Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Здоровье и окружающая среда

по специальности

32.04.01 Общественное здравоохранение

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы магистратуры Общественное здравоохранение (профиль «Организация и управление деятельностью по охране здоровья»), одобренной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 27 декабря 2019 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России 30 декабря 2019 года.

протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ПК-5. Способность и готовность к участию в проведении научных исследований в целях установления и предотвращения вредного воздействия комплекса факторов среды обитания на здоровье населения | Инд.ПК5.1. Применение новых методов испытаний, измерений, исследований факторов среды обитания и здоровья населения |

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Тестовый контроль к зачету**

**«Формирование здорового образа жизни»**

**1.Здоровый образ жизни в медицинской практике – это:**

1. Перечень мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;

2. Лечебно-физкультурный оздоровительный комплекс;

3. Индивидуальная система поведения, направленная на сохранение и укрепление здоровья;

4. Регулярные занятия физкультурой;

5. Комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающий гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности людей, продление их творческого долголетия.

**2. Формирование здорового образа жизни населения требует решения:**

1. социально- экономических проблем;

2. правовых, юридических проблем;

3. образовательно-воспитательных, культурологических проблем;

4. моральных (семейных и личностных) проблем;

5. медицинских проблем;

6. экологических;

7. Все вышеперечисленное.

**3. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это …**

1. способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей, как условия и предпосылки существования и развития других сторон образа жизни;

2. определенный, исторически обусловленный тип и вид жизнедеятельности, или определенный способ деятельности в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности людей;

3. вид жизнедеятельности человека, нацеленного на личную реализацию, творческое долголетие, посредством повышения уровня и качества жизни.

**4. Фундаментальным компонентом ЗОЖ не является:**

1. оптимальный двигательный режим;

2. рациональное питание;

3. рациональный режим жизни;

4. психологический комфорт;

5. личная гигиена;

6. отсутствие вредных привычек;

7. закаливание.

**5. Что занимает более важное место в процессе формирования здорового образа жизни человека:**

1. личностно-мотивационные качества данного человека, его жизненные ориентиры;

2. родительские воспитательные установки;

3. вид профессиональной деятельности индивида.

**6. Уровень жизни**

1. это социологическая категория, выражаю­щая качество удовлетворения материальных и культурных потребностей людей (качество питания, качество и модность одежды, качество образования, структура досуга, уровень стрессовых состояний и т. д.);

2. экономическая категория, выражающая степень удовлетворения материальных, духовных потребностей людей, обеспеченности потребительскими благами (размер зар­платы, реальный доход, жилищные условия, уровень образования и т. д.);

3. социально-психологическая категория, вы­ражающая определенный тип поведения людей: мотивы, решения, поступки, повседневное поведение человека, семьи, социальных групп.

**7. Качество жизни**

1. экономическая категория, выражающая степень удовлетворения материальных, духовных потребностей людей, обеспеченности потребительскими благами (размер зар­платы, реальный доход, жилищные условия, уровень образования и т. д.);

2. социологическая категория, выражающая качество удовлетворения материальных и культурных потребностей людей (качество питания, качество и модность одежды, качество образования, структура досуга, уровень стрессовых состояний и т. д.);

3. социально-психологическая категория, выражающая определенный тип поведения людей: мотивы, решения, поступки, повседневное поведение человека, семьи, социальных групп.

**8. Стиль жизни:**

1. социально-психологическая категория, выражающая определенный тип поведения людей: мотивы, решения, поступки, повседневное поведение человека, семьи, социальных групп;

2. экономическая категория, выражающая степень удовлетворения материальных, духовных потребностей людей, обеспеченности потребительскими благами (размер зар­платы, реальный доход, жилищные условия, уровень образования и т. д.);

3. социологическая категория, выражающая качество удовлетворения материальных и культурных потребностей людей (качество питания, качество и модность одежды, качество образования, структура досуга, уровень стрессовых состояний и т. д.).

**9. Общепринятой и наиболее приемлемой формулировкой является:**

1. здоровье – это степень способности индивида или группы, с одной стороны реализовывать свои стремления и удовлетворять потребности, с другой – изменять или кооперироваться со средой;

2. здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов;

3. здоровье – это способность к самосохранению, к увеличению жизненной силы человека

**10. К факторам, оказывающим влияние на организм, относятся следующие компоненты**

1. генетические;

2. окружающей среды;

3. социальные;

4. уровень оказания медицинской помощи;

5. все вышеперечисленное

**11.Одежда должна иметь массу не более ….% массы тела человека**

1. 20%

2. 10%

3. 25%

4. 5%

5. 30%.

**12. При рационально подобранной одежде относительная влажность слоя воздуха, непосредственно прилегающего к одежде должна составлять:**

1. 10-20%

2. 20-25%

3. 20-40%

4. 30-50%

5. 40-60%

**13. Способность тканей адсорбировать воду в виде водяных паров из воздуха – это …**

1. водоемкость;

2. водопроницаемость;

3. промокаемость;

4. воздухопроницаемость во влажном состоянии;

5. гигроскопичность.

**14. Для белья выбираются ткани:**

1. с низкой гигроскопичностью, с высокой воздухопроницаемостью, тканной структурой;

2. с высокой гигроскопичностью, с высокой воздухопроницаемостью, трикотажной структурой;

3. с высокой гигроскопичностью, с высокой воздухопроницаемостью, тканной структурой.

**15. При санитарно-эпидемиологической оценке тканей для изготовления детской одежды изучается**:

1. гигроскопичность

2. воздухопроницаемость

3. электризуемость

4. миграция химических соединений

5. токсичность

6. все перечисленное.

**16. Гигиенические требования к детской обуви определяются:**

1. возрастными анатомо-физиологическими особенностями стоп ребенка

2. необходимостью обеспечения благоприятного микроклимата внутри обуви

3. необходимостью поддержания свода стопы и его рессорной функции

4. необходимостью создания условий, обеспечивающих отсутствие сжатия и деформации стопы;

5. все перечисленное.

**17. При разработке обуви следует учитывать характерные особенности детской стопы:**

1. наибольшая ширина в области пальцев, относительно более длинная задняя часть стопы по сравнению со стопой взрослых, незавершенное окостенение скелета стопы;

2. наибольшая ширина в области 1-5 плюснефаланговых суставов, относительно более длинная задняя часть стопы по сравнению со стопой взрослых, незавершенное окостенение скелета стопы;

д) наибольшая ширина в области пальцев, относительно более длинная передняя часть стопы по сравнению со стопой взрослых, незавершенное окостенение скелета стопы.

**18. Нагрузка на передний и задний отделы стопы распределяется равномерно при высоте каблука:**

1. без каблука,

2. с каблуком 1-2 см,

3. с каблуком 3-4 см,

4. с каблуком 5-8 см,

5. с каблуком более 8 см.

**19. При разработке детской обуви нормируются все, кроме:**

1. гибкость подошвы;

2. высота каблука;

3. масса обуви;

4. толщина стельки;

5. толщина задника.

**20. Нормируется ли в обуви для детей толщина подошвы:**

1. да;

2. нет.

**21.Фактор питания не повышает риск возникновения заболеваний:**

1. сердечно-сосудистых

2. психических

3. онкологических

4. эндокринных

5. пищеварительной системы.

**22. Факторами риска ишемической болезни сердца являются все факторы, кроме:**

1. гиперхолестеринемия;

2. курение;

3. гипокинезия;

4. низкий уровень липопротеидов очень низкой плотности;

5. психоэмоциональный стресс.

**23. Адекватность индивидуального питания оценивается по всем показателям, кроме**

1. Соответствию фактического веса идеальному;

2. соответствию суточных энерготрат;

3. абсолютному количеству и соотношению нутриентов и биологических активных веществ в пище;

4. Доброкачественности входящих в рацион пищевых продуктов.

**24. Исключение из пищевого рациона пожилого человека куриных яиц и растительного масла ведет к недостатку антисклеротических факторов:**

1. Фолиевой кислоты;

2. ПНЖК;

3. лецитина;

4. аскорбиновой кислоты;

5. кальция.

**25. Для успешной адаптации к условиям высоких широт в пищевом рационе должны быть откорректированы составляющие за исключением:**

1. увеличена доля углеводов;

2. снижена для жиров;

3. увеличена количество полноценных белков;

4. увеличено количество витаминов группы В и аскорбиновой кислоты;

5. увеличена энергетическая ценность рациона.

**26. Факторами риска ожирения являются все, за исключением**:

1. высококалорийная жирная пища;

2. гипокинезия;

3. генетическая предрасположенность;

4. ПНЖК;

5. Рафинированные углеводы.

**27. Факторами риска возникновения злокачественных новообразований является повышенное содержание в пище:**

1. нитрозаминов;

2. железа;

3. ПНЖК

4. пектиновых веществ

**28. После проведенных соревнований в рацоны спортсменов необходимо включать все, за исключением:**

1. легкоусвояемые углеводы;

2. молочные продукты;

4. яйца;

5. поливитаминные препараты.

**29. Энергетическая ценность рациона для пожилых людей:**

1. снижается за счет легкоусвояемых углеводов и жиров животного происхождения;

2. снижается за счет белков животного происхождения;

3. снижается за счет белков и жиров животного происхождения.

**30. Виды пищевого статуса:**

1. удовлетворительный, неудовлетворительный; резко неудовлетворительный;

2. оптимальный, обычный, недостаточный, избыточный;

3. средний, ниже среднего, выше среднего.

**31. Биологически активными добавками к пище являются:**

1. концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, предназначенных для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биоактивными веществами и их комплексами;

2. компоненты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ

3. добавление любых эссенциальных пищевых веществ и минорных компонентов в продукты питания целью сохранения и или улучшения питательной ценности продуктов питания.

**32. Функциональные продукты это-**

1. продукты питания, содержащие ингридиенты, оказывающие благоприятное действие на здоровье человека, улучшающие течение физиологических процессов, позволяющие длительно сохранять активный образ жизни;

2.концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, предназначенных для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биоактивными веществами и их комплексами;

3. добавление любых эссенциальных пищевых веществ и минорных компонентов в продукты питания целью сохранения и или улучшения питательной ценности продуктов питания.

**33. Синбиотики это-**

1. комбинация пробиотиков и пребиотиков;

2. комбинация нескольких пробиотиков.

**34. Пищевые добавки это-**

1. концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, предназначенных для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биоактивными веществами и их комплексами;

2. продукты питания, содержащие ингридиенты, оказывающие благоприятное действие на здоровье человека, улучшающие течение физиологических процессов, позволяющие длительно сохранять активный образ жизни;

3. добавление любых эссенциальных пищевых веществ и минорных компонентов в продукты питания целью сохранения и или улучшения питательной ценности продуктов питания;

4. натуральные или синтетические вещества, которые никогда не употребляются самостоятельно, а вводятся в продукты питания для придания последним заданных свойств.

**35. Пробиотики это-**

1. живые микроорганизмы (бактерии, грибки), которые при применении в адекватных количествах вызывают улучшение состояния здоровья организма-хозяина;

2. физиологически функциональный пищевой ингредиент в виде вещества или комплекса веществ, обеспечивающий при систематическом употреблении в пищу человеком в составе пищевых продуктов благоприятное воздействие на организм человека в результате избирательной стимуляции роста и/или повышения биологической активности нормальной микрофлоры кишечника.

**36. Обогащенные продукты:**

1. продукты питания, содержащие ингридиенты, оказывающие благоприятное действие на здоровье человека, улучшающие течение физиологических процессов, позволяющие длительно сохранять активный образ жизни;

2.концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, предназначенных для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биоактивными веществами и их комплексами;

3. добавление любых эссенциальных пищевых веществ и минорных компонентов в продукты питания целью сохранения и или улучшения питательной ценности продуктов питания.

**37. Пребиотик (prebiotic) это-**

1. физиологически функциональный пищевой ингредиент в виде вещества или комплекса веществ, обеспечивающий при систематическом употреблении в пищу человеком в составе пищевых продуктов благоприятное воздействие на организм человека в результате избирательной стимуляции роста и/или повышения биологической активности нормальной микрофлоры кишечника.

2. это живые микроорганизмы, которые при применении в адекватных количествах вызывают улучшение состояния здоровья организма-хозяина.

**38. Основными видами пребиотиков являются:**

1. Дрожжевые грибки, бифидум бактерии, лактобактерии;

2. ди- и трисахариды; олиго- и полисахариды; пищевые волокна; многоатомные спирты; аминокислоты и пептиды; ферменты; органические низкомолекулярные и ненасыщенные высшие жирные кислоты; антиоксиданты; полезные для человека растительные и микробные экстракты и др. нитрозаминов.

**39. Симбиоз -**

1. комбинация пробиотиков и пребиотиков;

2. комбинация нескольких пробиотиков.

**40. Компоненты пищевых волокон -**

1. Лактоза, сахароза, фруктоза;

2. крахмал, клетчатка

3. лигнин, целлюлоза, пектин, гемицеллюлоза.

**41. Физическая культура это-**

1. органическая часть общего воспитания; социально-педагогический процесс, направленный на укрепление здоровья, гармоничное развитие форм и функций организма человека, его физических способностей и качеств, на формирование и совершенствование двигательных навыков и умений;

2. совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс его роста и развития;

3. часть общей культуры общества, объединение различных мероприятий, направленных на достижение человеком физического совершенствования.

**42. Гипокинезия как разновидность недостаточной двигательной активности это:**

1. недостаток мышечных движений;

2. недостаток физического напряжения.

**43. К какой группе помещений спортивных сооружений относятся гардеробы, душевые, массажные, бани, судейские комнаты, административные, хозяйственные, инженерно-технические службы и др.:**

1. группа А;

2. группа Б;

3. группа В;

4. группа Г.

**44. К формам физического воспитания относятся:**

1. урок, занятие;

2. спортивная тренировка;

3. физкультурно-оздоровительные занятия

4. массовые занятия;

5. все вышеперечисленные варианты

**45. На чём основана методика проведения функциональной пробы Генчи:**

1. на задержке дыхания на вдохе;

2. на задержке дыхания на выдохе;

3. на переходе из горизонтального в вертикальное положение;

4. на подсчёте пульса в положении лёжа

**46. Физическое воспитание это-**

1. органическая часть общего воспитания; социально-педагогический процесс, направленный на укрепление здоровья, гармоничное развитие форм и функций организма человека, его физических способностей и качеств, на формирование и совершенствование двигательных навыков и умений;

2. совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс его роста и развития;

3. часть общей культуры общества, объединение различных мероприятий, направленных на достижение человеком физического совершенствования.

