

18911 *safe 2*

34

PROPOZYCJE i MATERIAŁY

KSIAŻKI, KTÓRE POMAGAJĄ ŻYĆ

**Rewalidacyjna i terapeutyczna
funkcja książki w zakładach
opieki zdrowotnej i społecznej**

WYDAWNICTWO
SBP



KSIĄŻKI, KTÓRE POMAGAJĄ ŻYĆ

POLISH LIBRARIANS ASSOCIATION

CONTRIBUTIONS AND MATERIALS

**REHABILITATIVE
AND THERAPEUTIC FUNCTIONS
OF BOOKS AND LIBRARIES IN
HEALTH CARE INSTITUTIONS
AND SOCIAL WELFARE HOMES**

Proceedings of the Seminar in Ustron-Zawodzie 7-9. VI. 1999
Edited by Elżbieta Barbara ZYBERT

WYDAWNICTWO
SBP



WARSAW 2000

STOWARZYSZENIE BIBLIOTEKARZY POLSKICH

PROPOZYCJE I MATERIAŁY

KSIĄŻKI, KTÓRE POMAGAJĄ ŻYĆ

Rewalidacyjna i terapeutyczna funkcja książki w zakładach opieki zdrowotnej i społecznej

Materiały z Ogólnopolskiego Seminarium w Ustroniu Zawodziu
7-9 czerwca 1999 r.

Opracowanie materiałów Elżbieta Barbara ZYBERT

WYDAWNICTWO

SBP



WARSZAWA 2000

Komitet Redakcyjny serii wydawniczej
<<PROPOZYCJE i MATERIAŁY>>

Stanisław CZAJKA (przewodniczący), Lucjan BILIŃSKI,
Jan BURAKOWSKI, Marcin DRZEWIECKI,
Janina JAGIELSKA, Janusz NOWICKI (sekretarz),
Ewa STACHOWSKA-MUSIAŁ, Maria WASIK-ŚWIDERSKA,
Elżbieta Barbara ZYBERT

**Książkę wydano przy pomocy finansowej Ministerstwa Kultury i Sztuki
oraz Polskiej Organizacji Pracodawców Osób Niepełnosprawnych**

Projekt graficzny okładki i strony tytułowej
Wydawnictwo SBP



Redaktor tomu
Elżbieta Barbara ZYBERT

Redakcja techniczna i korekta
Anna LIS

© Copyright by Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich

ISBN 83-87629-36-7

CIP - Biblioteka Narodowa

Książki, które pomagają żyć : rewalidacyjna i terapeutyczna funkcja książki w zakładach opieki zdrowotnej : materiały z ogólnopolskiego seminarium w Ustroniu - Zawodziu, 7-9 czerwca 1999 r.
/ oprac. mater. Elżbieta Barbara Zybert. - Warszawa : Wydaw. SBP, 2000. - (Propozycje i Materiały / Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich ; 34)

Wydawnictwo SBP, Warszawa 2000, Wyd. I. Ark. wyd. 5,78 Ark. druk. 7,25

Łamanie: Urszula LASOCKA

Druk i oprawa: Zakład Poligraficzny PRIMUM, Kozłki 17^A
05-825 Grodzisk Mazowiecki

2000, 03. 23

dp SBP, 25.00

WSTĘP

W dniach 7-9 czerwca 1999 r. odbyło się w Ustroniu Zawodziu Ogólnopolskie Seminarium poświęcone problemom książki i biblioteki w szpitalach, sanatoriach i w domach opieki społecznej. Tematyka spotkania była niejako zamówiona przez środowisko bibliotekarskie, które z niepokojem obserwuje pogarszającą się z roku na rok sytuację bibliotek szpitalnych, sanatoryjnych i w domach opieki społecznej.

Nie bez znaczenia przy wyborze tematu seminarium była, podjęta na początku 1999 r., reforma opieki zdrowotnej. Chcieliśmy, aby przy jej wdrażaniu nie zapomniano o bibliotekach szpitalnych i ich roli w procesie hospitalizacji. Zależało nam na zorganizowaniu forum wymiany myśli i doświadczeń, dzięki którym możliwe byłoby przedstawienie bieżącego stanu tej sieci bibliotecznej, jej słabych i mocnych punktów oraz zebranie sugestii dotyczących jej usprawnienia. Celem naszym było m.in. wypracowanie koncepcji współczesnej biblioteki szpitalnej, jej rozwiązań formalno-prawnych i organizacyjnych, które stałyby się podstawą dla MZiOS do przygotowania aktualnych przepisów wykonawczych do Ustawy o Bibliotekach z czerwca 1997 roku.

Program seminarium obejmował trzy zasadnicze grupy zagadnień:

– sytuacja formalno-prawna bibliotek szpitalnych

Przedstawione w tej części referaty poświęcone były omówieniu aktualnych międzynarodowych wytycznych w zakresie organizacji bibliotek szpitalnych (E. B. Zyburt), uwarunkowań dla przygotowania polskich przepisów wykonawczych do Ustawy o Bibliotekach (K. Kuźmińska), sytuacji bibliotek szpitalnych, sanatoryjnych i działających w domach opieki społecznej (M. Fedorowicz, T. Gawroński, B. Grudzień, H. Wieja).

– metody i formy pracy w bibliotekach szpitalnych

Zaprezentowano tu metody wykorzystywane w pracy z czytelnikami przebywającymi w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej m.in.: biblioterapię, terapię reminiscencyjną, narracyjną (I. Borecka, J. Kościów, E. Tomasik, W. Szulc) oraz wskazano książki przydatne w pracy terapeutycznej (B. Appel).

– przygotowanie specjalistów do pracy biblioterapeutycznej

Omówiono tu wyniki badań dotyczących kształcenia bibliotekarzy dla potrzeb placówek służby zdrowia i domów opieki społecznej przeprowadzonych w polskich szkołach wyższych (L. Ippoldt) oraz program zajęć specjalizacyjnych z zakresu biblioterapii realizowany w Katedrze BiłN Uniwersytetu M.Kopernika w Toruniu (B. Woźniczka-Paruzel).

Oprócz wysłuchania referatów uczestnicy Seminarium mieli możliwość zapoznania się z działalnością dwóch bibliotek szpitalnych, działających w Ustroniu.

W Seminarium wzięło udział 56 osób, z których większość od dawna związana jest z pracą na potrzeby czytelników z różnymi dysfunkcjami i od lat aktywnie uczestniczy w spotkaniach organizowanych przez Sekcję. Zależy nam jednak na upowszechnianiu problematyki wśród szerszych kręgów bibliotekarzy i wszystkich tych, którzy poprzez książkę chcą nieść pomoc innym. Z myślą o tych „starych” i nowych sympatykach naszych działań przekazujemy Państwu ten tom.

W imieniu organizatorów i swoim własnym pragnę serdecznie podziękować Panom Sylwestrowi Perytowi z Biblioteki Centralnej PZN oraz Narcyzowi Janasowi z Polskiej Organizacji Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, których wsparcie duchowe i finansowe umożliwiło realizację naszych planów.

Elżbieta Barbara Zybert

KSIĄŻKI, KTÓRE POMAGAJĄ ŻYĆ

Zestawienie bibliograficzne – część II

Literatura popularnonaukowa

Auppetit Hubert: *Choroba Alzheimera*. Warszawa: W A B, 1999

Praktyczny poradnik francuskiego neurologa zawiera istotne informacje dla chorego i jego bliskich. Można w nim znaleźć wiadomości o objawach, najnowszych metodach terapii i innych formach pomocy. W załączeniu lista adresów organizacji wspomagających ludzi dotkniętych tą chorobą w Polsce.

Borecka Irena, Ippoldt Lidia: *Co czytać, aby łatwiej radzić sobie w życiu, czyli wprowadzenie do biblioterapii*. Wrocław: Państwowe Pomaturalne Studium Kształcenia Animatorów Kultury i Bibliotekarzy, 1998

Książka skierowana do wszystkich zainteresowanych problemami biblioterapii. Autorki kolejno wyjaśniają rolę literatury i czytelnictwa w życiu człowieka, podają naukowe podstawy biblioterapii, prezentują problemy choroby i czytelnictwa osób niepełnosprawnych z punktu widzenia samych chorych. Podejmują także próbę przedstawienia warsztatu i pracy biblioterapeuty. Niemniej ważną częścią pracy są aneksy, m.in.: schemat procesu biblioterapeutycznego oraz obszerna bibliografia przedmiotu.

Borys Bogusław: *Pogodnie o starości*. Warszawa: „Spar” [ok. 1997]

Autor, doświadczony psycholog kliniczny, dzieli się z czytelnikami bogatym dorobkiem przemyśleń i pracy z pacjentami w szpitalu i poradni gerontologicznej. W trzydziestu trzech rozmowach – refleksjach mówi o problemach w życiu człowieka starego lub zmierzającego do starości a ludziom młodym ułatwia zrozumienie starszych rodziców lub dziadków.

Dorris Michael: *Zerwana więź*. Gdańsk: Gdań. Wydaw. Psycholog., 1996

Poruszająca historia opowiedziana przez ojca adoptowanego Adama, chłopca cierpiącego na zespół poalkoholowego uszkodzenia płodu. Jednocześnie jest to historia rodziny zmagającej się osiemnaście lat z tą chorobą, jak również walki o to, aby ta straszna choroba zaistniała w świadomości wszystkich kobiet.

Gerda-Łukaszewska Jadwiga, Szpetkowski Tomasz: *Współtworzenie: zajęcia plastyczne z osobami upośledzonymi umysłowo.* Warszawa: Wydaw. Szkol. i Ped., 1997

W tej książce autorzy dzielą się z czytelnikami swymi doświadczeniami z pracy z osobami upośledzonymi, mieszkańcami domu opieki społecznej. Znajdziemy w tej publikacji również wiele przykładów ćwiczeń, porad praktycznych i propozycji metod pracy.

Hart Charles A.: *Przewodnik dla rodziców dzieci autystycznych: odpowiedzi na najczęstsze pytania.* Łódź: Fundacja im. Wojtki Wadowskiego, 1995

Autor nie jest lekarzem, ale zna problem autyzmu z autopsji. Jego starszy brat i pierwotny syn zostali zdiagnozowani jako osoby autystyczne. Poradnik wyjaśnia wiele kwestii m. in.: objawy, przyczyny i typy autyzmu, wybór terapii czy dostępnych sposobów leczenia. Ponadto znajdziemy tu adresy organizacji zajmujących się autyzmem w Polsce i poza jej granicami (w USA, Wielkiej Brytanii, Belgii, Niemczech, Szwecji).

Herman Judith Lewis: *Przemoc.* Gdańsk: Gdań. Wydaw. Psycholog., 1998

Praca jest owocem dwudziestu lat badań oraz pracy klinicznej autorki z ofiarami przemocy seksualnej i rodzinnej, a także z innymi poszkodowanymi, szczególnie weteranami wojennymi i ofiarami terroru politycznego.

Kawczyńska-Butrym Z.: *Niepełnosprawni – specyfika pomocy społecznej.* Katowice: „Śląsk”, 1998

Autorka przedstawia w swej pracy m.in. działania składające się na pomoc dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin oraz zinstytucjonalizowane formy pomocy.

Komputer w kształceniu specjalnym: wybrane zagadnienia. Praca zbiorowa pod red. Jana Łuszczaka. Warszawa: Wydaw. Szkol. i Ped., 1998

Autorzy prezentują możliwości i metody wykorzystania komputera w pracy pedagogicznej z dziećmi upośledzonymi umysłowo.

Książkiewicz Teodor O.: *Uwierzyć wbrew nadziei: zioła w walce z nowotworami.* Warszawa: „Rytm”, 1999

Wydana w serii „Człowiek i natura” książka adresowana jest do osób dotkniętych chorobą nowotworową, m. in. rakiem: sutka, wątroby, jelita grubego, żołądka, szyjki macicy, dróg oddechowych i przewodu pokarmowego czy też rakiem skóry. Przedstawia liczne recepty ziołowe oraz wskazówki, dotyczące prawidłowego odżywiania, pomocne w terapii. Pokazuje jak z tą chorobą można żyć, nie tracąc wiary i nadziei na jej przezwyciężenie.

Marino Artur: *Widziałem ciemne słońce: doświadczenie depresji.* Warszawa: Jacek Santorski & Co., 1995

Autor przedstawia czytelnikowi swoje doświadczenie choroby w sposób poruszająco prosty, licząc się z tym, że pomoże ludziom cierpiącym na depresję, zaś towarzyszących im członków rodziny i terapeutów uwrażliwi na istotę ich doznań.

Maciarz Aleksandra: *Dziecko długotrwale chore: poradnik opiekuńczo-wychowawczy.* Zielona Góra: „Verbum”, 1996

Książka ta ma służyć rodzicom i nauczycielom we właściwym wychowaniu i opiece nad dziećmi dotkniętymi długotrwałą chorobą. Ze względu na swój problemowo-metodyczny charakter może być także pomocna studentom kierunków pedagogicznych.

Maciarz Aleksandra: *Dziecko niepełnosprawne: podręczny słownik terminów.* Zielona Góra: „Verbum”, 1996

Słownik można potraktować jako podręczne źródło informacji. Publikacja ta zawiera objaśnienia 180 terminów z dziedziny pedagogiki specjalnej, psychologii klinicznej i medycyny. Będzie pomocny nauczycielom, wychowawcom dzieci niepełnosprawnych oraz ich rodzicom, a także studentom kierunków pedagogicznych.

Mc Kay Betty: *Wszystko jest jego darem.* Warszawa: „Vocatio”, 1995

Historia życia matki i jej upośledzonego od urodzenia syna stanowi wyzwanie dla osób, które nie zetknęły się z takimi problemami i doda otuchy tym, którzy przeszli przez podobne próby życiowe.

Meyer-Bohe Walter: *Budownictwo dla osób starszych i niepełnosprawnych.* Warszawa: „Arkady”, 1999

W książce przedstawiono wymogi, jakie powinny spełniać systemy komunikacyjne i poszczególne typy pomieszczeń, aby odpowiadały warunkom życia osób starszych i upośledzonych ruchowo. Ponadto zamieszczono bogaty materiał ilustracyjny: plany, rysunki, 425 kolorowych ilustracji.

Offerhaus J.: *Leki dla osób w podeszłym wieku: monografia.* Warszawa: Państw. Zakł. Wydaw. Lek., 1999

Przeciętny starszy pacjent w domu opieki społecznej w Ameryce zażywa osiem różnych leków dziennie. Jednocześnie aż jedna piąta pacjentów przyjmowana na oddziały geriatryczne cierpi z powodu ubocznych skutków ich łykania. Jaki stąd wniosek? Lekarzu zanim przepiszesz starszemu pacjentowi receptę zastanów się, czy jesteś pewien tej decyzji? Ciekawa i prosto napisana książka dla profesjonalistów i zainteresowanych niespecjalistów.

Opowieści terapeutów. Warszawa: Wydaw. Szkol. i Ped., 1997

Dziesięciu psychologów opisuje swoje doświadczenia w pracy z dziećmi autystycznymi, hipochondrykami i chorymi na serce. Książka skierowana do pedagogów, terapeutów i rodzin dzieci z problemami.

Ostrowska Krystyna: *W poszukiwaniu wartości: ćwiczenia z uczniami.* Część I. Gdańsk: Gdań. Wydaw. Psycholog., 1998

Książka dla specjalistów zajmujących się nauczaniem i terapią dzieci, pomaganiem osobom dorosłym, jak również dla studentów: socjologii, psychologii, pedagogiki i resocjalizacji.

Ostrowska Krystyna: *W poszukiwaniu wartości: z Biblią przez życie.* Część II. Gdańsk: Gdań. Wydaw. Psycholog., 1998

Ćwiczenia zawarte w tej publikacji mają pomóc w zmniejszeniu rozdzźwięku między deklaracjami o przynależności do religii chrześcijańskiej a życiem według proponowanych przez nią wartości. Doskonała pomoc pedagogiczna dla nauczycieli i katechetów prowadzących zajęcia z religii. Adresatami jej będą także studenci nauk społecznych.

Philips Caroline: *Mamusiu, dlaczego mam zespół Downa?* Warszawa: „Vocatio”, 1997

Gdy Lizzie miała dwa lata, jej matka napisała książkę *Elizabeth Joy* – historię o bólu i radości wychowywania dziecka z zespołem Downa. *Mamusiu, dlaczego mam zespół Downa?* to opowieść o dalszych losach Lizzie i jej rodziny. Książka w szczególności dla rodziców przeżywających podobne doświadczenia.

Przybylski Ryszard: *Baśń zimowa: Esejo starości.* Warszawa: „Sic!”, 1998

Autor jest profesorem Instytutu Badań Literackich PAN. Jego książka opowiada o starości poprzez jej wizje w twórczości wielkich artystów: Michała Anioła, T. S. Eliota, Jarosława Iwaszkiewicza i Tadeusza Różewicza. Dla czytanych.

Stres, bezrobocie, rozwód: poradnik bibliograficzny. Praca zbiorowa pod red. Elżbiety Barbary Zybert. Warszawa: Wydaw. SBP, 1999

Kolejna, dwudziesta czwarta publikacja z serii wydawniczej „Propozycje i Materiały”, ale pierwsza z cyklu poradników bibliograficznych „Książka pomaga w życiu”. Prezentuje literaturę popularnonaukową i piękną z przeznaczeniem dla osób znajdujących się w jednej z wymienionych w tytule sytuacji.

Literatura piękna

Allende Isabel: *Paula*. Warszawa: „Muza S.A.”, 1998

W grudniu 1991 r. córka autorki zachorowała na rzadko spotykaną chorobę – porfirię, w wyniku której zapadła w śpiączkę. Rok później zmarła. Książka powstawała w czasie długich godzin spędzonych przez matkę w szpitalu, hotelowym pokoju i przy łóżku chorej w domu rodzinnym w Kalifornii. Początkowo autorka spisuje historie rodziny Allende z myślą o chwili, gdy Paula wyzdrowieje, a potem, aby zachować w pamięci postać córki.

