
ЛЕКЦИИ

УДК 616.31–052:614.2

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко

Кафедра терапевтической стоматологии ВолГМУ

В обзоре обсуждаются понятие комплаентности в стоматологии, влияние социальных и психологических факторов на комплаентность. Рассматриваются традиционно сложившиеся взгляды на отношение пациента к лечению и новые представления, с учетом современных требований биоэтики и медицинского права. Обсуждается профессиональная компетентность стоматолога в вопросах взаимодействия с пациентом.

Ключевые слова: комплаентность, стоматология.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PATIENTS' COMPLIANCE IN DENTAL PRACTICE

I. V. Firsova, V. F. Mikhaltchenko

Abstract. The paper discusses the notion of compliance in dentistry, the influence of social and psychological factors on compliance. Traditional views of patients' attitudes to treatment as well as new views meeting the modern requirements of medical ethics and medical law are reviewed. Issues of dentists' professional competence in their interactions with patients are discussed.

Key words: compliance, dentistry.

Реформирование системы здравоохранения обнажило множество проблем социального, экономического, правового и эстетического характера в современной российской медицине. В этом отношении стоматология как одна из самых востребованных областей медицинских услуг не осталась в стороне.

Сегодня интенсивное развитие рынка медицинских услуг стимулирует пациента как активного потребителя быть равноправным субъектом социальных взаимоотношений, отвечающих мировым стандартам [1, 5].

Однако переход к новым социально-экономическим отношениям сопряжен с многочисленными трудностями, которые свойственны любой области деятельности человека, в том числе и такой специфичной, как медицина. С одной стороны, появление частных стоматологических поликлиник, жесткая конкуренция среди врачей призваны изменить конструкты сознания пациента и определить его мотивацию на получение высококвалифицированного обслуживания. С другой

стороны, за предыдущие годы развития такой важной социальной сферы, как охрана здоровья, были сформированы системы норм и ценностей, регулирующие общественные отношения в области здравоохранения, которые не приемлемы в современном обществе [13, 17, 27].

Отсутствие четкой и социально гарантированной политики государства в отношении стоматологических услуг населению, самоустранение государства из процесса действенной помощи в решении проблем доступности стоматологического лечения предопределяет стратегию активного вовлечения пациента в лечебно-профилактический процесс.

Такая тактика позволит решать проблемы, связанные с экономическими, социальными, этическими аспектами стоматологического лечения. При этом появляется возможность решения еще одной важной проблемы – комплаентного поведения пациента через формирование адекватного отношения к своему здоровью, выработки необходимых мотивационных компонентов, соци-

альных установок, образования общественных представлений и индивидуального сознания пациента [2, 3, 10, 11].

Терминология

Термин "комплаентность" (точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения) стал широко применяться практически врачами как за рубежом, так и в России в основном при обсуждении проблемы лекарственной терапии. Существует и другое определение комплаентности, которое подразумевает некое внутреннее пространство больного, в пределах которого можно говорить о совпадении действий пациента с медицинскими рекомендациями. В таком значении считается, что степень комплаенса отражает и степень удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи. Однако и это не совсем верно, поскольку нередко имеются явно завышенные требования пациентов к качеству стоматологической помощи, основанные на оторванных от реальности и наивных надеждах больного на быстрое исцеление. Не менее противоречивы и концептуальные модели комплаентности, отражающие разнообразие исследовательских подходов при изучении этой проблемы: 1) биомедицинская модель с фокусированием на таких аспектах, как лечебный режим и побочные эффекты; 2) бихейвиористская модель с акцентом на средовых влияниях и развитии поведенческих навыков; 3) образовательная модель, центрированная на улучшении взаимоотношений между пациентом и врачом; 4) модель популярных в обществе представлений о здоровье, основанная в первую очередь на рациональной оценке полезности, а также препятствий к лечению; 5) модель саморегулирующихся систем, в рамках которых анализируются когнитивные и эмоциональные реакции на угрозу заболевания. Анализ этих моделей комплаенса показывает, что одни из них основаны на вере в выздоровление, другие – на альтернативной адаптации, а третьи – на когнитивных функциях и т. д.

