

ID: 2018-02-5-A-16255

Авторское мнение

Сорокин Е.А.

**Квалифицированное общение врача-стоматолога с пациентом***ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии***Резюме**

В работе рассмотрены межличностные взаимоотношения между стоматологом и пациентом, а также конфликтные ситуации и психологические средства их разрешения.

**Ключевые слова:** общение, конфликт, стоматолог, пациент

**Актуальность**

В настоящее время стоматологи не всегда уделяют достаточно внимания личностным особенностям своих пациентов, а, значит, не используют в полной мере те ресурсы и те возможности, которые закладываются благоприятной коммуникацией с пациентом. Владение психологическими знаниями может быть полезно стоматологу, так как характер взаимоотношений «стоматолог – пациент» влияет на эффективность лечения. В процессе профессиональной деятельности стоматологу нередко приходится сталкиваться с конфликтными ситуациями, при малоэффективном разрешении которых постепенно накапливается эмоциональное напряжение, в связи с чем у специалиста может возникнуть риск развития синдрома эмоционального выгорания. Поэтому специалисту крайне важно обладать способностью эффективно разрешать возникающие конфликты и стремиться к осознанному применению продуктивных тактик их урегулирования [1, 4, 10, 13].

**Цель:** закрепить и расширить теоретические знания грамотного общения между врачом-стоматологом и пациентом.

**Задачи:**

1. Проанализировать ошибки, возникающие при общении стоматолога с пациентом.
2. Выявить особенности общения в детском, во взрослом и пожилом возрасте.

**Материал и методы**

Был проведен анализ книг и статей. Проведено анкетирование 40 врачей-стоматологов. На стоматологическом приеме было проконтролировано 5 врачей-стоматологов.

**Результаты и обсуждение**

Общение – это процесс межличностного взаимодействия, порождаемый потребностями взаимодействующих субъектов и направленный на удовлетворение этих потребностей. У людей имеется важная потребность, и она проявляется в общении. Без нее трудно представить человеческую жизнь [2, 14-16].

**Разновидности общения**

В соответствии с целями и средствами общение бывает:

- Материальное: общение, при котором происходит обмен предметами быта, труда или происходит взаимодействие друг на друга с помощью каких-то предметов.
- Идеальное: общение, при котором происходит обмен между людьми идеями, переживаниями.
- Непосредственное: восприятие друг друга напрямую, без применения каких-то вспомогательных средств.
- Опосредованное: использование книг, журналов и технических средств.
- Вербальное: происходит с помощью речи.
- Невербальное: реализуется благодаря различным неречевым средствам таким как, мимика, взгляды, жесты и так далее [1,4].

**Раппорт**

Основными принципами общения с пациентом является раппорт. Раппорт - это глубокое чувство взаимного доверия. Людям свойственно больше всего доверять только себе, своим чувствам и мыслям. На этом и базируется данное понятие. «Человек, которому я верю всегда, - я сам». Следовательно, люди бессознательно верят тем, кто похож на них. Раппорт воспринимается как способ разъяснить бессознательному другому человека, что мы с ним за одно, «мы с тобой одной крови». Самое ценное, что данное состояние поддерживается постоянно (если присутствует раппорт). То есть, если установлен раппорт между вами и пациентом на глубинном уровне психики появляются приятные ощущения, как и у вас, так и у пациента. Ведь на бессознательном уровне отсутствует ложь.

**Подстройка**

Понятие подстройка в нейролингвистическом программировании (НЛП) означает, что вы осознанно используете какие-то свойства пациента. Она бывает телесной и словесной.

**Телесная подстройка**

- Темп. Старайтесь говорить информацию с такой скоростью, с какой пациент успеет понять ее и усвоить. Спрашивайте вопросы в таком темпе, чтобы вы успевали отвечать. А если пациент быстрее вас? Совет такой: научитесь думать и действовать предельно быстро.
- Поза. Поза пациента – это выражение его эмоционального состояния. Ведь человек, который полностью расслаблен, и человек напряженный, ощущают себя по-разному. Главное не внешнее сходство, а какие именно мышцы у пациента напряжены.

