

КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВАЯ КУЛЬТУРА ВРАЧА

В.В. Жура, Ю.В. Рудова

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Настоящая статья посвящена исследованию коммуникативно-речевой культуры врача. Его целью явилось обоснование феномена коммуникативной-речевой культуры врача и установление его специфики в сфере профессионального медицинского общения. Проведен анализ современных подходов к составлению типологии языковых личностей на основе особенностей их речевой деятельности и поведения. В ней также обосновано понятие коммуникативно-речевая культура, выявлены основные составляющие коммуникативно-речевой культуры (нормативно-речевой, эпистемический и прагматический компоненты), раскрыто их содержание. Наряду с этим в статье изучены особенности реализации указанных компонентов на примере медицинского дискурса, создаваемого врачом. Полученные выводы могут быть применены для составления типологии коммуникативно-речевых культур, реализуемых врачом, с целью повышения успешности общения в медицинской сфере.

Ключевые слова: коммуникативно-речевая культура, речевая деятельность и поведение, медицинская коммуникация.

Активная разработка в последние десятилетия проблемы типологизации способов речевой деятельности и речевого поведения индивидов, принадлежащих к различным социальным группам, привела к появлению целого ряда понятий, которые тем или иным образом соотносятся друг с другом, таких как идиолект, социолект, языковая личность, речевая культура и, наконец, коммуникативно-речевая культура. Спектр характеристик, лежащих в основе типизации видов речевой активности, постепенно расширялся в направлении от особенностей использования языка к коммуникативно-прагматическим, социальным, нормативным и другим параметрам, реализуемым в ней. Одним из ключевых понятий современной лингвистики стало понятие *языковой личности* [8], являющейся субъектом сознательной речевой активности (речевой деятельности) и автоматизированного речевого поведения.

Наблюдения за речевой деятельностью и речевым поведением разных языковых личностей позволили получить новые свидетельства того, что различия между ними носят многосторонний характер. Попытка отразить данную речевую вариативность привела, в свою очередь, к появлению понятия *речевая культура* [3, 9], на котором мы остановимся подробнее. Прочитав известное определение В.Е. Гольдина и О.Б. Сиротининой, согласно которому *речевая культура* «включает в себя язык, формы воплощения речи, совокупность общезначимых речевых произведений на данном языке, обычаи и правила общения, соотношение словесных и несловесных компонентов коммуникации, закрепление в языке картины мира, способы передачи, сохранения и обновления языковых традиций, языковое сознание народа в бытовых и профессиональных формах, науку о языке» [3]. Данная характеристика рассматриваемого феномена акцентирует его многокомпонентность и по-

зволяет сделать предположение о его тесной взаимосвязи с другими составляющими общей культуры этноса (концептуальной, нормативно-этической, профессиональной сферами).

Особый интерес для нашего исследования представляет типология видов речевой культуры. И.А. Стернин выделяет следующие типы речевых культур:

1. *Элитарная речевая культура*, принадлежность к которой обеспечивает ее носителю доступ практически ко всем возможным языковым и речевым ресурсам, а также возможность их применения в точном соответствии с существующими языковыми нормами и правилами общения.

2. *Среднелитературная речевая культура*. Для представителей данной культуры характерным является функционально-стилистическая «узость» речи (владение одним-двумя функциональными стилями литературного языка), а также большое количество нарушений отдельных норм и правил общения.

3. *Литературно-разговорная речевая культура*. Ее отличают тенденции к стилистической сниженности, неэтикетному общению, исключительно использованию разговорной речи.

4. *Фамильярно-разговорная речевая культура* и *просторечная речевая культура* отличаются «бедностью» используемых языковых и речевых средств, большим количеством нарушений норм и правил речевых высказываний или даже отсутствием представления о них у их носителей.

5. *Профессионально-ограниченная речевая культура*. Культура данного типа возникает в рамках определенной профессиональной группы. Ее относят к низкой разновидности речевых культур, что и определяет в целом ее схожесть с ними. Ее специфической характерной чертой является употребление жаргонизмов/профессионализмов [9].