Отсутствие данных об изучении комплаентности в стоматологической практике можно интерпретировать как неразработанность этой проблемы или как показатель низкого интереса к этому вопросу врачей стоматологического профиля.

Актуальность комплаентного поведения в практике стоматологии

Широкая распространенность стоматологических заболеваний, острая нуждаемость в их лечении – не только результат несостоятельной экономической и социальной политики. Эту проблему нужно рассматривать еще и с позиции ценностного отношения населения в целом и индивида в частности к своему здоровью. Именно такое отношение повышает ответственность за

проводимые лечебно-профилактические мероприятия не только медицинского персонала, но и самого пациента [2, 5, 18].

Проблема осознанного принятия и выполнения рекомендаций врача в целом комплексе лечебно-профилактических мероприятий требует серьезного изучения. Вполне традиционно, что вина за невыполнение предписаний возлагается на недобросовестного больного. На самом деле пациент при общении с врачом изначально сталкивается с бесконечными строгими рекомендациями, которые в подавляющем количестве непонятны ему. При таком подходе врач держит больного в полном неведении, чем заставляет полагаться исключительно на свой "врачебный авторитет". Такая тактика не способствует улучшению состояния больного, искажает клиническую картину заболевания, приводит к большому количеству осложнений: немногие способны слепо выполнять непонятные рекомендации на протяжении длительного времени. Основная масса рано или поздно перестает следовать рекомендациям даже в ущерб своему здоровью. Это говорит о том, что больной не научен осознанно помогать себе, не имеет полной убежденности в том, что назначенное лечение рационально и необходимо.

Ежегодно из-за последствий низкой комплаентности, по данным американских медиков, погибает 125 тыс. пациентов с различными заболеваниями. Около 10 % всех случаев госпитализации связано с несоблюдением указаний лечащего врача. Значительная доля расходов, связанных с лечением в стационарах, также обусловлена низкой комплаентностью.

Огромный клинический опыт различных специалистов в области стоматологии, многочисленные исследования доказывают, что заболевания полости рта не только ведут к нарушению общесоматического состояния организма, но и к различным отклонениям в психоэмоциональной сфере. Состояние зубов, эстетичность лица, дикция и улыбка во многом определяют качество жизни человека. Здоровые зубы являются главным фактором, обуславливающим качество питания, играют эстетическую роль, участвуют в обеспечении нормальной речи, являются символом благополучия. Все это связано с такими свойствами личности, как самоидентификация, социальная адаптация. Другими словами, адекватный уровень психосоматического состояния и социального статуса индивида детерминирован оптимальным уровнем стоматологического здоровья.

Стоматологическое здоровье является неотъемлемой частью нормального состояния организма человека. Давно доказано, что полость рта как верхний отрезок пищеварительного тракта и дыхательных путей наиболее часто становится источником болезней внутренних органов.

Вред, который наносят человечеству болезни зубов, весьма велик. Заболевания полости рта нередко провоцируют возникновение полиартритов, нефритов, эндокардитов, анемии, острых и хронических тонзиллитов и т. п. Существует и обратная зависимость. Часто заболевания полости рта сигнализируют об ухудшении общего состояния организма человека. Так, например, пародонтит является одним из проявлений таких серьезных заболеваний, как диабет, подагра.

Таким образом, стоматологическое здоровье индивида является важной составляющей его полноценной жизни. Само понятие "здоровье" отражает одну из фундаментальных характеристик человеческого существования, форму его жизни. Поэтому оно, естественно, переосмысливается всякий раз, когда социальная жизнь переживает глубокие изменения, будь то изменения в общественных отношениях или изменения в технических возможностях человечества.