- Дыхание. Здесь от вас потребуется изрядная наблюдательность. Старайтесь дышать в ритме, с той же глубиной, с которой дышит ваш пациент. Но это не всегда актуально. Например, если вы детский стоматолог. Ведь дети дышат чаще и быстрее, чем взрослые. Или когда пациент максимально волнуется, тогда сложится впечатление, что вы волнуетесь вместе с пациентом.
- Голос. Голос имеет много характеристик:
  - скорость речи. Говорите с такой же скоростью, как и пациент;
  - интонация. Тон и рисунок голоса важная часть вашего имиджа. Старайтесь, чтобы ваш голос играл разными красками, трансформируясь ежесекундно.

#### *Словесная подстройка*

На эффективность общения оказывает влияние грамотный подбор слов.

- Ключевые слова. Врач должен слушать своего пациента, так как люди склонны выделять интонациями те слова, которые кажутся им первостепенными. Так как использовать знания ключевых слов? Все просто: в ответе врача-стоматолога должны содержаться эти слова и тогда человек будет уверен, что вы его слушали.
- Система восприятия. Необходимо учитывать систему восприятия каждого человека и использовать те слова, которые пациенту проще понять и усвоить в зависимости от ведущего канала восприятия [1, 3, 11, 17].

#### **Типы восприятия**

В психотерапевтическом направлении нейролингвистическое направление выделяет четыре системы восприятия людей.

- Визуальное. Люди с таким типом канала восприятия на стоматологическом приеме внимательно смотрят в глаза врачу, для них важен внешний вид врача, состояние кабинета. Сидят обычно прямо, да и стоят тоже. Если сутулятся, голову все равно поднимают вверх, чуть-чуть приподнимают брови как знак внимания. В разговоре преобладают слова: ясно, картина, видеть, яркий, различные цвет и так далее. При лечении такого пациента, необходимо изобразить ему все перспективы выздоровления, показывать фотографии, таблицы и рисунки. Желательно с помощью зеркала или фотоаппарата показать пациенту, что было до и после лечения. Полезно знать: для визуального типа восприятия зрение и слух – это одна система. Если они не видят, то, как бы, и не слышат.
- Кинестетическое. Как правило, сидят с наклоном вперед, часто сутулятся. Говорят не торопясь, медленно, голос часто глухой и низкий. Свободно и с легкостью описывает свое самочувствие в ощущениях, с удовольствием беседуют с врачом. В беседе употребляют следующие слова: тепло, мягкий, напряжение, гладить, согреть, бегать, дергать и другие. Спрашивая такого пациента: “Что вы сейчас чувствуете?” в некоторых случаях, можно пододвинуться поближе или даже прикоснуться к пациенту. Полезно знать: люди с кинестетическим типом восприятия лучше запоминают действия, которые выполняют сами.
- Аудиальное. Преимущественно люди с хорошо развитой речью и памятью на слух. Для них характерна “Телефонная поза”- голова немного набок, ближе к плечу. Если таких людей спросить: “Как дела?”, они начнут подробный рассказ. При разговоре чаще используют слова: тон, тихий, голос, звенеть, говорить, скрип, эхо и другие. Врачу необходимо подробно рассказать подробно об их заболевании и о ходе лечения. Особое внимание придают содержанию и интонациям. Пациент с аудиальным типом восприятия часто переспрашивает сказанное врачом, необходимо понимать это и не злиться.
- Дискретное. Поза зажатая, скрещивают руки. Практически не жестикулируют, разговор монотонный. При общении смотрят в лоб врачу, либо “поверх толпы”. Они направлены на смысл, содержание и функциональность. Стоматологу при лечении надо четко рассказать о стадиях, последствиях, перспективах, технологиях лечения [1,3, 18].

#### **Факторы, способствующие успешной коммуникации с детьми и их родителями**

Несмотря на успех современной стоматологии в профилактике и лечении стоматологических заболеваний, выполнить необходимые манипуляции в полости рта ребенка бывает не так просто, а иногда практически невозможно. Причины скрываются в следующем, у детей складывается негативное отношение к посещениям стоматолога и к выполнению любых действий во рту, а также эмоциональной неготовности родителей к выполнению назначений врача. Для того чтобы правильно выстроить общение на детском стоматологическом приеме, необходимо учитывать несколько факторов, которые требуют от врача соответствующих навыков и знаний.

Первый фактор: «родители». Детский врач-стоматолог должен уметь определить тип родителя маленького пациента, для того чтобы ориентироваться, как правильно выстроить взаимоотношения. Ведь устанавливать доверительные отношения с родителями необходимо для успешного лечения ребенка.