На первый взгляд, в представленной типологии установлены и описаны все основные характеристики различных видов речевых культур. Задачей исследователя является лишь соотнесение типологических черт конкретной языковой личности с тем или иным заявленным типом культуры. Однако дифференциация речевых культур в определенной сфере социальной жизни, в нашем случае профессиональной сфере медицины, вызывает значительные трудности. Дело в том, что медицинское сообщество представлено разнообразными языковыми личностями, отличающимися между собой по уровню профессионального мастерства, компонентом которого является определенный уровень сформированности коммуникативной компетенции. Тем не менее, простое распределение его представителей по различным уровням иерархии речевых культур вряд ли является возможным. Дело в том, что речевые практики, используемые врачом, вариативны, что может быть вызвано целым рядом факторов. К числу последних можно отнести ситуацию общения (место, время, участники общения, обсуждаемая проблема), характер общения (эмоциональность/ эмоциональность общения).

Рассмотрим данное положение подробнее. Основную пару участников коммуникации в медицинской профессионально-ориентированной сфере общения составляют врач и пациент. Следует также учитывать тот факт, что данное общение носит неравностатусный характер (в виду того, что врач в силу своего положения в социальной и профессиональной системах обладает большими профессиональными компетенциями и возможностями их применения, нежели пациент). Роли, в которых выступают участники медицинской коммуникации, также могут варьироваться в зависимости от условий общения. Например, врачи выступают в нескольких ипостасях, обнаруживая различные типы владения речевой культурой: врач-практикующий специалист (преобладание профессионально-ограниченной речевой культуры), врач-исследователь (преобладание среднелитературной речевой культуры), врач-педагог (преобладание среднелитературной речевой культуры). Амплуа клиентов при этом также будут меняться: обычные пациенты (преобладание просторечной речевой культуры), широкая публика, читающая научно-популярные статьи (журналы) (преобладание среднелитературной речевой культуры), студенты (преобладание среднелитературной речевой культуры или литературно-разговорной речевой культуры) и т. д. Иначе говоря, в зависимости от положения участников общения в социальной системе (в рамках социального института), они реализуют различные типы речевой культуры, актуализируемые в особенностях стереотипного поведения (например, нестрогом соблюдении языковых норм, нерегулярном использовании этикетных речевых формул и т. д.).

В медицинской, как и в ряде других профессионально-ориентированных сфер общения, в отличие, например, от политического, рекламного дискурсов, для которых характерен массовый адресат, клиент преимущественно индивидуальный. При этом возможны разные варианты коммуникации: между различными агентами социального института медицины (равностатусное и неравностатусное общение), между агентами и клиентами медицинских услуг (неравностатусное общение). В зависимости от ситуации общения один и тот же врач может реализовывать типологические черты профессионально-ограниченной речевой культуры (равностатусное общение с коллегами по поводу конкретного клинического случая, либо с коллегами с более низким социальным и, следовательно, коммуникативным статусом) и среднелитературной и даже элитарной речевой культуры (в формализованном общении с коллегами или пациентами с более высоким статусом).

В ходе медицинской коммуникации предметом обсуждения, как правило, являются обладающие высокой личностной значимостью вопросы качества жизни, поддержания и сохранения здоровья и жизни человека, что часто определяет эмоциональность общения. При этом также наблюдается изменение используемых медицинским специалистом моделей речевого поведения, свидетельствующее об определенной речевой границе между традиционно выделяемыми типами речевых культур. В известном смысле можно говорить о возможности идентификации большинства речевых культур в коммуникативном пространстве медицинской деятельности.

Высказанные соображения привели нас к выводу о том, что при анализе речевого общения в профессиональной сфере медицины необходимо говорить не о типах реализуемой речевой культуры, а о разновидностях коммуникативно-речевой культуры врача. Последняя представляет собой актуальное для различных языковых личностей сочетание типологических характеристик разных речевых культур (рассмотренных выше), которые могут быть поочередно реализованы в зависимости от особенностей коммуникативной ситуации.

Коммуникативно-речевая культура, как и речевая культура многокомпонентна и обладает сложной структурой. Прежде всего, это обусловлено многоуровневостью самой языковой личности, являющейся ее творцом. Последнюю принято представлять как результат взаимодействия трех основных уровней: 1) вербально-семантического (владение средствами естественного языка); 2) когнитивного (отражение систематизированной «картины мира» индивида; 3) прагматического (цели, мотивы, интересы, установки и интенциональность) [8]. Именно данный научный факт и послужил основой для выделения различных аспектов речевой культуры, а именно, ее нормативного, коммуникативного и этического компонен-

Дискурсология и структурно-семантическая организация текста

тов [1, 2]. Нормативный аспект, по сути, представляет собой языковую компетенцию личности, то есть знание о нормах употребления языковых средств и их правильное применение в ходе общения. Коммуникативный аспект обеспечивает правильность, точность, логичность, выразительность, богатство и ясность речи. Этический аспект основан на владении нормами и правилами речевого поведения, речевыми формулами общения.