**47. Гиподинамия как разновидность недостаточной двигательной активности это:**

1. недостаток мышечных движений;

2. недостаток физического напряжения.

**48. В качестве метода обеззараживания воды плавательных бассейнов используется:**

1. озонирование;

2. хлорирование;

3. ультрафиолетовое облучение;

4. ионизирующая радиация

**49. Методы физического воспитания:**

1. специфические и неспецифические;

2. обязательные и дополнительные;

3. урочные, внеурочные.

**50.На чём основана методика проведения клиноортостатической функциональной пробы:**

1. на задержке дыхания на вдохе;

2. на задержке дыхания на выдохе;

3. на переходе из горизонтального в вертикальное положение;

4. на подсчёте пульса в положении лёжа

**51. Физическое упражнение это-**

1. комплекс мероприятий физической направленности, конечным результатом которых является внедрение занятий физической культурой в повседневную жизнь человека;

2. это основное и специфическое средство физического воспитания, особый вид двигательной деятельности, при помощи которого решаются задачи физического воспитания;

3. это средство физического воспитания, выполняющее тренировочную и адаптивную функцию и являющееся конечным результатом приспособительных реакций организма к физическим нагрузкам.

**52. По заключению ВОЗ гиподинамия возникает:**

1. у взрослых при сидячей работе (не менее 5 часов в день) и недостаточной (менее 10 часов в неделю) физической активности во внерабочее время;

2. у взрослых при сидячей работе (не менее 3 часов в день) и недостаточной (менее 10 часов в неделю) физической активности во внерабочее время;

3. у взрослых при сидячей работе (не менее 8 часов в день) и недостаточной (менее 8 часов в неделю) физической активности во внерабочее время.

**53. К какой группе помещений спортивных сооружений относятся трибуны, павильоны, фойе, буфеты, санузлы и др.:**

1. группа А;

2. группа Б

3. группа В;

4. группа Г.

**54. К средствам физического воспитания не относятся:**

1. естественные силы природы;

2. физкультурно-оздоровительные занятия;

3. личная гигиена;

4. массаж;

5. все вышеперечисленные варианты

**55. На чём основана методика проведения функциональной пробы Штанге:**

1. на задержке дыхания на вдохе;

2. на задержке дыхания на выдохе;

3. на переходе из горизонтального в вертикальное положение;

4. на подсчёте пульса в положении лёжа

**56. Спортивное сооружение – это:**

1. специально выделенные открытые площади или помещения для массовых мероприятий и отдыха населения;

2. специально построенное и соответствующе оборудованное сооружение крытого или открытого типа, предназначенное для проведения учебно-тренировочного процесса и спортивных соревнований по различным видам спорта.

**57. Методы физического воспитания:**

1. специфические и неспецифические;

2. обязательные и дополнительные;

3. урочные, внеурочные.

**58. Существуют следующие основные учреждения врачебно-физкультурной службы:**

1. Врачебно-физкультурные кабинеты;

2. Врачебно-физкультурные диспансеры;

3. врачебно-физкультурные комплексы;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленные варианты

**59. К формам физического воспитания не относятся:**

1. урок, занятие;

2. спортивная тренировка;

3. физические упражнения;

4. массовые занятия;

5. все вышеперечисленные варианты

**60. К основным направлениям медицинского обеспечения физической культуры и спорта относится всё, кроме:**

1. медицинское обеспечение спорта высших достижений;

2. привлечение населения к занятиям физической культурой с целью укрепления и сохранения здоровья и физической активности.

3. медицинское обеспечение военнослужащих

**61. Основным действующим веществом, содержащемся в табачном дыме является:**

1. никотиновая кислота;

2. никотинамид;

3. никошпан;

4. никотин.

**62.Удельный вес вдыхания основного потока дыма при курении сигарет с фильтром составляет:**

1. 23%;

2. 55%;

3. 32%.

**63. В настоящее время (2010-2012г.г.) в РФ распространенность употребления наркотических веществ с вредными последствиями:**

1. увеличивается;

2. снижается;

3. стабилизируется с незначительным повышением;

4. стабилизируется с незначительным снижением

**64. В течение какого времени алкоголь, введенный в организм, выводится из него:**

1. через 3 часа;

2. через 12 часов;

3. через 1-2 сут.;

4. через 5-6 сут.

**65. Орган мишень при воздействии алкоголя – это:**

1. печень;

2. почки;

3. головной мозг.

**66. В состав табачного дыма входят радиоактивные вещества**

1. Ро 210, Pb 210, Bi 210;

2. U 234, Ra 226, Rn 222;

3. Co 60, Sr 90, I 129.

**67. Удельный вес дополнительного потока дыма при курении составляет:**

1. 40-54%;

2. 55-70%;

3. 30-44%.

**68. Наибольший удельный вес занимают лица (взрослые), имеющие зависимость:**

1. от опиатов и их аналогов;

2. от веществ и средств с галлюциногенными свойствами;

3. от психостимулирующих веществ;

4. от других наркотиков и полинаркомании.

**69. В настоящее время (2010-2012г.г.) в РФ распространенность общей заболеваемости алкоголизмом:**

1. увеличивается;

2. снижается;

3. стабилизируется с незначительным повышением;

4. стабилизируется с незначительным снижением.

**70. При какой концентрации алкоголя в крови наступает прекращение жизнедеятельности организма:**

1. 0,05% и выше;

2. 1,0% и выше;

3. 2%; и выше

4. 4-5% и выше.

**71. Удельный вес вдыхания основного потока дыма при курении сигарет без фильтра составляет:**

1. 23%;

2. 55%;

3. 32%.

**72. Верно ли утверждение, что в дополнительном потоке дыма содержится в 3,4 раза канцерогенов больше, чем основном:**

1. нет;

2. да.

**73. Наибольший удельный вес занимают дети и подростки, имеющие зависимость:**

1. от опиатов и их аналогов;

2. от веществ и средств с галлюциногенными свойствами;

3. от психостимулирующих веществ;

4. от других наркотиков и полинаркомании.

**74. В какой группе населения регистрируются наибольшее снижение показателей заболеваемости алкоголизмом:**

1. у детей;

2. у подростков;

3. у женщин;

4. у мужчин.

**75.Что служит четким показателем интоксикации, вызванных приемом спиртных напитков?**

1. концентрация алкоголя в желудочном соке;

2. концентрация алкоголя в спинномозговой жидкости;

3. концентрация алкоголя в крови;

4. концентрация алкоголя в моче.

**76. Медико-гигиеническое воспитание это -**

1. часть государственной системы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование ЗОЖ и привитие населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия;

2. часть государственной системы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний с целью сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия.

**77. К учреждениям здравоохранения, ведущим гигиеническое обучение и воспитание населения относятся:**

1. Лечебно-профилактические учреждения;

2. Центры здоровья;

3. Центры медицинской профилактики;

4. Центры гигиены и эпидемиологии;

5. Все вышеперечисленное.

**78. Формирование ЗОЖ осуществляется через работу:**

1. Системы учреждений здравоохранения, средств массовой информации, факультативных форм обучения (школы здоровья, школы молодой матери и пожилого человека и т.д.);

2. Системы учреждений здравоохранения, системы учреждений образования, массовых форм пропаганды ЗОЖ;

3. Системы учреждений образования, молодежных организаций, средств массовой информации, факультативных форм обучения (школы здоровья, школы молодой матери и пожилого человека и т.д.), массовых форм пропаганды ЗОЖ;

4 Системы учреждений здравоохранения, системы учреждений образования, молодежных организаций, средств массовой информации, факультативных форм обучения (школы здоровья, школы молодой матери и пожилого человека и т.д.), массовых форм пропаганды ЗОЖ.

**79. Центры медицинской профилактики организованы в соответствии с:**

1.Приказом МЗ и СЦР РФ от 21.06.06 г. № 490;

2. Приказом МЗ и СЦР РФ от 07.12.2005 № 765;

3. Приказом МЗ РФ от 23.09.03 г. № 455;

4. Приказом МЗ РФ от 15.05.2012г № 543н;

5. Приказом МЗ и СЦР от 19.08.2009 № 597Н.

**80.Средства печатной пропаганды:**

1. индивидуального воздействия, воздействия на группу лиц; массовой коммуникации;

2. устной пропаганды; печатной пропаганды; изобразительной пропаганды (наглядной); комбинированный метод;

3. Беседы, лекции, дискуссии;

4. Листовки, брошюры, журналы, памятки.

**81. Важнейшими задачами учреждений здравоохранения по гигиеническому обучению и воспитанию населения являются:**

1. Формирование ЗОЖ у населения, пропаганда гигиенических и медицинских знаний, популяризация достижений науки и техники, воспитание сознательного отношения населения к охране и укрепления здоровья;

2. Формирование ЗОЖ у населения, пропаганда современных знаний, , воспитание сознательного отношения населения к охране и укрепления здоровья;

3. Формирование ЗОЖ у населения, пропаганда гигиенических и медицинских знаний, популяризация достижений медицинской науки, воспитание сознательного отношения населения к охране и укрепления здоровья.

**82. В основе работы по гигиеническому обучению и воспитанию лежат следующие принципы:**

1. Государственный характер, научность, массовость, доступность, целенаправленность, оптимистичность, актуальность.

2. Систематичность, постепенность, последовательность, учет особенностей организма человека, комплексность.

**83. Центры здоровья организованы в соответствии с:**

1.Приказом МЗ и СЦР РФ от 21.06.06 г. № 490;

2. Приказом МЗ и СЦР РФ от 07.12.2005 № 765;

3. Приказом МЗ РФ от 23.09.03 г. № 455;

4. Приказом МЗ РФ от 15.05.2012г № 543н;

5. Приказом МЗ и СЦР от 19.08.2009 № 597Н.

**84. Смокелайзер входит в стандарт оснащения оборудованием:**

1. Больниц и поликлиник;

2. Центров здоровья;

3. Центров медицинской профилактики;

4. Медико-санитарных-частей.

**85.Средства устной пропаганды населения:**

1. индивидуального воздействия, воздействия на группу лиц; массовой коммуникации;

2. Листовки, брошюры, журналы, памятки;

3. Беседы, лекции, дискуссии, викторины, конференции.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема раздела:** Правовое обеспечение профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни в Оренбургской области.

**Тема 1.** Законодательные основы формирования здорового образа.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** – тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, практическая работа.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые вопросы**

**1. Диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н) проводится в целях:**

1. определения группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;

2. проведения профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

3. определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения;

4. все вышеперечисленное.

**2. Как часто проводится диспансеризация (Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н) для всех возрастных групп (кроме женщин до 51 года и мужчин до 49 лет):**

1. 1 раз в год;

2. 1 раз в 2 года;

3. 1 раз в 3 года;

4. 1 раз в 4 года;

5. 1 раз в 5 лет.

**3. Как часто проводится диспансеризация (Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н) для выявляемости рака молочной железы (маммография для женщин от 51 года до 69 лет) и исследование кала на скрытую кровь (колоректального рака для возрастов от 49 до 73 лет):**

1. 1 раз в год;

2. 1 раз в 2 года;

3. 1 раз в 3 года;

4. 1 раз в 4 года;

5. 1 раз в 5 лет.

**4. Что представляет собой первый этап современной диспансеризации взрослого населения:**

1. измерение АД, уровня холестерина, анкетирование;

2. тест Папаниколау, маммография, иммунохимический тест на наличие скрытой крови в каловых массах иммунохимический тест на наличие скрытой крови в каловых массах;

3. анкетирование на предмет обструктивной болезни легких;

4. определение уровня глюкозы, флюрография;

5. совокупность скрининговых методов исследования, индивидуальное консультирование, осмотр врача-терапевта-участкового осмотр врача-терапевта-участкового.

**5. К хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ относятся:**

1. болезни системы кровообращения (в первую очередь ИБС и ЦВЗ);

2. злокачественные новообразования, ассоциированные с нездоровым образом жизни (предметом онкологического скрининга в рамках диспансеризации являются только рак молочной железы, рак шейки матки и колоректальный рак);

3. сахарный диабет, хронические болезни легких (прежде всего хрогическая обструктивная болезнь легких);

4. все вышеперечисленное.

**6. Что представляет собой второй этап современной диспансеризации взрослого населения:**

1. совокупность консультаций врачей-специалистов и лабораторно-инструментальных методов исследования для уточнения предварительных диагнозов, сформулированных на первом этапе;

2. углубленное профилактическое консультирование граждан до 72 лет с повышенным АД и атеросклерозом;

3. консультация лиц имеющего риск пагубного потребления алкоголя, потребления наркотиков и психотропных веществ без назначения врача;

4. для всех лиц старше 75 лет в целях коррекции выявленных факторов риска и профилактики старческой астении;

5. скрининг на наличие хронической обструктивной болезни легких.

**7. Ожирение – индекс массы тела более кг/м2:**

1. 20 и более кг/м2;

2. 25 и более кг/м2;

3. 30 и более кг/м2;

4. 35 и более кг/м2;

5. 40 и более кг/м2.

**8. К заболеваниям, ассоциированным с ожирением, не относятся:**

1. нарушение толерантности к глюкозе, гликемия натощак и сахарный диабет 2 типа;

2. артериальная гипертензия;

3. гипертриглицеридемия/дислипидемия;

4. вегетососудистая дистония;

5. синдром обструктивного апноэ сна.

**9. Программа Школы обучения строится из цикла структурированных занятий, продолжительностью:**

1. 30 минут, в цикле оптимально 2 занятия в зависимости от целевой группы;

2. 45 минут, в цикле оптимально 2-3 занятия в зависимости от целевой группы;

3. 60 минут, в цикле оптимально 2-3 занятия в зависимости от целевой группы;

4. 90 минут, в цикле оптимально 2-3 занятия в зависимости от целевой группы.

**10. Риск сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений определяется как высокий при окружности талии:**

1.у женщин 80 см и выше, у мужчин 98 см и выше;

2. у женщин 85 см и выше, у мужчин 100 см и выше;

3. у женщин 88 см и выше, у мужчин 102 см и выше;

4. женщин 90 см и выше, у мужчин 105 см и выше.

**Вопросы для устного опроса**

1. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.

2. Нормативно правовая база медицинской профилактики в Российской Федерации:

а) Федеральное законодательство.

б) Приказы Министерства здравоохранения РФ и Минздравсоцразвития РФ.

в) Региональное Законодательство.