Второй фактор: «ребенок». Детский врач-стоматолог должен обладать знаниями детской психологии, так как характер и темперамент у каждого ребенка свой, важно уметь найти подход к маленькому пациенту, что позволит предсказать возможность проведения тех или иных лечебных манипуляций. На основании полученной информации стоматолог может установить, необходимо ли применять медикаментозные средства контроля (седация или наркоз).

Чтобы детскому врачу-стоматологу определить психологические задачи необходимо следующее:

- Определить стиль поведения родителей, уровень их беспокойства, нуждаемость в их присутствии при лечении ребенка.
- Определить стиль поведения ребенка и выбрать наиболее подходящую тактику ведения приема, соответствующую возрасту и психике ребенка [6, 7, 19].

#### **Немедикаментозные методы управления**

В настоящий момент на детском стоматологическом приеме разработаны немедикаментозные методы управления. К ним относятся: общение, модификацию поведения через воспитание и обучение. Под понятием модификация поведения объединяют разные методики в психологии, которые помогают уменьшить чувства страха и беспокойства на стоматологическом приеме.

Таблица 1. Поведение родителей и детей на стоматологическом приеме

Стиль родительского поведения	Краткая характеристика поведения родителей	Типы поведения детей
Авторитетный стиль	Твердый контроль за детьми и в то же время поощрение общения и обсуждения в кругу семьи правил поведения, установленных для ребенка. Самый удачный тип поведения для врача, когда родитель с пониманием и участием относится к лечению своего ребенка.	Эти дети превосходно адаптированы, уверены в себе, у них развит самоконтроль и социальные навыки, они хорошо учатся в школе и обладают высокой самооценкой. Как правило, у детей имеется позитивный опыт, спокойны, хорошо воспринимают команды врача.
Авторитарный стиль	Высокий уровень контроля, холодные отношения с детьми. Родители закрыты для постоянного общения с детьми; устанавливают жесткие требования и правила, не допускают их обсуждения; позволяют детям лишь в незначительной степени быть независимыми от них.	Дети, как правило, замкнуты, боязливы или угрюмы, неприязнательны и раздражительны. Девочки в период подросткового и юношеского возраста обычно остаются пассивными и зависимыми; мальчики могут стать неуправляемыми и агрессивными. На стоматологическом приеме дети, как правило, замкнуты, боязливы, необщительны или раздражительны.
Либеральный стиль	Низкий уровень контроля, теплые отношения. Образ действия родителей, отличающийся почти полным отсутствием контроля за детьми при добрых, сердечных отношениях с ними.	Дети либеральных родителей склонны потакать своим слабостям, импульсивны и нередко не умеют вести себя на людях. На стоматологическом приеме настроены тревожно, либо имеют нейтральное отношение, выполняют пошаговые инструкции врача.
Индифферентный стиль	Низкий контроль за поведением детей и отсутствие теплоты и сердечности в отношениях с ними. Родители, которым свойственен индифферентный стиль поведения, не устанавливают ограничений для своих детей.	У детей формируется недоверие к миру, если безразличие родителей сочетается с враждебностью, ребенок может проявить склонность к асоциальному поведению. Воспринимают врача с тревогой или агрессией.

В первое посещение для ребенка необходимо организовать мультисенсорное общение: это опрятный вид врача, отсутствие резких и пугающих звуков, зрительный контакт, приятная дружественная обстановка, понятный язык общения. Использование принципа: «Рассказываю-показываю-делаю».

Необходимо положительное подкрепление в виде одобрения, похвалы, подарка. Это способствует реструктуризации памяти, благодаря чему, возможно, замещение неприятных воспоминаний о лечении. Должно быть наличие обратной связи. Введение условных знаков для ребенка. Например, поднятая рука, будет служить условным сигналом, что пациент испытывает болевые ощущения.

Физиологическое отвлечение необходимо для переключения внимания ребенка от плохих мыслей о предстоящем лечении для восприятия предметов и явлений, которые являются для него положительным раздражителем.

Эффективным методом управления поведением детей является игровая психотерапия, она необходима, чтобы дети вовлекались в неугрожающую обстановку, где они могут выражать свои страхи и беспокойства в виде игры. Например, вовлечения ребенка в «борьбу с микробами-монстрами», «лечение кукол» безопасными инструментами.