Рассмотрим, каким образом данные аспекты реализованы в коммуникативно-речевой культуре вообще и врача как участника медицинской коммуникации, в частности. Речь – один из важнейших способов самопрезентации человека, так как в процессе речи у собеседника складывается определенное впечатление о человеке, его манерах, поведении, эрудиции, уровне образования и т. д. Таким образом, речь – это средство познания мира в целом и каждого отдельного человека, в частности. Однако коммуникативная культура включает в себя не только речевой компонент. Термин *коммуникация* происходит от латинского слова *communico*, что означает «делаю общим, связываю, общаюсь». Общение может осуществляться при помощи различных средств и в разных условиях (временных и пространственных). В нем могут участвовать различные индивиды. Кроме того его отличает многообразие форм. Именно поэтому понятие *коммуникация* рассматривается нами как более широкое по отношению к понятию *речь*. Помимо вербального компонента в коммуникативной практике индивидов реализуются их интенции и экспектации, пресуппозиционный фонд, отражающий их когнитивную систему, ценности, а также невербальные способы передачи информации (средством мимики, жестов, взгляда, позы и т. д.).

Таким образом, коммуникативно-речевая культура складывается из нескольких компонентов, а именно: нормативно-речевого, эпистемического и прагматического аспектов. *Нормативно-речевой аспект* включает в себя умение правильно говорить, т. е. строить высказывания в соответствии с лексическими, грамматическими и стилистическими нормами языка. Важным измерением данного аспекта коммуникативно-речевой культуры является также коммуникативная точность. Одним из ее проявлений в медицинском общении выступает лаконичность общения, задаваемая врачом как коммуникативным лидером. Другим является клишированность основных дискурсивных формул, автоматизм использования которых позволяет избежать речевых ошибок, обеспечить краткость выражения. Еще одним проявлением становится употребление медицинской терминологии и профессионализмов, отказ от использования средств повышения выразительности речи (стилистических приемов и фигур речи).

Эпистемический аспект обусловлен таким принципом коммуникативного поведения врача, как объективность. Отметим, что одна из целей

общения в системе «врач – пациент» состоит в проведении анализа имеющейся информации, сопоставлении ее с научными данными и формировании выводного знания. Объективность при достижении указанной цели предполагает получение всей релевантной эмпирической информации и актуализацию необходимых научных сведений. Реализация указанного принципа становится возможной только при условии наличия у врача медицинского знания. Отличительной характеристикой типизированной когнитивной системы врача является то, что ее ядром выступает научная медицинская картина мира. В научной медицинской картине мира информация о каждом заболевании структурно организована в виде клинической картины течения заболевания. Последняя обычно описывается посредством ряда широких смысловых категорий, таких как этиология, патогенез, симптоматика, диагностика (методы обследования), лечение, профилактика, возможные осложнения, которые организованы определенным образом. Пациенты, вступая в коммуникацию, также выстраивают определенную концепцию собственного заболевания. Их представления объединяются в рамках наивной медицинской картины, обладают большей или меньшей степенью полноты, истинности или ложности [6]. Таким образом, реализуемый в коммуникации уровень содержательной сложности обсуждаемой информации может быть обусловлен потребностями ее адаптации к актуальным условиям общения. Апеллирование к сложным научным представлениям в одном случае и упрощение медицинских понятий с целью повышения доступности их восприятия пациентом в другом является еще одним подтверждением гибкости, лабильности коммуникативно-речевой культуры врача.

Промежуточное положение, по нашему мнению, занимает такой компонент рассматриваемой культуры, как знание о типических моделях речевого взаимодействия (например, используемых в профессиональной медицинской сфере сценариях, предписывающих определенное ролевое поведение участников медицинской коммуникации, а также о коммуникативных типах пациентов). С одной стороны, они составляют эпистемический фонд, оперирование которым необходимо для формирования содержательной стороны общения. С другой стороны, адекватное использование подобного знания позволяет врачу успешно реализовать прагматические цели общения.

Прагматический аспект коммуникативно-речевой культуры выступает, в нашем представлении наиболее объемной ее составляющей. Сюда входят владение речевым этикетом, умение задавать определенный «прагматический формат» коммуникации, а также этические принципы общения.