Esden-Tempowski Stanisław: *Kundel*. Warszawa: W.A.B., 1999

Książka gdańskiego poety i prozaika to historia samozniszczenia człowieka, który traci wzrok na skutek urazu po milicyjnej palce. Wspomnienia z wczesnego dzieciństwa, alkoholizm, pobyt w londyńskich klinikach, kryzys psychiczny, to główne motywy tej zasługującej na uwagę pozycji.

Gaarder Jostein: *W zwierciadle, niejasno*. Warszawa: Jacek Santorski & Co., 1998

Kolejna powieść autora *Świata Zofii*, opowiada o śmierci, ale nie o u mieraniu. Czytelnik nie znajduje w tym utworze opisów cierpienia, rozpacz, buntu czy strachu. Bohaterowie rozmawiają o życiu doczesnym i życiu wiecznym, o Bogu i tajemnicy stworzenia. Autor w ten sposób proponuje, zwłaszcza starszym dzieciom, poważny temat do przemyśleń.

Głębski Jacek: *Kuracja*. Łódź: „Sprint Studio”, 1998

Powieść oparta na autentycznej historii lekarza psychiatry, który chcąc napisać doktorat, postanawia przekonać się, jak wygląda życie na oddziale szpitalnym z perspektywy pacjenta.

Greenberg Joanne: *Życie to nie bajka*. Warszawa: Zysk i S-ka, 1994

Przejmująca historia szesnastoletniej schizofreniczki, przez wiele lat żyjącej w świecie własnych urojeń. Książka jest doskonałym zapisem zmagania bohaterki i jej terapeutki, a jednocześnie analizą choroby psychicznej.

Łopatkowa Maria: *Tesia Kłapciuch: opowiadanie prawdziwe*. Poznań: Wydaw. Art „B” PRESS [ok. 1998]

Bohaterką książki jest urocza, długowłosa, ruda jamniczka – Tesia Kłapciuch, której zachowanie często przypomina nasze własne. Książeczka zawiera również tekst KONWENCJI PRAW DZIECKA obowiązującej na całym świecie, przełożony z języka prawniczego na język dziecięcy przez starszych kolegów: Miłkę, Leszka i Przemka, uczniów warszawskich szkół.

Odojewski Włodzimierz: *Oksana*. Warszawa: „Twój Styl”, 1998

Śmiertelnie chory na raka bohater w ucieczce przed cierpieniem i chorobą porzuca dotychczasowe życie i wyrusza w podróż do Włoch, gdzie przeżywa swoją ostatnią wielką miłość.

BIBLIOTERAPIA JAKO METODA PSYCHICZNEGO WSPARCIA

Wydawać by się mogło, że zdefiniowanie pojęcia „wsparcie psychiczne” jest sprawą prostą, bo chodzi przecież o udzielenie pewnego rodzaju pomocy w rozwiązywaniu osobistych problemów danej osoby przez ukierunkowane czytanie. Jest rodzajem oparcia w procesie osiągania przez nią poczucia bezpieczeństwa. Może być też środkiem realizacji jego potrzeb. Przy czym rozumie się, że biblioterapia w żadnym przypadku nie jest nastawiona na usuwanie objawów chorobowych. Oczywiście nie można pominąć faktu, że drugi człon słowa „biblioterapia” (*terapia*) wywodzi się z greckiego *terapei* i rozumiany może być jako *opieka, pomoc, wsparcie*.

Problem wsparcia psychicznego robi się coraz bardziej złożony, kiedy spojrzymy na to zagadnienie przez pryzmat potrzeb osoby, która owego wsparcia potrzebuje. Jeszcze bardziej skomplikowany staje się, kiedy dokładnie przeanalizujemy możliwości niesienia pomocy osobom chorym i niepełnosprawnym przez różne osoby. Mamy wówczas najczęściej na myśli dwie grupy osób niosących pomoc: profesjonalistów z przygotowaniem psychologicznym i osoby bez przygotowania psychologicznego. Co do tej drugiej grupy, jej pomoc budzi ciągle wiele kontrowersji w świecie medycznym.

W placówkach leczniczych pomoc psychologiczna jest elementem procesu terapeutycznego. Pacjent powinien tego typu pomoc uzyskiwać od lekarzy, pielęgniarek i terapeutów, ale pozostaje pytanie czy zawsze otrzymuje autentyczne wsparcie psychiczne? I czy to mu wystarcza? Pojawia się mogą i kolejne pytania:

- Czy personel medyczny poświęca mu tyle uwagi, aby nie czuł się zaniedbany i niedoinformowany?
- Czy działania lekarza prowadzącego są na tyle jasne i zrozumiałe dla pacjenta, że ma do niego zaufanie i nie czuje zbyt silnego lęku przed zabiegiem, albo przy skomplikowanym procesem leczenia nie wywołuje u niego strach przed jego konsekwencjami?
- Czy jest ktoś w szpitalu, kto przeprowadzi z pacjentem spokojną rozmowę o jego samopoczuciu, lęku, bólu?
- Czy jest ktoś, kto ma czas, aby z uwagą wysłuchać opowieści chorego o domu, pracy lub zainteresowaniach pozazawodowych?
- I czy jest ktoś, kto ze zrozumieniem odniesie się do robionych przez niego planów, na czas późniejszy niż pobyt w placówce leczniczej?

- A wreszcie czy jest ktoś, kto rozumie zmiany jakie w jego psychice uczyniła choroba i może mu pomóc przejść zwycięsko przez ten okres?.

Oczywiście innego rodzaju pomocy potrzebować będą dorośli, a innego dzieci, ale jednym i drugim konieczna jest życzliwość, uśmiech, pomocny uścisk dłoni, przyjazny gest i dobre słowo na „dzień dobry” i „dobranoc”.

Takim kimś może być odpowiednio przygotowany biblioterapeuta, który biblioterapię rozumie właśnie jako formę psychicznego wsparcia. Ale musi on mieć pełną świadomość tego, że na przebieg choroby i jej obraz w umyśle chorego ma wpływ wiele czynników. Do bardzo istotnych należy zaliczyć:

– wyobrażenie chorego o jego stanie zdrowia, o jego chorobie i jej skutkach.

– postrzeganie siebie jako osoby chorej czyli gorszej, będącej w gorszej sytuacji społecznej, socjalnej.

Jest to w znacznej mierze uzależnione od interpretacji tego, co chory zauważył u siebie, i od tego, co wie o danej chorobie, a także od tego, które symptomy choroby budzą większy lęk.

Wiedza pacjenta może być prawdziwa lub fałszywa; zbudowana jedynie na pewnych domniemaniach. Wiemy, że wiedzę o własnej chorobie może pacjent zdobywać w różny sposób i z różnych źródeł. Może ją uzyskać bezpośrednio od lekarza prowadzącego, albo z lektury książek naukowych, popularnonaukowych lub różnego rodzaju poradników. Może też posiadać różne informacje przekazywane mu przez innych chorych lub osób, którym wydawać się może, że znają problem, choć nie są profesjonalistami.

W zależności od stopnia swojej odporności psychicznej, wiedzy o chorobie i stanów emocjonalnych towarzyszącym pobytowi chorego w szpitalu, reakcje pacjentów na własną chorobę mogą mieć różne formy.

Marek Jarosz uczulał studentów medycyny na:

a) zaprzeczenie – kiedy pacjent wypiera ze świadomości ciężkość swojego schorzenia,

b) pomniejszenie – kiedy przypisuje swoim dolegliwościom przyczyny nie budzące obaw, bagatelizuje swój stan, opinie i zalecenia lekarzy,

c) wyolbrzymianie choroby – ma miejsce wtedy, gdy pacjent po usłyszeniu diagnozy wyolbrzymiając swoją chorobę wsłuchuje się w siebie i wszystkie nieznanne mu reakcje organizmu interpretuje jako objawy ciężkiej choroby.

d) akceptację rozpoznania – kiedy ze spokojem i zrozumieniem przyjmuje diagnozę lekarską. Reakcja taka może jednak różnie objawiać się u różnych pacjentów. Jedni w pełni współpracują z lekarzem, a u innych tej współpracy nie ma, gdyż chorzy złożyli swój los w ręce lekarza. W tej grupie mogą też znaleźć się i tacy pacjenci, którzy mimo akceptacji rozpoznania reagują rezygnacją z czynnego uczestniczenia w procesie terapeutycznym. Może się zdarzyć, że pacjent odmawia nawet przyjmowania leków¹.

¹ M. Jarosz: *Psychologia lekarska*. Wyd. 5. Warszawa 1998, s. 256.

Choroba zawsze, w mniejszym lub większym stopniu, utrudnia zaspokojenie potrzeb, realizację dotychczasowych zainteresowań i wywiązywanie się z ról rodzinnych, społecznych oraz zawodowych. Ma to ścisły związek z postrzeganiem choroby jako: przeszkody, straty lub jako wyzwania albo korzyści lub nawet ulgi. W każdej z tych faz może się okazać, że choremu potrzebne jest wsparcie psychiczne, gdyż nie może sam sobie poradzić z towarzyszącymi mu nastrojami, natrętnymi myślami i bólem.

Najczęstszą reakcją pacjenta na wiadomość o rozpoznaniu choroby jest lęk (strach). Pomiedzy nim a bólem zachodzi wzajemna zależność. Im mniejsza jest tolerancja pacjenta na ból, tym większy jest jego lęk. Lęk może rodzić się na skutek braku rzetelnej informacji, ze strony lekarzy, o chorobie i procesie leczenia. Tak się często dzieje przed planowaną operacją, kiedy to nie poinformowany pacjent przeżywa silne napięcie emocjonalne, lęk przed tym co nieznanne.

Kiedy chory traktuje chorobę jak „wyzwanie”, motywuje go ona do działania, do ścisłej współpracy z personelem medycznym. Ale bywa i tak, że niektórzy pacjenci podejmują walkę z chorobą i niepełnosprawnością, bez konsultacji z lekarzem. Takie działania mogą zaszkodzić pacjentowi i nieść przykre konsekwencje (np. dodatkowe urazy fizyczne lub psychiczne, wydłużony okres rehabilitacji itp.).

„Poddanie się” chorobie przebiega najczęściej dwuetapowo. Pierwszy etap to wytworzenie się negatywnego obrazu choroby. Drugi, to rezygnacja z walki o zdrowie; popadanie w stany apatii, a niekiedy nawet depresji. Wówczas to pojawiają się jeszcze dodatkowe dolegliwości psychosomatyczne.

Stosunek pacjenta do choroby kształtuje się nie tylko na poziomie poznawczym, ale i na poziomie emocjonalno-motywacyjnym oraz behawioralnym. Subiektywny obraz choroby uwarunkowany jest także czynnikami społeczno-kulturowymi i religijnymi. Niekiedy, choroba i związane z nią cierpienie budzi w pacjencie wielkie przemiany wewnętrzne. Wówczas może być postrzegana jako *wartość*, która prowadzi do pozytywnych zmian. Ale może być i tak, że pacjent nie akceptując swojej choroby, przekreśla samego siebie, nie dając sobie szansy na życie z innym rodzajem aktywności.

Choroba niesie nie tylko cierpienie pacjentowi, ale utrudnia też funkcjonowanie jego najbliższych. Wszyscy ponoszą psychiczne i społeczne konsekwencje choroby. Im dłużej trwa choroba, tym konsekwencje są większe. Chorobie i pobytowi w szpitalu towarzyszy więc smutek. Smutni są nie tylko, niepewni swego losu pacjenci, ale i członkowie ich rodzin. Dlatego psychicznego wsparcia potrzebują zarówno chorzy jak i ich rodziny. Oni martwią się o stan zdrowia bliskiej im osoby i często czują się bezsilni wobec wielkości i siły jej cierpienia. Czasami przewidują najgorsze rozwiązania i nie potrafią się z tym godzić. Strach pozbawia ich możliwości niesienia wsparcia osobie chorej. Nie potrafią bowiem panować nad swoimi

emocjami. Lęk, ból, strach przed końcem życia ukochanych krzyczy ich gestami, oczami pełnymi łez, odbierając nadzieję choremu.

Na początku pobytu w szpitalu wielu pacjentów może przeżywać szok psychiczny, szczególnie silny, gdy nagle utracili sprawność fizyczną. Odrzucają wówczas wszelkie ważne dotychczas dla nich wartości. W tym także kontakty towarzyskie i kulturalne. Nie chcą nawet słyszeć o książkach i czasopiśmie. Dopiero po pewnym czasie, kiedy oswoją się nieco z myślą o własnej chorobie lub niepełnosprawności, wkraczają w stan zwany *oczekiwaniem na wyleczenie*. Wtedy zdarza się dość często, że mają oczekiwania niewspółmiernie wysokie w stosunku do możliwości. Rola rodziny wtedy, gdy rokowania medyczne są niezbyt optymistyczne, jest więc bardzo niewdzięczna. To oni muszą znaleźć w sobie tyle siły, aby przekonać chorego o ich miłości, współczuciu, łączeniu się z nim w cierpieniu.

Dzięki uczestniczeniu w odpowiednio przygotowanym programie biblioterapeutycznym np. „Chcę i mogę”², mogliby łatwiej włączyć się w pomoc pacjentowi, który wszedł na TRUDNĄ DROGĘ uświadamiania sobie różnych możliwości życia z niepełnosprawnością. Byliby jego psychicznym i moralnym oparciem. Muszą jednak mieć świadomość, że wszelkim ich wysiłkom może towarzyszyć brak zrozumienia u pacjenta, jego jawny bunt i sprzeciw wobec ich działań. Jest to okres, bardzo ważny w procesie biblioterapii, w którym wszelkie lektury pacjenta należy skonsultować z psychologiem klinicznym lub lekarzem prowadzącym. Powinny być tak dobrane, aby w sposób rzeczowy informowały chorego o przebiegu choroby, jej skutkach i możliwościach radzenia sobie z nimi. Zawsze jednak powinny pozostawić czytelnikowi nadzieję na jeszcze inne, lepsze rozwiązania, na poprawę jego sytuacji zdrowotnej. Biblioterapeuta powinien być zatem gotowy do podjęcia nawet najbardziej trudnych egzystencjalnych tematów, przewijających się w kontaktach z pacjentem.

Pacjent, po uświadomieniu sobie nie najlepszego stanu zdrowia, może zacząć odczytywać go jako *stratę*. Z kolei może popaść w tzw. stan *opłakiwania straty*. Może wtedy być nawet agresywny w stosunku do siebie i innych ludzi. Bywa tak, że nie chce pogodzić się z zaistniałą sytuacją i myśli o samobójstwie. Wówczas musi być wzmocniona uwaga służb medycznych. Okazać się może konieczna konsultacja psychiatryczna. Następuje bowiem u niego agresja z przeniesieniem. Nie potrafi radzić sobie z zaistniałą sytuacją, a wszelkie formy pomocy i wsparcia odrzuca. Nawet książki o sytuacjach podobnych do jego, mogą wówczas nie spełnić swojej informacyjnej i terapeutycznej funkcji. Pacjent nie jest jeszcze pogodzony z własną sytuacją i cudza historia nie przystaje do jego rzeczywistości. Nie należy zatem polecać tego typu lektury jak: Wiesława Antochowa *Mój los ostrzega* czy innych autobiograficznych książek szczegółowo opisujących stany emocjonalne towarzyszące leczeniu, ale być jedynie gotowym

² Materiały metodyczne dla uczestników kursu zakresu biblioterapii prowadzonego przez I. Borecką w Legnicy 2.06.1999.

wysłuchać pacjenta. Pomóc mu spotkać się z silnymi emocjami. Utwierdzić go, że w jego stanie zdrowia wszelkie emocje są „dobre” i pomóc mu nauczyć je rozładowywać (elementy muzykoterapii, tekstów relaksujących, wyciszających). Bardzo pomocna jest wówczas *metoda dramy*, a w następnym spotkaniu można już będzie prawdopodobnie przejść do podstawowych technik biblioterapii.

W celu odwrócenia zbyt silnej uwagi pacjenta od choroby można mu zaproponować, a najlepiej poczytać mu głośno, fragmenty krótkich utworów humorystycznych, satyrycznych lub przygodowych. Jest to stopniowe przygotowanie chorego do umiejętności dystansowania się do własnych problemów, nauczania się traktowania niektórych z nich, z lekkim przymrużeniem oka.

Wprowadzeniem do terapii poprzez czytanie może być wspólne czytanie zbiorów dowcipów np.: *Przy szabasowych świecach* Safrina, lub miniserii: *Dowcipy o... (milicjantach, chirurgach itd.)* oraz różnego rodzaju aforyzmów (*...i starca odmłodzi, Kto miłuje bywa zdrow czyli sztuka kochania*). Można też spróbować zachęcić pacjenta do słuchania lirycznej, podnoszącej na duchu, poezji.

A w przypadku, gdy pacjent jest w stanie apatii, trzeba poszukać krótkich opowiadań o dynamicznej akcji, zabarwionych komizmem. Mogą to być na przykład, czytane w kilkudniowych odstępach, mniejsze lub większe fragmenty książek Joanny Chmielewskiej, takich jak: *Boczne drogi* (1976), *Dziki biały* (1990), *Lesio* (1973), *Zbieg okoliczności* (1993), *Wszelki wypadek* (1993) *Harpie* (1998), przygodowo-sensacyjna literatura lub jeśli ktoś nie ma bogatych doświadczeń czytelniczych, odpowiednio wyselekcjonowana literatura młodzieżowa. Ale mogą to być też historie opowiedane przez biblioterapeutę, tak aby poruszały fantazję, wyobraźnię i ciekawość chorego. Mogą one dotyczyć miejsc dobrze znanych pacjentowi lub wydarzeń mocno zakorzenionych w jego pamięci.

Szczególnej troski wymaga pacjent oczekujący na operację. Doświadcza on wielu mocnych emocji: strachu, niepewności o przebieg operacji, o jej zakończenie, o swoje zdrowie po wyjściu ze szpitala. Boi się i jednocześnie wstydzi się tego. Często, nie dając sobie prawa do tak silnie przeżywanych lęków, ma poczucie winy. Mogą mu wówczas pomóc pełne zrozumienia rozmowy prowadzone z biblioterapeutą: o jego niepokojach, lękach, zwykłych ludzkich odruchach i obawach. Biblioterapeuta może wykorzystać dla zilustrowania problemu fragmenty pamiętników pisanych przez ludzi będących w podobnych sytuacjach. Wówczas pacjent ma szansę porównania reakcji innych chorych, niepełnosprawnych, z własnymi przeżyciami. Jest to szczególnie ważne jeśli wcześniej nie akceptował swoich stanów, dziwiły go one lub irytowały.