Один из эффективных методов управления детским поведением на стоматологическом приеме является музыкотерапия. Музыкальные ноты воздействуют на организм на разных уровнях, в том числе на психологическом. Механизм музыкального влияния на человека до конца не изучен, но есть данные свидетельствующие о снижении уровня кортизола и бета-эндорфина. При восприятии музыки происходят функциональные изменения в ЦНС, о чем свидетельствуют изменения возбуждения в кортико-таламических и кортико-лимбических кругах. Так же отмечаются изменения на ЭЭГ, свидетельствующие о большей активности коры головного мозга, учащением сердечных сокращений и дыхательной системы. В результате благоприятствующих стимулов на слуховой анализатор ребенка в процессе прослушивания музыки в головном мозге формируется очаг возбуждения. Под влиянием данного процесса происходит торможение в других отделах головного мозга по закону отрицательной индукции. Таким образом происходит «торможение возбуждением» эмоционально-аффективных центров.

Резюмируя выше сказанное, умение врача управлять поведением ребенка и поведением взрослого на стоматологическом приеме помогает быстро и эффективно произвести лечение и выработать позитивное отношение у маленького пациента и его родителей к стоматологии [6,7,8,9,20].

Не стоит недооценивать игру в холле с ребенком. Ведь атмосфера спокойствия и уюта залог дальнейшего продуктивного лечения. Прежде чем зайти в кабинет ребенок испытывает стресс. Чтобы его минимизировать, маленький пациент может почитать комиксы, заняться рисованием, либо приступить к выполнению домашних заданий (если это возможно).

Возрастные особенности детей и взрослых представлены в таблицах 2-8 [1,6,9,10,13].

Во время приема пациентов был проведен анализ основных ошибок во время общения между врачом-стоматологом и пациентом у 5 врачей-стоматологов терапевтов - частный прием, 2 врачей-стоматологов терапевтов – муниципальный прием, 2 врачей-стоматологов хирургов – муниципальный прием и 6 врачей-стоматологов ортопедов на частном приеме. (ТОГБУЗ Рассказовская ЦРБ). Были выявлены следующие ошибки:

- отсутствие эмоций при разговоре;
- отсутствие зрительного контакта;
- отсутствие невербальных движений;
- монотонность речи;
- бестактно критикуют пациентов;
- отвечают на вопросы короткими фразами (нет, хорошо);
- во время разговора врач перебивает пациента.

**Таблица 2. Младенчество и раннее детство (от 0 до 3 лет)**

Отличительные особенности возрастной категории	Для данного возраста характерна лабильная эмоциональная сфера ребенка. Его эмоции и развивающиеся чувства, отражающие отношения к предметам и людям, еще не фиксированы и могут изменяться при изменении ситуации.
Нахождение родителей рядом с ребенком	Нахождение взрослых в кабинете обязательно, при необходимости взрослые могут посадить ребенка к себе на колени. Ребенку необходимо рассказать кто такой врач, и что он будет делать в форме игры. Ребенок не все поймет, но уверенность родителей успокоят его. Не стоит обманывать детей о том, что будет не больно, так как малыш может перестать доверять врачу.
Специфика общения с пациентом	Стоматологу на заметку: - яркая одежда (специальные костюмы, шапочки с рисунками), - отвлекающие маневры для ребенка (уговоры плохо помогают), - фиксация внимания ребенка на игрушках (желательно родителям принести любимые игрушки малыша, так как новые предметы могут напугать малыша), - работа с ассистентом в четыре руки для улучшения качества и скорости лечения, - при необходимости нужно успокоить встревоженных родителей, - премедикация или лечение под наркозом, если после трех посещений не удалось установить контакт с ребенком (выполняет анестезиолог), - обучение родителей профилактики для снижения риска развития рецидива заболевания.