В первом случае речь идет о правилах коммуникативного поведения, традиционно включаемых

в понятие *речевой этикет*, под которым мы, вслед за В.И. Карасиком, понимаем «многомерное образование, включающее универсальный этический план, план приоритетных порядков, план этикетного выражения, дистанционный план, план вариативности, культурно-специфический план и т. д.» [7]. Исследователь отмечает также, что способы этикетного общения представляют собой формульные модели поведения, состоящие из последовательных ходов с использованием как вербальных, так и невербальных средств общения. Одним из составных компонентов этикета выступают формулы вежливости (*пожалуйста, будьте добры, будьте любезны* и т.п.), использование которых во время медицинской коммуникации нацелено на снижение лицеуемоющего эффекта речевых действий врача, установление доверительных отношений с пациентом.

Еще одним примером этикетного общения в медицине выступает использование специальных клишированных форм (*На что жалуетесь? Что Вас беспокоит?* и т.п.), знание и уместное употребление которых, свидетельствует об уровне коммуникативно-речевой культуры врача.

Способами «управления» дистанционным планом общения являются адаптация уровня лингвистической презентации информации к уровню пациента, использование врачом метафор и сравнений, разговорных слов и выражений, диминутивных суффиксов, инверсии, «кооперативной» (некатегоричной) модальности (*давайте, садимся сюда*), инклюзивное употребление личного местоимения *мы* с целью сокращения коммуникативной дистанции между ним и пациентом, либо наоборот, употребление формальных обращений, императивной модальности, опущение личных местоимений и создания безадресных высказываний, неадаптированность лингвистической презентации информации к уровню языковой компетенции пациента (использование непонятных терминологических выражений) с целью увеличения коммуникативной дистанции.

Во втором случае речь идет о прогнозировании того или иного перлокутивного эффекта у адресата путем создания определенного психического настроя у партнера по общению. Коммуникативно-речевая культура врача допускает значительные вариации в объеме и содержании средств реализации различных способов прагматического воздействия на адресата, а именно, выражения эмпатии, ободрения, демонстрации внимания (интереса), эмоционального переключения (позитивизации), митигации, ориентированных на стабилизацию эмоционального состояния пациента.

Проявление эмпатии требует от врача детального анализа содержательного и формального аспектов речи пациентов, просодических и других паралингвистических средств с целью установления типов и интенсивности эмоциональных переживаний, проблемных ситуаций. Ее квалифицированное

применение способствует созданию терапевтических отношений, более точной диагностике, повышению комплаентности пациента к назначаемому лечению. В речи эмпатия проявляется в особых способах реагирования на реплики пациента, целью которых выступает демонстрация понимания пациенту.

Использование различных видов ободрительных и оценочных высказываний также выступает важным средством коррекции психоэмоционального состояния пациента.

Демонстрация внимания (интереса) реализуется при помощи приема активного слушания. Его отличительными особенностями являются отсутствие перебивания (прерывания) пациента, использование минимальных сигналов обратной связи, пауз, повторов реплик пациента.

Представители различных коммуникативно-речевых культур отличаются и в плане использования приемов эмоционального переключения пациента и митигации. К таким приемам относятся приемы рационализации, позитивизации, игнорирования эмоциональных реплик пациента, выражения неодобрения по поводу его эмоциональных высказываний, жанровая форма шутки. В случае приема рационализации в высказывании происходит смена эмоционального либо оценочного семантического фокуса на эмоционально либо оценочно нейтральный. В случае приема позитивизации в оперируемое семантическое пространство вводится пресуппозиция о вероятности благоприятного исхода рассматриваемой ситуации, которая приводит к когнитивной перефокусировке с негативных аспектов обсуждаемого явления на его позитивные аспекты. Митигация заключается в преуменьшении (минимизации) значимости или отрицательной оценочности какого-либо явления. К числу используемых лингвистических средств относятся эвфемизмы, используемые для номинирования серьезных патологий (*процесс, заболевание*), диминутивные суффиксы (*рачок, болячка, миомка*), оценочные высказывания (*В этом ничего страшного нет*) [5].