A kiedy już pacjent wróci z sali operacyjnej, potrzeba mu nie lektury ale twórczej obecności drugiego człowieka. Takiego, który po raz kolejny wysłucha o tym, co pacjent odczuwał, kiedy go wieziono na salę operacyjną,

jakich uczuć doświadczył po odzyskaniu świadomości, jak przebiega jego rehabilitacja. Co nie znaczy, że biblioterapeuta ma w tym okresie zrezygnować ze środków czytelniczych. Może wykorzystywać alternatywne materiały czytelnicze, przy tym nagrania z relaksującą, pogodną muzyką. Nie może oczekiwać bowiem, że pacjent od razu będzie sięgał po książki i samodzielnie je czytał. Ale może się okazać, że będzie miał potrzebę uzyskania informacji o tym, co w przeciągu ostatnich dni wydarzyło się na świecie. Biblioterapeuta będzie wówczas pełnił rolę lektora prasy codziennej i włączył się do rozmów o sytuacji społeczno-politycznej, nie narzucając własnych poglądów i przekonań.

Dla szybkiej rekonwalescencji ważne jest uwzględnianie czterech charakterystycznych okresów:

– pierwszy z nich obejmuje czas od **3 do 5 dni** po operacji, kiedy to pacjent może być bardzo osłabiony, a nawet znajdować się w stanie apatii. Może wówczas mieć też chęć zwierzenia się komuś z uporczywych myśli i wątpliwości. Natrętne myślenie o bólu i niewygodzie staramy się pokonać metodami proponowanymi przez Mariusza Wirgę, który opracował program ćwiczeń psychicznych przydatnych dla osób ciężko chorych³ lub po prostu „przeganiamy” je krótkimi humorystycznymi opowieściami i anegdotami, wspólnym słuchaniem kojącej muzyki, lub, jeśli jesteśmy wierzący, wspólną modlitwą.

A kiedy już pacjent wyrazi zgodę na czytanie, możemy zaproponować książki o niewielkiej objętości, łatwej fabule, raczej przygodowe, awanturnicze, takie po lekturze, których nie będzie odczuwał zbyt wielkiego podniecenia. Dla każdego pacjenta musimy dobrać książki indywidualnie. Każdy pacjent chce bowiem być traktowany „specjalnie”, z dużą dawką sympatii, uważności i znanstwa przedmiotu;

– **5 do 7 dni** po operacji chory może już zacząć interesować się tym, co go otacza. Nie chce też tracić kontaktu ze światem zewnętrznym. Poza oglądaniem telewizji i już samodzielnym czytaniem codziennej prasy, może chcieć czytać dłuższe opracowania. Możemy mu zaproponować literaturę faktu, książki o tematyce społeczno-politycznej. Zdecydowanie jednak pacjentowi w tym okresie wolą lekturę pogodną. Nawet ci, którzy przed przyścisaniem do szpitala namiętnie zajmowali się polityką, w tym czasie nie przejawiają większego zainteresowania tymi problemami i wolą raczej książki o innej treści. Skłaniają się wówczas do lektur o tematyce przyrodniczej, sensoryjnej i przygodowej. Niekiedy wracają do książek czytanych w młodości, a jeśli jest to młodzież, to do książek czytanych w dzieciństwie, do utworów dla nich ważnych. Tu warto zadbać o odpowiedni dobór literatury fantastycznej i baśni;

– dalsze dni po operacji (**od 7 do 20**) mogą charakteryzować się narastającym niezadowoleniem z konieczności tak długiego przebywania w placówce leczniczej. Większość pacjentów zdecydowanie nie chce wtedy

³ M. Wirga: *Zwyciężyć chorobę*. Poznań 1992.



czytać książek o tematyce związanej z chorobą i leczeniem. Zadaniem biblioterapeuty jest uszanowanie ich woli i cieszenie się z tego, że chętnie wracają do lektur, które już kiedyś czytali. Starsi pacjenci proszą o książki łatwiejsze. Sięgają do książek młodzieżowych lub takich, które przypominają im wczesną młodość, a nawet dzieciństwo. Jest wówczas okazja do pogłębiania procesu biblioterapeutycznego. W poprzednim okresie, przy lekturze książek opisujących historie zbliżone do własnej sytuacji, nastąpić mógł u pacjenta głęboki proces identyfikacji (samodzielnie lub przy pomocy biblioterapeuty), a teraz pora na etap – dążenia do zmian. Przebieg tego etapu biblioterapii jest uzależniony od psychofizycznej kondycji pacjenta, jego otwartości i chęci mówienia o planach na przyszłość, dyskusowania o nich, oceniania ich realności itp.

Jeśli czas pobytu w szpitalu wydłuża się **powyżej miesiąca**, trzeba liczyć się z tym, że chory stając się coraz bardziej sprawny, stara się *nadrobić stracony* czas. Wykorzystuje każdą wolną chwilę na odrobienie czytelnicych zaległości. Podświadomie przygotowuje się do zmiany roli. Czeka na powrót do swojego rodzinnego i zawodowego środowiska. Jeśli jego sytuacja zdrowotna pozwala na szybki powrót do pracy zawodowej, zachowuje się spokojniej, choć nieco zdenerwowany sytuacją, jaką może zastać po powrocie. Wówczas mamy, w zasadzie, do czynienia z czytelnicych obsługą a nie biblioterapią. Jeśli stan zdrowia nie rokuje nadziei na powrót do zawodu sytuacja się komplikuje. Pacjent przeżywa ponownie bardzo zróżnicowane stany emocjonalne i wtedy może być także konieczna pomoc psychiatryczna lub zwiększona liczba zajęć o charakterze psycho-terapeutycznym, ze szczególnym uwzględnieniem biblioterapii.

Jak widać ze złożoności problemów, w kontakcie z pacjentami szpitali, częściej może wchodzić w grę biblioterapia **kliniczna**. Dobrze byłoby aby, tak jak w innych krajach, zajęcia prowadzili lekarze wspólnie z bibliotekarzami, lub psychologowie kliniczni. Natomiast bibliotekarze szpitali, odpowiednio przeszkoleni, po konsultacji z lekarzem lub psychologiem, mogą, a nawet powinni, prowadzić biblioterapię **wychowawczą** wykorzystując w terapii wszelkie materiały wyobrażeniowe i dydaktyczne dostosowane do potrzeb użytkowników zdrowych, w sensie psychicznym, ale mających do rozwiązania istotne dla nich problemy wynikające z aktualnego stanu zdrowia⁴.

W zależności od zastosowanych środków i technik biblioterapeutycznych w ramach biblioterapii wychowawczej mówi się o **biblioterapii reminiscencyjnej**, odwołującej się do wspomnień uczestników, o **biblioterapii behawioralnej**, mającej na celu głównie zmianę zachowań. Zajęcia biblioterapeutyczne mogą odbywać się w bibliotece szpitalnej, sanatoryjnej, a w przypadku długotrwałej rehabilitacji lub trwałego inwalidztwa, w domu pacjenta.

Obecnie w literaturze przedmiotu używa się dla określenia tego typu

⁴ R. J. Rubin: *Bibliotherapy Sourcebook*. London 1978, s. XI.; E. Tomasiak: *Czytelnictwo i biblioterapia w pedagogice specjalnej*. Warszawa 1994, s. 13.

działań określenia biblioterapia **wychowawczo-humanistyczna (rozwojowa)**⁵. Mogą one być prowadzone zarówno w placówce leczniczej jak i poza nią, np. w środowisku rodzinnym lub społecznym pacjenta.

Biblioterapia i inne obudowujące ją rodzaje działań terapeutycznych wyrosły z intuicji i doświadczeń lekarzy, psychologów i bibliotekarzy oraz terapeutów zajęciowych. Pewne techniki terapeutyczne i mają za zadanie wspierać rozwój, samorealizację i zdrowie psychiczne uczestnika procesu biblioterapii. Obecnie już tak się nawzajem przeniknęły, że dziś można mówić o interdyscyplinarnym charakterze biblioterapii. Pacjenci uczestniczą w tych zajęciach dobrowolnie.

Przedmiotem prowadzonych tu rozważań będzie głównie biblioterapia wychowawczo-humanistyczna, której **celem** jest wsparcie psychiczne, korygowanie postaw, kompensacja, samorealizacja. Prowadzona może być przez bibliotekarza – biblioterapeutę, czyli takiego, który poza przygotowaniem bibliotecznym ma odpowiednią wiedzę psychologiczną i umiejętności stosowania wybranych technik biblioterapeutycznych.

Rolą biblioterapeuty jest nie tylko prowadzenie dyskusji opartej o znane, wspólnie przeczytane utwory literackie, ale przede wszystkim twórcza obecność w życiu pacjenta, w tym trudnym dla niego okresie. To nie tylko człowiek empatyczny, ale zwracający baczność na to, aby pomiędzy nim a pacjentem wytworzył się konkretny, pozytywny związek (*relationship*) ułatwiający pacjentowi rozumienie własnej, aktualnej i przyszłej sytuacji życiowej. Musi więc biblioterapeuta nie tylko tak przywoływać całą swą psychologiczną wiedzę o zaburzonej przez chorobę osobowości pacjenta, ale jeszcze mobilizować go do udziału w odpowiednio dobranym programie biblioterapeutycznym.

Opieka nad pacjentem powinna następować zaraz po przyjęciu go do szpitala, bo wówczas jest mu najbardziej potrzebne psychiczne wsparcie. To biblioterapeuta może w tych pierwszych momentach stać się jego przewodnikiem po szpitalnym życiu (zaproszenie do korzystania z biblioteki, udostępnienie regulaminów, przepisów, rozmowa o prawach i obowiązkach pacjenta).

Oczywiście dość szybko nawiązują się w szpitalnych warunkach relacje pomiędzy współpacjentami, ale rolą bibliotekarza – biblioterapeuty może być dopilnowanie, aby tą drogą nie docierały do nowo przyjętego pacjenta fałszywe informacje i szkodliwe plotki, obniżające poczucie bezpieczeństwa i zaufania. Biblioterapeuta będzie przez pacjenta postrzegany jako członek społeczności terapeutycznej, co daje możliwość budowy dobrego obrazu szpitala i właściwej atmosfery terapeutycznej. Stanie się tak jedynie wtedy, gdy biblioterapeuta będzie akceptowany także przez personel medyczny i innych pacjentów, i kiedy on sam będzie biblioterapię pojmował jako proces kształtujący podmiotowy styl funkcjonowania pacjentów i ich rodzin. Kiedy planując program biblioterapeutyczny będzie wychodził z założenia,

⁵ E. Tomasiak: op. cit. s. 14.

że bogata i efektywnie uporządkowana wiedza uodpornia jednostkę na przypadkowe, często wzajemnie sprzeczne wpływy zewnętrzne.

Punktem wyjścia do zajęć biblioterapeutycznych jest przekonanie, że każdy człowiek, mimo swej niepełnosprawności fizycznej czy umysłowej, wynikającej z wad wrodzonych schorzeń lub urazów doznanych w wyniku choroby lub wypadku, zachowuje określone sprawności i funkcje tak fizyczne jak i psychiczne.

Biblioterapia w jej głównych założeniach i sposobie realizacji celów terapeutycznych jest więc zbliżona do psychoterapii. W obu rodzajach terapii realizuje się przez:

- **pomoc w odnalezieniu się w nowej, trudnej sytuacji,**
- **informowanie,**
- **uaktywnianie** osoby chorej, niepełnosprawnej, będącej w złej kondycji psychicznej (np. depresji) lub doświadczającej poczucia straty, krzywdy, albo doznającej innych destruktywnych emocji, poprzez zastosowanie odpowiednich technik terapeutycznych oraz
- **stworzenie odpowiedniej atmosfery terapeutycznej i**
- **pozytywne wpływanie na stany emocjonalne** osoby chorej, niepełnosprawnej, będącej w niekorzystnej sytuacji emocjonalnej, poprzez nie tylko dostarczanie lektur i rozmowy o nich, ale także przez rozmowy o innych sprawach pacjenta interesujących, a nie będących aktualnie w zasięgu jego możliwości (np. rozmowy o teatrze, wystawach plastycznych, miejscu pracy itp.) a także poprzez powyższe działania,
- **uzyskiwanie pozytywnego wpływu** na stosunek osób chorych, niepełnosprawnych do własnego stanu zdrowia, do samych siebie i środowiska w którym żyją,
- **stymulowanie pozytywnych zmian** w zachowaniu i postępowaniu uczestników terapii, w trakcie kontaktu z literackim wzorcem.

W pracy biblioterapeuty istotne znaczenie mają dwie kategorie wpływów: podawanie wzorców i nadawanie im znaczenia. Ta druga kategoria jest często stosowana w celu wzmacniania procesu kształtowania się właściwych postaw wobec własnej choroby i niepełnosprawności oraz odbudowy utraconej wiary w siebie⁶.

Stosując biblioterapię można wpływać na pewne sfery życia człowieka: psychiczną, intelektualną, społeczną, emocjonalną. Można też w pewnym stopniu ingerować w jego zachowanie, ale tak aby nie była to manipulacja.

W sferze psychicznej można stymulować dążenia chorego do podniesienia jakości jego życia i dążenia do zaspokojenia jego potrzeb. Można także wpływać na jego koncepcje wolności i tożsamości osobistej, ściśle związaną z jego twórczą aktywnością.

W sferze intelektu człowiekowi choremu i niepełnosprawnemu można pomóc w zakresie zdobycia przez niego niezbędnej wiedzy i umiejętności

⁶ I. Borecka: *Terapia czytelnicza (biblioterapia) w szkołach masowych i specjalnych*. Wyd. 2. Wałbrzych 1995.

jej zastosowania do prawidłowego funkcjonowania w zmienionych, trudnych warunkach. Wspierać go w dążeniu do „bycia sobą”, bycia autorem własnego pełnowartościowego życia, mimo największych nawet dysfunkcji.

W sferze społecznej można przyczynić się do dostrzegania przez pacjenta socjalnych i kulturalnych uwarunkowań jego funkcjonowania w świecie. Można korygować jego zaburzone stosunki z najbliższą rodziną, z pracodawcami, z innymi chorymi i niepełnosprawnymi dostarczając wzorców. Natomiast w przypadku niepożądanych zachowań chorego, biblioterapeuta, stosując różne środki czytelniczne, i metody pracy, może wspomagać pacjenta w odchodzeniu od dotychczasowego sposobu postępowanie, od niekorzystnej filozofii życiowej i starych nawyków.

Może zatem biblioterapia, rozumiana jako długofalowy proces, wspierać leczenie na oddziałach szpitalnych, w sanatoriach, w placówkach opieki społecznej, w ośrodkach leczenia uzależnień. Jej terapeutyczno-wychowawcze efekty to:

- odnalezienie się pacjentów, pensjonariuszy lub kuracjuszy w nowej sytuacji życiowej,

- uzyskanie informacji w przypadku chorych i niepełnosprawnych o stanie własnego zdrowia i sposobach przezwyciężania choroby lub niepełnosprawności, a w przypadku innych osób to informacje o ich sytuacji psychicznej, społecznej, kulturalnej i sposobach ich zmiany,

- znalezienie wzorców osobowych do naśladowania,

- odkrycie w sobie nowych zainteresowań i zdolności,

- odkrycie w literaturze wartości dotychczas niedostrzeganych⁷.

Prowadząc systematyczne, planowe zajęcia biblioterapeutyczne biblioterapeuta zwraca uwagę czytelnika na wiele elementów składowych dzieła (tekst, fabuła, postaci). To pociąga za sobą także korzystanie z pewnych metod literaturoznawczych i psychologicznych. Coraz większego znaczenia nabiera w biblioterapii, głównie klinicznej, metoda krytyki archetypowej. Z powodzeniem korzysta się także z metodyki dramy i inscenizacji. Odwołuje się także do metodyki pracy ruchowej oraz metodyki pracy w grupach wspólnotowych. Wszystkie one dają pacjentowi szansę przeżycia silnych stanów emocjonalnych, odblokowania się, uwolnienia od stresu i lęku. Uwierzenia w siebie, w pokłady własnych sił witalnych.

Opracowując różnorodne programy biblioterapeutyczne należy przestrzegać następujących zasad:

- a) swoboda uczestnictwa,

- b) uwzględnianie potrzeb, problemów i preferencji członków grupy,

- c) dostosowanie środków terapeutycznych do możliwości percepcyjnych i fizycznych poszczególnych uczestników grupy,

- d) uwzględnianie i akceptowanie poziomu „gotowości uczestnictwa” poszczególnych członków grupy,

⁷ I. Borecka: *Biblioterapia nowa...* op. cit. s. 122a, tab. 24.

e) dostosowanie poziomu i tempa zajęć terapeutycznych do psychicznych i fizycznych możliwości uczestników,

f) włączenie do programów biblioterapeutycznych zajęć muzykoterapeutycznych i arteterapeutycznych oraz elementów innych terapii wspomagających proces powrotu do zdrowia,

g) korzystanie z doświadczeń innych biblioterapeutów i wymienianie się programami i materiałami biblioterapeutycznymi.

Rodzaj zastosowanych programów uzależniony jest od wielu warunków, ale przede wszystkim od psychicznej i fizycznej kondycji chorych i niepełnosprawnych, od ich postaw wobec choroby i niepełnosprawności i od problemów, których sami nie mogą rozwiązać. Biblioterapeuta musi w swojej pracy diagnostycznej uwzględnić psychologiczne, społeczne i fizyczne problemy wynikające z choroby, niepełnosprawności, starości lub zwykłego, ludzkiego zagubienia się w świecie niezrozumiałych zjawisk.

Spójrzmy na biblioterapię jako formę psychicznego wsparcia chorego dziecka.