**Таблица 3. Дошкольный возраст (от 3 до 7 лет)**

Отличительные особенности возрастной категории	На данном этапе активно формируются отделы мозга, отвечающие за восприятия и обработку информации, поступающей от различных органов чувств (зрение, слух, кожа), а также образного правого полушария, от различных органов чувств (зрение, слух, кожа), а также образного правого полушария. Главной деятельностью данного возраста является игра. Кризис трех лет заканчивается. Появляется чувство личности «Я есть», способность говорить о себе в первом лице. В возрасте 5-6 лет дети имеют четкую установку на лечение. Их настрой может быть как положительный, так и отрицательный.
Нахождение рядом с ребенком родителей	Присутствие родителей в кабинете не желательно, потому что ребенок, как правило, в присутствии родителей ведет себя хуже. Должный результат может оказать эффект плацебо. Например: таблетка смелости. В качестве таблетки можно использовать витамины. Перед посещением родителям необходимо рассказать, кто такой стоматолог, описать инструменты, которыми пользуется врач в форме игры. Лучше ее провести за один день до посещения стоматолога.
Специфика общения с пациентом	Стоматологу на заметку: - совместная игра (в возрасте 3-4 лет). Подержи ватку, инструмент, давай вместе смотреть в зеркало и так далее, - отвлекающие сигналы (мультфильмы или попросить ребенка сжать сильно кулачок), - использовать авторитет любимых детских героев (в возрасте 5-6 лет). Рассказать, что любимые персонажи из мультфильмов тоже лечат зубки, - контроль за эмоциональным фоном родителей, - премедикация, общая анестезия рекомендована при большом объеме работы (лечение, удаление).

**Таблица 4. Младший школьный возраст (от 7 до 10 лет)**

Отличительные особенности возрастной группы	Наличие произвольного поведения, которое к концу младшего школьного возраста становится управляемым. То есть ребенок стремится регулировать и контролировать себя и свои поступки. Появляется осознание необходимости лечения. В этом возрасте проявляется тревожность, наличие множества вопросов, поведение можно охарактеризовать так «я не трус, но я боюсь».
Нахождение рядом с ребенком родителей	По возможности исключить присутствие родителей в кабинете.
Специфика общения с пациентом	Стоматологу на заметку: - форма взаимодействия- игра, - старайтесь беседовать с маленьким пациентом, - показать процедуру осмотра в полости рта с помощью стоматологического зеркала, - премедикация травами и растительными седативными сиропами по необходимости.

**Таблица 5. 11 лет и старше**

Отличительные особенности возрастной группы	Подростковый период – сложный возраст, где легко утратить контакт и войти в непродуктивный конфликт. С подростками необходимо разговаривать, как со взрослыми людьми, но приходится повторять одно и то же, как в общении с детьми. Для данного возраста характерно лабильное настроение. Как правило, поведение подростка либо замкнутое, либо чересчур эмоциональное.
Нахождение рядом родителей	Обязательно исключить
Специфика общения с пациентом	Стоматологу на заметку: - поддерживайте диалог, тон дружелюбный, предложения должны быть лаконичными, не используйте подростковую лексику, - расскажите об предстоящих манипуляциях, - спрашивайте, как он себя чувствует? Данный вопрос стоматологу может дать понять не только самочувствие пациента, но и повысить доверия со стороны подростка.

**Таблица 6. Ранняя зрелость (от 20 до 25 лет)**

Отличительные особенности возрастной группы	Высокая степень мнемических и мыслительных функций. В этом возрасте гибкость и подвижность решений наиболее выражены.
Как выстраивать линию общения?	Данная возрастная категория людей наиболее восприимчива к новой информации. Молодежь активно интересуется новизной, и на этом стоматологу стоит сделать акцент в общении. Старайтесь проявлять интерес, будьте последовательны и в действиях, и в словах.

**Таблица 7. Средний возраст (25-65 лет)**

Отличительные особенности возрастной категории	Первый микроцикл: от 25 до 40 лет. К 25 годам умственные связи в целом установлены. Процесс получения новой информации становится более трудным, так как процесс ассимиляции подходит к своему завершению. К концу первого микроцикла происходит снижение невербальных функций, которое со временем носит выраженный характер. Напротив, степень обучаемости становится стремительнее, но это носит индивидуальный характер. Второй микроцикл: от 40 до 65 лет. Нервная система становится менее гибкой, поведенческая реакция и мыслительная деятельность становятся более банальными. Восприятие новой информации, которая расходится со сложившимися взглядами человека, становится более трудной задачей, хотя многие не осознают этого. Вербальные функции к пятидесяти годам достигают своего максимума.
Как выстраивать линию общения?	Чтобы лучше донести информацию до человека необходимо основываться на следующие критерии: - логическая обоснованность информации, - ее важность для самого человека, - чтобы новая информация расположилась в системе сложившихся представлений, категорий человека. Следует не забывать, что развитие человека носит индивидуальный характер и поэтому подход к каждому человеку должен быть разным.

