

Л. А. Гаспарян

Пермь

**МЕТОД ВИДЕОПРОЕКТОВ
КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ УМЕНИЙ
ИНОЯЗЫЧНОГО ДИАЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: видеоматериалы; иноязычная коммуникативная компетенция; контекст профессиональной деятельности; умения диалогического взаимодействия; видеопроект.

АННОТАЦИЯ. Рассматривается проблема формирования коммуникативной компетенции студентов-медиков, обосновывается эффективность использования метода видеопроектов как эффективного средства, обеспечивающего формирование умений иноязычного диалогического взаимодействия будущих врачей.

L. A. Gasparyan

Perm

**STUDENT VIDEO BASED PROJECT
AS A MEANS OF FOREIGN LANGUAGE DIALOGIC SKILLS DEVELOPMENT**

KEY WORDS: video materials; communicative competence; professional context; dialogic skills; video project.

ABSTRACT. This article deals with the problem of foreign language communicative competence development. It justifies the use of video based projects designed by students as effective didactic means for medical students' communication skills development.

Реформа системы высшего профессионального образования, которая базируется на переосмыслении теории и практики в деятельности образовательных учреждений, направлена на формирование новой модели специалиста, способного применять знания, реализовывать собственные проекты, что требует создания необходимых условий для успешного овладения компетенциями, относящимися к самому человеку как личности, субъекту деятельности и общения.

У будущих врачей необходимо формировать все профессионально обусловленные умения коммуникативно-речевого взаимодействия, развивать способность вести наблюдения за большим количеством переменных при обследовании пациента, видеть изменения в окружающей обстановке, выбирать при наблюдении материал, необходимый для решения выявленной проблемы, проявлять наблюдательность по отношению ко всем душевным проявлениям в жизни человека [4].

Последнее связано с важнейшей составляющей коммуникативной компетенции врача — эмотивно-эмпатийным взаимодействием, предполагающим сформированные умения распознавать, понимать эмоции и чувства, часто выражаемые имплицитно, и **показывать пациенту это понимание.**

Эмотивно-эмпатийные умения, входящие в структуру умений диалогического

взаимодействия, не могут быть в полной мере освоены на занятиях по иностранному языку только на основе печатного текста или аудиотекста. Более эффективно обучение на аудиовизуальных материалах, которые сохраняют дискурс в целостности его составляющих — текста и контекста, как глобального, так и локального.

Видеофильм, обладающий функциональной аутентичностью текста и изображения, может быть использован с разными дидактическими целями. Эффект присутствия, создаваемый при просмотре видеоматериалов со звучащей речью, способствует созданию контекста профессиональной деятельности: наличие изобразительного ряда, показывающего материальную среду и обстоятельства, в которых происходят события, создают мир и пространство медицинского дискурса, «привязывая» речевую деятельность к собственно врачебной деятельности и конкретным ролевым моделям или моделям ситуации.

Фильм визуализирует различия в коммуникативном поведении представителей различных культур, социальных и статусных групп, а также гендерные и возрастные различия. Таким образом, аутентичный видеофильм может представлять собой модель дискурса коммуникативной ситуации профессионального труда врача в варьируемых контекстах, и использование видеоматериалов в учебном процессе является средством не только формирования ряда коммуни-

кативных умений, но и развития профессионально важных качеств врача.

Будучи источником аудиальной и визуальной информации, видеоматериалы являются незаменимым средством обучения в случаях необходимого интенсивного погружения в иноязычную среду, так как обеспечивают единство обучения всем видам речевой и учебно-профессиональной деятельности.

Особую важность приобретает проблема реализации самими студентами учебных видеопроектов — создания видеотректов, видеопрограмм и использования их как средства изучения иностранного языка.