3. Основные задачи структурных подразделений ГБУЗ «Оренбургский областной центр медицинской профилактики».

**Типовые проблемно-ситуационные задачи**

**Задача 1**

У 20-летнего студента во время профосмотра врач выявил в лёгких при аускультации рассеянные сухие хрипы. В анамнезе частые простудные заболевания. Курит.

Задания:

1. Какие дополнительные методы обследования должны быть проведены студенту?

2. Факторы риска каких заболеваний имеются у данного пациента?

3. Какие мероприятия по борьбе с факторами риска могут быть рекомендованы данному обследуемому?

**Задача 2**

Пациентка 42 года. В анамнезе повышения АД (диагноз не уточнен), остеохондроз поясничного отдела позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

**Анкетирование** – жалоб нет, курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Объективно** - АД 130/80 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 35,2 кг/м2. Лабораторные показатели в пределах нормы. Рентгенологические исследования без патологии.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск -** менее 1% (низкий) **Группа здоровья** - 1

**Диагноз:** Ожирение I степени, остеохондроз позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

**Факторы риска** – курение, гиперхолестеринемия, ожирение 1 степени, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Задания:

1. Какое дополнительное консультирование необходимо провести пациенту?

2. На какой этап диспансеризации необходимо направить пациентку, какие дополнительные анализы необходимо сделать?

**Задача 3**

Пациент 51 год. В анамнезе гипертоническая болезнь (документированная), гастрит (неуточненная форма).

**Анкетирование** – жалобы на боли в области сердца (подозрение на стенокардию), не курит, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

**Объективно** - АД 138/88 мм рт.ст. (принимает антигипертензивные препараты). ОХС 4,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 27,0 кг/м2. ЭКГ без изменений. Лабораторные показатели в пределах нормы.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск -** менее 2% (низкий)

**Группа здоровья** - 3

**Диагноз:** артериальная гипертония контролируемая, хронический гастрит (неуточненый), избыточная масса тела.

**Факторы риска** – избыточная масса тела, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

Задания:

1. Какое дополнительное консультирование необходимо провести пациенту?

2. На какой этап диспансеризации необходимо направить пациента, какие дополнительные анализы необходимо сделать?

3. Какие рекомендации необходимо дать пациенту за рамками диспансеризации.

**Задача 4**

На приём в центр здоровья обратилась мужчина 56 лет, с просьбой дать рекомендации по снижению веса. Работает в офисе на руководящей должности, отмечает частые стрессы, ненормированный рабочий день, в связи с чем, нерегулярное питание, частые перекусы «быстрой едой», поздние ужины, курение. Свободное время предпочитает проводить за просмотром телевизора. Страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. При осмотре рост 170 см, вес 106 кг.

Задания:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

**Задача 5**

Мужчина 43лет, злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд, прекращение употребления сопровождается подъемом давления, тахикардией. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

Задания:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

**Задача 6**

Во время проведения предрейсового осмотра водителей в автопарке у одного водителя 42 лет выявлено АД 180/110. Из анамнеза: водитель не состоит на учёте в поликлинике по поводу артериальной гипертензии, не принимает гипотензивные препараты, курит по 10 сигарет в день, употребляет периодически алкоголь.

Задания:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

**Вопросы на самостоятельное изучение нормативной базы документов по формированию здорового образа жизни:**

1. РФ Федеральный Закон об обязательном медицинском страховании в российской Федерации» от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 14.06.2011 N 136-ФЗ, от 30.11.2011 N 369-ФЗ)
2. О защите прав потребителей (в редакции Федерального закона от 9 января 1996 года N 2-ФЗ) (с изменениями на 13 июля 2015 года)
3. Правительство Оренбургской области постановление 29.12.2018 г. Оренбург №911-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».
4. Постановление Правительства Оренбургской области от 12 ноября 2013 г. N 1042-пп «Об утверждении государственной программы "Развитие здравоохранения Оренбургской области" на 2014 - 2020 годы».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» С изменениями и дополнениями от: 8 июня 2010 г., 19 апреля, 26 сентября 2011 г., 30 сентября 2015 г.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2015 г. N 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2012 г. N 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»
10. Приказ Минздрава РФ от 23 сентября 2003 г. N 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации»
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2013 г. N 677 «Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года»
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. N 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»
14. Распоряжение Правительства РФ от 30 июня 2012 г. N 1134-р, с изменениями и дополнениями от: 6 февраля 2014 г. 1. Утвердить прилагаемый план мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.
15. Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. N 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года», с изменениями и дополнениями от: 28 сентября 2011 г., 1 июля 2014 г.
16. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с изменениями и дополнениями от:25 июня 2012 г., 2, 23 июля, 27 сентября, 25 ноября, 28 декабря 2013 г., 4 июня, 21 июля, 22 октября, 1, 31 декабря 2014 г., 8 марта, 6 апреля, 29 июня, 13 июля, 30 сентября, 14, 29 декабря 2015 г., 5, 26 апреля 2016 г. Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года, Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года.
17. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» С изменениями и дополнениями от: 14 октября, 31 декабря 2014 г., 30 декабря 2015 г., 26 апреля 2016 г. Принят Государственной Думой 12 февраля 2013 года. Одобрен Советом Федерации 20 февраля 2013 года.
18. Распоряжение Министерства здравоохранения Оренбургской области от 16.09.2013г. №2406 «О совершенствовании отчетности службы медицинской профилактики Оренбургской области»
19. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. (4-е издание с дополнениями и уточнениями). Москва. 2017.

**Тема раздела:** Современные аспекты организации занятий физическим воспитанием, физической культурой. Принципы закаливания.

**Тема 2.** Современные аспекты организации занятий физическим воспитанием, физической культурой.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** – тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые вопросы**

**1. По заключению ВОЗ гиподинамия возникает:**

1. у взрослых при сидячей работе (не менее 5 часов в день) и недостаточной (менее 10 часов в неделю) физической активности во внерабочее время;

2. у взрослых при сидячей работе (не менее 3 часов в день) и недостаточной (менее 10 часов в неделю) физической активности во внерабочее время;

3. у взрослых при сидячей работе (не менее 8 часов в день) и недостаточной (менее 8 часов в неделю) физической активности во внерабочее время.

**2. Физическая культура это-**

1. органическая часть общего воспитания; социально-педагогический процесс, направленный на укрепление здоровья, гармоничное развитие форм и функций организма человека, его физических способностей и качеств, на формирование и совершенствование двигательных навыков и умений;

2. совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс его роста и развития;

3. часть общей культуры общества, объединение различных мероприятий, направленных на достижение человеком физического совершенствования.

**3. Гипокинезия как разновидность недостаточной двигательной активности это:**

1. недостаток мышечных движений;

2. недостаток физического напряжения;

3. недостаток мышечных движений, недостаток физической активности.

**4. К какой группе помещений спортивных сооружений относятся гардеробы, душевые, массажные, бани, судейские комнаты, административные, хозяйственные, инженерно-технические службы и др.:**

1. группа А;

2. группа Б;

3. группа В;

4. группа Г.

**5. Спортивное сооружение** — **это:**

1. специально выделенные открытые площади или помещения для массовых мероприятий и отдыха населения;

2. специально построенное и соответствующе оборудованное сооружение крытого или открытого типа, предназначенное для проведения учебно-тренировочного процесса и спортивных соревнований по различным видам спорта.

**6. Физическое воспитание это-**

1. органическая часть общего воспитания; социально-педагогический процесс, направленный на укрепление здоровья, гармоничное развитие форм и функций организма человека, его физических способностей и качеств, на формирование и совершенствование двигательных навыков и умений;

2. совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс его роста и развития;

3. часть общей культуры общества, объединение различных мероприятий, направленных на достижение человеком физического совершенствования.

**7. Гиподинамия как разновидность недостаточной двигательной активности это:**

1. недостаток мышечных движений;

2. недостаток физического напряжения;

3. недостаток мышечных движений, недостаток физической активности.

**8. Методы физического воспитания:**

1. специфические и неспецифические;

2. обязательные и дополнительные;

3. урочные, внеурочные.

**9. Сколько принципов закаливания выделяют:**

1. 5;

2. 4;

3. 6.

**10.** **К какой группе помещений спортивных сооружений относятся трибуны, павильоны, фойе, буфеты, санузлы и др.:**

1. группа А;

2. группа Б

3. группа В;

4. группа Г.

**Вопросы для устного опроса:**

1. Значение физических упражнений для сохранения здоровья. Гиподинамия как фактор риска для здоровья населения в современном обществе.

2. Задачи, основные формы и средства физической культуры.

3. Физиолого-гигиеническая оценка занятия физической культурой. Функциональные нагрузочные пробы. Оценка функционального состояния. Типы реакций сердечно-сосудистой системы на функциональные пробы.

4. Организация врачебно-физкультурной службы в РФ. Перечень мероприятий по врачебному контролю за физическим воспитанием.

5. Заболевания и повреждения при нерациональном занятии физической культурой и спортом. Профилактика спортивного травматизма.

6. Гигиенические требования к спортивной зоне и спортивному залу.

7. Основные принципы закаливания.

8. Гигиеническая характеристика современных методов закаливания.

**Типовые проблемно-ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Студент 3 курса лечебного факультета ОрГМУ, 21 год, рост – 180 см, масса тела – 77 кг., без вредных привычек, болеет 1 раз в год ОРВИ. Ежегодно прививается от гриппа вакциной Гриппол+. Отсутствуют хронические заболевания органов и систем.

Задание:

К какой группе здоровья относится студент?

К какой группе физического воспитания относится студент?

**Задача №2.**

Оценить оздоровительно-тренировочный эффект урока физической культуры для группы студентов 1 курса по следующим данным: моторная плотность урока – 60%, частота пульса до урока – 80 уд/мин., после основной части – 120 уд/мин., на 55 минуте – 80 уд/мин. Урок состоит из вводной, подготовительной и основной частей.

**Задача №3.**

Оценить функциональные возможности организма и решить вопрос о допуске студента к уроку физической культуры. С начала клинического выздоровления после перенесенного заболевания гриппом прошло 10 дней. При врачебном обследовании, проведенном с применением функциональной пробы с дозированной мышечной нагрузкой были получены следующие результаты реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку: ЧСС до пробы – 72 уд/мин., после пробы – 150 уд/мин., время возвращения к исходной величине – 10 минут. АД максимальное – без изменений, минимальное – увеличилось.

**Тема раздела:** Общие принципы организации построения и проведения профилактических программ для работников службы медицинской профилактики.

**Тема 3.** Общие принципы построения профилактических программ.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** – тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые вопросы**

**1. ВОЗ определяет фактор риска как:**

1. «Какое-либо свойство или особенность человека, или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы»;

2. «Модель поведения или другие состояния, связанные с повышенной вероятностью развития определенной болезни, ухудшением здоровья»;

3. Пониженная масса тела, небезопасный секс, высокое кровяное давление, потребление табака и алкоголя и небезопасные вода, санитария и гигиена.

4. все вышеперечисленное.

**2. Чтобы тот или иной фактор риска можно было использовать для программ укрепления здоровья, он должен отвечать следующим критериям:**

1. иметь кратковременную и среднюю длительность воздействия и быть способным к объективной регистрации;

2. иметь совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих жизнедеятельность, процесс его роста и развития;

3. иметь относительно большую длительность воздействия и быть способным к объективной регистрации;

4. все вышеперечисленное.

**3. Модули анализа факторов риска:**

1. основной, расширенный и дополнительный;

2. полный, неполный, сокращенный;

3. основной, расширенный неполный, сокращенный;

4. все вышеперечисленное.

**4. Аудит качества реализации профилактических программ:**

1. внешний;

2. внешний и внутренний;

3. внутренний;

4. внешний, внутренний, сторонний.

**5. Сколько основных критериев оценки экономической эффективности профилактической программы:**

1. 3 критерия;

2. 4 критерия;

3. 5 критерия;

4. 6 критериев.

**6. Факторы риска делят на:**

1. корригируемые (управляемые) и не корригируемые (неуправляемые);

2. простые и сложные;

3. специфические и неспецифические;

4. простые, сложные, специфические, неспецифические.

**7. Поэтапный мониторинг факторов риска для здорового образа жизни индивида основан на:**

1. изучении состоянии окружающей среды территории, показателей здоровья населения;

2. анкетировании, физикальных методах исследования и клинико-лабораторных данных;

3. изучении состоянии окружающей среды территории и клинико-лабораторных данных;

4. все вышеперечисленное.

**8. Для формирования здорового образа жизни обычно используются разнообразные виды технологий:**

1. социальные, педагогические психологические, медицинские:

2. государственные муниципальные, общественные, индивидуальные;

3. юридические, этические, теологические, личностные;

4. все вышеперечисленное.

**9. Сколько принципов биоэтики выделяют:**

1. 3;

2. 4;

3. 5;

4. 5;

5. 6.

**10. По времени проведения аудит качества реализации профилактических программ можно разделить на:**

1. краткосрочные, среднесрочные, долгосрочные;

2. краткосрочные,

3. среднесрочные;

4. долгосрочные.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Факторы риска. Определение, их виды. Мониторинг факторов риска, содержание основных этапов. Модульный анализ факторов риска. Источники информации для мониторинга эффективности профилактических программ.
2. Общие принципы организации профилактических программ. Алгоритм при планировании и проведении профилактических программ.
3. Общие принципы профилактической деятельности. Технологии формирования здорового образа жизни. Виды профилактических программ.
4. Организация профилактических программ в учебных заведениях. Организационные формы деятельности.
5. Организация профилактических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях. Организация работы школ здоровья. Стандарты для реализации профилактических программ в лечебных учреждениях, рекомендуемых ВОЗ, регламентирующие проведение мероприятий по укреплению здоровья в лечебных учреждениях.
6. Организация профилактических программ на рабочем месте. Психологические аспекты построения профилактических программ. Этапы профилактических подходов в России, специфика психологических аспектов. Этические аспекты построения профилактических программ, основные принципы.
7. Оценка качества профилактических программ. Аудит качества реализации профилактических программ. Виды затрат для оценки экономической эффективности профилактических вмешательств.

**Типовые проблемно-ситуационные задачи**

**Задача 1:**

В последние десятилетия работающее население лишилось цехового принципа медицинского обеспечения – в особо неблагоприятной обстановке оказались работники с высоким профессиональным риском. Медицинские работники несправедливо отнесены к наиболее благоприятной группе по условиям труда.