Zakładając, że przyczynia się ona do podtrzymywania aktywności psychicznej i fizycznej, że sprzyja mobilizacji całego organizmu do walki z chorobą, zadajmy o terapeutyczną atmosferę. Zacznijmy od sal szpitalnych. Dobrze byłoby, aby w szpitalu znajdowały się odpowiednie zabawki, gry planszowe, gry dydaktyczne. Istotne jest też, aby pozwolono dzieciom, szczególnie młodszym, przynieść ze sobą swoje ukochane maskotki i książeczki. Przypominać one będą dom rodzinny. Przy łóżeczku dziecka można przecież powiesić, tak aby nie przeszkadzała personelowi medycznemu, wykonaną przez mamę książeczkę – zabawkę w formie stonogi albo lokomotywy.

Wszelkie terapeutyczno-wychowawcze działania⁸ zmierzać powinny do dostarczenia małym pacjentom takich przeżyć, które przyczynią się, mimo niesprzyjającej atmosfery szpitalnej, do zrozumienia istoty pobytu w szpitalu, akceptacji tego stanu i nauczenia się funkcjonowania w nowych warunkach. Mogą temu służyć książki traktujące o trudnym okresie choroby, o kalectwie. Mogą one pomóc dziecku, tak jak i dorosłemu, nie tylko łatwiej zaadaptować w szpitalu, ale i zdystansować się do własnych problemów i emocji.

Jeśli pobyt w szpitalu będzie się przedłużał, to musimy zadbać o utrzymanie dotychczasowego poziomu zainteresowań i zrobić wszystko, aby pacjent nie stracił zbyt wiele z programu edukacyjnego. Wówczas szczególnie cenna jest dla niego pomoc bibliotekarza i nauczycieli szkoły przy szpitalnej. Poprzez lektury szkolne przypomniane lub przybliżone za pomocą nagrań na kasetach magnetofonowych lub taśmach wideo, krzyżówek, quizów, konkursów, zabawnych ćwiczeń ortograficznych i językowych, będzie można utrzymać w chorych uczniach gotowość edukacyjną. Jest

⁸ J. Doroszevska: *Nauczyciel – wychowawca w zakładzie leczniczym*. Warszawa 1965.

to także rodzaj wsparcia psychicznego, bo przecież, choć nie zawsze się do tego przyznają, obawiają się pozostania na drugi rok w tej samej klasie. Boją się, że ich luki w wiedzy narażą ich na śmieszność i kpiny kolegów. Dobry wpływ na przebieg rehabilitacji może mieć aktywny udział młodych pacjentów w organizowanych zajęciach paraliterackich (pisanie opowiadań, nowelek, poezji), parateatralnych oraz w dramie i inscenizacjach. Chodzi o to, aby nauka nie męczyła, a stanowiła ucieczkę od szpitalnej monotonii, była formą kompensacji, ograniczonej warunkami szpitalnymi naturalnej aktywności dziecka. W terapii dzieci ważna jest zabawa i śmiech oraz duże zainteresowanie ze strony służb medycznych i biblioterapeuty. Dziecko ma bowiem silną potrzebę miłości, która w warunkach szpitalnych nie może być w pełni zrealizowana. A bibliotekarz na zajęciach biblioterapeutycznych może stwarzać szansę mówienia o tęsknotach za mamą, tatą, kotem i półką z książkami, za własnym jaśkiem przytulany przed snem. Podsunie książki o innych dzieciach, którym przytrafił się pobyt w szpitalu, namówi do rysowania emocji (ból, radość). To on zadba, aby „pusty czas pacjenta” nie porażał nudą i niedobrymi myślami o przyszłości.

Po opuszczeniu szpitala może się zdarzyć, że pacjenci, zarówno dorośli jak i dzieci, nie wrócą od razu do domu rodzinnego, ale będą dalszą rehabilitację odbywać w sanatoriach. Wówczas już posiadają pewną wiedzę o swoim schorzeniu. Jeśli jednak przybędą do tej placówki z obniżonym poczuciem własnej wartości, z brakiem wiary w szybkie wyleczenie, to dzieci mogą próbować odnaleźć się za pomocą odpowiedniego modelu zajęć biblioterapeutycznych opartego m.in. o lekturę takich książek jak: Jerzego Bieńka *Życie jest piękne* (1973), Danuty Bieńkowskiej *Ludzie z Górk* (1973) Jadwigi Ruth Charlewskiej *Dziewczynka spoza szyby* (1970), Marii Borowej *Ogrody* (1997). Dorośli w oparciu o literaturę cytowanej wcześniej książki Antochówa.

Pacjenci przewlekle chorzy, cierpiący na różnego rodzaju schorzenia dość często muszą przebywać w szpitalach. Stanowią mogą specjalną grupę uczestników biblioterapii. Spójrzmy więc na wybranych adresatów biblioterapii.

Chorobami, które czynią znaczne spustoszenie w psychice chorego, choć na zewnątrz nie zawsze widać ich objawy, są choroby układu krążenia. Mogą to być wady wrodzone serca, choroba reumatyczna serca, nadciśnienie, choroba wieńcowa. Powodują one w życiu chorego znaczne zakłócenia natury emocjonalnej. Wprowadzie reakcja chorego na chorobę serca jest podobna do reakcji na inne choroby, ale istnieje jeszcze dodatkowe obciążenie psychiczne. Choroby serca nie mają bowiem takiego statycznego obrazu jak inne rodzaje fizycznej niepełnosprawności. Przebiegają gwałtownie. A chory w każdej chwili może spodziewać się pogorszenia stanu zdrowia. Pierwszą reakcją chorego na silny ból jest myśl o śmierci. Niemal wszystkim sercowo chorym przydałaby się psychoterapia. Nie wszyscy nawet wiedzą, że mogliby z niej skorzystać. Nie każdy chce.

Poznanie przeżyć innych chorych, poprzez lekturę daje szansę na zdystansowanie się do własnej choroby, na bardziej prawidłową jej ocenę. Dziś na rynku wydawniczym znajduje się wiele poradników, które po konsultacji z psychologiem klinicznym i lekarzem prowadzącym, mogą być wprowadzone do indywidualnego programu czytelniczego chorego.

Książką o dużych walorach biblioterapeutycznych jest *Zawał* Mirona Białoszewskiego (1977). Chory na serce poeta opisuje drobiazgowo swoje perypetie zdrowotne, ale robi to jakby w sposób pozbawiony osobistych emocji, w sposób wręcz beznamiętny. W kolejnej książce, *Konstancin* (1991), pokazuje swoją rehabilitację po przebytych zawale. Obrachunku ze swoim życiem dokonuje także przebywający w szpitalu po zawale, bohater książki *Prawo wieczności* (1988). Gruziński pisarz Nogar Dumbadze pomaga czytelnikowi zastanowić się nad sposobem życia pokazując, że jego bohater dopiero kiedy znalazł się w szpitalu miał czas na refleksyjne myślenie o swojej egzystencji.

Chorzy na serce wiele czasu spędzają w szpitalach. Czasem taki pobyt ma dla nich istotne znaczenie wychowawcze. Tak było z Anką, bohaterką książki Marii Nurowskiej, *Reszta świata* (1981). Dziewczyna, nadmiernie chroniona przez nadopiekuńczą matkę, popadała w coraz głębszy egoizm. Dopiero pobyt w szpitalu pozwolił jej na zetknięcie się z cierpieniem innych ludzi. Przekonała się jak różne oblicze może mieć ból i strach. Tam też poznała wartość przyjaźni i odkryła, że nie tylko chce ale i może pomagać innym.

Świadectwem siły charakteru, pogody ducha i uporu w walce z chorobą nowotworową, są autentyczne przeżycia jednego z najwybitniejszych amerykańskich dziennikarzy Stewarda Alsopa. Opisuje on swoje zmagania z białaczką w książce *Odroczenie egzekucji* (1982). Podobnie ciężką walkę z rakiem musiały toczyć Valeri Dax, która przewrotnie zatytułowała swoją autobiograficzną opowieść *Rak jest moją szansą* (1991) i Françoise Prevost autorka książki *Darowane życie* (1982). Swoje doświadczenia z walki z rakiem opisuje też Ian Gawlder. Jego *I ty możesz pokonać raka* (1992) jest zapisem programu, jaki przyjął dla siebie w zwalczaniu raka dzięki woli życia, przyjaćci i współpracy z lekarzem. Zarówno te propozycje jak i poglądy Mariusza Wirga⁹ są bliskie filozofii Carla i Stephanie Simontonów oraz ich współpracownika Jemesa L. Creightona. Autorzy przekonują nas, że wszyscy ponosimy odpowiedzialność za swoje zdrowie i życie. W świadomy lub nieświadomy sposób uczestniczymy w tworzeniu własnej koncepcji fizycznej, emocjonalnej i duchowej kondycji.

Nie zawsze medycyna może wygrać z chorobą. Ci, których chorobę świat medyczny określił mianem choroby nieuleczalnej zdają sobie sprawę z tego, że czeka ich czasem długi proces umierania, któremu towarzyszy ból fizyczny, cierpienie i lęk przed śmiercią. Filozofia stworzyła trójstopniową

⁹ M. Wirga: *Zwyciężyć chorobę*. Poznań 1992.

skale: przykrość – cierpienie – nieszczęście. Według J. Kozielskiego¹⁰ cierpienie jest zatem głęboką przykrością, a nieszczęście – wielkim cierpieniem. Z obserwacji psychologów wynika, że długotrwała choroba wyciska mocne piętno na psychice chorego. Zmienia się jego wewnętrzny świat. Coraz częściej myśli nad ulotnością ludzkiego życia. Ocenia siebie i swoje osiągnięcia. I często jest to bardzo trudna rozmowa z samym sobą, z której nie zawsze wychodzi się pogodzonym z losem. U większości ludzi myślenie o śmierci wywołuje ogromny lęk. Biblioteki pełne są książek, z których wynika, że śmierci boimy się tak samo mocno jak i życia. Nikt nas jednak nie uczy sztuki umierania. Patrzymy na śmierć jedynie jako na kres życia. Zapominamy, że jesteśmy częścią przyrody i te same prawa rządzą nami, co i innymi organizmami. Każdy jednostkowy byt ma swoją historię: powstanie – narodziny – dynamiczny rozwój, bez względu na przyjęte parametry. Ma też swój kres o czym przypominał Włodzimierz Szewczuk¹¹. Ale jeśli człowiek jest przekonany, że udało mu się osiągnąć w życiu to co zamierzał lub, że to co osiągnął satysfakcjonuje go, to jego postawa wobec śmierci będzie akceptacją sekwencji: przyście – spełnienie – odejście. Tym wszystkim, którzy stoją w obliczu odejścia, najbardziej potrzeba rozmowy i książek optymistycznych. Takich, które nie tylko przygotowują do rozstania z ziemskim życiem, ale dają też nadzieję na uzdrowienie. Do takich książek należy: *Śpiewać całą duszą*, biografia Jose Carrerasa (1992), *Darowane życie* Françoise Prevost (1982). Ale są też sytuacje, kiedy choroba osiągnęła już takie rozmiary, że pomoc medyczna nie skutkuje i zgon jest nieunikniony. Pacjenci bardzo cierpią i wówczas potrzebny jest szczególny sposób opieki paliatywnej. Wówczas najważniejsze jest bycie z umierającym, fizyczne i psychiczne uczestniczenie w ostatnim etapie jego drogi. Można oczywiście mówić o elementach biblioterapii. Do rozmów o życiu, cierpieniu i śmierci włączyć książki, które przypominają chorym ich szczęśliwe dni, książki odciągające ich od myślenia o beznadziejności tego ostatniego etapu, o przegranym życiu. Człowiek cierpiący odczuwa potrzebę zwierzeń, co powinni uwzględnić opiekujący się chorym. Taką osobą, której chorzy pragną się zwierzyć jest często ksiądz lub biblioterapeuta. To oni muszą umieć przygotować pacjenta na spokojne rozstanie. Postarać się, aby chory dojrzał w życiu dobre, jasne jego strony. Aby odchodził nie lękając się, aby mógł żegnać się z życiem mając nadzieję, że nie do końca umiera, że będzie żył w pamięci bliskich, w rzeczach i czynach, które po sobie zostawił.

A jeśli jego życie było samotne i wypełnione smutkiem, to niechaj biblioterapeuta tak pokieruje programem jego biblioterapii, aby choć w ostatnich chwilach swojego życia poczuł się dla kogoś ważny, komuś bliski i potrzebny.

¹⁰ J. Kozielski: *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Warszawa 1976.

¹¹ W. Szewczuk: *Psychologia w służbie życia*. Warszawa 1982, s. 315-318.

Książki zastosowane w biblioterapii

To książki, które biblioterapeuta zgromadził przez lata w swoim podręcznym księgozbiorniku. Dla przebiegu procesu biblioterapeutycznego nie jest ważne kiedy zostały napisane, kiedy wydane. Ważne natomiast jest to, o czym traktują i jak głęboko poruszają i czy w odpowiednim stopniu pobudzają jego wrażliwość pacjenta i powodują jego wnikliwą samoocenę. Mogą to być: Jerzego Szczygła *Nigdy cię nie opuszczę* (1980), *Po kociach łbach* (1976), *Jak trudno kochać* (1976), Eino Koivistoinea: *Wszystko pokonam* (1982) oraz Stanisława Kowalewskiego *Dzikie ptaki lecą najdalej* (1970). Te książki dotyczą trwałej niepełnosprawności, ale są w nich fragmenty związane z pobytem bohaterów w szpitalu. Pod kontrolą biblioterapeuty dziecko może przeczytać także np. fragmenty książki Eugenii Siemaszkiewicz *Białe niebo* (1967) i Karla Brücknera: *Sadko chce żyć* (1963). Pierwsza z nich wprowadza czytelnika w zamknięty świat ośrodka rehabilitacyjnego, w świat iluzji i fantazji niepełnosprawnej bohaterki. Druga, to opowieść o pobycie w szpitalu małej Japonki, dotkniętej chorobą popromienną. Sadko dzielnie walczy ze śmiercią robiąc papierowe żurawie. Niestety dziewczynki nie udaje się uratować. Zwycięża śmierć. Nie jest to więc lektura wskazana do czytania w całości, szczególnie przez nowo przyjętych do szpitala. Ale do cyklu zajęć biblioterapeutycznych, zarówno młodzieży jak i dorosłych, świetnie nadaje się książka M. Borowej *Ogrody* (1997), wszystkie książki Joni Eareckson (*Joni, Krok dalej, Egzamin z przyjaźni*).

Do zajęć biblioterapeutycznych z młodymi pacjentami można także wykorzystać nowsze książki: Proponuję wybór z lat 1992-1997:

- Applegate Katherine: *Dzieląc się Samem*. Katowice 1996
- Austen Carrie: *Plan Rosie: jak zdobyć sympatię*. Warszawa 1992
- Blake Susan: *Ukraść Josha*. Katowice 1992
- Borowa Maria: *Ogrody*. Wrocław 1997
- Borzymowska Barbara: *Dziewczyna dla Pawła*. Wrocław 1996
- Borzymowska Barbara: *Rafał i Anka*. Wrocław 1995
- Fox Marta: *Magda.doc*. Wrocław 1996
- Kalinowska Anna: *Lato nad Narwią. Zapiski w zeszycie z ekologicznego papieru*. Warszawa 1997
- Klawitter Andrzej: *Licealiści*. Warszawa 1996
- Kleberger Ilse: *Wakacje z babcią*. Warszawa 1997
- Kleberger Ilse: *Christine*. Katowice 1996
- Kowalewski Stanisław: *A jeśli powiem nie*. Wrocław 1995
- Landau Irena: *Kapuściaki to my!*. Warszawa 1997
- Letki Maria Ewa: *Potwór*. Wrocław 1992
- Lewońska Natalia: *Sonata dla Natalii*. Wrocław 1996
- Musierowicz Małgorzata: *Dziecko piątku*. Poznań 1993
- Musierowicz Małgorzata: *Nutria i nerwus*. Poznań 1997
- *Najpiękniejsze wiersze dla mamy*. Warszawa 1996

- Nowacka Ewa: *Małe kochanie, wielka miłość*. Wrocław 1997
- Olech Joanna: *Dynastia Miziołków: wakacje cz. 4*. Warszawa 1994
- Shaffer Betty: *Lisa*. Katowice 1996
- Siesicka Krystyna: *Falbanki*. Łódź 1994
- Siesicka Krystyna: *Moja droga Aleksandro*. Wrocław 1996
- Siesicka Krystyna: *Nieprzemakalni*. Wrocław 1997
- Siesicka Krystyna: *Obok mnie*. Wrocław 1997
- Siesicka Krystyna: *? ...- zapytał czas*. Łódź 1997
- Sołnowicz-Olbrychska Klementyna: *Zielona dziewczyna*. Łódź 1997
- Terakowska Dorota: *Córka Czarownic*. Wrocław 1997
- Vandewile Agnes: *Mopsik, mały łaciaty piesek*. Lublin 1993
- Warneńska Monika: *Lilka*. Warszawa 1992
- Witter Wanda: *Przebiegniesz przez lato*. Warszawa 1993
- Wiza Barbara: *Tam gdzie rosną dzikie grusze*. Warszawa 1993
- Wiza Barbara: *Macoszka*. Warszawa 1995
- Wojciechowski Piotr: *Bajki żółtego psa*. Kraków 1993

CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH BIBLIOTEK SZPITALNYCH REGIONU TORUŃSKIEGO I BYDGOSKIEGO

Badania, których wyniki tutaj przedstawiam były prowadzone przez studentkę bibliotekoznawstwa i informacji naukowej UMK w Toruniu, Dorotę Wierzbicką. Zlustrowała ona wybrane placówki biblioteczne funkcjonujące na terenie szpitali byłego województwa toruńskiego i bydgoskiego. Posłużyła się ona metodą sondażu diagnostycznego stosowanego do badań określonego zjawiska społecznego, w celu ustalenia nowych rozwiązań udoskonalających dotychczasowy stan rzeczy¹. Zastosowała technikę wywiadu kwestionariuszowego, przeprowadzonego wśród pracowników placówek bibliotecznych. Pytania w nich zawarte oscylowały wokół zagadnień związanych z rozwojem badanej biblioteki, jej pomieszczeniem, wielkością i jakością księgozbioru, personelem bibliotecznym oraz formami pracy z książką wśród chorych. Analiza zebranych materiałów nie daje wprawdzie pełnego obrazu tego typu placówek, nie mniej jednak stanowi wystarczający materiał dla sformułowania ogólnych tendencji tutaj występujących.