Составляющие комплаентного поведения пациентов и эффективность терапевтического альянса

Развитие системы медицинского страхования и рыночных отношений, современное состояние здравоохранения свидетельствуют о необходимости рассматривать проблему комплаентности в более широком аспекте. При этом понятие "комплаентность" можно и нужно дополнить следующими составляющими: мера ответственности пациента за сохранение своего здоровья и качество оказания ему стоматологической помощи. Такая трактовка должна рассматриваться как возможность социальных и медицинских механизмов оздоровления и повышения качества жизни и индивида, и популяции в целом [28]. Постепенно иждивенческое отношение населения к своему здоровью, которое сформировалось благодаря реалиям советского периода, сходит на нет. Возрастающая медико-социальная и экономическая грамотность и активность населения пересматривает понятие "ответственности за сохранение здоровья", переводя его в категорию, требующую законодательного, правового, социального, психологического, медицинского осмысления [27].

В социальном плане – это, прежде всего, влияние "стоматологического здоровья" на определенные отрасли профессиональной деятельности (военная, педагогическая, актерское искусство, политика, бизнес). Здоровье как социальная ценность является важным фактором при приеме на работу. Не только зарубежные, но и отечественные фирмы, для которых важен высокий престиж, стараются принимать на работу сотрудника с красивой улыбкой, здоровыми зубами. Игнорирование гражданами профилактических

мероприятий и позднее обращение за стоматологической помощью в лучшем случае может привести к снижению их социальной активности, невозможности качественного выполнения ими профессиональных обязанностей, в худшем случае – к профессиональной непригодности. В социальном плане последствием безответственного отношения к своему здоровью может стать невозможность создания семьи, так как для большинства людей, сознательно или подсознательно, выбор партнера связан с фактором здоровья, в том числе и стоматологического.

Не последнее место в общественной жизни индивида имеют социально-психологические факторы, такие как общение, социальная оценка, статус личности в группе. Не является секретом тот факт, что у лиц с отсутствующими фронтальными зубами формируются особенности в поведении: ограничение в общении, застенчивость, боязнь насмешек. Происходит снижение самооценки личности и, как следствие, ограничение возможностей при формировании качеств лидерской группы.

На мотивированное отношение к здоровью оказывает влияние уровень жизни населения, которое определяется обеспеченностью материальными, духовными и социальными благами. Рост самосознания человека приводит к обострению интереса к проблеме своего здоровья, так как все стороны человеческой жизни: производственно-трудова, социально-экономическая, духовная, досуговая, образовательная – в конечном итоге определяются уровнем здоровья.

Одним из немаловажных факторов, формирующих негативные поведенческие установки человека по отношению к лечебно-профилактическим мероприятиям в стоматологии, по мнению многих авторов, является страх перед болью или неприятные эмоциональные переживания по поводу лечения в прошлом [4, 21, 30].

В последние годы к исследованию страха и его подавлению все чаще подходят с позиции когнитивной психологии, изучающей память, мышление и восприятие. При этом в плане поисков методов психологического воздействия на тревожного пациента признается роль поведенческих наук.

Феномен боли достаточно сложен. Он имеет не только сенсорные, но и мотивационные, когнитивные и эмоциональные компоненты (реакция личности на боль). Таким образом, чтобы свести переживания пациентов по поводу болезненных манипуляций к минимуму, необходим индивидуальный подход к каждому конкретному больному в определенной ситуации. Эффективность профилактики страха в стоматологии зависит от навыков диалогического общения врача без терминологических сложных речевых оборотов, уважи-

тельное отношение к пациенту независимо от его возраста и социального статуса, уравновешенности характера и умения выслушать больного, попытки вникнуть и понять мотивы его тревожности [20, 22, 23].

На субъективный мир пациента в условиях стоматологического приема оказывают психотравмирующее влияние различные факторы:

- 1) непредвиденный дискомфорт;
- 2) небрежность персонала;
- 3) недоразумения с оплатой;
- 4) отступление врача от своих обязательств;
- 5) замалчивание гарантий;
- 6) затянувшееся время ожидания приема и т. д.