Содержанием последнего измерения прагматического аспекта коммуникативно-речевой культуры выступают ценностные принципы, определяющие коммуникативную деятельность врача. К ним относим принцип уважения пациента, принцип правдивости, принцип гуманизма. Первый принцип проявляется в формировании ценностного отношения к индивидуальным особенностям и взглядам пациента как значимым показателям его адаптации к настоящему заболеванию или жизненным обстоятельствам. Одним из важных способов вербализации данного принципа является элиминирование оценочных высказываний в адрес пациента, его жалоб, переживаний. Недопустимым считается, например, выражение собственного отношения врачом к вредным привычкам больного. Реализация принципа уважения проявля-

ется и в демонстрации внимания по отношению к пациенту.

Принцип правдивости требует от врача предоставления пациенту объективной информации о его заболевании, возможных способах лечения, перспективах, не приукрашивая собственных возможностей и не скрывая вероятных осложнений. При реализации данного принципа в устной медицинской коммуникации в российской лингвокультуре особую интерпретацию получают постулаты общения Г.П. Грайса [4]. Рассмотрение таких постулатов, как количество и качество сообщаемой информации, применительно к общению в медицинской сфере показывает, что они в значительной степени регулируются этическими нормами, особенно принципом гуманизма. Количество сообщаемой врачом информации определяется критерием пользы для пациента: врач информирует пациента в том объеме, который не повредит его состоянию. Скрытие или вуалирование негативной информации в ходе диагностических заявлений врача могут рассматриваться как прямое нарушение максимы количества, а, следовательно, принципа правдивости. Максима качества или релевантности также получает новую интерпретацию в медицинском дискурсе. Например, нерелевантная для диагностики текущего заболевания информация может оказаться важной для установления доверительных отношений, коррекции психоэмоционального состояния больного.

Принцип гуманизма, о котором речь уже шла выше, как факторе, определяющем количество и качество сообщаемой информации, состоит в создании оптимальных условий, благоприятствующих выздоровлению пациента, улучшению его физического и психоэмоционального состояния. В вербальной коммуникации он материализуется в двух дискурсивных принципах: в принципе позитивизации и в принципе учета партнера по общению, то есть пациента. Принцип позитивизации состоит в когнитивной ориентации информации на положительный исход. Важными способами реализации принципа учета реципиента являются демонстрация эмпатии, адаптация вербального уровня дискурса врача к уровню пациента. Кроме того, в российской лингвокультуре принцип гуманизма находит свое выражение в существовании информационных фильтров (какую информацию можно/нельзя сообщать пациенту), в выборе средств их формального воплощения (вуалирование и

снижение степени отрицательной оценочности негативной информации).

Таким образом, экстраполяция знания о типических особенностях речевой деятельности и поведения различных языковых личностей, обобщенного в понятии *речевая культура*, позволяет дополнить имеющиеся представления применительно к конкретным видам дискурса, в частности медицинскому дискурсу. Особенности коммуникативной деятельности в профессиональной сфере медицины позволяют говорить о необходимости создания типологии *коммуникативно-речевых культур*, реализуемых врачом в процессе общения с другими представителями социального института медицины, а также пациентами. Коммуникативно-речевая культура отличается от речевой культуры своим характером (обладает большей лабильностью), а также структурно-содержательными особенностями, определяемыми спецификой общения в сфере медицины.

Литература

1. Введенская, Л.А. *Русский язык и культура речи: учебное пособие для вузов* / Л.А. Введенская, Л.Г. Павлова, Е.Ю. Кашаева. – 5-е изд. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 537 с.
2. Головин, Б.Н. *Основы культуры речи* / Б.Н. Головин. – М., 1988.
3. Гольдин, В.Е. *Речевая культура* / В.Е. Гольдин, О.Б. Сиротинина // *Русский язык. Энциклопедия*. – М., 1998. – С. 413–414.
4. Грайс, Г.П. *Логика и речевое общение* / Г.П. Грайс // *Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 16. Лингвистическая прагматика*. – М.: Прогресс, 1985. – С. 217–237.
5. Жура, В.В. *Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография* / В.В. Жура. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. – 376 с.
6. Рудова, Ю.В. *Осмысление здоровья и болезни в наивной и научной картинах мира* / Ю.В. Рудова, В.В. Жура // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. – 2014. – № 4 (44). – С. 7–9.
7. Карасик, В.И. *Этикет как норма // Язык социального статуса* / В.И. Карасик. – М.; Волгоград, 1992. – С. 98–107.
8. Караулов, Ю.Н. *Русский язык и языковая личность* / Ю.Н. Караулов. – М.: Наука, 1987. – 261 с.
9. Стернин, И.А. *Русский речевой этикет* / И.А. Стернин. – Воронеж, 1998. – 125 с.