Badania przeprowadzono w ośmiu bibliotekach szpitalnych działających w zakładach służby zdrowia pięciu miast regionu. Wzięto pod uwagę dwie biblioteki toruńskie: w Szpitalu Miejskim im. Mikołaja Kopernika oraz w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym; trzy bydgoskie: w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bizuela, w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. Józefa. Brudzińskiego, w Rejonowym Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka oraz 3 z mniejszych miast: w Szpitalu Miejskim w Grudziądzu im. dr Władysława Biegańskiego, w Szpitalu Miejskim w Inowrocławiu im. Jana Kasprowicza i w Szpitalu Miejskim w Brodnicy .

Na podstawie informacji uzyskanych w Ośrodku Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych WBP i KM w Toruniu oraz w Wojewódzkiej Bibliotece Publicznej w Bydgoszczy ustaliłam, że w czasie przeprowadzania badań (1998 r.) na terenie byłego województwa toruńskiego działało 8 filii bibliotek publicznych oraz 11 punktów bibliotecznych, natomiast w byłym województwie bydgoskim 4 filie bibliotek publicznych oraz jedna biblioteka medyczna i jedna o charakterze oświatowym. Tak, więc badania objęły 57% ogółu bibliotek szpitalnych regionu (nie liczone punktów bibliotecznych).

¹ A. Wajda: *Metodyka i organizacja czytelnictwa*. Warszawa 1983, s. 103.

Zanim omówię stan tych placówek, kilka słów charakterystyki ogólnej.

Najstarszą z nich, bo powstała w 1974 r. jest biblioteka w Szpitalu Miejskim w Grudziądzu. Ponieważ przed powstaniem wspomnianej placówki działała na terenie szpitala biblioteka wraz z czytelnią lekarską, po jej uruchomieniu połączono księgozbiór dla pacjentów z literaturą fachową dla personelu medycznego. Udostępnianiem zajmuje się dwóch pracowników biblioteki.

W Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. Józefa Brudzińskiego w Bydgoszczy od 1980 r. działa biblioteka medyczna przeznaczona wyłącznie dla personelu. Na terenie szpitala działa również punkt biblioteczny, który udostępnia literaturę dziecięcą. Jego obsługą zajmuje się nauczyciel szpitalny.

Szpital Miejski w Inowrocławiu uruchomił na swoim terenie filię nr 5 Biblioteki Publicznej w 1982 r. Literatura tutaj zgromadzona przeznaczona jest zarówno dla pacjentów jak i dla personelu medycznego. Księgozbiór gromadzi i udostępnia pracownik biblioteki. Ponadto na oddziale dziecięcym funkcjonuje punkt biblioteczny, nad którym sprawuje pieczęć nauczyciel szpitalny.

Filię Miejskiej Biblioteki Publicznej w Szpitalu Miejskim w Brodnicy uruchomiono w 1985 r. Zlokalizowano ją w budynku znacznie oddalonym od gmachów szpitalnych. Gromadzona jest tu zarówno literatura piękna jak i fachowa, którą gromadzi i udostępnia jeden bibliotekarz.

W 1985 r. w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Bizuela w Bydgoszczy powołano do życia filię nr 28 Miejskiej Biblioteki Publicznej. Usytuowano ją w pomieszczeniach piwnicznych szpitala. Pomimo tego, że nie gromadzi się tutaj literatury medycznej, korzystają z niej zarówno pacjenci jak i personel szpitala. Biblioteka zorganizowana jest na zasadzie wolnego dostępu do półek. Chorym stworzono możliwość zamawiania książek telefonicznie na życzenie.

Biblioteka w Szpitalu Miejskim w Toruniu powstała 1 stycznia 1986 r. Stanowi ona filię nr 19 WBP i KM. Szczegółową opiekę merytoryczną oraz instruktażowo-szkoleniową sprawuje Ośrodek Informacyjno-Methodyczny Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych WBP i KM w Toruniu. Placówka gromadzi księgozbiór dla pacjentów oraz księgozbiór medyczny.

W styczniu 1991 r. na mocy umowy zawartej pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym w Toruniu a WBP i KM uruchomiono filię nr 14 biblioteki publicznej. Opiekę merytoryczną Ośrodek Informacyjno-Methodyczny Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych WBP i KM. Księgozbiór gromadzono przede wszystkim z myślą o małych pacjentach, chociaż na życzenie pracowników uruchomiono również punkt biblioteczny z literaturą dla dorosłych. Jest to zbiór ruchomy, liczący około stu woluminów, który co pewien czas jest wymieniany. W tych samych pomieszczeniach znajduje się również księgozbiór typowo medyczny, stanowiący własność szpitala, natomiast jego obsługą zajmuje się pracownik archiwum szpitalnego.

W Regionalnym Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy od 1994 r. istnieje biblioteka typu oświatowego przeznaczona dla pacjentów oraz personelu. Książki udostępnia jeden pracownik.

Po przeanalizowaniu odesłanych kwestionariuszy, Dorota Wierzbicka podjęła próbę całościowego ujęcia stanu bibliotek w placówkach szpitalnych. Wyszła od stanu lokalowego badanych bibliotek. Stwierdziła, że w większości szpitali istnieje problem zapewnienia odpowiedniego pomieszczenia dla potrzeb biblioteki. Przyczyny tych trudności są dwójakiego rodzaju: pierwsza to niekorzystna sytuacja finansowa szpitalnictwa polskiego, druga natomiast to niedocenywanie roli biblioteki dla pacjentów przez administrację służby zdrowia, dyrekcji szpitali, projektantów nowych budynków szpitalnych i innych, od których zależy dysponowanie pomieszczeniami w zakładach lecznictwa.

Analiza sytuacji lokalowej 8 wymienionych bibliotek szpitalnych wykazała, że stosunkowo niewiele szpitali zapewniło względnie dobre warunki lokalowe o wystarczającej powierzchni. Chlubnym wyjątkiem jest tu biblioteka Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy, która zajmuje wraz z czytelnią lokal o powierzchni 100 m², znajdujący się w nowym i przestronnym budynku szpitala. Powierzchnia pomieszczeń bibliotecznych jest wystarczająca także w filii biblioteki publicznej nr 28 w Bydgoszczy (70 m²), nr 5 w Inowrocławiu (40 m²), nr 11 w Grudziądzu (32 m²). Wiele do życzenia pozostawia jednak ich lokalizacja. Dwie pierwsze mieszczą się w suterenie szpitala, dokąd nie dojeżdża winda. W grudziądzkim szpitalu, który rozmieszczony jest w kilku budynkach, biblioteka mieści się w budynku klubokawiarni, do którego aby dotrzeć należy przejść przez cały dziedziniec szpitalny. Dużo gorsza sytuacja panuje w szpitalu dziecięcym w Toruniu, który na bibliotekę wygospodarował ciasny piwniczny lokal o powierzchni zaledwie 18 m², sąsiadujący z pomieszczeniami gospodarczymi m. in. z kuchnią. W karygodnych wprost warunkach są gromadzone i przechowywane księgozbiory bibliotek w Brodnicy (19 m²) i toruńskiej filii WBP i KM nr 19 w Toruniu (15 m²). Ciasne, нефunkcjonalne, o znikomym dopływie światła dziennego biblioteki znalazły siedzibę w pomieszczeniach administracyjnych i gospodarczych poza obrębem pawilonów szpitalnych, które rozrzucone są w odległości 100-200 metrów od placówek bibliotecznych.

W większości badanych bibliotek w pomieszczeniach dla księgozbiorów zlokalizowana jest także czytelnia, którą z reguły tworzy jeden stolik i kilka krzeseł. Bolesny jest również fakt, iż większość z omawianych bibliotek kilkakrotnie w ciągu swej działalności zmuszona była zmienić swoje lokum na gorsze, gdyż dotychczasowe przeznaczone były na sale szpitalne. Dla każdego dyrektora szpitala czy lekarzy ważniejsze okazały się dodatkowe łóżka niż biblioteka, co świadczy bardziej o fatalnym stanie polskiego szpitalnictwa aniżeli o niechęci władz szpitala do biblioteki.

Kolejnym badanym problemem była sprawa estetyki oraz wyposażenia pomieszczeń bibliotecznych. Szczególnie korzystnie wyróżnia się pod tym

względem szpital RCO w Bydgoszczy. Ładnie i funkcjonalnie urządzone są też biblioteki w szpitalu im. Bizuela w Bydgoszczy, Inowrocławiu, Grudziądzu oraz toruńskiej filii nr 14. Niestety przygnębiające wrażenie robią biblioteki w Brodnicy, w szpitalu im. Brudzińskiego w Bydgoszczy oraz filii nr 19 w Toruniu: złe oświetlenie oraz brak jakichkolwiek ozdób i elementów propagandy wizualnej nie zachęcają do korzystania z ich usług. Żadna z bibliotek nie posiada urządzeń do przewracania kart w książkach czy projektorów do rzucania tekstów na sufit czy ekran. Tylko 4 z badanych placówek posiadają sprzęt umożliwiający odsłuchanie książek mówionych czy nagrań muzycznych: w Grudziądzu, Inowrocławiu i obydwie biblioteki toruńskie. Chociaż większość placówek posiada wózki służące do rozwożenia książek na poszczególne oddziały szpitalne, to pracownicy uskarżali się na ich złą konstrukcję i nieprzystosowanie do celów bibliotecznych. Są one zbyt ciężkie i wymagające znacznego wysiłku podczas ich użytkowania. W zakładach rozmieszczonych na kilku kondygnacjach bez wind, pracownicy roznoszą książki w koszach, co jest niewygodne i ogranicza liczbę zabieranych pozycji.

O powodzeniu pracy biblioteki w szpitalu decyduje w głównej mierze nie tylko wyposażenie, ale człowiek i jego przygotowanie zawodowe i zamiłowanie do pracy tego typu². Udostępnianiem książek w 8 badanych placówkach zajmuje się łącznie 9 pracowników zatrudnionych na cały bądź pół etatu. Przygotowanie zawodowe przedstawia się następująco: na łączną liczbę 9 zatrudnionych wykształcenie wyższe posiada 5 osób (w tym 3 polonistyczne), średnie 4 osoby. Tylko 3 pracowników ma przygotowanie bibliotekarskie. Pracownicy bibliotek szpitalnych w Toruniu, Grudziądzu i Brodnicy deklarują, iż systematycznie biorą udział w szkoleniach tematycznie związanych ze specyfiką pracy w bibliotekach dla chorych i niepełnosprawnych, których organizatorem jest Ośrodek Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych w Toruniu. Pozostała część respondentów nie wypowiedziała się na temat uczestnictwa w szkoleniach zawodowych ani kursach dla bibliotekarzy szpitalnych, z czego można wnioskować, że w nich nie biorą udziału.

O charakterze i wartości każdej biblioteki decyduje jednak w głównej mierze ilość i jakość księgozbioru. Powinien odpowiadać potrzebom czytelników oraz celom, do których został zgromadzony. Najkrócej kryteria doboru księgozbioru można określić w następujący sposób: po pierwsze nie szkodzić, po drugie pomagać³. Wielkość zbiorów badanych placówek przedstawia się bardzo różnie. Rozpiętość jest duża – od kilku do kilkunastu tysięcy woluminów. Wielkość zbiorów w każdej badanej placówce jest proporcjonalna do liczby łóżek, pomimo tego, że niektóre istnieją dopiero od kilku lat.

² W. Kozakiewicz: *Problemy organizacji bibliotek szpitalnych*. „Szpitalnictwo Polskie” 1972 nr 16, s. 272.

³ *Ibidem*, s. 270-271.

Miernikiem wartości i przydatności księgozbiorów w środowisku szpitalnym oprócz wskaźników ilościowych jest ich jakość, mierzona aktualnością, poziomem artystycznym, przydatnością ze względu na specyfikę biblioteki czy procentem beletrystyki w stosunku do literatury popularyzacyjnej⁴.

Ocena księgozbiorów w świetle danych zebranych przez Dorotę Wierzbicką, przedstawia się na ogół dobrze. Większość respondentów twierdzi, że ich placówka posiada zbiory wartościowe, poczytne i gromadzone według zasad biblioterapii. Szczególnie ostrożnie dobiera księgozbiór personel biblioteki RCO w Bydgoszczy, z racji specyfiki schorzeń pacjentów tam przebywających. Każdą książkę przed włączeniem do księgozbioru przegląda się tam kilkakrotnie. Jest to niezmiernie ważne, gdyż biblioteka ta kompletuje swoje zbiory dzięki darom od wydawców, księgarń czy też osób prywatnych.

Zadowolający stan większości badanych księgozbiorów można tłumaczyć faktem, iż są w posiadaniu placówek stworzonych niezbyt dawno. Proces ich gromadzenia trwa na bieżąco, a księgozbiór zgromadzony dotąd nie zdążył się jeszcze zdezaktualizować. Ponadto większość badanych bibliotek stanowi filię bibliotek publicznych, które starają się dbać o właściwą strukturę swoich księgozbiorów. Tylko jedna biblioteka w Grudziądzu, będąca zarazem najstarszą wśród badanych placówek, uskarżała się na przestarzały księgozbiór, pochodzący z lat czterdziestych i pięćdziesiątych.

Wszystkie biblioteki przeprowadzają na bieżąco selekcję zbiorów, wycofując książki zacytane. Robią to rozważnie, gdyż większość księgozbiorów uzupełniana jest nieregularnie.

Zakup nowości wydawniczych jest problemem każdej badanej biblioteki. Często są to zakupy niewystarczające a do tego niezmiernie rzadkie. Zwykle są to zakupy kilku lub kilkunastu książek, dokonywane raz do roku. I tak np. w 1997 r. najmniejszy przyrost książek nastąpił w bibliotece lekarskiej w Bydgoszczy (4), filii nr 28 w Bydgoszczy (34), toruńskiej filii nr 14 (39), bibliotece RCO (42), oraz filii nr 19 w Toruniu (53). Drastycznie spadła liczba prenumerowanych czasopism. Biblioteki szpitalne w Grudziądzu oraz Inowrocławiu od kilku już lat całkowicie przestały gromadzić czasopisma z powodu braku funduszy.

Opracowanie księgozbiorów w badanych placówkach nie budzi poważnych zastrzeżeń, wszystkie z nich posiadają katalog alfabetyczny i rzeczowy. Żadna z nich natomiast nie posiada ich w formie skoroszytów, które można by dostarczać do pokojów, co jest poważnym utrudnieniem dla czytelników unieruchomionych lub poruszających się z trudem.

Jak już wcześniej wspominałam, prawie każda biblioteka posiadała literaturę fachową przeznaczoną dla personelu medycznego. Ich stan nie jest zadowolający. Jedynie biblioteka RCO w Bydgoszczy może poszczycić się posiadaniem bardzo dobrego i systematycznie wzbogacanego księgo-

⁴ W. Kozakiewicz: *Stan bibliotek szpitalnych w Polsce w przededniu realizacji nowej ustawy bibliotecznej*. „Szpitalnictwo Polskie” 1970 nr 4, s. 182.

zbioru o tematyce onkologicznej, liczący około 600 woluminów i 30 tytułów czasopism.

Najważniejszą czynnością bibliotekarza jest udostępnianie zbiorów. W badanych placówkach przedstawia się bardzo dobrze. Wszystkie spośród nich mają wyznaczone stałe dni i godziny otwarcia. Przeważnie jest to 5 lub 6 dni w tygodniu w godzinach od 7 do 15. Stosunkowo dobrze rozwiązany jest problem obsługi bibliotecznej czytelników. Odbywa się ono bezpośrednio w bibliotece, jak również regularnie z doręczeniem do łóżek. Obsługa chorych leżących na salach zorganizowana jest tak, aby nie kolidowała z pracą personelu medycznego. Odbywa się ona rano po zabiegach, badaniach i obchodach lekarskich oraz po południu po obiedzie. Tylko biblioteka RCO w Bydgoszczy oraz biblioteka medyczna nie praktykują wypożyczania książek poza pomieszczeniami bibliotecznymi.

W każdym ze szpitali znajduje się informacja o istnieniu i godzinach otwarcia bibliotek, bądź w formie kierunkowskazu, bądź tabliczki, tak więc ich potencjalni użytkownicy bez trudu mogą do niej trafić podczas jej otwarcia. Pracownicy bibliotek oprócz wypożyczeń bibliotecznych stosują w miarę możliwości inne formy pracy z książką. Na przykład w bibliotece w Grudziądzu organizowane są w świetlicy pokazy filmów na wideo. Z kolei w filii MBP i KM nr 14 w Toruniu prowadzi się głośne czytanie, organizuje imprezy okolicznościowe dla dzieci. Razem z nauczycielami szpitalnymi przygotowuje się konkursy, przeglądy książek, występy teatrzyków lalek itp.

Dokonany przegląd wybranych ośmiu bibliotek szpitalnych działających na terenie byłego województwa bydgoskiego i toruńskiego pozwolił autorce przeprowadzającej badania na sformułowanie następujących wniosków. Po pierwsze istnieje potrzeba poprawienia warunków lokalowych niektórych bibliotek szpitalnych. Ponadto należałoby zapewnić stały dopływ nowości książkowych do bibliotek oraz wyposażyć je w sprzęt audiowizualny i pomocniczy. Ważną sprawą jest potrzeba dbałości o systematyczne podnoszenie kwalifikacji pracowników bibliotek szpitalnych. Niestety możliwości ich zrealizowania są raczej nikłe zważywszy, że z początkiem 1999 r. kilka bibliotek szpitalnych zaprzestało swojej działalności z przyczyn finansowych. Miejmy nadzieję, że nie jest to początek totalnego upadku bibliotek tego typu, tak bardzo potrzebnych ludziom chorym i cierpiącym.