При выполнении видеопроектов учитывались важные аспекты профессионально направленной коммуникации:

- особенности межкультурной коммуникации (языковые и культурные барьеры, различия в коммуникативной культуре, ограничения, накладываемые религией);
- социокультурные аспекты (статусные и гендерные проблемы, особенности коммуникации с пациентами разных возрастов);
- аффективная (эмотивно-эмпатийная) сторона коммуникации (управление эмоциями, эмпатия, раппорт);
- невербальное поведение (этикет, культура поведения врача, соблюдение профессиональных ритуалов, дресс-код);
- процессуальные знания и умения (активное слушание, расспрос, сообщение диагноза, получение информированного согласия, обучение пациента);
- виды профессиональной деятельности врачей различных специальностей (специфика труда терапевтов, педиатров, хирургов);
- профессиональные ситуации общения (обследование пациента, беседа с родственниками, оформление документов по просьбе пациента и др.).

В рамках курса по обучению студентов устно-речевому общению с пациентом видеотректы, снятые ими на этапе формирования репродуктивно-продуктивных и продуктивных умений, является важным средством формирования умений диалогического взаимодействия и средством организации самоконтроля, самооценки и обратной связи.

В курсе опытного обучения вся работа организовывалась нами по следующим модулям: 1. «Начало консультации: приветствие, сбор паспортных данных». 2 «Выявление основной жалобы». 3. «Сбор анамнеза настоящего заболевания». 4. «Сбор анамнеза жизни». 5. «Сбор социального анамнеза.

Образ жизни». 6. «Физикальный осмотр». 7—8. «Сообщение диагноза. Объяснение и планирование лечения». «Получение информированного согласия» (факультативная фаза). 9—10. «Назначение медикаментозного лечения. Завершение консультации».

Каждый из созданных студентами видеотректов является актуализацией фрагмента институционального дискурса [3] и, подобно мозаике, соединяется в единый, целостный, связанный глобальной темой дискурс врачебной консультации, представленный в форме макродиалога «Медицинская консультация».

Микродиалоги, образующие дискурс консультации, требуют **разного уровня коммуникативных компетенций**, поэтому освоение, актуализация, развитие и совершенствование умений диалогического взаимодействия организуется **не линейно**, а с учетом исходного уровня владения языком и постепенного усложнения языкового материала.

Первыми являются модули № 1, 6, так как диалог строится на знании разговорной лексики по теме «Я и моя семья», «Мой рабочий день» и требует умений задавать по определенному плану и в определенной стереотипной последовательности простейшие специальные и общие вопросы в Present Indefinite, а также давать краткие и полные ответы, образующие *стандартизованное интервью* для получения точных данных.

Модули № 2, 3, 4 предполагают умения как информативного диалога-расспроса с целью получения точных данных, так и оказания терапевтического воздействия на пациента с применением стратегий и тактик эмотивно-эмпатийного взаимодействия посредством инициации прескриптивного диалога с целью обучения и управления поведением пациента — достижения приверженности к лечению.

В конце курса, представляющего собой программу обучения базовым умениям иноязычной диалогической деятельности для устно-речевого взаимодействия в рамках **конкретной фазы медицинской консультации**, студентам предлагалось снять видеотректы (в паре или малой группе): четко обозначались тема, цели-задачи и цели-результаты, языковой и речевой материал, примерный совокупный объем высказываний и длительность, т. е. предоставлялись ориентировочная и информационная основы коммуникативно-речевого взаимодействия.

Например, модуль № 9—10:

<i>Тема:</i> «На приеме у врача. Назначение медикаментозного лечения»
<i>Цели:</i> 1. Создать ролевую игру и принять участие в ролевой игре. 2. Развитие умений нормативно-этикетного поведения; умений информативного диалога-расспроса, прескриптивного диалога (объяснения, совета, рекомендации) и регулятивного диалога-убеждения
<i>Врачу:</i> показать умение установить контакт; умения информировать и убеждать больного: а) рассказать больному о том, какое лекарство необходимо принимать, каково его назначение и действие, как принимать лекарство; б) убедить в важности соблюдать рекомендации; в) ответить на его вопросы; быть вежливым
<i>Пациенту:</i> задать вопросы врачу, чтобы узнать, когда следует начать курс лечения и как долго следует принимать лекарство, узнать о совместимости с другими лекарствами, о противопоказаниях и побочных реакциях, способах и сроках хранения; спросить совета о действиях при аллергических реакциях и о возможности дальнейших контактов; быть вежливым
<i>Языковой материал:</i> коммуникативно-языковые средства передачи регулятивных и информативных интенций: совета, пожелания, рекомендации, приказа; коммуникативно-языковые средства для расспроса, уточнения, переспроса с целью получения информации. Базовая грамматическая модель: «You +should (must, can, have to, may, might) +inf; лексика по теме «Лекарства»; аннотация к лекарству. <i>Другие ресурсы:</i> история болезни пациента (учебник, пособия); презентация «Лекарства», рекомендации для пациентов, получающих медикаментозное лечение (специализированные Интернет-сайты); алгоритм «Информирование пациента о лекарстве»
<i>Место:</i> участковая поликлиника. Продолжительность и объем высказывания не менее 1 минуты, 20 реплик

Вариативными условиями могут быть пол, возраст, образование больного, принадлежность к определенному коммуникативному типу, например: больные, не склонные сотрудничать с врачом; больные, имеющие цели, далекие от лечения; больные, с которыми трудно наладить взаимодействие, и др.

На подготовительном этапе студенты создают сценарий ролевой игры на основе предметной, лингвистической, социолингвистической, дискурсивной, социокультурной и стратегической компетенций, включающих:

- предметные знания, полученные во время мини-лекции, презентации, чтения аутентичного текста из аннотации к лекарству, рекламного проспекта, специализированного медицинского сайта и другие материалы о конкретном лекарстве: составе, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, дозировке и способах введения, способах хранения и т. д.;
- знания о целях данного этапа консультации, полученные из мини-лекций, презентации о значимости данной фа-

зы диалога для достижения приверженности к лечению, а именно: информировать о лекарстве, объяснить, зачем и как его принимать, убедить в необходимости лечения;

- знания о структуре диалога (интеракции), реализуемого посредством блока контактоустанавливающих, регулятивных, информативных и оценочных интенций: диалога-знакомства, диалога-расспроса, диалога-информирования, диалога-рекомендации, регулятивного диалога-убеждения и др.;
- знания о способах развертывания диалога: начала и завершения диалога, правильной последовательности диалогических единств, средств связи между ними, правил передачи инициативы;
- знания о невербальном коммуникативном поведении, полученные из мини-лекций, при подготовке презентаций об особенностях невербального поведения в различных культурах, в бытовой сфере, в ситуациях профессиональной деятельности;
- знания о способах иноязычной вербализации (фонетическими, лексически-

ми, грамматическими средствами) актуальных для конкретной ситуации интенций.

Сценарии ролевой игры создаются студентами самостоятельно и корректируются только по их просьбе. Съемка сюжетов выполняется на занятии или во внеучебное время.

В ходе экспериментального обучения 20 пар студентов предъявили авторские видеозаписи ролевых игр по модулю «Назначение медикаментозного лечения». Несмотря на отсутствие жестких временных ограничений, длительность диалогов составляла от 0,43 с до 1 мин 40 с, что в среднем составило 1 мин 15 с. Среднее количество высказываний в письменных вариантах диалогов при контрольном срезе знаний в 4 группах колебалось от 13,25 высказывания до 27,17, что в среднем составило 18,06 высказывания (по сравнению с 4,7 в контрольных группах). Диалоги в среднем состояли из 7–8 вопросов-стимулов в соответствии с предложенным алгоритмом, образуя вместе с ответными репликами динамичный информативный диалог-расспрос, переходящий в прескриптивный диалог-рекомендацию. Даже при самых ограниченных технических возможностях в фильмах создается определенный контекст (места, времени, обстановки, предметной квазипрофессиональной деятельности, индивидуальных особенностей участников, уровня их иноязычной коммуникативной компетенции), придавая диалогу черты реальной интеракции.