В настоящее время необходимо разработать алгоритм организационной оптимизации медицинского обслуживания медицинских работников, который должен заключаться в сохранении преемственности между периодическими медицинскими осмотрами и динамическим наблюдением за состоянием здоровья.

На основе совершенствования этапов оказания специализированной медицинской помощи периодические медицинские осмотры, динамическое наблюдение за лицами из группы риска, диагностика и лечение профессиональных заболеваний, реабилитация проводятся силами **оздоровительного центра**, созданного в ЛПУ, что позволяет разрабатывать адекватные как индивидуальные, так и коллективные программы профилактики профессиональных заболеваний данной категории работников.

Организационно-функциональная модель профилактической программы включает три раздела: методическое обеспечение, структуру и функции, алгоритм деятельности.

В рамках первого раздела были определены основные методические принципы реализации «модели» первичной профилактики.

В рамках II раздела, на основании разработанных принципов предложена и внедрена новая функциональная структура обеспечения модели первичной профилактики в системе амбулаторно-поликлинического звена.

В рамках III раздела разработана новая технологическая схема модели, состоящая из ряда этапов, представленная в виде нового способа укрепления профессионального здоровья медицинских работников.

Формирование систем профилактического вмешательства, основано на следующих организационно-методологических принципах: базисном, принципах непрерывности, целенаправленности формирования оздоровительных технологий, функциональности:

1. Базисный принцип первичной профилактики реализуется применением конкретного комплекса оздоровительных технологий, направленных на восстановление профессионального здоровья медицинских работников и продление их профессионального долголетия.

2. Принцип непрерывности укрепления здоровья здоровых работников обеспечивается «упреждающим» регулярным применением оздоровительных технологий, их новым методологическим местом (профилактической ролью) в поддержании здоровья профессионально пригодных кадров в отличие от существующей достаточно «ограниченной» функции — в качестве инструмента вторичной профилактики заболеваний или их осложнений. Данный принцип заключается в том, чтобы оздоровление трудоспособного работника превратить в постоянный непрерывный процесс, поддерживаемый регулярным комплексом разнообразных «оздоровительных технологий», сопровождающих каждого медработника с момента его поступления на работу.

3. Принцип функциональности в организации обеспечения первичной профилактики, придающий новой организационной структуре необходимую гибкость и позволяющий маневрировать силами и средствами оздоровительных технологий для оперативного решения меняющихся профилактических задач, обусловленных динамикой изменчивости направленности профилактического воздействия.

Приоритетность первичной профилактики проявляется в оздоровительной работе со здоровыми людьми и принципиально обеспечивается предложенным превентивным «упреждающим» регулярным применением комплекса «оздоровительных технологий» как новой организационно-методологической формы первичной профилактики. Комплекс оздоровительных технологий базируется на установленных разнообразных условиях укрепления профессионального здоровья, отраженных принципом целенаправленности.

4. Принцип целенаправленности формирования оздоровительных технологий определяется характеристикой объектов (целей) первичной профилактики, обусловленных следующими особенностями:

4.1. Индивидуальной оценкой и прогнозированием уровня здоровья конкретного работника.

4.2. Нарушениями основных профессионально значимых функций, характерных для конкретного работника в данной профессиональной группе.

Известно, что к основным профессионально значимым функциям работников ведущих медицинских профессий относятся функции сердечно-сосудистой и нервной систем, зрительного и слухового анализаторов. Существуют немногочисленные оздоровительные технологии первичной профилактики, механизм действия которых направлен на предупреждение нарушения вышеприведенных функций, в частности, дозированная физическая нагрузка, психофизиологическая релаксация, водные процедуры (души, сауна) и т. д.

4.3. Уровнем распространенности приоритетных профессиональных заболеваний в конкретной профессиональной группе, к которой принадлежит данный работник.

Разработанные методические социально-гигиенические профилактические подходы к оценке и укреплению здоровья работающего населения позволили создать организационно-функциональную модель первичной профилактики в виде новой функционально-организационной структуры поэтапного обеспечения «здоровья здоровых». Новая разработанная организационно-функциональная модель первичной профилактики объединяет:

* **оздоровительный центр**, являющийся новой организационной формой системы здравоохранения медицинских работников, основной задачей которого является организационно-методическая работа по разработке и внедрению оздоровительных технологий;
* п**рофилакторий**, обеспечивающий восстановление профессионального здоровья не только медицинским работникам с различными заболеваниями, но и практически здоровым медработникам без хронической патологии;
* **отделение профилактики**, к прежним задачам которого добавляется оценка общего состояния здоровья и составление индивидуальной профилактической программы;
* **лабораторная медицинская служба**, представленная отделением функциональной диагностики и иммунологической лабораторией, обеспечивающая необходимой информацией процесс оздоровления сотрудников;
* **вычислительный (информационно-компьютерный) центр**, предназначенный для оперативной обработки данных медицинских осмотров и создания банка данных в целях обеспечения преемственности между различными подразделениями медицинской службы.

Для разработки организационно-функциональной модели необходима логическая последовательность определенных действий – алгоритм первичной профилактики, определяющий:

1. Выбор объекта профилактического внимания здравоохранения. По определению «первичной профилактики неинфекционных заболеваний в качестве объекта исследования должны быть взяты «практически здоровые» медицинские работники.

2. Определение предмета изучаемого объекта. В качестве предмета исследования рассмотрены:

2.1. Характерные условия профессиональной деятельности медицинских работников. Данный внешний параметр является в большей степени «константой», так как условия профессиональной деятельности в силу причин достаточно продолжительное время остаются неизменными и практически выведены за пределы воздействия разрабатываемой модели.

2.2. Качество жизни медицинских работников, которое зависит не только от состояния здоровья, стабильной работы и уровня материального благополучия, но и от социальных возможностей – от перспективы иметь комфортное жилье, от спокойствия за свою безопасность, будущее своих детей, от надежности государственных социальных гарантий.

3. Создание регулирующей модели профилактического вмешательства. Разработка организационно-функциональной модели первичной профилактики включала следующие элементы:

3.1. Оценку состояния здоровья работающих с учетом выявления факторов риска.

3.2. Формирование оздоровительных технологий первичной профилактики для конкретного работника.

3.3. Социально-гигиенический мониторинг состояния здоровья медицинских работников в процессе реализации профилактической программы.

3.4. Заключительную оценку эффективности внедрения организационно-функциональной модели первичной профилактики заболеваний на основе комплексной оценки состояния здоровья трудовых коллективов медицинских работников.

Оптимизированная методология первичной профилактики неинфекционных заболеваний для укрепления профессионального здоровья работающих (на примере медицинских работников) включает:

* концептуальную основу (новую «функционально-мотивационную системную концепцию здоровья работающего человека», отражающую к системе «человек – среда – общество», широкое многообразие факторов, влияющих на здоровье (производственно-гигиенических, природно-климатических, социально-бытовых);
* средства измерения уровня здоровья (новый способ интегральной оценки здоровья человека) и восстановления здоровья медработников (новый способ повышения работоспособности человека);
* стратегию (новую «упреждающую» систему оздоровительных технологий) и тактику (новые организационные формы обеспечения первичной профилактики неинфекционных заболеваний) их использования;
* информационные технологии для обеспечения профилактического процесса путем создания банков данных и прогнозных моделей, позволяющих оценивать и прогнозировать уровни здоровья работающего человека.

**Задания:**

1. Где в ЛПУ проводится диагностика, лечение и реабилитация профессиональных заболеваний?

2. На каких организационно-методологических принципах основано формирование систем профилактического вмешательства?

3. Что объединяет новая разработанная организационно-функциональная модель первичной медицинской профилактики работников ЛПУ?

4. Для разработки организационно-функциональной модели необходима логическая последовательность определенных действий – алгоритм первичной профилактики, который включает в себя:

5. Что включает в себя оптимизированная методология первичной профилактики неинфекционных заболеваний для укрепления профессионального здоровья работающих (на примере медицинских работников)?

**Задача 2**

Программы здоровья на рабочем месте (на примере программ ЗОЖ ООО «Газпром добыча Оренбург»).

Медицинской службой ООО «Газпром добыча Оренбург», были рассмотрены структуре заболеваемости работников предприятия:

**Хронические неинфекционные заболевания (НИЗ)** –

* Болезни системы кровообращения (инфаркт, инсульт, гипертония и т.п.);
* Онкологические заболевания;
* Хронические бронхолегочные заболевания;
* Сахарный диабет
* Некоторые социально-значимые заболевания.

**Основные факторы риска (ФР) НИЗ:**

* Курение;
* Гипертония;
* Ожирение;
* Низкая физическая активность;
* Высокий уровень холестерина;
* Нерациональное питание.

Возможности снижения смертности от НИЗ путем изменения образа жизни:

* Прекращение курения – на 50%;
* Физическая активность на 20-30%;
* Умеренный алкоголь-15%;
* Изменения в питания (больше 2-х факторов) -15-40%.

Структура экономических потерь работодателя, обусловленных заболеваниями работников:

1. Снижение эффективности производственного процесса;

2. Временная нетрудоспособность;

3. Абсентеизм (общее количество потерянных рабочих дней);

4. Замена работника в случае его увольнения по болезни или смерти;

5. Компенсации.

Результаты мета-анализа 42 исследований по применению профилактических программ на рабочем месте позволили установить:

* Снижение временной трудоспособности на 28,3%;
* Снижение затрат работодателя связанные с медицинской помощью на 26,1%;
* Снижение затрат работодателя связанные с ЗВУТ и снижением производительности.

Основные типы/компоненты программ здоровья на рабочем месте в ООО «Газпром добыча Оренбург»:

* Просветительские и образовательные по ведению ЗОЖ;
* Профилактика курения;
* Профилактический скриниг/обследование работников;
* Коррекция веса тела;
* Нормализация питания;
* Расширение физической активности;
* Снижение уровня стресса;
* Создание на производстве условий для ЗОЖ «бездымная среда», блюда здорового питания в корпоративных столовых и т.п.

Выгоды от программ здоровья на рабочем месте:

**1. Выгоды работника:**

• улучшение условий труда;

• отказ от вредных привычек;

• улучшение здоровья;

• увеличение удовлетворенности от работы;

• повышение благосостояния;

• увеличение удовлетворенности жизнью;

• увеличение продолжительности жизни.

**2. Выгоды работодателя:**

• сокращение временной нетрудоспособности;

• уменьшение расходов на медицинское страхование;

• снижение числа прогулов;

• снижение травматизма;

• повышение производительности труда;

• снижение текучести кадров;

• улучшение климата внутри коллектива;

• укрепление репутации компании.

**3. Выгоды государства:**

• снижение уровня заболеваемости;

• сокращение смертности;

• уменьшение расходов на медицинскую помощью;

• рост конкурентоспособности предприятий;

• увеличение национального дохода.

Целевые программы «Здоровый образ жизни» и «Преодоление курения табака» в ООО «Газпром добыча Оренбург» (Результаты медико-социального опроса 2.000 работников)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Муж. | Жен. |
| Имеют достаточный уровень физической активности | 37% | 19% |
| Хотят заниматься оздоровительными тренировками | 80% | 84% |
| Требуется коррекция питания | 44% | 43% |
| Требуется радикальное изменение питания | 10% | 11% |
| Профессиональный стресс, тревога | 36% | 39% |
| Курят | 63% |
| Хотят отказаться от курения (%курящих) | 49% |
| Не могут прекратить курение без мед. помощи | 61% |

По оценке медицинской службы ООО «Газпром добыча Оренбург»:

- 30% средств ДМС тратится на заболевания, вызываемые курением;

- 20% случаев временной нетрудоспособности связаны с курением.

Программы «Здоровый образ жизни» и «Преодоление курения табака»:

**Борьба с курением**

* Временные санитарные нормы по организации мест для курения;
* Наглядные материалы о вреде табака.

С января 2011 г полностью запрещено курение в Компании.

**Пропаганда ЗОЖ**

* Информационно-пропагандистские материалы о рациональном питании, принципах оздоровительных тренировок;
* Серия статей в корпоративной газете по вопросам ЗОЖ.

**Профилактика НИЗ**

* Медицинские меры профилактики, в т.ч. в рамках программ оздоровительных мероприятий;
* Отраслевой стандарт «Профилактика ИБС»;
* «Методические рекомендации по назначению работникам индивидуальных программ оздоровительных тренировок».

**Задания:**

1. Какие основные хронические неинфекционные заболевания (НИЗ), были рассмотрены в структуре заболеваемости работников предприятия ООО «Газпром добыча Оренбург»?

2. Какие основные факторы риска (ФР) НИЗ учитывались у работников предприятия ООО «Газпром добыча Оренбург?

3. Какие возможности снижения смертности от НИЗ путем изменения образа жизни?

4. Какова структура экономических потерь работодателя, обусловленных заболеваниями работников?

5. Какие экономические выгоды позволили установить на предприятии ООО «Газпром добыча Оренбург» после применения профилактических программ ЗОЖ на рабочем месте?

6. Назовите основные типы/компоненты программ здоровья на рабочем месте в ООО «Газпром добыча Оренбург».

7. В чем заключаются выгоды работника, работодателя и государства после применения профилактических программ ЗОЖ на рабочем месте в ООО «Газпром добыча Оренбург»?

**Тема раздела:** Влияние вредных привычек на формирование ЗОЖ.

**Тема 4.** Формирование здорового образа жизни населения без вредных привычек. КСР.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** написаниереферата

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы для учебно-исследовательской работы студентов:**

1. История развития табакокурения в России.

2. Основные компоненты табачного дыма (органические и

неорганические), их влияние на организм человека. Фазы табачного дыма. Табачные фильтры, их свойства и применение.

3. Причины, побуждающие людей курить. Иллюзии курильщиков.

4. Социально-экономические последствия курения.

5. Влияние табакокурения на женский и детский организм. Профилактика табакокурения среди молодежи. Меры борьбы с курением.

6. Проблема пассивного курения. Законодательные основы борьбы с курением.

7. Социально-гигиенические особенности негативного действия на организм некоторых видов курения (кальян, сигары).

8.Эпидемиологические аспекты употребления наркотических средств, связь с ВИЧ и гепатитом В.

9. Характеристика основных групп наркотических средств. Их определение в организме человека.

10. Основные признаки употребления наркотиков, их влияние на организм.

11. Профилактика наркомании, употребления ПАВ, их аналогов.

12. Основные этапы лечения наркомании.

13. История распространения алкоголизма.

14. Распространенность алкоголизма в России на современном этапе. Законодательные основы сокращения потребления алкоголя в РФ.

