИАЛЬНУЮ РЕАЛЬНОСТЬ – ЭТО:

1. личность+
2. общность
3. лидер
4. субъект

ЕДИНСТВО УБЕЖДЕНИЙ И ДЕЙСТВИЙ, ВЗАИМОПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА ЧЛЕНОВ СОЦИАЛЬНОЙ ГРУППЫ, ОСНОВЫВАЮЩИЕСЯ НА ОБЩНОСТИ ИНТЕРЕСОВ И НЕОБХОДИМОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ОБЩИХ ГРУППОВЫХ ЦЕЛЕЙ – ЭТО:

1. солидарность+
2. коммуникация
3. группировка
4. командность

КОМПЛЕКС ХАРАКТЕРИСТИК, ОТРАЖАЮЩИЙ СИСТЕМУ ЦЕННОСТЕЙ, УСТАНОВОК И МОТИВОВ ПОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДА В СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЕ – ЭТО:

1. социальное здоровье+
2. здоровый образ жизни
3. общественное здоровье
4. физическое благополучие

СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ, СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ Э. ГОФФМАНА, ВКЛЮЧАЕТ:

1. реальную и виртуальную идентичность+
2. личную и общественную позицию
3. культурные и личностные установки
4. внешнее и внутреннее управление

ПОНЯТИЕ «ИДЕАЛЬНЫЙ ТИП» ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ В СОЦИОЛОГИИ:

1. М. Вебер+
2. Э. Гоффман
3. Э. Гиддернс
4. Г. Мид

ПОНЯТИЕ «СОЦИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ» ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ В СОЦИОЛОГИИ:

1. М. Вебер+
2. Э. Гоффман
3. Э. Гиддернс
4. Г. Мид

ПОНЯТИЕ «ОБОБЩЕННЫЙ ДРУГОЙ» ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ В СОЦИОЛОГИИ:

1. Г. Мид+
2. Э. Гоффман
3. Э. Гиддернс
4. М. Вебер

ДРАМАТУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОНЦЕПЦИИ СИМВОЛИЧЕСКОГО ИНТЕРАКЦИОНИЗМА, ИСПОЛЗУЕМЫЙ В МИКРОСОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПОВСЕДНЕВНОГО СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ:

1. Э. Гоффман+
2. Э. Гиддернс
3. Дж. Мид
4. М. Вебер

ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА СИСТЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАТРАГИВАЕТ УРОВЕНЬ:

1. первичной медико-санитарной помощи+
2. специализированной медицинской помощи

3. высокотехнологической медицинской помощи
4. паллиативной медицинской помощи

УКАЖИТЕ, КАКАЯ МОДЕЛЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ:

1. бюджетно-страховая+
2. бюджетная
3. страховая
4. частно-государственная

К СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. аллергия+
2. туберкулез
3. сахарный диабет
4. ВИЧ-инфекция

К СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. экзема+
2. туберкулез
3. инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
4. сахарный диабет

УРОВНЕМ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. смешанный+
2. индивидуальный
3. групповой
4. региональный

К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТАТИСТИКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. показатели годовой инфляции+
2. состав населения
3. количество родившихся
4. миграционный прирост населения

ВИД ПРОФИЛАКТИКИ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ СИСТЕМУ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА, У КОТОРОГО СНИЖЕНА ИЛИ УТРАЧЕНА ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ БОЛЕЗНИ ИЛИ ТРАВМЫ:

1. третичная+
2. первичная
3. вторичная
4. смешанная

ВРАЧ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ОКАЗЫВАЮЩИЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ В ПЕРИОД ЕГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ – ЭТО:

1. лечащий врач+
2. главный врач
3. врач приемного отделения
4. врач-статист

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ОСОБОГО ТИПА:

1. больница скорой медицинской помощи+
2. бюро медико-социальной экспертизы
3. медицинский информационно-аналитический центр
4. клинико-диагностическая лаборатория

ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ЕЕ ПОЛУЧЕНИИ ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. выбор лекарственных препаратов и обследований в соответствии со своими предпочтениями+
2. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала
3. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании пациента и его лечении
4. отказ от медицинского вмешательства

ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ЕЕ ПОЛУЧЕНИИ ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. проведение процедуры эвтаназии в присутствии адвоката или законного представителя для защиты своих прав+
2. выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования
3. обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям
4. проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов

УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. МСЭ+
2. ПМО
3. ВКК
4. ЕМИАС

НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство+

2. отсутствие у пациента социальных противопоказаний для проведения медицинского вмешательства
3. согласие страховой медицинской организации на оплату необходимого пациенту медицинского вмешательства
4. информированное добровольное согласие врача на медицинское вмешательство с учетом анамнеза пациентов и рисков

ПРЕДОТВРАТИМЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТОГО, ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ОН ОЧЕВИДНЫМ ИЛИ ВРЕДНЫМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА – ЭТО:

1. медицинская ошибка+
2. клиническая оплошность
3. технологический баг
4. нарушение процедуры

УХУДШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ИЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА, НЕНАМЕРЕННО СПРОВОЦИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ – ЭТО:

1. ятрогенез+
2. этногенез
3. онтогенез
4. антропогенез

ПОЯВЛЕНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВА, НЕ ОКАЗЫВАЮЩЕГО ПОДОБНОГО ФИЗИЧЕСКОГО, ХИМИЧЕСКОГО ИЛИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. эффект ноцебо+
2. медицинская пустышка
3. явление плацебо
4. результат имитации

УЛУЧШЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ ЧЕЛОВЕКА БЛАГОДАРЯ ТОМУ, ЧТО ОН ВЕРИТ В ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА, ПРОЦЕДУР ИЛИ УПРАЖНЕНИЙ, В ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕЙТРАЛЬНЫХ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. эффект плацебо+
2. правило ноцебо
3. ресурс системы
4. явление комплаенса

РАСПРОСТРАНЕНИЕ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, И ИНФОРМАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОННОЙ ИНФОРМАЦИИ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ – ЭТО:

1. телемедицина+
2. социальная коммуникация
3. медицинская инновация

4. медицинская пропаганда

СРЕДИ ДОСТОИНСТВ ЧАСТНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ:

1. доброжелательность медицинского персонала+
2. доступность для любых слоев населения
3. низкая стоимость услуг
4. личная заинтересованность частных врачей в выписке определенных лекарств

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НАПРАВЛЕН НА:

1. анализ потребности пациентов в медицинских услугах+
2. изучение спроса на медицинские услуги
3. увеличение объема услуг
4. снижение объема услуг

ПРИ ОЦЕНКЕ И ИЗУЧЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ВЫДЕЛЯЮТ УРОВНИ:

1. индивидуальное здоровье+
2. комплексное здоровье
3. потенциальное здоровье
4. прогнозируемое здоровье

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, КОТОРЫЙ ОПРЕДЕЛЯЕТ ЧИСЛО ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВПЕРВЫЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ЗА КАЛЕНДАРНЫЙ ГОД СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ОПРЕДЕЛЁННОЙ ТЕРРИТОРИИ – ЭТО:

1. заболеваемость населения+
2. болезненность прикрепленных пациентов
3. состояние здоровья населения
4. эффективность системы здравоохранения

СИСТЕМА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, А ТАКЖЕ СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОТОРЫХ НАПРАВЛЕНА НА СОХРАНЕНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ – ЭТО:

1. здравоохранение+
2. социальная защищенность
3. законодательные гарантии
4. групповая солидарность

ХАРАКТЕРНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ИЛИ ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК КАКОГО-ЛИБО ЗАБОЛЕВАНИЯ – ЭТО:

1. симптом+
2. стигма
3. ярлык
4. диагноз

КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ, ПЕДАГОГИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ИНЫХ ВИДОВ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИЛИ КОМПЕНСАЦИЮ НАРУШЕННЫХ ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ УТРАЧЕННЫХ, В РЕЗУЛЬТАТЕ БОЛЕЗНИ ИЛИ ТРАВМЫ, НОРМАЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ПОТРЕБНОСТЕЙ) ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА, ЕГО ТРУДОСПОСОБНОСТИ – ЭТО:

1. медицинская реабилитация+
2. социальная поддержка
3. законодательные гарантии
4. индивидуальный план лечения

КОЛИЧЕСТВО КЛАССОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МКБ-10 СОСТАВЛЯЕТ:

1. 21+
2. 22
3. 23
4. 24

СТРАТЕГИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ПОИСКА ПОКА ЕЩЕ НЕРАСПОЗНАННЫХ СОСТОЯНИЙ ИЛИ МАРКЕРОВ РИСКА – ЭТО:

1. скрининг+
2. вакцинация
3. диспансеризация
4. диагностика

ПЕРВЫЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ БЫЛ ЗАРЕГИСТРИРОВАН В СССР В:

1. 1987 г.+
2. 1988 г.
3. 1989 г.
4. 1990 г.

КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗА ВРЕМЯ НАБЛЮДЕНИЙ НЕ ИМЕЛО СТАТУС ЭПИДЕМИИ:

1. диабет+
2. ВИЧ-инфекция
3. грипп
4. COVID-19

К КАКОМУ КЛАССУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ COVID-19?

1. инфекционные и паразитарные болезни
2. болезни органов дыхания
3. болезни системы кровообращения
4. заболевания неопределенной этиологии+

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПРОПАГАНДЫ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:

1. формирование самосохранительных установок и моделей поведения+

2. внедрение нативной рекламы в информационные материалы системы здравоохранения
3. обеспечение развлекательного контента для пациентов и повышение уровня удовлетворенности сервисом в системе здравоохранения
4. выявление имеющихся проблем в организации медицинской помощи населению

ЗНАЧИМОСТЬ АНАЛИЗА ИСТОРИЧЕСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПЛАКАТОВ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ СОСТОИТ В:

1. развитии нового направления искусства, связанного с социальным институтом медицины
2. возможности изучения зафиксированных проблем и приоритетов деятельности системы здравоохранения+
3. повышении компетентности врачей, оказывающих медицинскую помощь населению
4. обеспечении салютогенного дизайна помещения медицинской организации

КЛЮЧЕВЫМ РИСКОМ ВИРУСНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МИФОВ В ИНТЕРНЕТ-СРЕДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. распространение как научно обоснованной, так и недостоверной информации+
2. отсутствие возможностей пользовательских обсуждений контента
3. разрешение раскрытия персональных данных при распространении личных историй пациентов
4. низкая стоимость создания и распространения вирусного контента

ХАРАКТЕРНЫМ ФЕНОМЕНОМ ВИРУСНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ МИФОВ В ИНТЕРНЕТ-СРЕДЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. полный контроль со стороны медицинских организаций и обязательная верификация постов врачами
2. отсутствие рекламных материалов и интеграций в распространяемом контенте
3. высокий уровень образования пользовательской аудитории
4. эмоциональность, простота сообщений и алгоритмы рекомендаций+

Модное кино, гламурные журналы, реклама, телевизионные сериалы, интернет-сообщества относятся к

1. элитарной культуре
2. массовой культуре+
3. культуре быта
4. народной культуре

КЛЮЧЕВЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОНЛАЙН-ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гарантированное излечение без обращения на прием ко врачу
2. повышение осведомлённости пациента по вопросу его заболевания+
3. возможности безошибочной самодиагностики заболеваний на раннем этапе

4. безопасность персональных данных по вопросам здоровья

ЧАЩЕ ВСЕГО В ВИЗУАЛЬНОЙ ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВЬЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. статистические данные и графики
2. символику, образы, метафоры+
3. медицинские изображения и фотографии медицинских процедур
4. исторические данные и научные термины

КЛЮЧЕВЫМ РИСКОМ ОНЛАЙН-ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рост тревожности пациента и риски безопасности персональных данных+
2. снижение стоимости медицинских услуг и лекарственных средств
3. отсутствие необходимости в профилактике заболеваний
4. повышение стоимости медицинских услуг и лекарственных средств

ИНТЕРНЕТ-ПРОСВЕЩЕННЫЙ ПАЦИЕНТ – ЭТО:

1. пациент, полностью контролирующий промт запроса к генеративному ИИ
2. пациент, имеющий доступ к закрытым медицинским базам данных
3. пациент, предпочитающий онлайн-консультацию по вопросам здоровья офлайн визитам ко врачу
4. пациент, использующий онлайн-ресурсы для подготовки к визиту ко врачу и лучшего понимания диагноза+

ЮРИДИЧЕСКУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОШИБКУ, ДОПУЩЕННУЮ СИСТЕМОЙ ИИ В МЕДИЦИНЕ, НЕСЕТ:

1. пациент, согласившийся на использование ИИ при подборе схемы лечения
2. врач, оказавший медицинскую услугу с применением ИИ-технологии+
3. страховая медицинская организация
4. разработчики алгоритма и компания, финансирующая проект

ШИРОКОЕ ВНЕДРЕНИЕ УСТРОЙСТВ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ОГРАНИЧЕНО НА ДАННОМ ЭТАПЕ ИЗ-ЗА:

1. отсутствия мотивации пациентов к использованию гаджетов
2. высокой стоимости гаджетов и сложностей интеграции устройств с программным обеспечением системы здравоохранения+
3. запрета со стороны воз и конкурентной войны производителей гаджетов
4. нежелания врачей использовать ИИ-гаджеты в работе с пациентами

КОНЦЕПЦИЯ «ЦИФРОВОГО ДЕТЕРМИНИЗМА» В КОНТЕКСТЕ ЗДОРОВЬЯ УТВЕРЖДАЕТ:

1. гаджеты и алгоритмы полностью определяют здоровье человека
2. цифровые технологии влияют на восприятие и управление здоровьем, но не являются единственным фактором+
3. цифровизация системы здравоохранения направлена на переход от приоритета доступности к элитарности медицинской помощи

4. цифровой формат медицинской помощи способствует развитию альтернативных практик в медицине

ПРИМЕРОМ ЦИФРОВОЙ ПАРАДИГМЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отказ от диспансеризации в пользу лечения после появления симптомов
2. использование интеллектуальных гаджетов для раннего выявления рисков и корректировки образа жизни+
3. стандартизация схем лечения для всех пациентов с одинаковым диагнозом
4. вектор на исключение врача из процесса принятия решения по вопросам здоровья пациентов

ПРИМЕРОМ ЦИФРОВОЙ ПАРАДИГМЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. подбор схемы лечения с учётом генетики, образа жизни и индивидуальных биомаркеров+
2. отказ от клинических рекомендаций в пользу ИИ-алгоритмов выбора лечения
3. самостоятельное назначение лечения пациентами с опорой на рекомендацию генеративного искусственного интеллекта
4. автоматический мониторинг и контроль показателей здоровья пациента без обязательного информированного согласия на лечение

СИСТЕМЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА ПОЗВОЛЯЮТ:

1. обеспечить возможности пациента в самостоятельном назначении лечения
2. накопить данные для таргетированной рекламы, ориентированной на пациентов с определенной нозологией
3. выявить нарушения здоровья на ранних стадиях и скорректировать образ жизни+
4. повысить тревожность пациента и его приверженность назначенным схемам лечения

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ЭФФЕКТ ОТ ВНЕДРЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ СОСТОИТ В:

1. снижении социальной изоляции и повышение доступности медицинской помощи населению+
2. увеличении неравенства из-за высокой стоимости телемедицинских услуг
3. росте недоверия медицинским технологиям из-за удаленной коммуникации
4. полном замещении очного посещения врача онлайн-консультациями

АВТОРОМ КНИГИ «ТРЕТЬЯ ВОЛНА» ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Э. Тоффлер+
2. Ф. Фукуяма
3. М. Кастельс
4. Ю. Хаяши

Д. БЕЛЛ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ТЕОРИИ:

1. эволюционизма
2. постиндустриализма+

3. коммунизма
4. релятивизма

ОБЩЕСТВО, В КОТОРОМ БОЛЬШИНСТВО РАБОТАЮЩИХ ЗАНЯТО ПРОИЗВОДСТВОМ, ХРАНЕНИЕМ, ПЕРЕРАБОТКОЙ И РЕАЛИЗАЦИЕЙ ИНФОРМАЦИИ, ОСОБЕННО ВЫСШЕЙ ЕЁ ФОРМЫ (ЗНАНИЙ) – ЭТО:

1. информационное общество+
2. постинформационное общество
3. цифровое общество
4. технологическое общество

НАЧАЛО РАЗРАБОТКИ ТЕОРИИ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА ПОЛОЖИЛ:

1. Ю. Хаяши+
2. Э. Тоффлер
3. Ф. Фукуяма
4. М. Кастельс

Д. БЕЛЛ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ТЕОРИИ:

1. эволюционизма
2. постиндустриализма+
3. коммунизма
4. релятивизма

ВПЕРВЫЕ ВВЕЛ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ ПОНЯТИЕ «ЦИФРОВАЯ СОЦИОЛОГИЯ»:

1. Д. Белл
2. Дж. Винн+
3. Ф. Фукуяма
4. Э. Тоффлер

ДИСЦИПЛИНА, КОТОРАЯ ФОКУСИРУЕТСЯ НА ПОНИМАНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ КАК ЧАСТИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ – ЭТО:

1. информационная социология
2. социология современных коммуникаций
3. цифровая социология+
4. электронная социология

СЛИЯНИЕ NBIC-ТЕХНОЛОГИЙ В ЕДИНУЮ НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКУЮ ОБЛАСТЬ ЗНАНИЯ НАЗЫВАЮТ:

1. NBIC-эволюция
2. NBIC-конвергенции+
3. NBIC-позиция
4. NBIC-концентрация

ПРОЦЕСС ЗАКРЕПЛЕНИЯ ПРИНЯТОГО ПОРЯДКА (ПРАКТИКИ ИЛИ ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ) В ВИДЕ ЗАКОНА ИЛИ СОЦИАЛЬНОЙ НОРМЫ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ТЕРМИНОМ:

1. институционализация+
2. социальный контроль
3. социальный институт
4. девиация

ВАЖНЕЙШИМ УСЛОВИЕМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ОБЩНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. солидарность+
2. общая цель
3. тесный межличностный контакт
4. проживание людей на одной территории

ПОДАТЛИВОСТЬ ЧЕЛОВЕКА РЕАЛЬНОМУ ИЛИ ВООБРАЖАЕМОМУ ДАВЛЕНИЮ ГРУППЫ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. групповой конформностью+
2. идентичностью
3. коммуникативностью
4. толерантностью

СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

1. закономерность общественного развития+
2. вероятностное явление
3. исторически преходящее явление
4. случайное явление

ПРИЗНАКОМ СОЦИАЛЬНО-КЛАССОВОЙ СТРУКТУРЫ ОБЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. разделение общества на различные классы, отличающиеся отношением к собственности и месту в системе производственных отношений+
2. ценностные ориентации
3. отношение к средствам производства
4. уровень оплаты труда

ОТКЛОНЕНИЕ ОТ НОРМЫ, РАССМАТРИВАЕМОЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТЬЮ ЧЛЕНОВ ОБЩЕСТВА КАК ПРЕДОСУДИТЕЛЬНОЕ И НЕДОПУСТИМОЕ, НАЗЫВАЕТСЯ:

1. девиацией+
2. поведением
3. взаимодействием
4. адаптацией

КАКОЙ ВИД СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ ОКАЗЫВАЕТ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА СТАТУСНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЛИЧНОСТИ:

1. вертикальная восходящая+

2. групповая
3. индивидуальная
4. горизонтальная

ПРЕДПИСАНИЯ О ТОМ, КАК НАДО ВЕСТИ СЕБЯ В ОБЩЕСТВЕ, НАЗЫВАЮТСЯ:

1. социальными нормами+
2. табу
3. рекомендациями
4. инструкциями

УСТАНОВКИ И ОЖИДАНИЯ О ТОМ, КАК НАДО ВЕСТИ СЕБЯ В ОБЩЕСТВЕ, НАЗЫВАЮТСЯ:

1. социальными нормами+
2. табу
3. рекомендациями
4. инструкциями

СРЕДИ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ ИНДИВИДА, СОЦИАЛЬНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. расширенная форма семьи+
2. климат и ландшафт данного региона
3. знак Зодиака, под которым родился ребенок
4. генетический код родителей

ПИРАМИДА А. МАСЛОУ – ЭТО:

1. иерархическая модель потребностей человека+
2. новая финансовая схема
3. достопримечательность в США
4. модель усложнения социальных проблем человека

ПОЗИЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В ОБЩЕСТВЕ В СООТВЕТСТВИИ С ЕГО СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ НАЗЫВАЕТСЯ:

1. социальный статус+
2. социальная структура
3. социальная роль
4. социальная мобильность