Студенты использовали два наиболее распространенных в реальной практике варианта структурной организации диалогических единиц: **первый** вариант представляет собой **диалог с речевым доминированием врача**, соответствующий патеральной модели общения. Врач инициирует тему «Назначение медикаментозного лечения» и в форме монолога сообщает основную информацию, передавая ход пациенту только тогда, когда он считает, что сказал самое главное. **Второй** тип диалога — вариант **партнерской (совещательной) модели общения**, в которой инициатива последовательно переходит от одного коммуниканта к другому: врач ждет вопросов пациента и, последовательно отвечая на них, завершает диалог, когда пациент исчерпал интересующие его темы.

Демонстрация фильма в аудитории является **коррекционно-оценочным** этапом, причем коррекция, оценка и самооценка продемонстрированных умений и навыков осуществляется самими студентами, которым предлагается внимательно просмотреть сюжеты и прокомментировать

адекватность поставленным задачам, языковую и речевую корректность, соответствие содержания и структуры диалога стандартам и алгоритмам профессиональных действий.

При условии сохранения и сравнения нескольких вариантов видеозаписей можно проследить динамику формирования новых умений, выявить слабые и сильные стороны, сравнить с результатами других студентов, обсудить пути исправления недостатков. Видеозапись, таким образом, является незаменимым инструментом управления процессом обучения, позволяющим совместно со студентом осуществлять текущий мониторинг качества усвоения новых знаний и овладения новыми умениями, но только при условии организации самого занятия на основе централизованной на студенте модели обучения, когда весь процесс обучения направляется на *удовлетворение потребностей самого учащегося* [8].

На *преддемонстрационном* этапе необходимо подготовить всю группу к просмотру и выявить **мотивы** самого учащегося; спросить обучаемых, хотят ли они обсудить возникшие трудности до или после просмотра фильма. Если студенты выбирают первое, то необходимо задать следующие вопросы: «Какие проблемы требуют решения и в чем нужно еще попрактиковаться?», «По поводу чего Вы бы хотели услышать отзыв, совет, комментарий?», «Чего именно хотели бы добиться?», «Как может помочь Вам группа?».

На *этапе демонстрации* рекомендуются три различных приема просмотра фильма в зависимости от задач этапа и контекста обучения, но с учетом основного принципа: обратная связь (*Feedback*) будет эффективным методическим приемом, если она осуществляется вовремя, т. е. сразу после демонстрации [6].

Первый прием: посмотреть весь фильм с тем, чтобы получить целостное представление о врачебной консультации как единице медицинского дискурса, фокусировать внимание на актуальных для данного этапа обучения фрагментах. Недостатком является большая трата времени, невозможность записать и запомнить существенные моменты. Преподавателю необходимо предвидеть, что первые просмотры характеризуются обычно более эмоциональными откликами, чем объективными.

Следующий шаг — посмотреть только определенную часть консультации с концентрацией внимания на конкретных целях и умениях. Это экономит время и позволяет рассмотреть, каким образом актуализируются эти умения. Далее можно использовать метод, называемый *Stop-Start method*,

предполагающий остановку фильма для обсуждения через заранее оговоренное время, например через 3 минуты.

На последемонстрационном этапе необходимо дать студенту несколько минут собраться с мыслями и сформулировать наиболее важные проблемы для обсуждения, сохраняя баланс между тем, что получилось хорошо, и с тем, что представляло проблему; обсудить со студентами достижения поставленных целей; предложить передать основное содержание сюжета; выбрать какой-либо фрагмент фильма и проиграть снова, принимая во внимание высказанные рекомендации. Для **вербализации** результатов рефлексии студентам предлагается фрейм «*Giving Effective Feedback to Learners and Colleagues*» [9], содержащий функционально-стилистические модели и речевые клише для комментирования, оценки, совета, пожеланий, базирующихся на главном принципе обратной связи — «говорить только то, что может помочь обучающемуся».