15. Проблема алкоголизма среди детей и подростков.

16. Влияние алкоголя на организм человека.

17. Пьянство и алкоголизм.

18. Проблема «пивного» алкоголизма. Энергетические напитки. Проект ФЗ «О запрещении продажи и распространения напитков, содержащих тонизирующие компоненты».

19. Интернет и другие виды зависимостей. Их влияние на организм

20. Неблагоприятные эффекты от использования косметологических средств.

21. Негативные последствия от несоблюдения правил личной гигиены.

**Тема раздела:** Личная гиена в формировании здорового образа жизни.

**Тема 5.** Гигиена одежды и обуви, их значение для здоровья. Методы исследования физических и гигиенических показателей тканей одежды. КСР

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** – тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, типовых практических заданий.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые вопросы**

**1.Одежда должна иметь массу не более ….% массы тела человека:**

1. 20%

2. 10%

3. 25%

4. 5%

5. 30%.

**2. При разработке обуви следует учитывать характерные особенности детской стопы:**

1. наибольшая ширина в области пальцев, относительно более длинная задняя часть стопы по сравнению со стопой взрослых, незавершенное окостенение скелета стопы;

2. наибольшая ширина в области 1-5 плюснефаланговых суставов, относительно более длинная задняя часть стопы по сравнению со стопой взрослых, незавершенное окостенение скелета стопы;

3. наибольшая ширина в области пальцев, относительно более длинная передняя часть стопы по сравнению со стопой взрослых, незавершенное окостенение скелета стопы;

4. все вышеперечисленное.

**3. Способность тканей адсорбировать воду в виде водяных паров из воздуха – это:**

1. водоемкость;

2. водопроницаемость;

3. промокаемость;

4. воздухопроницаемость во влажном состоянии;

5. гигроскопичность.

**4. При разработке детской обуви нормируются все, кроме:**

1. гибкость подошвы;

2. высота каблука;

3. масса обуви;

4. толщина стельки;

5. толщина задника.

**5. При санитарно-эпидемиологической оценке тканей для изготовления детской одежды изучается**:

1. гигроскопичность;

2. воздухопроницаемость;

3. электризуемость;

4. миграция химических соединений;

5. токсичность;

6. все перечисленное.

**6. Гигиенические требования к детской обуви определяются:**

1. возрастными анатомо-физиологическими особенностями стоп ребенка;

2. необходимостью обеспечения благоприятного микроклимата внутри обуви;

3. необходимостью поддержания свода стопы и его рессорной функции;

4. необходимостью создания условий, обеспечивающих отсутствие сжатия и деформации стопы;

5. все перечисленное.

**7. При рационально подобранной одежде относительная влажность слоя воздуха, непосредственно прилегающего к одежде должна составлять:**

1. 10-20%;

2. 20-25%;

3. 20-40%;

4. 30-50%;

5. 40-60%.

**8. Нагрузка на передний и задний отделы стопы распределяется равномерно при высоте каблука:**

1. без каблука;

2. с каблуком 1-2 см;

3. с каблуком 3-4 см;

4. с каблуком 5-8 см;

5. с каблуком более 8 см.

**9. Для белья выбираются ткани:**

1. с низкой гигроскопичностью, с высокой воздухопроницаемостью, тканной структурой;

2. с высокой гигроскопичностью, с высокой воздухопроницаемостью, трикотажной структурой;

3. с высокой гигроскопичностью, с высокой воздухопроницаемостью, тканной структурой.

4. все вышеперечисленное.

**10. Содержание диоксида углерода в пододежном пространстве не должно превышать:**

1. 0,6 %0;

1. 0,7 %0;

1. 0,8 %0;

1. 0,9 %0;

1. 1,0 %0.

**Вопросы для самостоятельного изучения:**

1. Физиолого-гигиеническое значение одежды и обуви.

2. Гигиенические показатели, характеризующие ткани.

3. Гигиенические требования к одежде. Классификация одежды.

4. Гигиенические требования, предъявляемые к материалам, применяемым для изготовления обуви.

5. Гигиенические требования к обуви.

6. Зоны медицинской климатологии, требующие различных типов одежды и обуви.

7. Санитарно-гигиенические требования к детской одежде и обуви. Физиолого-гигиенические аспекты выбора детской одежды и обуви в зависимости от возраста и при различных видах деятельности.

8. Гигиенические требования к одежде для взрослых. Классификация одежды. СанПиН 2.4.7/1.1.2651-10Дополнения и изменения №1 к СанПиН 2.4.7/1.1.1286-03 «Гигиенические требования к одежде для детей, подростков и взрослых».

9. Показатели для гигиенической оценки материалов одежды:

* Органолептические: — показатели, к которым относятся интенсивность, характеристика и проявление запаха. Наличие запаха в данном случае не допускается и его присутствие говорит о том, что изделие произведено из некачественного сырья, с использованием некачественных красителей, фурнитуры и прочего;
* (Интенсивность запаха вытяжки модельной водной среды для одежды для детей – не более 1 балла для одежды 1-го слоя, для 2-3-го слоя детской одежды и одежды для взрослых– не более 2 баллов.);
* Физико-химические:
* Вес;
* Толщина;
* Воздухопроницаемость;
* Паропроницаемость;
* Гигроскопичность;
* Гидрофильность (капиллярность);
* Водоемкость;
* Водопроницаемость;
* Теплопроводность;
* Пористость;
* Упругость;
* Гибкость;
* Сминаемость;
* Усадка;
* Скорость высыхания;
* Пылеёмкость;
* Коэффициент отражения, Коэффициент пропускания, Коэффициент поглощения;
* Электризуемость.

10. Санитарный надзор в области гигиены одежды:

а). Правила отбора образцов материалов, направляемых на исследование, оформление сопроводительного документа; подготовка образцов тканей к исследованию.

б). Определение массы (поверхностной плотности) текстильных материалов, толщины, определение объемной массы тканей, общей пористости.

в). Определение гидрофильности, водопроницаемости, капиллярности тканей.

г). Исследование тканей на происхождение волокон.

**«Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся».**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам, в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет: Рд=Рт+Рб+Рз,*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Актуальность проблемы здорового образа жизни, мотивация для его формирования.

2. Определение понятий здоровье и здоровый образ жизни. Основные элементы здорового образа жизни.

3. Законодательные основы охраны здоровья граждан и здорового образа жизни.

4. Понятие о первичной, вторичной и третичной профилактике в гигиене. Общественная и индивидуальная профилактика заболеваний. Роль специалиста медико-профилактического профиля в составлении профилактических рекомендаций по коррекции образа жизни человека.

5. Факторы риска. Определение, их виды. Мониторинг факторов риска, содержание основных этапов. Модульный анализ факторов риска. Источники информации для мониторинга эффективности профилактических программ.

6. Общие принципы организации профилактических программ. Алгоритм при планировании и проведении профилактических программ.

7. Технологии формирования здорового образа жизни. Виды профилактических программ.

8. Организация профилактических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях. Организация работы школ здоровья. Стандарты для реализации профилактических программ в лечебных учреждениях, рекомендуемых ВОЗ, регламентирующие проведение мероприятий по укреплению здоровья в лечебных учреждениях.

9. Оценка качества профилактических программ. Аудит качества реализации профилактических программ. Виды затрат для оценки экономической эффективности профилактических вмешательств.

10. Проблемы питания современного человека. Риск развития соматической патологии.

11. Гигиеническая оценка альтернативных теорий питания (вегетарианство, голодание, теория раздельного питания, питание по группе крови, и др.).

12. Состояние питания как гигиенический показатель. Методы оценки пищевого статуса в практике врача медико-профилактического профиля.

13. Организация питания населения, проживающего определенных климато-географических условиях.

14. Питание отдельных групп населения (беременных и кормящих, лиц пожилого возраста, спортсменов и пр.).

15. Контаминанты в пищевых продуктах, пути поступления в продукты питания и сырье. Токсическое действие металлов, пестицидов, антибиотиков.

16. Организация питания населения, проживающего в условиях экологического и радиационного неблагополучия. Адаптированность питания к воздействию ксенобиотиков.

17. Понятие биологически активных добавок к пище, их роль в питании современного человека. Классификация БАД.

18. Характеристика нутрицевтиков и парафармацевтиков. Нормативные и правовые вопросы использования БАД.

19. Обогащенные продукты и функциональные продукты. Генно-инженерные модифицированные продукты питания.

20. Значение физических упражнений для сохранения здоровья.

21. Задачи, основные формы и средства физической культуры.

22. Физиолого-гигиеническая оценка занятия физической культурой. Функциональные нагрузочные пробы. Оценка функционального состояния. Типы реакций сердечно-сосудистой системы на функциональные пробы.

23. Организация врачебно-физкультурной службы в РФ. Перечень мероприятий по врачебному контролю за физическим воспитанием.

24. Заболевания и повреждения при нерациональном занятии физической культурой и спортом. Профилактика спортивного травматизма.

25. Спортивные сооружения. Гигиенические требования к спортивной зоне и спортивному залу.

26. Основные принципы закаливания. Гигиеническая характеристика современных методов закаливания.

27. Основные компоненты табачного дыма (органические и неорганические), их влияние на организм человека. Фазы табачного дыма. Табачные фильтры, их свойства и применение.

28. Влияние табакокурения на женский и детский организм. Проблема пассивного курения.

29. Профилактика табакокурения. Законодательные основы борьбы с курением.

30. Интернет зависимость. Последствия негативного влияния. Основные методы профилактики

31. Характеристика основных групп наркотических средств. Их определение в организме человека.

32. Основные признаки употребления наркотиков, их влияние на организм.

33. Профилактика наркомании, употребления ПАВ, их аналогов.

34. Пищевые добавки, цели их использования в пищевой промышленности. Классификация, влияние на организм человека.

35. Воздействие алкоголя на организм человека. Особенности влияния на организм женщин и подростков.

36. Пьянство и алкоголизм. Проблема «пивного» алкоголизма. Меры профилактики и борьбы с чрезмерным употреблением алкоголя.

37. Гигиеническое обучение и воспитание. Цель, задачи, принципы, методы и средства.

38. Законодательная база ведения профилактической работы в медицинских учреждениях. Центры и отделения (кабинеты) медицинской профилактики, основные направления деятельности.

39. Личная гигиена как основа здоровья человека. Основные правила личной гигиены.

40. Центры здоровья. Основные направления работы. Приказ МЗ и СЦР от 19.08.2009 № 597Н с изм. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию ЗОЖ у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

Типовые Задачи по ФЗОЖ.

**Задача № 1**

По результатам профосмотра в школе медсестрой получены следующие данные массы тела 16-летних юношей:

|  |  |
| --- | --- |
| ***V (кг)*** | ***P*** |
| 59 | 3 |
| 60 | 6 |
| 61 | 8 |
| 62 | 4 |
| 63 | 2 |
| 64 | 1 |

Вопрос:

1. Вычислите среднюю массу 16-летних юношей.

**Задача № 2**

В области проживает 138 000 человек. Родилось в отчетном периоде

900 детей. Умерло 1 100 человек.

Вопросы:

1. Рассчитайте показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность, естественный прирост).

**Задача № 3**

В районе Н. с численностью трудоспособного населения 97062 человека признаны инвалидами в связи с общим заболеванием 2113 человек (в разное время).

Среди них 1520 больных страдали хронической инвалидизирующей патологией органов кровообращения; 82 -болезнями нервной системы; 220 имели злокачественные новообразования. У 291 человека обнаружились другие (прочие) заболевания.

Рассчитайте основные показатели, характеризующие уровни и структуру общей инвалидности трудоспособного населения в районе Н.

**Задача № 4**

В Ленинском районе средние показатели физического развития учащихся составили: рост – 140,5 + 0,4 см; масса – 35,0 + 0,4 кг; окружность грудной клетки – 68,8 +0,3 см. Распределение вариантов индивидуальной оценки школьников следующие:

Нормальное физическое развитие – 83%; избыток массы тела – 10%; низкий рост – 1%; дефицит массы – 6%. Число детей 252.

В Центральном районе средние показатели физического развития учащихся составили: рост – 13,9 +0,6 см; масса – 32,8 +0,5 кг; окружность грудной клетки – 66,0 +0,4 см.

Распределение вариантов индивидуальной оценки школьников следующие:

Нормальное физическое развитие – 78%; избыток массы – 3%; дефицит массы – 18%; низкий рост – 1%. Число детей 321.

Вопросы:

Определить достоверность различий в физическом развитии 2х организованных коллективов.

Определить достоверность различий в физическом развитии мальчиков 17 лет проживающих в Центральном и Ленинском районах г. Оренбурга. Выбрать наиболее информативные показатели.

**Задача № 5**

Одним из критериев оценки здоровья населения является физическое развитие, что особенно важно для профилактического направления в детском возрасте. Особенности современного этапа социальной жизни диктуют необходимость повышенной интеллектуальной нагрузки в обучающей программе детей, что может негативно отражаться на детском здоровье.

При контроле физического развития детей с повышенной интеллектуальной нагрузкой исследовали различные параметры (сравнивая их с параметрами развития обычных детей), в том числе рост. Под наблюдением находились 100 мальчиков 9-летнего возраста. Получены следующие данные:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рост мальчиков | 109 | 110 | 112 | 114 | 118 | 121 | 130 | 132 |  |
| Число измерений | 6 | 9 | 10 | 18 | 24 | 15 | 13 | 5 | n = 100 |

Среднее квадратическое отклонение, характеризующее разнообразие признака в группе σ = 6,85;

Для сравнения и контроля предложены параметры развития детей с обычной интеллектуальной нагрузкой: М (средняя арифметическая роста) = 118,65, m (средняя ошибка средней арифметической) = 0,7.

Определить:

1. Источники информации для оценки физического развития.

2. Статистическая обработка данных: вычислить среднюю арифметическую величину М для данной группы и среднюю ошибку средней арифметической m.

3. Анализ здоровья - охарактеризовать физическое развитие как один из критериев здоровья населения, методы наблюдения и оценки физического развития.

4. Выявление действующих факторов - факторы риска в аспекте физического развития детей.

5. Обоснование действий по улучшению данной ситуации, профилактические мероприятия

6. Умение определить достоверность разности данных исследований по критерию Стъюдента - t.

**Задача № 6**

И.Б., мужчина, 30 лет, водитель троллейбуса в Заполярье. Имеет рост 167 см, массу тела 70 кг, окружность грудной клетки – 102 см. Средняя толщина кожно-жировой складки – 13 мм, окружность плеча 34 см, толщина кожно-жировой складки над трицепсом – 11 мм.