**Таблица 8. Пациенты от 65 лет и выше**

Отличительные особенности возрастной категории	В первую очередь изменения носят индивидуальный характер. Речевые реакции могут как и задерживаться в скорости, так и оставаться в норме. Как правило, ослабевают разные виды чувствительности (цветовая, звуковая).
Рекомендации тактики общения	Разговаривать с пациентами неторопливо и отчетливо, не злоупотреблять невербальной коммуникацией, фиксировать важные моменты беседы (повторением отдельных фраз или предложений).

**Выводы**

- 1) В процессе общения между врачом-стоматологом и пациентом выявляются ошибки общения, а именно: отсутствие эмоций, зрительного контакта и невербальных движений. Во время беседы стоматологи разговаривали монотонно, бестактно критиковали своих пациентов, отвечали короткими фразами.
- 2) В детском, взрослом и пожилом возрасте существуют особенности общения. В детском возрасте стоматологу необходимо общение выстраивать в форме игры, во взрослом возрасте - конструктивный диалог, с обоснованностью информации, а в пожилом возрасте диалог должен быть неторопливым, тон мягкий, и не злоупотреблять невербальными движениями.

**Литература**

1. Коротких Д.В. Нейролингвистическое программирование в стоматологии // Дентол Юг. 2008. N 1. С. 1-3.
2. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. Том 1. Клиника «под ключ». СПб. 2009. 1080 с.
3. Бакиров А. Разговорный гипноз. Издательство «Эжсмо». 2015. 97-108 с.
4. Кобиясева И.В. Практика и теория грамотного общения // Дентаклуб. 2013. N 4. С. 27-32.
5. Гришина Н.В. Психология конфликта. Издательство «Питер». 2008. 2-е издание. С. 464-467.
6. Садовский В.В. Управление знаниями в стоматологии. // Стоматология для всех. 2010. N3. С. 42-43.
7. Fisher R. Getting to yes. 2010. P.44.
8. Ruslanov V.M. On the representation of types of psychological activities in different models of temperament // Psychological Journal. 2008 N 3. P. 74-76.
9. Рыжова Е.А., Петрова А.П. Формирование долгосрочных позитивных отношений врача-стоматолога и пациента // Дентал Юг. 2010. №5. С. 56.
10. Лепелин А.В., Сутенков Д.Е., Казакова Л.Н. Психоземциональное напряжение как основа дентофобии и причина развития страха // Стоматология детского возраста и профилактика. 2004. N3. С. 18.
11. Artemtseva N.G. Ilyasov I.I. Features of perception of psychological characteristics of person by his face: differential approach. // The Moscow University Herald. Series 14. Psychology. N 3. P.56.
12. Alexandrov Yu.I. Alexandrova N.L. Complementarity of culture-specific types of cognition. // The Moscow University Herald. Series 14. Psychology. N 1. P.22-35.
13. Саулин М.П., Суетенков Д.Е., Гребенников А.А. Мотивация пациентов как один из эффективных способов профилактики осложнений при лечении несъемной ортодонтической аппаратурой // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 329-331. 2013. С. 90-98.
14. Казакова Л.Н., Махонова Е.В., Погосян М.А., Прокаева Е.А. Влияние психоземционального напряжения детей во время стоматологического вмешательства на формирование дистресса у стоматологов // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С. 69.
15. Казакова Л.Н., Бабаджанян С.Г. Оценка эмоционального состояния детей перед стоматологическим вмешательством // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. № 3 (46). С. 75-76.
16. Петрова А.П., Сергиенко Е.Д., Мирзаева Л.И.К., Кадиев У.А. Проблемы стандартизации в стоматологии // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 12. С. 1372-1374.
17. Алипов В.В., Суетенков Д.Е., Махонова Е.В., Олейникова Н.М. Пути повышения качества учебного процесса при проведении производственной практики на стоматологическом факультете // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 6. С. 121-123.

18. Шеварков В.Д., Алямовский В.В., Буянкина Р.Г. Организация и качество поликлинической стоматологической помощи населению крупного промышленного города (на примере Красноярска) // Институт стоматологии. 2014. № 3 (64). С. 18-19.
19. Турусова Е.В., Булкина Н.В., Голомазова Е.А., Мелешина О.В., Иванова С.В. Зависимость качества жизни пациентов от тяжести течения заболеваний полости рта: оптимизация подходов к лечению // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 135-138.
20. Алямовский В.В., Шеварков В.Д., Буянкина Р.Г. Мониторинг удовлетворенности пациентов качеством стоматологической помощи в государственной и негосударственной медицинских организациях // Институт стоматологии. 2014. № 2 (63). С. 16-17.