ПОНЯТИЕ «СОЦИАЛИЗАЦИЯ» ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

1. процесс усвоения индивидом образцов поведения, психологических установок, социальных норм и ценностей, знаний, навыков, позволяющих ему успешно функционировать в обществе+
2. усвоения человеком программы высшего образования определенного профиля, позволяющей ему претендовать на определенную должность
3. процесс выработки ребенком норм и традиций, позволяющих ему успешно функционировать в семье, а также интегрироваться в детский коллектив
4. выполнение трудовых обязанностей

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО:

1. образ жизни, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья+
2. перечень мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья
3. лечебно-оздоровительный комплекс мероприятий
4. возможность организации полноценного рациона питания

СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА ОКАЗЫВАЮТ:

1. наследственность, генетические факторы+
2. государственные мероприятия по охране здоровья населения
3. факторы и условия окружающей среды
4. метеорологические факторы

УКАЖИТЕ КОМПОНЕНТЫ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ:

1. высокий уровень заработной платы, активный отдых+
2. рациональный режим труда и отдыха, культура межличностного общения и психофизическая регуляция
3. двигательная активность, гармоничные сексуальные отношения
4. полноценное питание и отсутствие вредных привычек

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО МОЖНО ОТНЕСТИ К САМОСОХРАНИТЕЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ:

1. ведение здорового образа жизни+
2. употребление биодобавок
3. применение диет для снижения массы тела
4. лечение средствами народной медицины, а не фармацевтическими препаратами

НЕРАВЕНСТВО В ЗДОРОВЬЕ СУЩЕСТВУЕТ ИЗ-ЗА НЕРАВЕНСТВА В КЛЮЧЕВЫХ ДЕТЕРМИНАНТАХ ЗДОРОВЬЯ:

1. в качестве получаемых благ, включая образование и здравоохранение+
2. в качестве физической и социальной среды обитания, уровня благосостояния
3. в стиле жизни
4. в содержании вредных и полезных привычек социального поведения

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

1. общество+
2. экономические процессы, происходящие в обществе
3. закономерности взаимосвязей между социальными объектами
4. общественные отношения

ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ:

1. эмоциональная оценка+

2. массовое поведение
3. групповые процессы
4. совпадение в ответах

ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЖЕТ:

1. в разные периоды жизни иметь разную направленность поведения человека в отношении своего здоровья+
2. быть направлено только на сохранение здоровья
3. иметь разрушительную направленность (алкоголизм, наркомания)
4. зависеть от социального окружения человека

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗЫВАЮТ, ЧТО С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ «ИДЕАЛЬНЫЙ ВРАЧ» В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ ТАКИМИ ЛИЧНЫМИ КАЧЕСТВАМИ:

1. доброта и внимательность+
2. искренность и открытость
3. коммуникабельность и чувство юмора
4. аккуратность и опрятность

НЕ ОТНОСИТСЯ К СОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

1. сложная политическая обстановка+
2. условия проживания
3. стресс и распространение психоактивных веществ
4. условия труда

УКАЖИТЕ ПУНКТ, НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К КОМПОНЕНТАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ:

1. наличие страхового полиса+
2. двигательная активность
3. регулярный обмен мнениями в вопросах здоровья в сети Интернет
4. соблюдение правил личной гигиены

НЕ ОТНОСИТСЯ К СОЦИАЛЬНЫМ ДЕТЕРМИНАНТАМ ЗДОРОВЬЯ:

1. возраст+
2. образ жизни
3. условия труда
4. образование

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СОЦИОЛОГА, РАБОТАЮЩЕГО В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НАПРАВЛЕНА НА:

1. проведения исследований+
2. развития медицины
3. оздоровления людей
4. профессиональной ориентации врачей

КАКОЙ ВИД СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДОМИНИРУЕТ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА?

1. кооперация+
2. соревнование
3. конфликт
4. соперничество

ВЫДЕЛИТЕ НАУКОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА:

1. публикационная активность+
2. индекс Доу-Джонса
3. среднее количество больных в день приема
4. частота участия в научных мероприятиях

На основе перечня тестовых, теоретических вопросов и практико-ориентированных заданий, утвержденного на заседании кафедры протокол № 5 (12.12.2024)

Завуч кафедры



Н.Ю. Вяткина