Для оформления санаторно-курортной карты прошел медицинское клинико-биохимическое обследование. Получены следующие результаты: отмечается сухость кожных покровов, поперечные трещины на поверхности языка, гиперемия и изменение формы сосочков языка. Артериальное давление 125/70 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений – 85 ударов в минуту.

В анамнезе – хронический гастрит.

Биохимические показатели: общий белок сыворотки крови – 70 г/л, альбумины – 580 мкмоль/л, глюкоза сыворотки крови – 4,6 ммоль/л, триглицериды сыворотки крови – 1,1 ммоль/л, общий холестерин – 3,5 ммоль/л., трансферин – 23 мкмоль/л. Суточная экскреция креатинина с мочой – 1,6 г/л.

Усредненный суточный рацион.

Завтрак: Сосиски с отварным картофелем (сосиски – 100 г., картофель – 100 г, масло сливочное – 10 г,), хлеб пшеничный – 50 г., булка городская – 100 г. Чай с сахаром (сахар – 10 г,)

Обед: Щи из квашеной капусты (мясо - 50 г., капуста квашеная - 200 г, картофель - 100 г., морковь - 25 г., лук-10г., томат - 10 г., коренья - 10 г., сметана -20 г., мука - 5 г), Картофель жареный с грибами. (картофель – 200 г, грибы – 100 г, лук репчатый – 20 г., масло растительное – 40 г). Молоко – 200 г. Хлеб ржаной 150 г.

Ужин: Сырники со сметаной (творог – 200 г, мука – 20 г., яйцо куриное – 20 г, сахар – 10 г, масло растительное – 20 г, сметана – 50 г.). Колбаса вареная – 100 г. Хлеб пшеничный – 50 г. Чай с вареньем (варенье – 20 г.).

Микронутриентный состав фактического рациона, с учетом потерь при кулинарной обработке:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Значение | Показатели | Значение |
| Витамины, мг |  | Магний | 638 |
| В1 (тиамин) | 2,61 | Фосфор | 1861 |
| В2 (рибофлавин) | 1,76 | Соотношение Са : Р | 1:2,9 |
| РР (никотиновая кислота) | 10 | Микроэлементы, мг |  |
| С (аскорбиновая кислота) | 87 | Железо | 33 |
| А (ретинол) | 0,98 | Хром | 0,064 |
| Каротины | 0,6 | Йод | 0,028 |
| Макроэлементы, мг |  | Фтор | 0,4 |
| Кальций | 636 | Пищевые волокна, г | 35,9 |

Задание:

На основании данных ситуационной задачи определите пищевой статус пациента, обоснуйте риски для здоровья и, в случае необходимости, рекомендации по коррекции пищевого статуса здоровым (рациональным) питанием.

**Вопросы для решения ситуационной задачи:**

1. Определение потребностей в пищевых веществах и энергии.

2. Определение нормальной (идеальной) массы тела.

3. Определение величины энерготрат (потребности в энергии) по данным величины основного обмена (ВОО) и коэффициенту физической активности (КФА).

4. Определение суточной потребности в пищевых веществах:

- белках, жирах, углеводах;

- витаминах и витаминоподобных соединениях;

- минеральных веществах;

- пищевых волокнах.

Оценка фактического питания на основании усредненного суточного рациона (метод 24- часового воспроизведения)

5. Определение энергетической ценности и нутриентного состава усредненного рациона.

6. Учет потерь при кулинарной обработке продуктов.

7. Характеристика режима питания и распределения энергии по приемам пищи.

8. Анализ и оценка полученных данных

9. Сопоставление полученных результатов по оценке фактической энергетической стоимости усредненного рациона с величиной потребности в энергии.

10. Сопоставление нутриентного состава фактического рациона с нормами физиологической потребности.

11. Оценка режима фактического питания по кратности приема пищи и по распределению энергетической стоимости рациона по приемам пищи (завтрак, обед, полдник, ужин).

12. Заключение о соответствии рациона фактического питания физиологическим потребностям организма в пищевых веществах и энергии.

13. Оценка пищевого статуса и характеристика рисков нарушений здоровья на фоне фактического питания

14. По данным пищевой неадекватности: изменений структуры и функций организма, биохимических показателей и клинических микросимптомов.

15. По данным заболеваемости.

16. Характеристика рисков (возможных исходов) для здоровья на фоне фактического питания и состояния структуры и функций организма (пищевого статуса).

17. Коррекция пищевого статуса

18. Рекомендации по приведению фактического питания в соответствие с концепцией здорового (рационального) питания:

- по энергетической ценности и сбалансированности рациона;

- назначением функциональных продуктов;

- обоснованием оптимального режима питания;

- изменением, в случае необходимости, характера и образа жизни.

**Задача № 7**

На приём к врачу обратилась женщина, 37 лет, с жалобами на одышку при ходьбе, боли в суставах, головокружение, плохой сон. Из анамнеза: пациентка не работает, основное время проводит дома, любит смотреть разные телесериалы, либо время проводит за компьютером. Курит с 20 лет. Не соблюдает диету, любит сладости. Вес 100 кг, рост 1,60 м.

Вопросы:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?
2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?
3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?
4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно
5. применить в данной ситуации?

**Задача № 8**

На приём в центр медицинской профилактики обратилась мужчина 56 лет, с просьбой дать рекомендации по снижению веса. Работает в офисе на руководящей должности, отмечает частые стрессы, ненормированный рабочий день, в связи с чем, нерегулярное питание, частые перекусы «быстрой едой», поздние ужины, курение. Свободное время предпочитает проводить за просмотром телевизора. Страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. При осмотре рост 170 см, вес 106 кг.

Вопросы:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

**Задача 9**

Кетчуп «Болгарский».

Состав: вода, томатная паста, паста айвовая или яблочная, сахар, соль, крахмал модифицированный, перец болгарский красный и зеленый сушеные, уксус, Е211, Е202, Е412, порошки луковый, чесночный или ароматизаторы: "лук", "чеснок" идентичные натуральным, перец острый красный, петрушка, укроп, корица сушеные, Е124.

Вопросы:

Дайте заключение о доброкачественности кетчупа «Болгарский». Риск каких заболеваний может присутствовать при наличии в продукте пищевых добавок. Дайте характеристику их безвредности.

Табличные данные:

|  |  |
| --- | --- |
| **Красители: E100 – E199**100–109 жёлтые110–119 оранжевые120–129 красные130–139 синие и фиолетовые140–149 зелёные150–159 коричневые и чёрные160–199 другие**Консерванты: E200 – E299**200–209 сорбаты210–219 бензоаты220–229 сульфиты230–239 фенолы и формиаты (метаноаты)240–259 нитраты260–269 ацетаты (этаноаты)270–279 лактаты280–289 пропиноаты (пропаноаты)290–299 другие**Антиокислители: E300 – E399**300–305 аскорбаты (витамин C)306–309 токоферол (витамин E)310–319 галлаты и эриторбаты320–329 лактаты330–339 цитраты340–349 фосфаты350–359 малаты и адипаты (адипинаты)360–369 сукцинаты и фумараты370–399 другие**Стабилизаторы, загустители, эмульгаторы:****E400 – E499**400–409 альгинаты410–419 камеди420–429 другие природные вещества430–439 соединения полиоксиэтилена440–449 природные эмульгаторы450–459 фосфаты460–469 соединения целлюлозы470–489 соединения жирных кислот490–499 другие | **Регуляторы рН и вещества против слёживания: E500 – E599**500–509 Неорганические кислоты и основания510–519 хлориды и сульфаты520–529 сульфаты и гидроксиды530–549 соединения щелочных металлов550–559 силикаты570–579 стеараты и глюконаты580–599 другие**Усилители вкуса и аромата, ароматизаторы:****E600 – E699**620–629 глютаматы630–639 инозинаты640–649 другие**Антибиотики E700 – E799**710–713 **Резерв: E800 – E899****Прочие: E900 – E999**900–909 воски910–919 глазирователи920–929 вещества, улучшающие мучные изделия930–949 газы для упаковки950–969 подсластители990–999 пенообразователи**Дополнительные вещества: E1100 – E1999**Новые вещества, не попадающие в стандартную классификацию |

**Запрещенные и неразрешенные пищевые добавки.**

**Запрещённые добавки** - это добавки, достоверно приносящие вред организму.

E121 – Цитрусовый красный 2 (краситель)

E123 – Красный амарант (краситель)

E128 – Красный 2G (краситель)

E216 – Пара-гидроксибензойной кислоты пропиловый эфир, группа парабенов (консервант)

E217 – Пара-гидроксибензойной кислоты пропилового эфира натриевая соль(консервант)

E240 – Формальдегид (консервант)

**Неразрешённые добавки** - это добавки, которые не тестировались или проходят тестирование, но окончательного результата пока нет.

E127 – Эритрозин - запрещен в ряде стран.

E154 – Коричневый FK

E173 – Алюминий

E180 – Рубиновый литол ВК

E388 – Тиопропионовая кислота

E389 – Дилаурилтиодипропионат

E424 – Курдлан

E512 – Хлорид олова(II)

E537 – Гексацианоманганат железа

E557 – Силикат цинка

E912 – Эфиры монтаниновой кислоты

E914 – Окисленный полиэтиленовый воск

E916 – Кальция йодат

E917 – Калия йодат

E918 – Оксиды азота

E919 – Нитрозил хлорид

E922 – Персульфат калия

E923 – Персульфат аммония

E924b – Бромат кальция

E925 – Хлор

E926 – Диоксид хлора

E929 – Перекись ацетона

**Разрешены в России, но запрещены в Евросоюзе**:

E102 – Тартразин

E142 – синтетический пищевой краситель Зелёный S

E425 – конжак, конжаковая мука, конжаковая камедь и конжаковый глюкоманнан.

**Задача 10**

Женщина 45 лет для коррекции своей фигуры в одной из городских аптек приобрела широко разрекламированную БАД, способствующую снижению веса. В инструкции к БАД не были указаны сведения о противопоказаниях для применения при отдельных видах заболеваний, имеющихся у данной женщины. Так же упаковка данного товара была лишена специального защитного слоя, что привело к значительному укорочению сроков годности. Через неделю после начала приема данной БАД женщина почувствовала себя значительно хуже, произошло обострении хронического заболевания, привлекшего за собой срочно госпитализации и дорогостоящего лечения.

Вопросы к задаче:

1.Какие нормативно-правовые акты были нарушены?

2.Несет ли администрация аптеки и рекламной компании ответственность за причинение вреда здоровью женщины?

**Задача 11**

В ходе проверки Роспотребнадзора г. Оренбурга, в аптеке «Оренлек» было выявлено, что витаминно-минеральный комплекс «Алфавит», являющийся БАД, и витаминно-минеральный комплекс «Супрадин», являющийся лечебным препаратом (ЛП), хранились в одном метабоксе. При этом на упаковке БАД отсутствовала надпись: «Не является лекарством». На данное замечание фармацевт ответила, что они имеют одинаковые условия хранения и сходны по области применения.

Вопросы:

1.Назовите условия хранения БАД к пище, обоснуйте свой ответ.

2.Какими документами подтверждается качество товаров, поступивших в аптеку?

3.Какие требования предъявляются к этикетке БАД?

4.Какие требования были нарушены при приёмочном контроле «Алфавита»?

5.Чем отличаются БАД к пище от лекарственных препаратов?

**Задача №12.**

Студент 3 курса лечебного факультета ОрГМУ, 21 год, рост – 180 см, масса тела – 77 кг., без вредных привычек, болеет 1 раз в год ОРВИ. Ежегодно прививается от гриппа вакциной Гриппол+. Отсутствуют хронические заболевания органов и систем.

Задание:

К какой группе здоровья относится студент?

К какой группе физического воспитания относится студент?

физического воспитания относится студент?

**Задача № 13.**

Оценить оздоровительно-тренировочный эффект урока физической культуры для группы студентов 1 курса по следующим данным: моторная плотность урока – 60%, частота пульса до урока – 80 уд/мин., после основной части – 120 уд/мин., на 55 минуте – 80 уд/мин. Урок состоит из вводной, подготовительной и основной частей.

**Задача № 14.**

Оценить функциональные возможности организма и решить вопрос о допуске студента к уроку физической культуры. С начала клинического выздоровления после перенесенного заболевания гриппом прошло 10 дней. При врачебном обследовании, проведенном с применением функциональной пробы с дозированной мышечной нагрузкой были получены следующие результаты реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку: ЧСС до пробы – 72 уд/мин., после пробы – 150 уд/мин., время возвращения к исходной величине – 10 минут. АД максимальное – без изменений, минимальное – увеличилось.

**Задача 15**

Управлением федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Оренбургской области проведено обследование физкультурно-оздоровительного комплекс «Жизнь», располагающегося в пригородной зоне вблизи зелёных насаждений.

Участок ФОК прямоугольной формы и общей площадью 2,1 га имеет ровную поверхность с уклоном, сухой и хорошо проветриваемый, уровень стояния грунтовых вод 0,5 м. Общая площадь озеленения участка составляет 420 м2. С наветренной стороны от спортивного сооружения на расстоянии 400 м располагается промышленное предприятие ООО «Трубополимер» (Согласно СанПиН2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов» данное предприятие относится к III классу - санитарно-защитная зона 300м.).

К центральным воротам сооружения подведены удобные подъездные пути, а расстояние до остановки общественного транспорта составляет 700 м. Был обследован большой спортивный зал для занятия гимнастикой размерами: длина - 38м, ширина - 20м, высота - 8м.

В момент обследования в зале занимались спортивной и художественной гимнастикой одновременно 140 спортсменов.

Расчётная температура воздуха в зоне нахождения спортсменов составляет 18 С°, влажность воздуха - 50 %. Горизонтальная освещенность на поверхности пола в зале - 135 лк.

Задание: оценить размещение физкультурно-оздоровительного комплекса «Жизнь», его участок, дать оценку микроклимата и освещенности в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями.

Выпишите все нарушения и дайте рекомендации для их устранения.

Напишите нормативно-методические документы, в соответствии с которыми проводили сравнительную оценку.

**Задача 16**

Управлением федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Оренбургской области проведено обследование спортивного комплекса «Дельфин», располагающегося в пригородной зоне вблизи зелёных насаждений. Комплекс предназначен для проведения тренировок по спортивному плаванию. Участок комплекса прямоугольной формы, имеет чугунное ограждение, ровную поверхность с уклоном, сухой и хорошо проветриваемый, уровень стояния грунтовых вод 0,7 м. Площадь участка 1,5 га. Общая площадь озеленения участка составляет 420 м2.

