

Праца вялася на ручным кроснах. Узор загадзя разлічваўся і «набіваўся» – гэта значыць, ніткі-аснову праз пэўныя прамежкі падымалі з дапамогай спецыяльных дошчачак-«бранак», утвараючы «зеў», праз які пракідвалася чырвоная нітка-уток. Правільнасць «набіўкі» была закладам дакладнасці будучага арнаменту.

Акрамя бранага ткацтва, у Неглюбцы выкарыстоўвалі тэхніку выцінання («нацяг»), калі асобныя ніткі асноўнага палатна падцягваліся і абпляталіся, ствараючы больш дробны і пластычны ўзор.

Вышыўка як асноўны спосаб дэкаравання выкарыстоўвалася значна радзей і з'яўлялася дапаўняльнай тэхнікай.

Такім чынам, Неглюбскі ручнік – гэта знакавая з'ява беларускай культуры, якая праз лаканічныя сродкі выказвання перадае найглыбейшыя пласты светапогляду нашых продкаў. Ён увасабляе сабой непарыўную сувязь пакаленняў, дзе праз геаметрыю арнаменту і магію колеру зашыфраваны ўяўленні аб жыцці, смерці, касмічным парадку і абароне роду.

Літаратура:

1. Этнаграфічны музей вёскі Неглюбка. – URL: <http://negliubka.museum.by/> (дата звароту: 10.10.2025).
2. Неглюбское чудо. – URL: <https://www.sb.by/articles/neglyubskoe-chudo.html> (дата обращения: 15.10.2025).
3. Исследовательская деятельность. – URL: <https://negl.schools.by/pages/issledovatel'skaja-deyatelnost> (дата обращения: 16.10.2025).

ПРАБЛЕМА КАМУНІКАЦЫІ Ў СФЕРЫ АХОВЫ ЗДAROЎЯ

Вайтовіч Н. Д.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт

г. Гродна, Рэспубліка Беларусь

Навуковы кіраўнік – к. філал. н., дац. *Брусевіч А. А.*

У сферы аховы здароўя, дзе тэхнічны прагрэс сёння стварае магутныя інструменты для лячэння, чалавечы фактар па-ранейшаму застаецца непахісна важным, паколькі цэнтрам медыцынскай практыкі з'яўляецца сустрэча двух людзей – урача і пацыента. І лёс апошняга, без перабольшвання, найпрост залежыць ад якасці гэтай сустрэчы, а дакладней, ад эфектыўнасці размовы. У сваю чаргу, на згаданую эфектыўнасць канешне ж уплывае культура маўлення ўрача, якая не заключаецца ва ўменні прыгожа гаварыць, а з'яўляецца фундаментальнай прафесійнай якасцю, што аб'ядноўвае веды, майстэрства, этыку і эмпатыю. А яшчэ культура маўлення лекара паляпшае дыягностыку, фарміруе давер з боку пацыента, павышае яго прыхільнасць да лячэння і, урэшце, тлумачыць вынік праведзенай працы. Разам з тым, праблема непаразумення

паміж лекарам і пацыентам усё яшчэ застаецца адной з найбольш вострых і балючых у сучаснай медыцыне, прыводзячы да памылак, незадаволенасці і страты даверу.

Асаблівасць медыцынскага дыялогу заключаецца ў тым, што ён праходзіць у нестандартных, часам экстрэмальных умовах. З аднаго боку – спецыяліст, узброены ведамі і ўладай прымаць рашэнні. З другога – хворы чалавек, які часта адчувае сябе слабым, запалоханым і ўразлівым. Гэта не раўнапраўны дыялог сяброў: гэта супрацоўніцтва, дзе адказнасць і ініцыятыва размеркаваны няроўна. Размова ідзе пра здароўе і жыццё, што надае кожнаму слову асаблівую вагу. Таму добра падабраныя сродкі вербальнай камунікацыі дазваляюць урачу дакладней зразумець скаргі, здабыць поўны анамнез, цалкам раскрыць бачанне праблемы самім пацыентам. Для чалавека, які звярнуўся па дапамогу, такая размова павінна стаць крыніцай супакоення, разумення свайго стану, магчымасцю паўдзельнічаць у прыняцці рашэнняў, каб урэшце мець матывацыю вылечыцца, бо, як слушна заўважаюць вучоныя, “адзін са складнікаў падтрымкі з боку ўрача – актывізацыя ролі пацыента ў лячэбным працэсе” [1, с. 256].

Камунікатыўныя праблемы, якія ўзнікаюць паміж урачом і пацыентам, маюць розную спецыфіку. Але часцей за ўсё лекар, захоплены клінічнай карцінай, размаўляюць з хворым на мове дыягназаў, аналізаў і пратаколаў, незразумелых недасведчанаму чалавеку. Замест таго, каб растлумачыць сутнасць хваробы простай мовай, яны выкарыстоўваюць складаныя тэрміны, паглыбляючы толькі страх і ўносячы блытаніну ў свядомасць пацыента. Так ствараецца моўны бар’ер, які аддзяляе спецыяліста ад чалавека, якому трэба дапамагчы.