Разработанные опросники, содержащие стандартизованный перечень умений, которые актуальны для данной ролевой игры, служат не только целям объективизации диагностики успешности и оценивания, но и когнитивной основой для структурирования актуализируемых умений и навыков. Например, для оценки предметного (содержательного) аспекта коммуникации предлагается оценочный лист «*Content Interview Evaluation Form*», включающий, к примеру, следующие категории: *образ жизни: диета, упражнения, курение, потребление алкоголя, наркотиков*; для оценки процессуальных коммуникативных умений — «*Consultation Skills (process) Evaluation Form*, содержащий перечень умений: *подготовка к консультации, начало консультации, выявление причин визита, сбор информации, структурирование консультации, построение отношений, объяснение и планирование, завершение консультации*.

Оценивание осуществляется констатацией наличия, отличного использования или отсутствия данного умения или балльно-рейтинговыми шкалами. Невербальное поведение оценивается по опроснику с критериями, заложенными в «формуле» невербального поведения SOLER, первые буквы которого составляют правило: «Сидеть лицом к пациенту в открытой позиции, наклонившись к нему, сохраняя контакт глаз и быть расслабленным».

Особое внимание обращается на конгруэнтность вербального и невербального поведения врача во время коммуникации, а также соблюдение им принципов деонтоло-

гии: демонстрация уважения через простые действия, например мытье рук, надевание перчаток, вежливое приглашение сесть, концентрация внимания на пациенте, выбор правильных форм обращения, принятых в данном сообществе.

Важнейшая функция обратной связи при использовании видеозаписей ролевой игры — помочь студентам осознать себя в профессии врача и на ранних стадиях обучения начинать овладевать умениями **перцепции и рефлексии**. Этот тип упражнения развивает культуру рефлексии, чрезвычайно значимую для клинического мышления врача [1]. В практику медицинских школ за рубежом внедрен так называемый «SET-GO» — метод для правильной организации обсуждения и анализа видеоматериалов записей врачебной консультации [5], который был нами использован.

Первые буквы названия метода структурируют блок вопросов, который необходимо задать себе и другим для получения положительной и эффективной рефлексивной деятельности: *What did you See?* (Что Вы увидели?), *What Else did you see? What happened next?* (Что произошло потом?), *What do you Think?* (Что Вы думаете?) *What Goal (s) were you trying to achieve at that point in the consultation?* (Каких целей Вы пытались достичь в этом месте в консультации?), *Any Offers how where and how to go next?* (Каковы предложения относительно того, что, когда и как делать дальше?).

Обращается особое внимание на то, что осуществляемая при помощи просмотра и анализа видеозаписей «обратная связь» должна проводиться исключительно внимательно и индивидуально в зависимости от личности обучаемого: многие студенты сверхкритично относятся к собственной работе, а критика других студентов и преподавателя способна нанести непоправимый вред, так как студент сохраняет в памяти визуальный образ собственной неудачи и отказывается от дальнейшего участия в видеопроектах [7].

Акцентирование внимания на конкретной проблеме в присутствии других зрителей может вызывать защитные реакции обучаемых, поэтому рекомендуется сохранять баланс между положительными и негативными оценками.

Проведенный в начале и конце курса обучения специально разработанный тест самооценки по процессуальным умениям показал, каким образом студенты оценили свои успехи по модулю «Назначение медикаментозного лечения».

Формулировка интенций позволяет оценить лексические и грамматические речевые навыки и умения, необходимые для

участия в диалогах 2-х типов — центрированного на потребностях врача и пациент-центрированного, требующих умения создавать монологические высказывания и

давать ответы разной степени развернутости на инициированные пациентом вопросы.

Таблица

Фрагмент теста самооценки в конце курса обучения (студентка А. К.)