Спортивный комплекс «Дельфин» располагается с подветренной стороны на расстоянии 1000м от промышленной зоны города, где располагается предприятия «Нефтеоргсинтез» (согласно СанПиН2.2.1/2.1.1.1200-03 «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов» данное предприятие относится к I классу - санитарно-защитная зона 1000м.).

Спортивный комплекс имеет в своём составе два бассейна, вестибюль, гардероб верхней одежды, регистратуру, буфет, раздельные душевые и санузлы, раздельные гардеробы и места для переодевания, административно- хозяйственные кабинеты. Обследование ванны бассейна: длина 40м, ширина 20м, глубина от 1м до 1,7м, количество дорожек 8, ширина каждой из которых 2,5м, температура воды в бассейне 24 С°, концентрация остаточного количества хлора 0,3 мг/л. Расчётная температура воздуха в зоне нахождения спортсменов составляет 24 С°, влажность воздуха - 50 %. Горизонтальная освещенность на поверхности воды - 120 лк.

Задание: оценить размещение спортивного комплекса «Дельфин», его участок, дать оценку параметрам микроклимата и освещенности, а также архитектурно-планировочным решениям в соответствии с санитарно- гигиеническими требованиями.

Выпишите все нарушения и дайте рекомендации для их устранения.

Напишите нормативно-методические документы, в соответствии с которыми проводили сравнительную оценку.

**Задача 17**

У 20-летнего студента во время профосмотра врач выявил в лёгких при аускультации рассеянные сухие хрипы. В анамнезе частые простудные заболевания. Курит.

Задания:

1. Какие дополнительные методы обследования должны быть проведены студенту?

2. Факторы риска каких заболеваний имеются у данного пациента?

3. Какие мероприятия по борьбе с факторами риска могут быть рекомендованы данному обследуемому?

**Задача 18**

Пациентка 42 года. В анамнезе повышения АД (диагноз не уточнен), остеохондроз поясничного отдела позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

**Анкетирование** – жалоб нет, курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

**Объективно** - АД 130/80 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 35,2 кг/м2. Лабораторные показатели в пределах нормы. Рентгенологические исследования без патологии.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск -** менее 1% (низкий) **Группа здоровья** - 1

**Диагноз:** Ожирение I степени, остеохондроз позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

**Факторы риска** – курение, гиперхолестеринемия, ожирение 1 степени, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Задания:

1. Какое дополнительное консультирование необходимо провести пациенту?

2. На какой этап диспансеризации необходимо направить пациентку, какие дополнительные анализы необходимо сделать?

**Задача 19**

Пациент 51 год. В анамнезе гипертоническая болезнь (документированная), гастрит (неуточненная форма).

**Анкетирование** – жалобы на боли в области сердца (подозрение на стенокардию), не курит, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

**Объективно** - АД 138/88 мм рт.ст. (принимает антигипертензивные препараты). ОХС 4,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 27,0 кг/м2. ЭКГ без изменений. Лабораторные показатели в пределах нормы.

**Суммарный сердечно-сосудистый риск -** менее 2% (низкий)

**Группа здоровья** - 3

**Диагноз:** артериальная гипертония контролируемая, хронический гастрит (неуточненый), избыточная масса тела.

**Факторы риска** – избыточная масса тела, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

Задания:

1. Какое дополнительное консультирование необходимо провести пациенту?

2. На какой этап диспансеризации необходимо направить пациента, какие дополнительные анализы необходимо сделать?

3. Какие рекомендации необходимо дать пациенту за рамками диспансеризации.

**Задача 20**

На приём в центр здоровья обратилась мужчина 56 лет, с просьбой дать рекомендации по снижению веса. Работает в офисе на руководящей должности, отмечает частые стрессы, ненормированный рабочий день, в связи с чем, нерегулярное питание, частые перекусы «быстрой едой», поздние ужины, курение. Свободное время предпочитает проводить за просмотром телевизора. Страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. При осмотре рост 170 см, вес 106 кг.

Задания:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования здорового образа жизни целесообразно применить в данной ситуации?

**Задача 21**

Мужчина 43лет, злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд, прекращение употребления сопровождается подъемом давления, тахикардией. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

Задания:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

**Задача 22**

Во время проведения предрейсового осмотра водителей в автопарке у одного водителя 42 лет выявлено АД 180/110. Из анамнеза: водитель не состоит на учёте в поликлинике по поводу артериальной гипертензии, не принимает гипотензивные препараты, курит по 10 сигарет в день, употребляет периодически алкоголь.

Задания:

1. Какие выявлены факторы риска развития заболеваний?

2. Рекомендовано ли пациенту посещение школы здоровья?

3. Какие дать пациенту рекомендации по ведению здорового образа жизни?

4. Какие средства формирования ЗОЖ целесообразно применить в данной ситуации?

**Задача 23**

В отделении профилактики поликлиники больницы им. Пирогова г. Оренбурга, был создан кабинет пропаганды ЗОЖ. Учитывая участково-территориальный принцип оказания медицинской помощи населению, на базе данного кабинета возможно проведение широкой санитарно-просветительной работы на обслуживаемой поликлиникой территории, в первую очередь на врачебном участке.

Задания:

1.Что является основными задачами кабинета пропаганды ЗОЖ?

2. Из чего складывается работа по гигиеническому воспитанию прикрепленного контингента?

3. Какие методы и средства гигиенического воспитания применяются при обслуживании больных на участке?

4. В каких «Школах», принимают участие врачи лечебно-профилактического учреждения?

**Задача 24**

В областной клинической больницы № 1, г. Оренбурга ведется эффективная работа по гигиеническому воспитанию в условиях стационара как больных, так и их родственников.

Так, для гигиенического воспитания больных, применяются индивидуально-групповые беседы, памятки, брошюры.

Для гигиенического воспитания родственников, применяется информация средствами санитарно-просветительного оформления.

Задания:

1. Какая цель гигиенического воспитания пациентов в стационарных условиях?

2. Какую информацию предоставляет гигиеническое воспитание в стационаре?

3. Какие средства массовой пропаганды используются в стационаре?

4. Какие выделяют основные направления в организации школ «Здоровья» в стационарных условиях?

1. **Задача 25**

Рабочий Н., 38 лет общий стаж работы 18 лет, последние 6 лет работает на предприятии по производству лакокрасочных изделий в должности технолога; до этого работал на административной работе. Обратился к врачу здравпункта со следующими жалобами: головная боль, слабость, расстройство сна, носовые кровотечения, неприятные ощущения в области сердца. При осмотре врач обратил внимание на сухость кожных покровов ладоней, множественные трещины кожи у ногтевого ложа, красноту кожных покровов предплечий. При клиническом анализе крови установлено следующее: снижение содержания эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гемоглобина.

В должностные обязанности входит постоянный контроль работы технологического оборудования, по которому подаётся в производственное помещение бензол, проведение мелкого ремонта оборудования. При наладке оборудования, ремонтных работах нередко случаи разгерметизации трубопроводов, пролив бензола на пол и руки рабочего. Концентрации паров бензола в рабочем помещении цеха не стабильны (колеблется от 0,8 ПДК до 3,9 ПДК). Температура воздуха в разных рабочих точках цеха колеблется от +12 до +36, подвижность воздуха - от 0,2 м/сек до 0,8 м/сек. Пребывание в производственном помещении составляет 80 - 85 % рабочего дня. Выполнение рабочих операций связано с перемещением по горизонтали и вертикали, вынужденной рабочей позой, множественными наклонами туловища, значительными физическими усилиями.

Рабочий в качестве спецодежды использует хлопчатобумажный комбинезон, рукавицы, каску; рабочую одежду часто стирает дома; рабочая и домашняя одежда хранится в одном шкафу.

В рационе домашнего питания часто использует свиное сало, жирные сорта мяса, копчёные и солёные домашние заготовки.

На протяжении последних трёх лет по 3 - 4 раза в году переносит острые респираторные инфекции, грипп. Периодические медицинские осмотры проводятся 1 раз в два года.

1. **Задание**

1. Оцените условия труда рабочего.

2. Какие материалы и кто подготавливает для проведения периодического медицинского осмотра?

3. Какие из перечисленных жалоб соответствуют характеру токсического действия бензола?

4. Оцените пищевые привычки пациента и их возможное влияние на течение патологического процесса.

5. Какие средства индивидуальной защиты следует применять при работе с органическими растворителями?

**Задача 26**

К врачу студенческого здравпункта обратился пациент 20 лет с жалобами на зуд кожи по всему телу, усиливающийся в ночное время, высыпания на коже. Считает себя больным около недели. Проживает в общежитии.

Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное, температура 36,50 С. Кожа обычной окраски, в области живота, на внутренней поверхности бёдер, половом члене, в межпальцевых складках кистей, сгибательных поверхностях конечностей имеются множественные папулезно-везикулёзные элементы, расположенные парами, экскориации. Ps, АД, ЧДД в пределах возрастной нормы, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

**Вопросы.**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактикуврачапо ведению пациента.
4. Определите принципы лечения данного заболевания.
5. Личная гигиена пациента и гигиена одежды вовремя, и после лечения заболевания.
6. Дайте рекомендации пациенту и его родственникам по профилактике повторного заражения.

**Задача 27**

Дайте гигиеническую оценку урока, а также применение спортивной одежды и обуви по учебному предмету «Физическая культура и здоровье» и условий его проведения в учреждении общего среднего образования.

Недельная учебная нагрузка учащихся 4-го класса составляет 24 часа. Физическая культура и здоровье проводится 2 раза в неделю (вторник и среда), первым и последним уроками соответственно.

На уроке присутствовало 20 учащихся. Спортивная одежда и обувь имелась у 15 человек. Место проведения – спортивный зал, расположенный на 3-м этаже здания. В момент обследования температура в зале +22 ºС, относительная влажность 60 %, скорость движения воздуха 0,1 м/с, содержание СО2 0,1 %, кратность воздухообмена (приток, вытяжка) 50 м3/ч на человека. Ориентация окон по сторонам горизонта – юг. Показатели естественного освещения: световой коэффициент – 1 : 5; коэффициент естественной освещенности – 0,8 %. Искусственное освещение предусмотрено лампами накаливания. При их использовании освещенность в зале на уровне пола 135 лк. Влажная уборка и проветривание зала проводятся 1 раз в день. Спортивные маты очищают от пыли 1 раз в три дня.

Длительность структурных частей урока (мин): вводная – 1, подготовительная – 4, основная – 35, заключительная – 5. Частота сердечных сокращений (пульс, уд/мин) учащегося А в ходе урока: до начала – 68, основная часть – 100, заключительная часть – 80. Время возвращения пульса к исходному 3 мин. Общая плотность урока 70 %, моторная плотность 50 %. Результаты оценки умственной работоспособности по корректурной таблице В. Я. Анфимова: до урока просмотрено 320 знаков (2 ошибки), после урока – 260 знаков (2 ошибки). Контроль за организацией и проведением всех форм физического воспитания учащихся осуществляет медицинский работник учреждения общего среднего образования 1 раз в месяц.

**Задача № 28**

У ВИЧ-инфицированной женщины во время родов произвели вскрытие плодного пузыря, в результате чего произошло разбрызгивание околоплодных вод, капли которых попали на кожу лица и в глаза детской медицинской сестры, которая была одета в медицинский халат, шапочку, фартук, на лице – четырехслойная маска, на руках – резиновые перчатки. Она должна была проводить профилактику генобленореи у новорожденного.

**Задания**

1. Какие нарушения Вы отметили в данной ситуации?

2. Назовите заболевания, являющиеся СПИД-ассоциированными и почему.

3. Определите тактику медицинской сестры в целях профилактики заболевания ВИЧ-инфекцией.

4. Какая одежда должна быть на медицинской сестре, какие средства индивидуальной защиты должны применяться в данной ситуации?

5. Расскажите о правилах обработки помещений, в которых проводились манипуляции, операции и другие инвазивные мероприятия с ВИЧ-инфицированными пациентами.

**Задача 29:**

В последние десятилетия работающее население лишилось цехового принципа медицинского обеспечения – в особо неблагоприятной обстановке оказались работники с высоким профессиональным риском. Медицинские работники несправедливо отнесены к наиболее благоприятной группе по условиям труда.

В настоящее время необходимо разработать алгоритм организационной оптимизации медицинского обслуживания медицинских работников, который должен заключаться в сохранении преемственности между периодическими медицинскими осмотрами и динамическим наблюдением за состоянием здоровья.

На основе совершенствования этапов оказания специализированной медицинской помощи периодические медицинские осмотры, динамическое наблюдение за лицами из группы риска, диагностика и лечение профессиональных заболеваний, реабилитация проводятся силами **оздоровительного центра**, созданного в ЛПУ, что позволяет разрабатывать адекватные как индивидуальные, так и коллективные программы профилактики профессиональных заболеваний данной категории работников.

Организационно-функциональная модель профилактической программы включает три раздела: методическое обеспечение, структуру и функции, алгоритм деятельности.

В рамках первого раздела были определены основные методические принципы реализации «модели» первичной профилактики.

В рамках II раздела, на основании разработанных принципов предложена и внедрена новая функциональная структура обеспечения модели первичной профилактики в системе амбулаторно-поликлинического звена.

В рамках III раздела разработана новая технологическая схема модели, состоящая из ряда этапов, представленная в виде нового способа укрепления профессионального здоровья медицинских работников.

Формирование систем профилактического вмешательства, основано на следующих организационно-методологических принципах: базисном, принципах непрерывности, целенаправленности формирования оздоровительных технологий, функциональности:

1. Базисный принцип первичной профилактики реализуется применением конкретного комплекса оздоровительных технологий, направленных на восстановление профессионального здоровья медицинских работников и продление их профессионального долголетия.

2. Принцип непрерывности укрепления здоровья здоровых работников обеспечивается «упреждающим» регулярным применением оздоровительных технологий, их новым методологическим местом (профилактической ролью) в поддержании здоровья профессионально пригодных кадров в отличие от существующей достаточно «ограниченной» функции — в качестве инструмента вторичной профилактики заболеваний или их осложнений. Данный принцип заключается в том, чтобы оздоровление трудоспособного работника превратить в постоянный непрерывный процесс, поддерживаемый регулярным комплексом разнообразных «оздоровительных технологий», сопровождающих каждого медработника с момента его поступления на работу.