Здоровье индивида, его психологическая сфера и душевное равновесие определяются не только культурными, социально-экономическими, но и типологическими, морфологическими, психофизиологическими факторами и закономерностями. Без учета характеристик среды, жизненной ситуации, параметров индивидуальности нельзя эффективно решать проблему комплаентного поведения и эффективной терапии.

Жизненный путь человека протекает в конкретном социальном пространстве. Материальные условия, сфера потребления, социальные отношения определяют образ жизни человека, устойчивое своеобразие его поведения и в итоге – тип личности.

За последнее время было проведено достаточно большое число исследований, в которых изучались особенности поведения, особенности клинической картины протекания тех или иных заболеваний у людей. В зависимости от характера личности по-разному протекает "внутренняя картина болезни". Она имеет большое значение в понимании поведения больного. Большую роль в формировании внутренней картины болезни играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. [14, 21, 23].

Внутренняя картина болезни, характеризующая целостное отношение к заболеванию, тесно связана с осознанием больным своей болезни. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анозогнозиях).

Так, например, гармоничный тип отношений к болезни, с одной стороны, подразумевает трезвую оценку больным своего состояния без склонности преувеличивать его опасность и видеть все в мрачном свете, с другой стороны, объективно оценивать тяжесть заболевания, что позволяет активно содействовать успеху лечения. Наиболее просто общаться с пациентом, отношение которого к своей болезни гармоничное. Такие больные, как правило, проходят полностью

санацию полости рта, следуют программе лечения, а врач имеет все основания надеяться на точное соблюдение рекомендаций и благоприятный прогноз.

Типы эргопатический и анозогностический объединяет "отрицание болезни". Пациенты неохотно сотрудничают с врачом. При облегчении состояния самостоятельно прекращают лечение. Поэтому при работе с пациентами указанных типов в основном приходится уделять внимание программам оказания экстренной и неотложной помощи, а также методам лечения при обострении. Для врача важно дать пациенту рациональную информацию о болезни.

Отношения, возникающие между врачом-стоматологом и пациентом, а также закономерности ролевого поведения врача и пациента как результат социального действия, всегда представляли интерес для изучения в процессе развития здравоохранения как социального института общества. В социуме неизбежно происходит стандартизация определенных видов отношений, что выражается в проявлении статусно-ролевых социальных установок поведения. Статус предписывает индивиду определенные роли, а они, в свою очередь, предполагают совокупность прав и обязанностей. Проблема взаимоотношений между врачами и пациентами заставляет обратить внимание на изучение профессиональных и личностных качеств современного медицинского персонала и больного. Позиции, поведенческие установки и реальные действия этих субъектов социальных отношений в конечном итоге определяют качество и результат лечения.

Пути повышения комплаентности пациентов в практике стоматологии

Одним из важных вопросов снижения распространенности стоматологической заболеваемости и эффективности лечения является проблема медицинской культуры общества, то, что считается разумным и обоснованным для него в лечении болезней. С помощью медицинских, санитарных норм, ценностей медицинская культура ориентирует действия людей в сфере их здоровья. Она дает человеку культурологическую медико-социальную картину, тем самым информируя его, как себя вести, чтобы быть принятым и одобренным другими, а что будет сочтено нежелательным при возникновении болезни. Медицинская культура побуждает человека к определенному поведению, которое одобряется в данном сообществе. Она налагает ограничения и осуществляет контроль над медицинским поведением людей. Таким образом, медицинские аспекты культуры являются важным источником медико-социального знания о том, как медицинская культура и ее элементы влияют на развитие медико-социальных систем, поведение больного

и здорового человека, формирование и социальное поведение медико-социальных групп.