Не менш шкодным з’яўляецца і эмацыянальная халоднасць. Калі ўрач, не адрываючыся ад запісаў у карце, альбо не адводзячы позірк ад манітора, фармальна задае пытанні, ён тым самым стварае ўражанне нязначнасці пацыента. Адсутнасць зрокавага кантакту, занятая, закрытая поза, спешка ў рухах – усё гэта моцны невербальны пасыл пра тое, што часу мала, а ўвагі яшчэ менш. Часта лекар не слухаюць, а толькі чуюць, паспешна адсякаючы тую інфармацыю, якая, на іх погляд, не важная. Пры гэтым могуць быць згублены ключавыя дэталі.

Яшчэ адзін востры момант – стыль камунікацыі. Так, аўтарытарны, патрабавальны тон наўрад ці дапаможа ўсталяваць давер. А менавіта давер – аснова для шчырага расказу пра сімптомы і выкананне прапісаных рэкамендацый. Недахоп часу на кожнага чалавека – гэта галоўная арганізацыйная прычына ўсіх названых праблем. Калі на прыём адведзена дзесяць хвілін, то аб якой культуры маўлення можа ісці гаворка?

Такім чынам, камунікатыўная кампетэнтнасць урача – гэта здольнасць гнутка будаваць дыялог, умела падстройваючыся пад узрост, адукацыю, тэмперамент і стан пацыента, гэта мастацтва быць зразумелым: перакладаць складаную медыцынскую праўду на жывую, вобразную мову.

Фарміраванне культуры дыялогу ў медыцыне патрабуе перамен ад ўсіх яе ўдзельнікаў: ад арганізатараў аховы здароўя, якія павінны стварыць спрыяльныя ўмовы для гэтага, ад выкладчыкаў ВНУ, якія павінны выходзіць гэтую якасць з першых курсаў, і, нарэшце, ад кожнага лекара, якому трэба ўспрымаць сваю мову і стыль узаемадзеяння як частку лячэння. Дыялог паміж урачом і пацыентам павінен перайсці з рэжыму аднабаковай інструкцыі ў рэжым сумеснага клопату пра здароўе, пабудаваным на даверы, супрацоўніцтве і ўзаемнай павазе. Тады медыцына стане сапраўды чалавечнай.

Літаратура:

1. Шаршакова, Т. М. Биомедицинская этика / Т. М. Шаршакова, Л. Г. Соболева. – Гомель : ГомГМУ, 2023. – 320 с.

ДА ПЫТАННЯ МОЎНА-КАМУНІКАТЫЎНАЙ КУЛЬТУРЫ Ў МЕДЫЦЫНСКОЙ СФЕРЫ

Варвашэвіч Е. А.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт
г. Гродна, Рэспубліка Беларусь

Навуковы кіраўнік – к. філал. н., дац. *Брусевіч А. А.*

Немалаважным у працы лекара, акрамя пастаноўкі дыягназу і правядзення лячэння, з’яўляюцца зносіны з пацыентам. Тым болей, што гэтыя аспекты медыцынскай сферы непарыўна звязаны між сабой: для збору анамнезу і пастаноўкі правільнага дыягназу неабходна дакладна разумець, пра што гаворыць пацыент. Аднак менавіта праз недастатковы ўзровень моўна-камунікатыўнай культуры нярэдка ўзнікаюць сур’ёзныя праблемы.

Як вядома, у Беларусі існуюць дзве дзяржаўныя мовы: беларуская і руская. За абедзвюма мовамі юрыдычна замацавана парытэтнасць, аднак на практыцы руская мова выкарыстоўваецца значна шырэй: пераважна на ёй вядуцца зносіны ва ўрадавых установах, у ВНУ і сярэдніх школах, у сродках масавай інфармацыі і камунікацыі (асабліва на тэлебачанні), паміж калегамі і сябрамі, а таксама ў беларускіх сем’ях. Разам з тым, паводле дадзеных апошняга перапісу насельніцтва 2019 года, беларускую мову лічаць роднай 5094928 грамадзян Рэспублікі Беларусь (прыкладна 53,2 % насельніцтва краіны). А вось размаўляюць на ёй дома і ў паўсядзённым жыцці 2447764 чалавек (толькі 26 %) [1, с. 294]. Гэта сведчыць аб глыбокім разрыве паміж сімвалічнай ідэнтыфікацыяй і рэальнай моўнай практыкай.

У гарадах, дзе сканцэнтраваны асноўныя медыцынскія ўстановы, выкарыстанне беларускай мовы з’яўляецца, на жаль, мінімальным. У сельскай мясцовасці можна заўважыць супрацьлеглую тэндэнцыю: жыхары аграгарадкоў