3. Принцип функциональности в организации обеспечения первичной профилактики, придающий новой организационной структуре необходимую гибкость и позволяющий маневрировать силами и средствами оздоровительных технологий для оперативного решения меняющихся профилактических задач, обусловленных динамикой изменчивости направленности профилактического воздействия.

Приоритетность первичной профилактики проявляется в оздоровительной работе со здоровыми людьми и принципиально обеспечивается предложенным превентивным «упреждающим» регулярным применением комплекса «оздоровительных технологий» как новой организационно-методологической формы первичной профилактики. Комплекс оздоровительных технологий базируется на установленных разнообразных условиях укрепления профессионального здоровья, отраженных принципом целенаправленности.

4. Принцип целенаправленности формирования оздоровительных технологий определяется характеристикой объектов (целей) первичной профилактики, обусловленных следующими особенностями:

4.1. Индивидуальной оценкой и прогнозированием уровня здоровья конкретного работника.

4.2. Нарушениями основных профессионально значимых функций, характерных для конкретного работника в данной профессиональной группе.

Известно, что к основным профессионально значимым функциям работников ведущих медицинских профессий относятся функции сердечно-сосудистой и нервной систем, зрительного и слухового анализаторов. Существуют немногочисленные оздоровительные технологии первичной профилактики, механизм действия которых направлен на предупреждение нарушения вышеприведенных функций, в частности, дозированная физическая нагрузка, психофизиологическая релаксация, водные процедуры (души, сауна) и т. д.

4.3. Уровнем распространенности приоритетных профессиональных заболеваний в конкретной профессиональной группе, к которой принадлежит данный работник.

Разработанные методические социально-гигиенические профилактические подходы к оценке и укреплению здоровья работающего населения позволили создать организационно-функциональную модель первичной профилактики в виде новой функционально-организационной структуры поэтапного обеспечения «здоровья здоровых». Новая разработанная организационно-функциональная модель первичной профилактики объединяет:

* **оздоровительный центр**, являющийся новой организационной формой системы здравоохранения медицинских работников, основной задачей которого является организационно-методическая работа по разработке и внедрению оздоровительных технологий;
* п**рофилакторий**, обеспечивающий восстановление профессионального здоровья не только медицинским работникам с различными заболеваниями, но и практически здоровым медработникам без хронической патологии;
* **отделение профилактики**, к прежним задачам которого добавляется оценка общего состояния здоровья и составление индивидуальной профилактической программы;
* **лабораторная медицинская служба**, представленная отделением функциональной диагностики и иммунологической лабораторией, обеспечивающая необходимой информацией процесс оздоровления сотрудников;
* **вычислительный (информационно-компьютерный) центр**, предназначенный для оперативной обработки данных медицинских осмотров и создания банка данных в целях обеспечения преемственности между различными подразделениями медицинской службы.

Для разработки организационно-функциональной модели необходима логическая последовательность определенных действий – алгоритм первичной профилактики, определяющий:

1. Выбор объекта профилактического внимания здравоохранения. По определению «первичной профилактики неинфекционных заболеваний в качестве объекта исследования должны быть взяты «практически здоровые» медицинские работники.

2. Определение предмета изучаемого объекта. В качестве предмета исследования рассмотрены:

2.1. Характерные условия профессиональной деятельности медицинских работников. Данный внешний параметр является в большей степени «константой», так как условия профессиональной деятельности в силу причин достаточно продолжительное время остаются неизменными и практически выведены за пределы воздействия разрабатываемой модели.

2.2. Качество жизни медицинских работников, которое зависит не только от состояния здоровья, стабильной работы и уровня материального благополучия, но и от социальных возможностей – от перспективы иметь комфортное жилье, от спокойствия за свою безопасность, будущее своих детей, от надежности государственных социальных гарантий.

3. Создание регулирующей модели профилактического вмешательства. Разработка организационно-функциональной модели первичной профилактики включала следующие элементы:

3.1. Оценку состояния здоровья работающих с учетом выявления факторов риска.

3.2. Формирование оздоровительных технологий первичной профилактики для конкретного работника.

3.3. Социально-гигиенический мониторинг состояния здоровья медицинских работников в процессе реализации профилактической программы.

3.4. Заключительную оценку эффективности внедрения организационно-функциональной модели первичной профилактики заболеваний на основе комплексной оценки состояния здоровья трудовых коллективов медицинских работников.

Оптимизированная методология первичной профилактики неинфекционных заболеваний для укрепления профессионального здоровья работающих (на примере медицинских работников) включает:

* концептуальную основу (новую «функционально-мотивационную системную концепцию здоровья работающего человека», отражающую к системе «человек – среда – общество», широкое многообразие факторов, влияющих на здоровье (производственно-гигиенических, природно-климатических, социально-бытовых);
* средства измерения уровня здоровья (новый способ интегральной оценки здоровья человека) и восстановления здоровья медработников (новый способ повышения работоспособности человека);
* стратегию (новую «упреждающую» систему оздоровительных технологий) и тактику (новые организационные формы обеспечения первичной профилактики неинфекционных заболеваний) их использования;
* информационные технологии для обеспечения профилактического процесса путем создания банков данных и прогнозных моделей, позволяющих оценивать и прогнозировать уровни здоровья работающего человека.

**Задания:**

1. Где в ЛПУ проводится диагностика, лечение и реабилитация профессиональных заболеваний?

2. На каких организационно-методологических принципах основано формирование систем профилактического вмешательства?

3. Что объединяет новая разработанная организационно-функциональная модель первичной медицинской профилактики работников ЛПУ?

4. Для разработки организационно-функциональной модели необходима логическая последовательность определенных действий – алгоритм первичной профилактики, который включает в себя:

5. Что включает в себя оптимизированная методология первичной профилактики неинфекционных заболеваний для укрепления профессионального здоровья работающих (на примере медицинских работников)?

**Задача 30**

Программы здоровья на рабочем месте (на примере программ ЗОЖ ООО «Газпром добыча Оренбург»).

Медицинской службой ООО «Газпром добыча Оренбург», были рассмотрены структуре заболеваемости работников предприятия:

**Хронические неинфекционные заболевания (НИЗ)** –

* Болезни системы кровообращения (инфаркт, инсульт, гипертония и т.п.);
* Онкологические заболевания;
* Хронические бронхолегочные заболевания;
* Сахарный диабет
* Некоторые социально-значимые заболевания.

**Основные факторы риска (ФР) НИЗ:**

* Курение;
* Гипертония;
* Ожирение;
* Низкая физическая активность;
* Высокий уровень холестерина;
* Нерациональное питание.

Возможности снижения смертности от НИЗ путем изменения образа жизни:

* Прекращение курения – на 50%;
* Физическая активность на 20-30%;
* Умеренный алкоголь-15%;
* Изменения в питания (больше 2-х факторов) -15-40%.

Структура экономических потерь работодателя, обусловленных заболеваниями работников:

1. Снижение эффективности производственного процесса;

2. Временная нетрудоспособность;

3. Абсентеизм (общее количество потерянных рабочих дней);

4. Замена работника в случае его увольнения по болезни или смерти;

5. Компенсации.

Результаты мета-анализа 42 исследований по применению профилактических программ на рабочем месте позволили установить:

* Снижение временной трудоспособности на 28,3%;
* Снижение затрат работодателя связанные с медицинской помощью на 26,1%;
* Снижение затрат работодателя связанные с ЗВУТ и снижением производительности.

Основные типы/компоненты программ здоровья на рабочем месте в ООО «Газпром добыча Оренбург»:

* Просветительские и образовательные по ведению ЗОЖ;
* Профилактика курения;
* Профилактический скриниг/обследование работников;
* Коррекция веса тела;
* Нормализация питания;
* Расширение физической активности;
* Снижение уровня стресса;
* Создание на производстве условий для ЗОЖ «бездымная среда», блюда здорового питания в корпоративных столовых и т.п.

Выгоды от программ здоровья на рабочем месте:

**1. Выгоды работника:**

• улучшение условий труда;

• отказ от вредных привычек;

• улучшение здоровья;

• увеличение удовлетворенности от работы;

• повышение благосостояния;

• увеличение удовлетворенности жизнью;

• увеличение продолжительности жизни.

**2. Выгоды работодателя:**

• сокращение временной нетрудоспособности;

• уменьшение расходов на медицинское страхование;

• снижение числа прогулов;

• снижение травматизма;

• повышение производительности труда;

• снижение текучести кадров;

• улучшение климата внутри коллектива;

• укрепление репутации компании.

**3. Выгоды государства:**

• снижение уровня заболеваемости;

• сокращение смертности;

• уменьшение расходов на медицинскую помощью;

• рост конкурентоспособности предприятий;

• увеличение национального дохода.

Целевые программы «Здоровый образ жизни» и «Преодоление курения табака» в ООО «Газпром добыча Оренбург» (Результаты медико-социального опроса 2.000 работников)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Муж. | Жен. |
| Имеют достаточный уровень физической активности | 37% | 19% |
| Хотят заниматься оздоровительными тренировками | 80% | 84% |
| Требуется коррекция питания | 44% | 43% |
| Требуется радикальное изменение питания | 10% | 11% |
| Профессиональный стресс, тревога | 36% | 39% |
| Курят | 63% |
| Хотят отказаться от курения (%курящих) | 49% |
| Не могут прекратить курение без мед. помощи | 61% |

По оценке медицинской службы ООО «Газпром добыча Оренбург»:

- 30% средств ДМС тратится на заболевания, вызываемые курением;

- 20% случаев временной нетрудоспособности связаны с курением.

Программы «Здоровый образ жизни» и «Преодоление курения табака»:

**Борьба с курением**

* Временные санитарные нормы по организации мест для курения;
* Наглядные материалы о вреде табака.

С января 2011 г полностью запрещено курение в Компании.

**Пропаганда ЗОЖ**

* Информационно-пропагандистские материалы о рациональном питании, принципах оздоровительных тренировок;
* Серия статей в корпоративной газете по вопросам ЗОЖ.

**Профилактика НИЗ**

* Медицинские меры профилактики, в т.ч. в рамках программ оздоровительных мероприятий;
* Отраслевой стандарт «Профилактика ИБС»;
* «Методические рекомендации по назначению работникам индивидуальных программ оздоровительных тренировок».

**Задания:**

1. Какие основные хронические неинфекционные заболевания (НИЗ), были рассмотрены в структуре заболеваемости работников предприятия ООО «Газпром добыча Оренбург»?

2. Какие основные факторы риска (ФР) НИЗ учитывались у работников предприятия ООО «Газпром добыча Оренбург?

3. Какие возможности снижения смертности от НИЗ путем изменения образа жизни?

4. Какова структура экономических потерь работодателя, обусловленных заболеваниями работников?

5. Какие экономические выгоды позволили установить на предприятии ООО «Газпром добыча Оренбург» после применения профилактических программ ЗОЖ на рабочем месте?

6. Назовите основные типы/компоненты программ здоровья на рабочем месте в ООО «Газпром добыча Оренбург».

7. В чем заключаются выгоды работника, работодателя и государства после применения профилактических программ ЗОЖ на рабочем месте в ООО «Газпром добыча Оренбург»?

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра общей и коммунальной гигиены

направление подготовки (специальность) 32.04.01 Общественное здравоохранение

дисциплина Здоровье и окружающая среда

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

**I.** Актуальность проблемы здорового образа жизни, мотивация для его формирования.

**II.** Оценка качества воды в полевых условиях, используемые табельные комплекты и приборы; методы исследования.

**III.** Ситуационная задача № 1

Зав. кафедрой д.м.н., профессор В.М. Боев

Декан медико-профилактического факультета,

д.м.н., доцент Е.А. Михайлова

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

Нормативные- правовые документы:

1. РФ Федеральный Закон об обязательном медицинском страховании в российской Федерации» от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 14.06.2011 N 136-ФЗ, от 30.11.2011 N 369-ФЗ)
2. О защите прав потребителей (в редакции Федерального закона от 9 января 1996 года N 2-ФЗ) (с изменениями на 13 июля 2015 года)
3. Правительство Оренбургской области постановление 29.12.2018 г. Оренбург № 911-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».
4. Постановление Правительства Оренбургской области от 12 ноября 2013 г. N 1042-пп «Об утверждении государственной программы "Развитие здравоохранения Оренбургской области" на 2014 - 2020 годы».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» С изменениями и дополнениями от: 8 июня 2010 г., 19 апреля, 26 сентября 2011 г., 30 сентября 2015 г.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2015 г. N 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2012 г. N 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»
10. Приказ Минздрава РФ от 23 сентября 2003 г. N 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации»
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2013 г. N 677 «Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года»
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. N 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»
14. Распоряжение Правительства РФ от 30 июня 2012 г. N 1134-р, с изменениями и дополнениями от: 6 февраля 2014 г. 1. Утвердить прилагаемый план мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.
15. Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. N 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года», с изменениями и дополнениями от: 28 сентября 2011 г., 1 июля 2014 г.
16. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с изменениями и дополнениями от:25 июня 2012 г., 2, 23 июля, 27 сентября, 25 ноября, 28 декабря 2013 г., 4 июня, 21 июля, 22 октября, 1, 31 декабря 2014 г., 8 марта, 6 апреля, 29 июня, 13 июля, 30 сентября, 14, 29 декабря 2015 г., 5, 26 апреля 2016 г. Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года, Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года.
17. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» С изменениями и дополнениями от: 14 октября, 31 декабря 2014 г., 30 декабря 2015 г., 26 апреля 2016 г. Принят Государственной Думой 12 февраля 2013 года. Одобрен Советом Федерации 20 февраля 2013 года.
18. Распоряжение Министерства здравоохранения Оренбургской области от 16.09.2013г. №2406 «О совершенствовании отчетности службы медицинской профилактики Оренбургской области»
19. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. (4-е издание с дополнениями и уточнениями). Москва. 2017.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикатор достижения компетенции  | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5. Способность и готовность к участию в проведении научных исследований в целях установления и предотвращения вредного воздействия комплекса факторов среды обитания на здоровье населения | Инд.ПК5.1. Применение новых методов испытаний, измерений, исследований факторов среды обитания и здоровья населения | **Знать** современные методы оценки состояния здоровья населения и среды обитания | вопросы № 21-40. |
| **Уметь** оценивать показатели состояния здоровья, используя методы современной статистической обработки | практические задания № 23, 24, 29, 30. |
| **Владеть** знаниями по проведению основных этапов проведения современного научного исследования | практические задания № 2, 3, 6, 9-11, 25, 28. |