Особое значение в настоящее время приобретает медицинское образование и просвещение населения. Доступность и адекватность информации о стоматологических заболеваниях и мерах их профилактики способствуют осознанию человеком его ответственности за состояние здоровья и лечение. Важную роль в сохранении стоматологического здоровья играет санитарное просвещение. Оно включает в себя мотивацию населения в целом и индивида в частности к поддержанию оптимального состояния полости рта, а также обучение гигиеническим правилам.

Формирование осознанного поведения в отношении гигиены полости рта может осуществляться с помощью методов стоматологического просвещения: лекций, семинаров, бесед; многочисленных средств просвещения: книг, брошюр, плакатов, видеофильмов и др. Однако принципы профилактической медицины сегодня практически забыты в угоду рыночным отношениям. В этих условиях огромная социальная и нравственная ответственность ложится на плечи медицинских работников.

Развитие медицины – это, прежде всего, развитие отношений врача и пациента, которые включают в себя не только экономические проблемы, а еще социальные и этические.

Традиционно в медицине и, в частности, в стоматологической практике всегда была и сейчас остается наиболее психологически приемлемой патерналистская модель. Можно предположить, что именно эта модель взаимоотношений врача и пациента может решать многие этические и социальные проблемы, возникающие в ходе лечения. Патерналистские традиции в медицине приобретают новую значимость в условиях реформирования отечественного здравоохранения.

Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информированности, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман и сокрытие от них информации, коль скоро это делается (с точки зрения врача) во имя их блага.

Отход от патерналистских позиций обусловлен действием целого ряда причин. Это и быстрый рост грамотности населения, и осознание того обстоятельства, что в плюралистическом обществе сосуществуют разные системы ценностей: ценности врача и ценности самого пациента и его представления о собственном благе. Развитие либеральных тенденций приводит к смене традиционной патерналистической модели отношений между врачом и пациентом на моде-

ли, основанной на признании принципов самоопределения, автономии пациента, участия его в принятии решения.

Не патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого подхода становится категория прав пациента.

"Опекунская" модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни. Не осталась в стороне и медицина. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым [16].

Только автономия личности может делать выбор свободным. И только там, где есть такой выбор, возможно применение каких бы то ни было этических категорий. Современное введение этого принципа в сферу охраны здоровья было вызвано необходимостью для врача решать совместно с пациентом вновь возникающие моральные дилеммы в области медицины.

Добровольное принятие пациентом курса лечения или процедуры после предоставления врачом адекватной информации основывается на стремлении и понимании. В начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы больший интерес вызывают проблемы понимания пациентом полученной информации, а также достижение согласия по поводу лечения [6, 11, 12, 17, 19, 24].

Первый элемент информированного согласия включает в себя понятия добровольности и компетентности. Добровольное согласие – принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т. п. при принятии пациентом решений. Это свидетельствует о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике.

Врач обязан информировать пациента о характере и целях предлагаемого ему лечения, а также связанном с ним риске и возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения, понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом, с медицинской точки зрения, варианте, однако окончательное решение принимает пациент, исходя из своих

нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, пусть это будет даже здоровье.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен учитывать три аспекта риска: его характер, вероятность его материализации и внезапность.

Существует две основные модели информированного согласия – событийная и процессуальная. В событийной модели принятие решения означает событие в определенный момент времени. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах. Взвешивая полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию и затем делает приемлемый выбор.

Процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения – длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение разделяется на несколько стадий:

- 1) установление отношений;
- 2) определение проблемы;
- 3) постановка целей лечения;
- 4) выбор терапевтического плана;
- 5) завершение лечения.

В этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели, а это является самым ценным в достижении адекватного комплаентного поведения.