OBŚLUGA CZYTELNIKÓW W ZAMKNIĘTYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ (SZPITALACH, SANATORIACH) W ŚWIETLE BADAŃ ANKIETOWYCH

W związku z trudną sytuacją bibliotek szpitalnych i koniecznością zmiany istniejącego stanu (poprzez określenie nowych rozwiązań organizacyjno-prawnych) we wrześniu 1998 r. Sekcja Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych SBP zwróciła się pismem Przewodniczącej Sekcji, prof. dr hab. Elżbiety Barbary Zybert, z apelem do osób bezpośrednio związanych z tymi placówkami o pomoc w podjętych przez Sekcję pracach. Poproszono o udzielenie odpowiedzi na pytania w załączonej ankiecie, dotyczącej obsługi czytelników w zamkniętych Zakładach Opieki Zdrowotnej (szpitalach, sanatoriach).

Pytania zamieszczone w kwestionariuszu ankiety dotyczyły:

- Liczby szpitali, sanatoriów funkcjonujących na terenie (miasta) województwa.
- Form organizacyjnych i liczebności bibliotek w szpitalach i sanatoriach.
- Kadry bibliotek szpitalnych i sanatoryjnych.
- Form współpracy bibliotek wojewódzkich ze szpitalami.
- Utrudnień występujących we współdziałaniu bibliotek publicznych z zakładami lecznictwa zamkniętego.
- Form pracy (realizowanych i proponowanych) z czytelnikiem hospitalizowanym.
- Propozycji rozwiązań prawnych dla bibliotek szpitalnych oraz zmian dotychczasowych form pracy tych bibliotek.
- Stanu liczbowego domów opieki społecznej na terenie województwa i sytuacji bibliotek (finansowej, lokalowej, kadrowej) w tych placówkach.

Spśród 49 wojewódzkich bibliotek publicznych, do których wysłano ankietę, odpowiedzi nadesłało 40. Nie odpowiedziały biblioteki 9 byłych województw, co w konsekwencji uniemożliwiło sporządzenie kompletnej analizy, zwłaszcza, iż wśród bibliotek, które nie odesłały ankiet były województwa o dużym potencjale ludności i liczbie zakładów opieki zdrowotnej. Respondenci zwracali uwagę na trudności związane ze zgromadzeniem materiału i niekompletność posiadanych informacji. W przypadku niektórych odpowiedzi nie określono formy organizacyjnej biblioteki. Te przykładowo wymienione mankamenty wpłynęły na jakość zebranego materiału;

nie mniej jednak pozwolił on – jak się zdaje – na uchwycenie istotnych problemów oraz nakreślenie pewnych ogólnych tendencji w odniesieniu do stanu bieżącego i przyszłości bibliotek w zakładach opieki zdrowotnej i społecznej.

Biorąc za punkt wyjścia funkcjonowanie filii bibliotecznych prowadzonych przez biblioteki publiczne w zamkniętych Zakładach Opieki Zdrowotnej, obszar 40 województw, z których napłynęły odpowiedzi, można podzielić na trzy grupy:

- a) w dziesięciu województwach nie ma ani jednej filii,
- b) w jedenastu województwach funkcjonuje 1 filia,
- c) w dziewiętnastu – więcej niż jedna filia, z tego:
 - w ośmiu – 2
 - w dwóch – 3,
 - w dwóch – 4,
 - w dwóch – 5,
 - w jednym – 6,
 - w jednym – 7,
 - w dwóch – 9,
 - w jednym – 21 (woj. katowickie).

Razem na omawianym terenie znajdują się 103 filie.

Jedno województwo (łomżyńskie) z grupy „a” wykazało brak jakiegokolwiek biblioteki w zakładach lecznictwa zamkniętego, mimo że na jego terenie funkcjonuje 7 szpitali. Pozostali respondenci odpowiedzieli, że na ich terenie znajdują się biblioteki zakładowe. Na ogólną liczbę 139 szpitali i sanatoriów działających w województwach zaliczonych do grupy „a” przypada 56 bibliotek zakładowych. Oznacza to, że ponad 40% zakładów opieki zdrowotnej oferuje swoim pacjentom dostęp do książki, pomimo braku filii bibliotecznych prowadzonych przez sieć bibliotek publicznych.

W drugiej z wyróżnionych grup – „b” istniały 192 szpitale i sanatoria oraz 44 biblioteki zakładowe dostępne dla pacjentów. Tak więc około 23% placówek z tego terenu umożliwia swoim pacjentom kontakt z książką poprzez własne biblioteki.

W grupie „c” działały 477 zamknięte Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz 94 biblioteki zakładowe dostępne dla pacjentów, czyli niecałe 20% placówek lecznictwa zamkniętego posiadało własne biblioteki zakładowe.

Na ogólną liczbę 808 szpitali i sanatoriów wykazanych przez ankietowanych przypadają więc 103 filie biblioteczne prowadzone przez biblioteki publiczne oraz 194 biblioteki zakładowe dostępne dla pacjentów. Oznacza to, iż średnio 1 filia biblioteki publicznej przypadała na 8 zakładów, a jedna biblioteka zakładowa na 4 placówki opieki zdrowotnej.

Jak wynika z powyższego, nasycenie sieci szpitali i sanatoriów bibliotekami zakładowymi jest dwukrotnie wyższe aniżeli filiami bibliotecznymi prowadzonymi przez biblioteki publiczne i obniża się wraz ze wzrostem współwystępowania na danym terenie tej drugiej formy organizacyjnej.

O ile bowiem w grupie „a” jedna biblioteka zakładowa przypadała na 2-3 zakłady, o tyle w grupie „b” (gdzie wykazano po jednej filii w województwie) jedna biblioteka zakładowa na 4 zakłady, a w trzeciej – „c” (gdzie zanotowano 2 i więcej filii) jedna na 5 zakładów. Dowodzi to, że obydwie formy organizacyjne uzupełniają się wzajemnie w świadczeniu usług dla czytelników objętych opieką zdrowotną w zakładach na danym terenie. Nadal jednak zbyt mały ich odsetek ma zapewnioną obsługę czytelniczą, a sytuacja w tym zakresie – jak wykazują dalsze odpowiedzi przesłane przez wojewódzkie biblioteki publiczne – zamiast się poprawiać ulega stałemu pogorszeniu.

Rozpatrując stan liczbowy **kadry bibliotek szpitalnych i sanatoryjnych** należy podkreślić, że panuje tu ogromna różnorodność. Etaty przyznane bibliotekom szpitalnym zawierają się w przedziale od 1,5 (szczecińskie, rzeszowskie) do 1/4 etatu a nawet kilku godzin w tygodniu. W 34 odpowiedziach (na 40) zgłoszono, iż na terenie danego województwa bibliotece szpitalnej przydzielono co najmniej 1 etat. Natomiast w 6 przypadkach pracownicy bibliotek szpitalnych zatrudniani są w niepełnym wymiarze czasu. Oprócz pracowników zatrudnianych na etacie (w różnych jego wymiarach czasowych) dużą grupę stanowią osoby społecznie pracujące w bibliotekach lub wykonujące tę pracę w ramach innych obowiązków służbowych. Najczęściej w pełnym wymiarze godzin zatrudnieni są bibliotekarze w filiach należących do bibliotek publicznych. Natomiast biblioteki zakładowe dostępne dla pacjentów obsługiwane są głównie przez pracowników szpitali w części etatu przeznaczanego na prowadzenie biblioteki. W tej grupie osób znajdują się m.in. pielęgniarki, pracownicy recepcji, administracji, plastycy, analitycy medyczni, instruktorzy k.o., referenci, instruktorzy terapii zajęciowej, sekretarki, magazynierzy, pracownicy zaopatrzenia. Punkty biblioteczne w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej prowadzone są często przez przypadkowe osoby, za symbolicznym, zwykle raz na kwartał, wynagrodzeniem z budżetu bibliotek publicznych.

Kwalifikacje personelu pracującego w bibliotekach szpitalnych są również zróżnicowane: od wykształcenia wyższego (bibliotekoznawczego lub innego), poprzez średnie o różnym profilu, aż do podstawowego.

Na ogólną liczbę 40 ankietowanych województw, w 18 przypadkach zgłoszono co najmniej jedną osobę z wyższym wykształceniem, pracującą w bibliotece zakładu lecznictwa zamkniętego. Osoby te ukończyły wyższe studia bibliotekoznawcze, pedagogiczne, muzykologiczne, matematyczne lub prawnicze.

Również 18 respondentów podkreśliło, iż w bibliotekach szpitalnych działających na ich terenie średnie wykształcenie bibliotekoznawcze miała co najmniej 1 osoba pracująca w bibliotece sanatoryjnej lub szpitalnej. W 4 przypadkach nie określono kwalifikacji pracowników bibliotek szpitalnych, ze względu na brak biblioteki lub wykonywanie tej pracy w ramach innych obowiązków służbowych.

W odniesieniu do form współpracy bibliotek publicznych ze szpitalami można, w zależności od stopnia intensywności wzajemnych relacji, wyróżnić trzy grupy województw:

– w 21 województwach współpraca układała się pomyślnie i obejmuje wszystkie formy (nadzór merytoryczny, pomoc warsztatowa i szkolenia). Dobrym przykładem może być Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Bielsku-Białej, której ocena istniejącego stanu rzeczy wygląda następująco: „Wojewódzka Biblioteka Publiczna i biblioteki miejskie naszego województwa obejmują nadzorem merytorycznym wszystkie placówki szpitalne wchodzące do ich sieci, jak też inne zwracające się do nas z różnymi problemami. Służymy pomocą w zakresie: organizacyjnym (umowy, zatrudnienie pracowników), doboru i zakupu księgozbioru, ewidencji zbiorów i ich opracowania, technicznego przygotowania księgozbioru i jego udostępniania, selekcji zbiorów, systematycznego szkolenia przywarsztatowego, szkolenia ogólnego i specjalistycznego. W szerszym zakresie pomoc dotyczy bibliotek, nad którymi sprawujemy nadzór bezpośredni. Współpraca Wojewódzkiej Biblioteki Publicznej z dyrekcjami szpitali, w których już funkcjonują nasze placówki, układała się dobrze ku obopólnemu zadowoleniu i satysfakcji korzystających”;

– w 11 województwach współpraca bibliotek wojewódzkich ze szpitalami miała charakter ograniczony, sporadyczny, niejednokrotnie brak było zainteresowania utrzymywaniem kontaktów z bibliotekami publicznymi; pracownicy nie byli też zainteresowani podnoszeniem umiejętności warsztatowych;

– w 8 województwach zgłoszono brak jakichkolwiek formy współpracy wojewódzkich bibliotek ze szpitalami. Jeżeli był okazywany cień zainteresowania dla wzajemnych kontaktów, to zazwyczaj dotyczyło to spraw finansowych związanych z zakupem nowych książek.

Najczęściej wymienianym **problemem, utrudniającym wzajemną współpracę**¹ bibliotek publicznych z zakładami lecznictwa zamkniętego była kwestia finansowa. 19 respondentów wymieniło ją w swoich odpowiedziach. Sprawy pozafinansowe znalazły mniejsze odzwierciedlenie w nadesłanych odpowiedziach: 8 respondentów podało problemy głównie organizacyjne, 7 prawne, 5 kadrowe. W 1 przypadku podano, iż nie ma żadnych problemów, które utrudniałyby tę współpracę.

Problemy finansowe wynikają z braku funduszy na organizowanie i prowadzenie bibliotek szpitalnych. Dotychczas stosowane rozwiązanie, a więc umowa–porozumienie pomiędzy dyrekcją Biblioteki i Szpitala, pozwalało na rozłożenie kosztów utrzymania i funkcjonowania placówek (szpital – lokal, oświetlenie, ogrzewanie i sprzątanie; biblioteka – pracownik, książki). Coraz częściej jednak władze miast i gmin ograniczają lub wycofują się ze swoich obowiązków względem bibliotek w szpitalach twierdząc, że czytelnicy

¹ Zwykle respondenci w swoich odpowiedziach wskazywali na więcej niż jeden problem, podane dane zwracają uwagę na cechę dominującą.

kami są osoby zamiejscowe, jak wielokrotnie bywa w przypadku pacjentów szpitali i sanatoriów.

Problemy organizacyjne ściśle łączą się ze sprawami lokalowymi. Biblioteki często nie mają własnych pomieszczeń, księgozbiory mieszczą się kątem w pokojach socjalnych, świetlicach, pomieszczeniach zastępczych korytarzowo-piwnicznych, na poddaszu lub poza budynkiem szpitala. Związane jest to z trudnymi warunkami działania szpitali.

Trudności kadrowe wiążą się m.in. z częstym powierzaniem pracy w bibliotece zakładu lecznictwa zamkniętego osobom przypadkowym, bez kwalifikacji bibliotekarskich, dla których praca w bibliotece jest dodatkowym, niezbyt interesującym zajęciem i nie poświęcają jej specjalnej uwagi (np. nie prowadzą niezbędnej dokumentacji).

Problemy prawne, utrudniające współpracę bibliotek publicznych ze szpitalami, wynikają – zdaniem wielu respondentów – głównie z braku przepisów zobowiązujących zakłady lecznictwa zamkniętego do samodzielnego zorganizowania lub umożliwienia bibliotece publicznej zorganizowania takiej placówki bibliotecznej (filii lub punktu) na swoim terenie. Z ustawy o bibliotekach z dnia 27 VI 1997r. nie wynika, że zakłady opieki zdrowotnej mają obowiązek prowadzenia biblioteki w celu zapewnienia pacjentom obsługi bibliotecznej.

Ponadto ustawa o bibliotekach stanowi, że w skład ogólnokrajowej sieci bibliotecznej wchodzi biblioteki publiczne – biblioteki szpitalne takimi nie są w rozumieniu ustawy. Z kolei zadania do realizacji nałożone na wojewódzkie biblioteki publiczne ograniczają bibliotekom wojewódzkim krąg działania do bibliotek publicznych.

Zrozumiałe zatem jest, że wśród bibliotekarzy zainteresowanych problematyką daje się odczuć oczekiwanie na nowe uregulowania prawne co do istnienia i funkcjonowania bibliotek w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej oraz decyzji wskazującej jednostkę sprawującą nadzór merytoryczny w zakresie realizacji zadań.

Istnieje konieczność opracowania aktów prawnych – rozporządzeń regulujących zasady organizacji obsługi bibliotecznej we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i silne akcentowanie roli książki, biblioteki oraz prawidłowo prowadzonej biblioterapii wśród personelu medycznego.

Wojewódzka Biblioteka Publiczna w Katowicach zgłosiła propozycję, by zastanowić się nad podpisaniem stosownych umów pomiędzy kasami chorych a bibliotekami na kontraktowanie usług bibliotecznych. Z tym wiąże się opracowanie wzorcowego modelu biblioteki szpitalnej. Jest to jeden z postulatów zgłoszonych przez bibliotekarzy, których realizacja mogłaby umocnić pozycję bibliotek dla pacjentów w szpitalach.

W zasadzie propozycje rozwiązań zgłoszone przez respondentów idą w dwóch kierunkach: adresowane są zarówno do Ministerstwa Kultury i Sztuki, jak i Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Ilustracją tych propozycji mogą być dwie odpowiedzi, uzyskane z WBP w Toruniu oraz w Wałbrzychu:

„Należy dążyć, aby zgodnie z trendami współczesnego bibliotekarstwa, w ustawie o bibliotekach znalazł się zapis jednoznacznie zobowiązujący biblioteki publiczne do zapewnienia obsługi biblioteczno-informacyjnej pacjentów i pracowników szpitala. Usługi biblioteczne dla osób hospitalizowanych wynikają z istoty bibliotekarstwa powszechnego. W tej sytuacji z mocy ustawy, administracja placówek służby zdrowia odpowiadałaby za zabezpieczenie lokalu, sprzętu bibliotecznego i usprawniającego czytanie chorym, zaś kwestie zaopatrzenia w materiały biblioteczne i zatrudnianie właściwej kadry należałyby do bibliotek publicznych” (WBP w Toruniu).

„W celu poprawienia dostępu pacjentów do książki w zamkniętych Zakładach Opieki Zdrowotnej należałoby:

- zagwarantować w ustawie resortowej wszystkim pacjentom dostęp do książek i czasopism w bibliotece;

- w regulaminie każdego szpitala określić lokalizację biblioteki szpitalnej, godziny otwarcia i ofertę czytelniczą. Nałożyć na organizatora szpitala obowiązek zatrudnienia bibliotekarza, udostępnienia lokalu i wyposażenia w księgozbiór i sprzęt biblioteczny. W kompetencji biblioteki powiatowej byłaby pomoc metodyczna w zakresie obsługi pacjentów oraz zapewnienia odpowiedniego doboru księgozbioru (zalecenia zakupu);

- bibliotekarze obsługujący specjalne kategorie użytkowników powinni otrzymywać dodatkowe gratyfikacje – odpowiednie rozporządzenie;

- w szpitalach rejonowych (powiatowych) biblioteka powiatowa powinna mieć obowiązek utrzymywania filii szpitalnej – zakres ponoszenia kosztów winna określić specjalna umowa, którą obligatoryjnie będą zawierać szpitale powiatowe z bibliotekami powiatowymi” (WBP w Wałbrzychu).

Obie przytoczone powyżej wypowiedzi dość dobrze streszczają istotę problemów, poruszonych w większości odpowiedzi.

Pomimo trudnych niejednokrotnie warunków funkcjonowania bibliotek szpitalnych i sanatoryjnych, w wielu z nich prowadzone były różnorodne **formy pracy z czytelnikami hospitalizowanymi** oraz proponowane są – w miarę możliwości (przede wszystkim finansowych) – dalsze formy pracy.

Praktycznie praca z czytelnikiem hospitalizowanym obejmowała dostarczanie chorym książek na poszczególne oddziały oraz wypożyczenie książek na miejscu w bibliotece tym pacjentom, którzy mogli samodzielnie chodzić. Udostępniane były nie tylko książki tzw. czarnodrukowe, lecz także książki mówione, filmy wideo, kasety muzyczne. Organizowane były spotkania okolicznościowe związane z obchodami Dnia Dziecka, Świętami Wielkanocnymi czy Bożego Narodzenia (np. wieczory kolęd), spotkania autorskie, przeglądy literatury, pogadanki o książce, głośne czytanie (indywidualne oraz w grupie), wieczory poezji i baśni, spektakle teatralne i kukielkowe, zabawy, konkursy ortograficzne, plastyczne, muzyczne, wystawy, lekcje biblioteczne, wyświetlanie bajek, korzystanie z gier planszowych i in. W rehabilitacji i edukacji medycznej wykorzystywane były także radiowęzły. Zatem stosowanie poszczególnych form pracy z czytelnikiem

zależało nie tylko od przygotowania bibliotekarza do swojej pracy, ale też w dużym stopniu od możliwości, jakimi dysponował – od lokalu, zbiorów, sprzętu technicznego. W niektórych zakładach obsługę biblioteczną prowadzili instruktorzy terapii zajęciowej, którzy wypożyczali na oddziały książki z biblioteki i poprzez biblioterapię starali się leczniczo wpływać na psychikę i zdrowie pacjentów (np. w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu).