№ п/п	Этапы врачебного приема	Умения		
		не умею совсем	умею плохо	умею хорошо
	<i>Назначить лечение, сообщив о:</i>			
1	названии (ях) препарата			x
2	действии препарата			x
3	показаниях к применению		x	
4	времени приема и дозировке			x
5	длительности курса			x
6	побочных действиях			x
7	стоимости лекарства		x	

Сравнение результатов тестирования в ЭГ и КГ представлено на рисунке. Как видим, значительно большее количество студентов ЭГ высоко оценивают свои речевые умения в выражении интенций, в отличие от студентов КГ: разница составляет от 24 до 52%. Обращает на себя внимание высокая оценка студентами ЭГ умений реализации интенции сообщения режима приема лекарства (№ 4), включающей детализацию по времени суток, кратности приема, дозировке и способа приема лекарства, напри-

мер, с водой, соком, молоком и т. д. Высока разница и по интенциям № 1, 3, 6 (52, 46, 48% соответственно). Результаты самооценки по критерию «Не умею совсем» помогли выявить недостатки в работе над рядом интенций.

Сравнение данных самооценки студентов 4-х ЭГ и результатов итоговых экзаменов свидетельствует о достоверности разработанного теста самооценки и адекватности оценки студентами уровня собственной лингвистической компетенции.

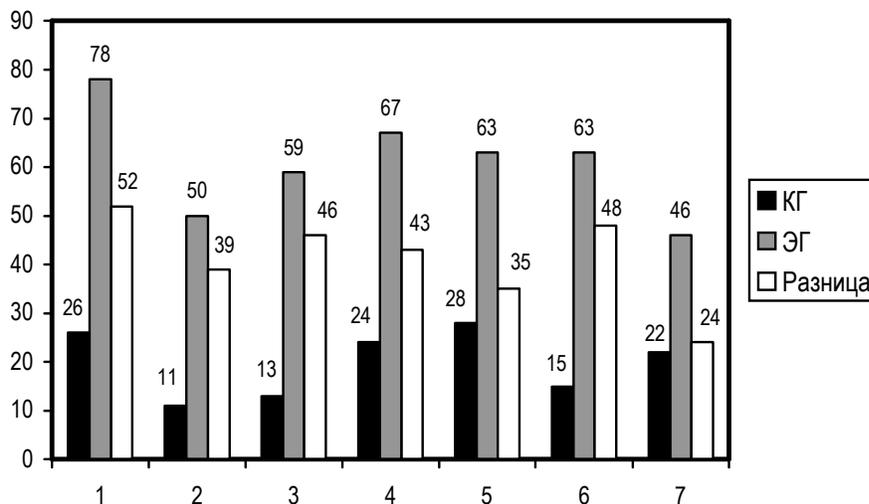


Рис. Результаты самооценки в КГ и ЭГ (модуль «Назначение медикаментозного лечения»; критерий «Умею хорошо»; 1—7 — интенции), %

Проектная методика предусматривает постепенное усложнение коммуникативных задач: от «фильмов-экскурсий» с превалированием текстов монологического характера («Кафедры морфологического корпуса», «Кафедры теоретического корпуса», «Стоматологическая клиника», «Детская клиническая больница») до фильмов с диалогическими текстами: «Скорая помощь»,

«Врачебный консилиум», «Оказание неотложной помощи больному» и др.). Проекты этого типа, фокусированные на человеке, способе его существования, особенно интересны для студентов, так как отображают их собственное миропонимание и модели поведения, типичные для учебно-профессиональной сферы. Этот тип творческого проекта требует самостоятельной разработ-

ки сценариев ролевых игр, снятых в виде короткометражных игровых фильмов («На уроке анатомии», «В поликлинике», «Необыкновенная история», «В аэропорту»).

Проигрывая определенные ролевые модели — «хорошего преподавателя», «плохого», «умного» или «болтливового» студента, врача, детей и их родителей и т. д., студенты овладевают умениями «коммуникативно-речевого взаимодействия, включающего организационно-деятельностное, информационное и эмоционально-эмпатийное взаимодействие, осуществляемое вербальными и невербальными средствами в условиях речевых контактов, действий, постушков» [3. С. 16].