Лечебный процесс обусловлен характером терапевтического взаимодействия врача и пациента, поэтому психологические особенности каждого из них определяют результаты лечения. Чтобы успешно складывались отношения между врачом и пациентами, врач должен, кроме медико-биологических знаний, умений и навыков, обладать психологической компетентностью и навыками общения [8, 21, 25]. Профессиональная врачебная деятельность предъявляет высокие требования к коммуникативной компетентности будущего специалиста: во-первых, это деятельность в сфере общения, в сфере "человек – человек", и важной стороной успешной деятельности врача является не только высокий уровень его специальной медицинской подготовки, общечеловеческой культуры, но и социально-психологические аспекты его личностного потенциала; во-вторых, это высокая частота межличностных контактов при общении с больными; в-третьих, являясь необходимым условием эффективной деятельности врача, коммуникативная компе-

тентность определяет успешность профессиональной адаптации молодого специалиста на начальном этапе самостоятельного труда; и, наконец, в-четвертых, врачам приходится взаимодействовать с самыми разными больными, на психику которых оказывает влияние (в ряде случаев серьезное) то или иное заболевание, меняющее отношение к жизни, работе, близким людям и самому себе.

Поэтому в процессе обучения в медицинском вузе положительные личностные качества будущего врача по возможности должны быть доведены до совершенства, а важнейшим фактором, определяющим эффективность этого процесса, следует рассматривать непрерывное образование в вопросах психологии, этики и права [7, 9, 20].

Такое образование представляет собой соединение профессиональных знаний, умений, навыков и личностных качеств, что является основой готовности будущего врача осознавать функции врачебного труда, профессиональной позиции, выбирать оптимальные способы деятельности, соотносить свои возможности с преодолением трудностей, которые возникают при решении профессиональных задач и достижении результатов.

Взаимодействие стоматолога и пациента в современном понимании – это социально- и личностно-ориентированный процесс, в котором реализуются не только личностные отношения, но и установки на социальные нормы.

Эдинбургская декларация Всемирной федерации по медицинскому образованию (1988) установила, что каждый пациент должен иметь возможность встретить в лице врача человека, подготовленного в качестве внимательного слушателя, тщательного наблюдателя, эффективно-го клинициста, а также человека, обладающего высокой восприимчивостью в сфере общения. Реализация программы формирования психологической компетентности врача является одной из актуальнейших психологических и социальных проблем современности, детерминированной переходом отечественного здравоохранения к системе, центрированной на человеке и предполагающей реализацию этической доктрины "информированного согласия". Именно поэтому проблемы продуктивности медицинского общения, достижения психологического эффекта лечения, а отсюда и подготовки врача к терапевтическому сотрудничеству с пациентом становятся первоочередными в высшем медицинском образовании.

Современная социальная практика стоматологической помощи доказывает, что наиболее приемлемым типом отношений стоматолога и пациента является субъектный тип. Такие отношения отвечают гуманистическим ориентациям со-

временной медицины. Проявление субъектных отношений в различных аспектах деятельности является важной предпосылкой эффективного лечения. При этой форме взаимодействия медперсонала с пациентом отражается и учитывается личностная реальность пациента, его социальный и психический статус, интересы, потребности, желания, мотивы, настроения, озабоченность здоровьем, а также право получить необходимую поддержку и информацию [4, 15, 23].

Еще совсем недавно залогом успешного лечения стоматологические пациенты отмечали безболезненность. Сегодня главной силой притяжения становится специалист, которому можно доверять. Современная культура обращения к постоянному стоматологу, постепенно входящая в нашу жизнь и являющаяся атрибутом цивилизованного общества, возлагает большую ответственность на врача-стоматолога не только в области его профессиональной, но и психологической компетентности. Эта культура раскрывает классическую закономерность: регулярно повторяющиеся социальные контакты субъектов стоматологической практики образуют устойчивые, а значит, более предсказуемые и управляемые социальные отношения.