Właśnie systematyczne prowadzenie zajęć i spotkań biblioterapeutycznych jest tą formą pracy z czytelnikiem, która najczęściej jest wymieniana wśród form pracy proponowanych do wprowadzenia na szerszą niż dotychczas skalę. Proponuje się zatem rozwijanie istniejących form i wprowadzanie nowych o charakterze terapeutycznym lub rehabilitacyjnym we współpracy ze służbą zdrowia, psychologami, nauczycielami szpitalnymi. WBP w Toruniu na przykład postuluje wprowadzenie tzw. terapii reminiscencyjnej.

Należałoby rozwinąć formy pracy z dziećmi przebywającymi w szpitalu i wykorzystać obecność rodziców do pomocy w organizowaniu i przeprowadzaniu zabaw, konkursów, wieczorów opowiadań itp. (WBP w Wałbrzychu).

Można byłoby lepiej wykorzystać nowoczesne środki audiowizualne, w tym telewizję i sieci komputerowe, tak aby uzupełnić tradycyjną biblioterapię o dodatkowe formy (WBP Szczecin).

W związku z reformą służby zdrowia bibliotekarze bibliotek szpitalnych i sanatoryjnych oczekują podstaw prawnych gwarantujących istnienie bibliotek w zakładach lecznictwa zamkniętego oraz zapewnienie im stałych środków finansowych na działalność i rozwój.

Wachlarz odpowiedzi ankietowanych bibliotek wojewódzkich na temat **zmian pracy bibliotek szpitalnych** po reformie służby zdrowia ma bardzo dużą rozpiętość: od zastrzeżeń, że wiedza o przygotowywanej reformie jest wśród bibliotekarzy nikła, co nie upoważnia do wysuwania jakichkolwiek propozycji zmian przed zapoznaniem się z jej założeniami, aż po nadzieje, że właśnie ta reforma stworzy preferencje dla bibliotek szpitalnych, sanatoryjnych i w domach pomocy społecznej, dostrzeże ich terapeutyczną funkcję.

Proponuje się zatem jednoznaczne określenie miejsca biblioteki w schemacie organizacyjnym szpitala. Biblioteka jako placówka realizująca zadania z zakresu biblioterapii powinna wejść w skład zespołu leczniczo-opiekuńczego (WBP w Przemyślu), gdyż istnieje duże prawdopodobieństwo likwidacji niektórych bibliotek, nawet w dużych szpitalach; np. w 1999 r. dyrekcja Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu planuje zamknięcie placówki i rozdzielenie książek na poszczególne oddziały (WBP w Częstochowie). Nie wszędzie jednak sytuacja wygląda podobnie, np. na tenże sam rok zaplanowano otwarcie pełnoetatowej filii w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Wałbrzychu. WBP z tego byłego województwa uważa, że na szczeblu gminy utrzymanie biblioteki szpitalnej winno być refundowane z Kasy Chorych, na szczeblu powiatu – wg umowy – częściowo z budżetu powiatu i z Kasy Chorych.

Wśród ankietowanych istnieje zgoda, co do potrzeby i celowości funkcjonowania i rozwijania sieci bibliotek w zakładach lecznictwa zamkniętego. Jednak część bibliotek wojewódzkich widziałyby je raczej jako placówki organizowane przez szpital, część zaś jako biblioteki publiczno-szpitalne. Jako przykłady obu tych stanowisk niech posłużą poniższe wypowiedzi:

1. „Po reformie służby zdrowia biblioteki w szpitalach powinny mieć tak jak dotychczas status bibliotek zakładowych, podległych i finansowanych przez resort zdrowia. Dzięki dodatkowym zadaniom, jakie mogą wykonywać niektóre z nich (wypożyczanie kaset wideo, usługi kserograficzne, księgarnia) łatwiej będzie utrzymywać biblioteki dla pacjentów” (WBP w Ciechanowie). Na marginesie tej wypowiedzi należałoby chyba jednak zaznaczyć, że jest kwestią dyskusyjną wykonywanie owych proponowanych dodatkowych usług właśnie przez bibliotekę szpitalną (z różnych względów).

2. „Po zmianach organizacyjnych służby zdrowia może dojść do likwidacji bibliotek szpitalnych, jako biblioteki zakładowej – szpitala. Biblioteki samorządowe powinny wystąpić z inicjatywą tworzenia filii w placówkach szpitalnych, które są prowadzone w sposób prawidłowy przez wykwalifikowaną kadrę. (...) Tylko te placówki mają szanse przetrwania w szpitalach” (WBP we Wrocławiu).

WBP w Szczecinie proponuje, by nowe formy pracy z osobami hospitalizowanymi wprowadzać szczególnie na oddziałach dziecięco-młodzieżowych oraz na oddziałach dla osób różnie uzależnionych.

Sprawę zmian w pracy bibliotek szpitalnych w związku z reformą służby zdrowia w sposób najbardziej kompleksowy przedstawiła WBP w Katowicach, proponując – jak już wspomniano – opracowanie modelu wzorcowej biblioteki szpitalnej. W myśl tej wypowiedzi:

„(...) Biblioteka powinna funkcjonować w dużym lokalu, usytuowanym w centralnym miejscu szpitala, na skrzyżowaniu ciągów komunikacyjnych dostosowanym dla osób na wózkach inwalidzkich. Placówka powinna być obsługiwana przez 2 etatowych, wysoko kwalifikowanych i przygotowanych do pracy z czytelnikiem chorym, biblioterapeutów.

Placówka taka powinna być wyposażona w różnorodny materiał biblioteczny, tzn. książki czarnodrukowe, „książki mówione” z zestawem magnetofonów, materiały alternatywne, a także prasę w szerokim asortymencie. Biblioteka powinna być miejscem azylu dla pacjenta, który w tym miejscu znajdzie schronienie przed rytuałem szpitalnym, a jednocześnie być miejscem, w którym można się zrelaksować – można prowadzić dobrze pojętą muzykoterapię.

Oczywiście biblioteki takie powinny pracować do późnych godzin wieczornych, bo wtedy pacjent ma wolny czas, przedpołudnia z reguły w szpitalu są przeznaczone na zabiegi lecznicze. Szczególny nacisk powinno się położyć na informację o bibliotece i jej zasobach. Biblioteka mogłaby także gromadzić materiał i prowadzić działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej – wykłady lekarzy, dietetyków”.

Jak dowodzą powyższe wypowiedzi, dobrze by się stało, aby uwagi bibliotekarzy kompetentnych i doświadczonych w pracy z czytelnikiem chorym i niepełnosprawnym były brane pod uwagę przy opracowywaniu aktów prawnych, dotyczących bezpośrednio, bądź pośrednio, obsługi czytelniczej specjalnej kategorii użytkowników.

Osobnym zagadnieniem, jaki poddano badaniu ankietowemu była **sytuacja bibliotek** w domach opieki społecznej na terenach objętych działalnością byłych wojewódzkich bibliotek publicznych.

Z 40 odpowiedzi, w 38 zawarte były mniej lub bardziej szczegółowe dane na temat wspomnianych placówek. Wykazano istnienie **497 domów pomocy społecznej, w których funkcjonowało 69 placówek określonych jako biblioteki. A więc zaledwie w około 14% zakładów istniały biblioteki.** Jednocześnie wymieniono niesprecyzowaną liczbę punktów bibliotecznych, działających w domach opieki społecznej.

Ocena sytuacji finansowej, lokalowej, kadrowej bibliotek w domach pomocy społecznej jest dość trudna, zwłaszcza, iż niejednokrotnie samym ankietowanym byłym bibliotekom wojewódzkim nie udało się uzyskać wystarczająco szczegółowego rozeznania tej sytuacji. Przeważają opinie, że biblioteki domów pomocy społecznej znajdują się pod każdym właściwie względem w sytuacji niekorzystnej, jeżeli zaś zdarza się ocena pozytywna, to z zastrzeżeniem, że zaspokajanie potrzeb czytelniczych pensjonariuszy następuje jedynie na minimalnym poziomie: „Placówki biblioteczne zabezpieczają minimalne potrzeby czytelnicze. Ich sytuacja kadrowa, finansowa pozwala na zaspokojenie potrzeb na poziomie dostosowanym do możliwości odbiorców” (WBP w Lublinie).

Znacznie częściej zdarzały się wypowiedzi jak ta cytowana poniżej: „Sytuacja finansowa tych placówek jest bardzo trudna. Od lat nie uzupełnia się zbiorów nowościami z zakresu literatury pięknej. Sporadycznie kupuje się książki medyczne. Księgozbiory są stare, powiększane czasami pozycjami ofiarowanymi przez przychodzących pensjonariuszy. Warunki lokalowe także złe” (WBP w Kielcach).

Pomimo powszechnie odczuwanych trudności finansowych, niektóre z nich starają się stosować różne metody, by ożywić swoją działalność. Tak dzieje się na przykład w bibliotece Państwowego Domu Pomocy Społecznej dla Osób Przewlekłe Chorych w Brańszczyku, w byłym województwie ostrołęckim, która co prawda z braku środków finansowych nie zakupiła w latach 1994-1998 ani jednej książki, ale posiadając dobre warunki lokalowe umożliwiła Gminnej Bibliotece Publicznej z tej miejscowości zorganizowanie punktu bibliotecznego, który zasilą skąpy księgozbiór biblioteki ośrodka, a z jej zbiorów korzystają nie tylko pensjonariusze, ale także pracownicy zakładu, członkowie ich rodzin oraz inni mieszkańcy gminy.

Obok trudności finansowych (z powodu których zbiory bibliotek domów pomocy społecznej są przestarzałe, nie uzupełniane o nowości wydawnicze), najczęściej podkreślane były trudności lokalowe. Biblioteki te to

najczęściej kilka zamkniętych szaf z książkami, umieszczonych w świetlicy, gdzie są udostępniane. Kącik w świetlicy lub w tzw. cichym pokoju nie zastąpi biblioteki z prawdziwego zdarzenia. Biblioteki w domach pomocy prowadzone są najczęściej przez pracowników socjalnych, instruktorów terapii zajęciowej, pielęgniarki, pracowników do spraw kulturalno-oświatowych. Nie mają oni wykształcenia bibliotekarskiego, a prowadzenie biblioteki jest dodatkowym zajęciem w ramach etatu, na którym są zatrudnieni.

Na pewno w wielu miejscach kraju pożądana byłaby taka sytuacja, jak w Rudzie Śląskiej, w woj. katowickim, gdzie w Domu Pomocy Społecznej działała filia biblioteczna finansowana i prowadzona przez bibliotekę publiczną. Pociuszający jest jednak fakt, że „w większości Domów Pomocy Społecznej zmieniła się już świadomość pracowników (...), że (...) to nie jest tylko <<przechowalnia>> dla starych ludzi. Stąd powstaje wiele pracowni terapii zajęciowej. Są organizowane przeglądy amatorskich teatrów i zespołów, wystawy twórczości rękodzielniczej i plastycznej” (WBP Katowice).

Nadal brak jest powszechnej świadomości, że książka jest jednym z elementów, który może opóźnić procesy starzenia. A dotyczy to nie tylko pensjonariuszy domów opieki społecznej, nie tylko czytelników chorych i niepełnosprawnych, ale także ludzi zdrowych na ciele i duchu, czyli po prostu – nas wszystkich.

PREZENTACJA PRACY BIBLIOTEKI SZPITALNEJ

Śląski Szpital Reumatologiczny (od bieżącego roku Reumatologiczno-Rehabilitacyjny) został zbudowany w latach siedemdziesiątych, a oddany do użytku w czerwcu 1975 r. Uroczystego otwarcia dokonano w obecności wyższych władz województwa katowickiego i licznych przedstawicieli centralnej i terenowej administracji służby zdrowia, a także wielu zaproszonych gości. Szpital był ostatnią inwestycją wojewody generała Jerzego Ziętka, a od 1987 r. nosi jego imię. W skład szpitala wchodzi 6 oddziałów reumatologicznych i oddział chirurgii ortopedycznej (w sumie 360 łóżek), a także Zakład Przyrodolecznicy o zdolności wykonywania 1000 zabiegów dziennie, nowoczesne laboratorium, zakład radiologii, dział diagnostyki specjalistycznej, specjalistyczna przychodnia przyszpitalna, obejmująca poradnie reumatologiczną i ortopedyczną dla południowego makroregionu Polski oraz inne służby zabezpieczające funkcje szpitala. Załogę szpitala stanowi przeszło 300 osób.

Śląski Szpital Reumatologiczno-Rehabilitacyjny posiada profil, zgodnie z którym chorzy na najcięższe postaci chorób reumatycznych w okresie najpotrzebniejszym mogą korzystać z kompleksowej rehabilitacji. Choroby te stanowią 2% populacji.

Przyczyną hospitalizacji chorych najczęściej są: choroby zwyrodnieniowe stawów (30,87%), reumatoidalne zapalenie stawów (27,03%), zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (11,48%), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (4,29%) i inne. Na oddziale chirurgii ortopedycznej wykonuje się następujące zabiegi: endoprotezoplastyka stawu biodrowego (15,04%), synowektomia stawu kolanowego, operacja paluchów koślawych, zespolenie złamania i inne. Pacjenci to najczęściej osoby powyżej 65 lat (stanowią 33,2% wszystkich chorych). Pozostałe grupy wiekowe prezentują się następująco: 1-19 lat (0,5%), 20-34 lat (4,9%), 35-45 lat (11,8%), 45-54 lat (22,8%), 55-64 lat (22,8%).

W 1998 r. hospitalizowano w sumie 5608 osób, z czego 4836 na oddziałach reumatologicznych i 772 osoby na oddziale chirurgii ortopedycznej.

Biblioteka szpitalna to jedna z filii Miejskiej Biblioteki Publicznej im. Jana Wantuły w Ustroniu. Wcześniej biblioteka posiadała sześć filii (w szpitalu utworzona jako trzecia), obecnie już tylko dwie.

Filia, o której mówię, została otwarta krótko po oddaniu do użytku szpitala, w 1976 r. Inicjatorką jej utworzenia była ówczesna kierowniczka biblioteki miejskiej, Janina Guzkiewicz. Szpital zobowiązał się wtedy (i tak

jest do chwili obecnej) udostępnić pomieszczenie na księgozbiór z częściowym wyposażeniem, zapewnić ogrzewanie i oświetlenie, natomiast do biblioteki należało obsadzenie etatu i skompletowanie księgozbioru. Pierwsze woluminy zostały przekazane z centrali, następnych zakupów dokonano już z myślą o zaspokojeniu specyficznych potrzeb czytelnich pacjentów. Początkowo najbardziej liczny był dział beletrystyki, literatury lekkiej. Działy popularnonaukowe uzupełniono o literaturę wojenną, reportaże kryminalne i pozycje z zakresu etnografii i folkloru. Najliczniejszymi obecnie działami popularnonaukowymi są: dział biograficzny, II wojna światowa i historia, zarówno Polski, jak i powszechna.

W początkowym okresie działalności szpital zapewniał także prenumeratę czasopism. Od kilku lat dysponujemy już niestety tylko czasopismami, pochodzącymi z darów od czytelników lub pracowników biblioteki.

Pierwszą bibliotekarką, zatrudnioną w szpitalu, była nieżyjąca już Aniela Szymaniak, która samodzielnie prowadziła placówkę w latach 1976-1985. Oprócz pracy w bibliotece beletrystycznej prowadziła także działalność kulturalno-oświatową (prelekcje, seanse filmowe w sali kinowej szpitala) i obsługiwała bibliotekę medyczną.

Od 1 stycznia 1986 r. dołączyła do niej, po przejściu na emeryturę, Janina Guzkiewicz. A. Szymaniak pracowała do 1994 r., a J. Guzkiewicz do 1996 r. Po niej na krótko stanowisko objęła A. Guznar (była dyrektorka MBP w Ustroniu), a od czerwca 1997 r. do chwili obecnej Beata Grudzień. Wcześniej byłam zatrudniona w centrali biblioteki miejskiej, a następnie w jednej z filii i czytelnicy dla dorosłych.

W bibliotece szpitalnej pracuję tylko dwa lata, więc trudno będzie mi przedstawić wszystkie aspekty jej działalności. Postaram się jednak zrobić to jak najlepiej. Proszę o wybaczenie ewentualnych potknięć i niedociągnięć.

Od początku działalności biblioteki trudno mówić o ścisłej współpracy ze szpitalem. Są to raczej dwie oddzielnie działające jednostki. Oddziały szpitalne są zamknięte i nie ma możliwości wyjścia z książką do pacjenta, co ma szczególnie znaczenie w przypadku chorych leżących. Osoby te są zdane na grzeczność innych pacjentów czy – rzadziej – pracowników. Personel szpitala, a raczej jego część, zawsze chętnie korzystał z księgozbioru.

Niestety obecnie, kiedy borykamy się z trudnościami finansowymi (brakiem środków na zakup nowości), część osób rezygnuje z wypożyczenia książek. Kilkakrotnie zwracano się z prośbą do dyrekcji szpitala o częściowy udział w finansowaniu zakupów nowości wydawniczych, jednak szpital tłumacząc się złą kondycją finansową, nie udzielił dotychczas pozytywnej odpowiedzi.