Более 50-ти видеороликов, снятых студентами в рамках проектов, демонстрируют устойчивость приобретенных базовых профессионально значимых компетенций диалогического взаимодействия с пациентом во время врачебной консультации: соблюдая стандартизованную процедуру опроса больного, студенты показывают владение умениями активного слушания, эмпатийности, умело пользуются дискурсивными маркерами для перехода от одного топика к другому, вежливому перебива, прерывания или завершения темы с учетом ситуативных переменных (целей коммуникации, возраста и пола пациента, его состояния, специальности врача, места и времени, социально-бытового контекста и т. д.).

Видеоролик «Вызов» («The Call»), снятый студентами по собственному сценарию и построенный на оппозиции 2-х моделей интеракции «врач — пациент» — «как должно» и «как нельзя» общаться с пациентом, продемонстрировал знание стандар-

тов медицинской коммуникации в плане предметного содержания (на уровне своей языковой и предметной компетенций), владение общекультурными компетенциями и компетенциями профессионального общения между врачом и пациентом, базирующимися на канонах медицинской этики и деонтологии.

В процессе профессионально ориентированного интерактивного обучения преодолеваются языковые трудности, возникает атмосфера сотрудничества и взаимопомощи, формируются мотивация и готовность к более глубокому изучению языка, подкрепляемые положительными эмоциями и интересом. Данные экспериментального обучения подтверждают высокую эффективность использования видеотехнологий для овладения иноязычными профессиональными коммуникативными компетенциями.

Таким образом, обладая разнообразным дидактическим потенциалом, метод видеопроектов, применяемый в курсе иностранного языка, является не только важнейшим способом активизации учебно-познавательной деятельности студентов, инициативности, самостоятельности, креативности, самораскрытия и самопознания, индивидуализации процесса обучения, но и средством, которое позволяет выстроить обучение иностранным языкам для профессиональных целей в области здравоохранения в современную систему европейского и международного образования, базирующегося на повсеместном использовании новейших информационных и коммуникационных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

- АНДРОНОВ В. П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача // Вопросы психологии. 1992. № 4.
- КАРАСИК В. И. О типах дискурса // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс : сб. науч. тр. Волгоград : Перемена, 2000.
- СЕРОВА Т. С., ГОРЕВА Т. А. Формирование умений коммуникативно-речевого взаимодействия при обучении иноязычному деловому общению / Перм. гос. тех. ун-т. Пермь, 2005.
- ЯСЬКО Б. А. Психология личности и труда врача : курс лекций. Ростов н/Д : Феникс, 2005.
- CHOWDHURY R. R., KALU G. Learning to give feedback in medical education // The Obstetrician & Gynaecologist. 2004. №6. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1576/toag.6.4.243.27023/pdf> (дата обращения: 17.01.12).
- COMMUNICATION Skills Manual. February-July. 2003. URL: <http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=www.skillscascade.com%2F...%2Fcsmanual.doc&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.skillscase> (дата обращения: 01.02.12).
- MAHAR S. E. The Centrality of Feedback in Teaching Business Communication and improving Performance / Proceedings of the 2005 Association for Business Communication Annual Convention. URL: <http://businesscommunication.org/wp-content/uploads/2011/04/o8ABC05.pdf> (дата обращения: 19.01.12).
- KURTZ S. M., SILVERMAN J. D. DRAPER J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd edition. Copyright. Radcliffe Pub., Oxford, 2005. URL: http://books.google.ru/books?id=9kVrAAAAMAAJ&q=agenda-led+outcome-based+analysis&hl=ru&source=gbs_word_cloud_r&cad=6 (дата обращения: 12.11.11).
- THE FEEDBACK Grid, adapted from The Bayer Institute for Health Care Communication. URL: <http://csp.medicine.dal.ca/docs/pcards/Feedback.pdf> (дата обращения: 10.03.11).