Стоматология – одна из тех видов медицинской помощи, где эти принципы общения реальны и взаимовыгодны для обеих сторон.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А. В., Смелянский А. А. // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 50–52.
2. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья. – СПб., 1998. – 48 с.
3. Гринин В. М., Караханян В. Т., Максимовский Ю. М. и др. // Стоматология. – 2003. – № 2. – С. 65–67.
4. Гросицкая И. К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 21 с.
5. Дмитриева Е. В. // Социс. – 2003. – № 11. – С. 51–57.
6. Зыятдинов К. Ш. Некоторые этико-правовые взаимоотношения врача и пациента // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 2.
7. Клищевская М. В., Солнцева Г. Н. Профессионально-важные качества как необходимые и достаточные условия прогнозирования успешности деятельности // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. – 1999. – № 4.
8. Кудрявая Н. В., Рейнальдо Перес Ловелле // Стоматология. – 1997. – № 6. – С. 59–60.
9. Кудрявцева Т. В., Орехова Л. Ю., Огурцов О. А. // Пародонтология. – 2001. – № 1/2 (19–20). – С. 37–40.

10. Куликов Л. В. // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 2000. – С. 240–284.
11. Куцепалов А. В. Информированность пациентов и структурирование взаимоотношений в системе "врач-пациент" в отечественной и зарубежной медицине на рубеже XX–XI вв. – Волгоград: ВолГАСА, 2002. – 28 с.
12. Лапин И. П. // Клиническая медицина. – 1999. – № 11. – С. 15–18.
13. Лукиных Л. М. // Клин. стоматол. – 2004. – № 2 (30). – С. 64–67.
14. Мясищев В. Н. // Актуальные вопросы медицинской психологии. – Л., 1974. – С. 5–26.
15. Панин М. Г., Агапов В. С., Панин А. М. и др. // Стоматология. – 1989. – № 2. – С. 78–80.
16. Петров В. И., Седова Н. Н. Практическая биоэтика: Этические комитеты в России. – М.: Триумф, 2002. – 192 с.
17. Полуев В. И. Особенности развития стоматологической службы в новых социально-экономических условиях: дис. ... д-ра мед. наук в виде науч. докл. – М., 2001. – 62 с.
18. Решетников А. В. // Социология медицины. – 2003. – № 2. – С. 3–18.
19. Седова Н. Н., Чеботарева О. А. // Социология медицины – реформе здравоохранения: матер. I Всеросс. науч.-практ. конференции: сб. науч. тр. – Волгоград, 2004. – С. 30–36.
20. Седова Н. Н. Личность врача как фактор доверия к нему пациента: методические рекомендации по курсу психологии для студ. мед. вузов. – Волгоград, 2000. – С. 30–35.
21. Синицина Г. Н. // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2002. – № 2 (7). – С. 36–44.
22. Филатов В. Б., Коротких Р. В., Лукова Н. Х. // Здравоохранение. – 2001. – № 3. – С. 173–175.
23. Циркин С. Ю., Кульгина М. А. // Рос. психiatr. журн. – 1998. – № 2. – С. 44–48.
24. Чеботарева О. А., Мирошникова О. В. // Гуманитарное образование и медицина. – Т. 62, вып. 3. – Волгоград, 2005. – С. 118–125.
25. Черемушников И. К. // Там же. – С. 163–170.
26. Чижова В. М. // Социология медицины – реформе здравоохранения: матер. I Всеросс. науч.-практ. конференции: сб. науч. тр. – Волгоград, 2004. – С. 152–155.
27. Шестаков В. Т. // Стоматология для всех. – 1998. – № 2. – С. 50–55.
28. Karlheinz K. // Новое в стоматологии. – 2003. – № 4. – С. 56–61.
29. Kruger W. // Dtsch. Zahnarztl. Z. – 1989. – № 44 (5). – P. 315–318.
30. Kobylińska E. // Czas. Stomatol. – 1989. – Vol. 42, № 10–12. – S. 564–569.
31. König J., Plagmann H.C., Langenfeld N., Kocher T. // J. Clin. Periodontol. – 2001. – № 28 (3). – P. 227–232.
32. Westermann W. // Dtsch. Zahnarztl. Z. – 1989. – № 44 (5). – P. 312–314.