Жура Виктория Валентиновна, доктор филологических наук, заведующий кафедрой иностранных языков с курсом латинского языка, Волгоградский государственный медицинский университет (Волгоград), vzhura@gmail.com

Рудова Юлия Владимировна, доцент кафедры иностранных языков с курсом латинского языка, Волгоградский государственный медицинский университет (Волгоград), juliarud@inbox.ru

Поступила в редакцию 28 декабря 2015 г.

COMMUNICATION AND SPEECH AWARENESS OF THE DOCTOR

V.V Zhura, vvzhura@gmail.com

Yu.V. Rudova, juliarud@inbox.ru

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

The present article provides insight into communication and speech awareness/culture of the doctor. It sets out to substantiate the phenomenon of communication and speech awareness of the doctor as well as to establish its features in the professional medical communication. The article analyzed the current approaches to typologies of linguistic identities of the speakers on the basis of their speech activities and behavior. It also substantiated the concept of communication and speech awareness of the doctor, identified its main components (normative speech, epistemic and pragmatic components) and shed light on their constituents. Moreover, the article explored how these components are embodied in the medical discourse created by the doctor. The obtained conclusions can be applied for classifying types of communication and speech awareness of the doctor to enhance the effectiveness of communication.

Keywords: communication and speech awareness/culture, speech activities and behavior, medical communication.

References

1. Vvedenskaya, L.A. *Russkiy yazyk i kul'tura rechi* [Russian Language and Culture: Textbook for Higher Schools]. 5-th ed. Rostov-on-Don, Fenix Publ, 2003. 357 p.
2. Golovin B.N. *Osnovy kul'tury rechi* [Basics of Speech Culture]. Moscow, Higher School Publ., 1988. 320 p.
3. Goldin V.Ye., Sirotnina O.B. *Rechevaya kul'tura* [Speech Culture]. Russian Language. Encyclopedia. Moscow, Great Russian Encyclopedia Publ., 1998, pp. 413–414.
4. Grice G.P. *Logika i rechevoe obshchenie* [Logic and Conversation]. New Findings in the Russian Linguistics. Issue. 16. Linguistic Pragmatics. Moscow, Progress Publ., 1985, pp. 217–237.
5. Zhura V.V. *Diskursivnaya kompetentsiya vracha v ustnom meditsinskom obshchenii: monografiya* [Discourse Competence of the Doctor in Spoken Medical Communication: Monograph]. Volgograd, VolGMU Publ., 2008. 376 p.
6. Rudova Yu.V., Zhura V. V. *Osmyslenie zdorov'ya i bolezni v naivnoy i nauchnoy kartinakh mira* [Conceptualization of Health and Disease in Scientific and Naïve World Outlook]. *Volgograd Journal for Research in Medicine*, 2014, no. 4 (44), pp. 7–9.
7. Karasik V.I. *Etiket kak norma* [Etiquette as a Norm]. *Yazyk sotsialnogo statusa* [Language of Social Status]. Moscow, Linguistics Institute of RAS, 1992, pp. 98–107.
8. Karaulov Yu.N. *Russkiy yazyk i yazykovaya lichnost'* [Russian Language and Linguistic Identity]. Moscow, Nauka Publ., 1987. 261 p.
9. Sternin I.A. *Russkiy rechevoy etiket* [Russian Language Etiquette]. Voronezh, VOIPKPRO Publ., 1998. 125 p.

Victoria V. Zhura, Head of the department of Modern Languages with a Course of Latin, Volgograd State Medical University (Volgograd), vvzhura@gmail.com

Yulia V. Rudova, assistant professor of the department of Modern Languages with a Course of Latin, Volgograd State Medical University (Volgograd), juliarud@inbox.ru

Received 28 December 2015

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Жура, В.В. Коммуникативно-речевая культура врача / В.В. Жура, Ю.В. Рудова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Лингвистика». – 2016. – Т. 13, № 1. – С. 10–15. DOI: 10.14529/ling160102

FOR CITATION

Zhura V.V., Rudova Yu.V. Communication and Speech Awareness of the Doctor. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Linguistics*. 2016, vol. 13, no. 1, pp. 10–15. (in Russ.). DOI: 10.14529/ling160102