W początkowym okresie działalności biblioteka spotykała się z bardzo przychylnym stosunkiem władz miejskich i samorządowych. W latach dziewięćdziesiątych sytuacja uległa zmianie. Dokonano likwidacji czterech filii

bibliotecznych, zastanawiano się też nad zamknięciem placówki w szpitalu. Mam nadzieję, że nigdy nie dojdzie do realizacji tych planów. Dla chorych, którzy poddają się tutaj leczeniu, biblioteka stanowi obecnie jedyną bezpłatną formę zagospodarowania czasu wolnego (poza możliwością obejrzenia telewizji). W szpitalu zamkniętym, tzn. z bardzo ograniczoną możliwością uzyskania przepustki, zachodzi konieczność wypełnienia czasu wolnego od zabiegów i innych zajęć leczniczo-rehabilitacyjnych. Wiele osób przyjeżdża do Ustronia od początku istnienia placówki i pierwsze kroki kieruje do biblioteki, polecając jej zbiory także innym pacjentom. Dla wielu z nich jest to jedyna możliwość nadrobienia zaległości w lekturze, a często – z różnych powodów – jedyny kontakt z książką w ogóle. Myślę, że ludzi tych spotkałby wielki zawód, gdyby w czasie kolejnego pobytu nie mogli korzystać z biblioteki.

Jak już wspominałam wcześniej, pracowałam w innych działach bibliotecznych. Praca z pacjentem odznacza się szczególną specyfiką. Mając do czynienia z człowiekiem schorowanym, trzeba się wykazać ogromną cierpliwością i wyrozumiałością. Pacjenci często przychodzą nie tylko po konkretną książkę, ale chcą porozmawiać, czasem uciec na chwilę od męczących współlokatorów albo po prostu ponarzekać na życie w szpitalu. Wielu „weteranów”, posiadających karty czytelnika od pierwszego pobytu w szpitalu, zdążyło się zaprzyjaźnić ze „starszą panią” (czyli panią Guzkiewicz) i pytają o nią. Przez lata swej pracy była ona dobrym duchem i powiernikiem wielu pacjentów. Bardzo miłe jest to, że nie zapomniano o niej, kiedy już zakończyła pracę zawodową.

Podobnie, jak w innych zawodach, wymagających kontaktu z ludźmi, zdarzają się i mniej przyjemne momenty. Bywają osoby niezadowolone i nastawione krytycznie do wszystkiego, jednak mając na uwadze ich poważne schorzenie, łatwiej wytłumaczyć takie nastawienie.

Z biblioteki korzystają także (na szczęście sporadycznie) „miłośnicy książek”, zabierający ulubione pozycje do domu. Jeśli już dojdzie do takiej sytuacji, to albo istnieją znikome szanse na odzyskanie straty, albo „winowajca” z przerażeniem odkrywa, że wyjechał z nie swoją własnością i stara się osobiście dostarczyć ją z powrotem. Niedawno odwiedził mnie pacjent, który dwa lata wcześniej wyjechał z trzema książkami popularnonaukowymi, a teraz podczas następnego pobytu w szpitalu, postanowił je oddać. Był szczerze zdziwiony i oburzony, że obawiam się wypożyczyć mu kolejne woluminy! Jedynym zabezpieczeniem przed kradzieżą jest pieczątką biblioteki, umieszczona na karcie zabiegowej. Bez podpisu bibliotekarza pacjent nie powinien opuścić szpitala, jednak w praktyce różnie to bywa. Myślę jednak, że podobne sytuacje są nieobce w naszym zawodzie.

Pacjenci preferują książki z kanonu literatury lekkiej. Panie najczęściej pytają (niezmiennie od kilku lat) o pozycje Danielle Steell i książki z „serduszkami” (Jadwiga Courths-Mahler). Sporym powodzeniem cieszą się też serie „Tylko dla Pań”, „Da Capo”, a także powieści Judith Krantz, Barbary

Taylor-Bradford, Elizabeth Adler, Mary Higgins-Clark. Ponadto wiele pań sięga po powieści biograficzne o kobietach Wschodu (szczególnie Betty Mahmoody *Tylko razem z córką*). Panowie najczęściej czytają książki sensacyjne (Robert Ludlum, Jack Higgins, Ken Follet, Hans Helmut Kirst), pozycje z „czarnej serii” (Tom Clancy), Wiktora Suworowa. Wiele osób wypożycza kryminały z nieśmiertelną Agathą Christie na czele, powieści Johna Grishama, zdarzają się też wielbiciele horrorów i thrillerów. Wiernych czytelników mają też serie z „kameleonem” i „salamandrą”, a wśród nich powieści Williama Whartona.

Z działów popularnonaukowych najchętniej czytane są książki biograficzne. Panie wybierają życiorysy aktorów, pisarzy, znanych postaci z estrady i ekranu, a panowie preferują fakty z życia polityków.

Znaczna grupa osób pyta o pozycje z dziedziny medycyny (zdrowe odżywianie i styl życia) ze szczególnym uwzględnieniem diety dr. Kwaśniewskiego (u mnie, niestety, niedostępne). Dostają też książki z psychologii, parapsychologii, relacje z podróży i wspomnienia wojenne.

Przedstawię teraz trochę danych liczbowych dotyczących prowadzonej przez mnie placówki. Księgozbiór liczy obecnie 7312 woluminów, z czego 5241 to powieści, 2071 to pozycje popularnonaukowe. W ubiegłym roku zakupiono 68 książek, a 77 przekazano z likwidowanej biblioteki zakładowej. 79 z tych pozycji to beletrystyka, a 66 pozycje popularnonaukowe.

W 1978 r., a więc na początku działalności biblioteki, liczba czytelników zarejestrowanych wynosiła 805 osób. W 1988 r. liczba ta wzrosła do 1315, w r. ubiegłym z biblioteki skorzystało 1046 osób, z czego 965 to pacjenci, a 81 pracownicy szpitala. Zarejestrowano 10 osób w wieku 16-19 lat, 14 w wieku 20-24 lat, 190 w wieku 25-44 lat, 448 z grupy 45-60 lat i powyżej 60 roku życia 384 osoby.

Wypożyczono ogółem 7309 woluminów, w tym 6286 powieści i 1023 pozycje popularnonaukowe. Dla porównania w latach wcześniejszych liczby te kształtowały się następująco: w roku 1978 wypożyczono 4885 woluminów, a w roku 1988 – 10 038.

Przygotowując powyższy referat, zapoznałam się z historią placówki, prowadzonej obecnie przez mnie. Przy okazji poszerzyłam swą wiedzę ogólną na temat szpitala, w którym filia ma siedzibę. Przeprowadziłam rozmowę z byłą kierowniczką biblioteki, J. Guzkiewicz. Uświadomiła mi ona wiele aspektów i spraw, wcześniej mi obcych, za co jestem jej bardzo wdzięczna. Żywię nadzieję, że w przyszłości nasza działalność zostanie dostrzeżona i doceniona przez odpowiednie władze.

Na zakończenie zwracam się z prośbą do dyrektora szpitala, aby w przyszłości znalazł w budżecie środki na dofinansowanie naszej filii w zakresie zakupu nowych książek, aby za kilka lat nie zmieniła się ona w magazyn zdezaktualizowanych wydawnictw z malejącą liczbą czytelników.

**Informacje na temat wykonanych świadczeń
w latach 1996, 1997, 1998**

Lp.	Wyszczególnienie	Hospitalizowani		
		1996 r.	1997 r.	1998 r.
	Oddziały szpitalne			
1	5002 REUMATOLOGIA	4850	4793	4836
2	5059 CHIRURGIA ORTOPEDYCZNA	752	641	771
	Ogółem	5602	5434	5608

Procentowy udział leczonych pacjentów (wg grup wiekowych)

wiek	%
1-19	0,5
20-34	4,9
35-44	11,8
45-54	22,8
55-64	26,8
65 i więcej	33,2

Przyczyny hospitalizacji chorych. Oddziały reumatologiczne

Lp.	Wyszczególnienie jednostek chorobowych	udział procentowy
1	Choroby zwyrodnieniowe	30,87
2	Reumatoidalne zapalenie stawów	27,03
3	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	11,48
4	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	4,29
5	Choroby grzbietu	3,93
6	Systemowe choroby tkanki łącznej	4,39
7	Łuszczyca stawowa	2,55
8	Dna prawdziwa	1,51
9	Systemowe zapalenie naczyń	1,51
10	Choroby stawów związane z zakażeniami	0,85
11	Osteoporoza	1,35
12	Artropatie wywołane odkładaniem kryształów	0,91
13	Inne	9,34

Oddział chirurgiczno–ortopedyczny

Lp.	Wyszczególnienie jednostek chorobowych	udział procentowy
1	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	15,04
2	Synowektomia stawu kolanowego	12,49
3	Operacja paluchów koślawych	9,80
4	Synowektomia w obrębie stawów ręki	7,45
5	Korekcja przodostopia w stopie reumatoidalnej	5,66
6	Usunięcie torbieli podkolanowej	5,66
7	Rewizja kanału nadgarstka	4,83
8	Usunięcie materiału zespalającego	4,14
9	Artroskopia stawu kolanowego	3,93
10	Tenosynowektomie ścięgien	4,07
11	Synowektomia stawu łokciowego	2,97
12	Meniscektomia	2,62
13	Operacja przykurczu Dupuytrena	1,86
14	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	1,79
15	Synowektomia nadgarstka	1,86
16	Zespolenie złamania	1,52
17	Inne	14,35

KSZTAŁCENIE BIBLIOTERAPEUTÓW DLA POTRZEB ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Placówki opieki zdrowotnej (szpitale, sanatoria, zakłady opiekuńczo-wychowawcze) za główny cel stawiają sobie leczenie pacjentów. Jednak leczenie to obejmuje także wszelkiego rodzaju psychoterapię. Dowodem na to jest zatrudnianie przez te instytucje, obok personelu medycznego, także wychowawców – pedagogów, psychologów, reedukatorów, bibliotekarzy. Jest to więc cała rzesza specjalistów odpowiedzialnych za prowadzenie terapii zajęciowej w placówkach zdrowotnych.

Biblioterapia jest jedną z form takiej terapii, za pomocą której można poprawić nie tylko nastrój pacjenta, ale przede wszystkim dostarczyć mu wiedzy o jego chorobie, która to wiedza pozwoli mu nauczyć się żyć z niepełnosprawnością. Można ją więc stosować w szpitalach, sanatoriach, ośrodkach rehabilitacyjnych. Świadomość tego ma coraz więcej osób zatrudnionych w wyżej wymienionych placówkach. Wychowawcy, pedagodzy, psychologowie, a tym bardziej bibliotekarze (teraz rzadko zatrudniani w szpitalnictwie polskim), z biblioterapią coraz częściej mają okazję zetknąć się w czasopiśmie fachowych, sieci Internetu, na szkoleniach, warsztatach i kursach. Samodzielnie jednak wszyscy wymienieni prowadzą działalność biblioterapeutyczną, często jedynie intuicyjnie. Okazuje się bowiem, że zbyt teoretyczne przygotowanie absolwentów szkół i uczelni wyższych kształcących pedagogów, psychologów i bibliotekarzy nie pozwala im na uprawianie do końca sprawdzonej terapii. Prowadzenie biblioterapii dodatkowo utrudnia fakt, że jest ona dziedziną młodą, a w Polsce niewiele jest biblioterapeutów – praktyków, którzy mogliby przygotowywać kadrę profesjonalistów, w pełni gotową do szerzenia biblioterapii.

Biblioterapeuta nie może zostać osoba do tego nieprzygotowana. Musi ona spełniać bowiem określone warunki. Przede wszystkim powinna posiadać wiedzę literacką, która pozwoli jej na dobór odpowiednich książek dla każdego uczestnika terapii indywidualnie. Diagnoza pacjenta i jego potrzeb możliwa jest jednak tylko wtedy, gdy kandydat na biblioterapeutę posiada wiedzę psychologiczną, konieczną przy rozpoznawaniu emocji, prowadzeniu zajęć relaksacyjnych, czy aktywizujących. Dodatkowo, ważne są umiejętności pedagogiczne, wymagane do pracy z każdą grupą, przede wszystkim w placówkach, gdzie działalność wychowawcza ma priorytetowe znaczenie z racji braku kontaktu pacjenta z domem rodzinnym. Najlepiej, gdy biblioterapia odbywa się w bibliotece, gdzie pacjent może swobodnie obco-

wać z książkami, stąd też pożądanymi umiejętnościami biblioterapeuty są umiejętności bibliotekarskie, wystarczające do zakupu, opracowania i udostępniania książek, ale też umiejętności pracy zarówno z czytelnikiem indywidualnym, jak i z grupą. Tak więc, wiedza biblioterapeuty powinna być wielokierunkowa, stąd zapewne spory kto ma prowadzić biblioterapię. Jedni twierdzą, że najlepszą do tego osobą będzie psycholog, który jednak nie posiada żadnej wiedzy bibliotekarskiej, a często także ma duże braki w literaturze beletrystycznej. Inni wskazują na pedagoga, jeszcze inni na psychologa klinicznego, są też zwolennicy personelu medycznego (lekarzy, czy pielęgniarek) na tym stanowisku. Wszyscy wymienieni bronią się jednak przed tym, tłumacząc się brakiem czasu, środków, a przede wszystkim wiedzy. Wynika to zapewne z faktu, że przedmiot biblioterapia nie widnieje na ogół w programach szkół i uczelni przygotowujących swoich absolwentów do tych zawodów. Stąd też wydaje się konieczne utworzenie w najbliższej przyszłości zawodu biblioterapeuty, który łączyłby w sobie wszystkie wyżej wymienione umiejętności. O przydatności do tego zawodu decydowałyby głównie cechy osobowościowe: otwartość, pogoda ducha, umiejętność pracy z grupą, czy klientem indywidualnym, które to cechy uzupełniałaby zdobyta w czasie nauki wiedza merytoryczna.

Jak dotychczas brak jednak w Polsce placówek specjalizujących się w przygotowywaniu biblioterapeutów. Pewną szansę na wypełnienie tej luki stwarza obecność biblioterapii w programach niektórych dwuletnich szkół pedagogicznych, czy bibliotekarskich, a także uczelni wyższych przygotowujących pedagogów, czy bibliotekarzy. Jednak, mimo że w prasie bibliotekarskiej, pedagogicznej i medycznej, również obecnie pojawia się coraz więcej artykułów zwracających uwagę na konieczność prowadzenia biblioterapii w instytucjach oświatowych i placówkach zdrowotnych, tylko nieliczne ośrodki kształcące w Polsce, dostrzegły potrzebę przygotowania do tego swoich absolwentów.

Najwięcej w tym kierunku uczynili zapewne bibliotekoznawcy. Można się o tym przekonać, analizując ankietę, którą rozesłano do wszystkich dwuletnich szkół bibliotekarskich i uczelni wyższych, posiadających samodzielny kierunek bibliotekoznawstwa, bądź specjalności bibliotekarskie. Celem badań było sprawdzenie w ilu z tych placówek wprowadzono biblioterapię, w ramach jakich przedmiotów i w jakim wymiarze realizowane jest to zagadnienie. Założono bowiem, że im więcej biblioterapii jest w programie nauczania, tym lepszy jest stopień przygotowania przyszłego bibliotekarza do pracy terapeutycznej.

Ankietę rozesłano łącznie do 23 instytucji, w tym do 15 szkół dwuletnich i 8 uczelni wyższych. Odesłało ją zaledwie 15 placówek (ok. 60%), w tym 11 szkół dwuletnich i 3 uczelnie wyższe. I tak, ankietę przysłały szkoły dwuletnie z Białegostoku, Jarocina, Katowic, Kielc, Koszalina, Krakowa, Lublina, Łodzi, Poznania, Warszawy i Wrocławia. Pozostałe szkoły nie odesłały ankiet, chociaż Centrum Ustawicznego Kształcenia Bibliotekarzy

w Warszawie, podało informacje o swoich filiach w Olsztynie, Rzeszowie, Toruniu i Zielonej Górze. W informacjach tych brak jednak danych o ewentualnej obecności biblioterapii w programach tych placówek. Z uczelni wyższych ankietę odesłały Uniwersytety: Śląski i Toruński, Warszawski oraz Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Krakowie.

Pośród szkół pomaturalnych biblioterapię do tej pory wprowadziło tylko Państwowe Pomaturalne Studium Kształcenia Bibliotekarzy i Animatorów Kultury SKIBA, we Wrocławiu. Szkoła ta nie tylko wprowadziła biblioterapię jako samodzielny przedmiot, ale od 1985 r. prowadzi w tym zakresie specjalizację, obejmującą takie przedmioty jak: filozoficzne i socjologiczne problemy zdrowia i choroby, podstawy rehabilitacji, anatomia i fizjologia, psychologia, podstawy pomocy psychologicznej, problemy społeczne chorych i niepełnosprawnych oraz biblioterapia. Wśród przedmiotów nadobowiązkowych, wspomagających kształcenie biblioterapeutów znalazły się kultura żywego słowa i arteterapia. Na zajęcia specjalizacyjne przeznaczono łącznie 730 godzin. Z tego na praktyki w różnych ośrodkach 180 godzin.

Również szkoły w Białymstoku, Koszalinie i Warszawie deklarują kształcenie w zakresie biblioterapii, ale tylko i wyłącznie w ramach innych przedmiotów. Wszystkie z tych placówek robią to w ramach czytelnictwa. Jednak obszerny program metodyki pracy z czytelnikiem i metodologii badań nie pozwala zapewne na realizację zbyt wielu godzin poświęconych biblioterapii, czy przynajmniej obsłudze czytelników niepełnosprawnych. Szkoły w Białymstoku i Warszawie deklarują dodatkowo obecność elementów biblioterapii na II roku studiów, w ramach takich przedmiotów, jak pedagogika (szkoła w Białymstoku), czy pedagogika z elementami psychologii i warsztaty czytelnicze (Studium w Warszawie). Przedmioty te obejmują ogółem od 20 do 40 godzin, a więc nie jest to zapewne ilość wystarczająca na realizację treści pedagogicznych i biblioterapeutycznych łącznie.

Pozostałe ankietowane placówki w ogóle nie wprowadzają tych treści do swoich programów i nie planują ich także w swoich nowych programach nauczania, mimo że większość ich przedstawicieli widzi taką potrzebę, czy to jako przedmiotu samodzielnego, czy też jako części innego przedmiotu.

Pośród czterech uczelni wyższych, które wypełniły ankietę, dwie prowadzą biblioterapię w ramach odrębnych przedmiotów. Są to Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Krakowie, gdzie treści biblioterapii realizowane są w formie warsztatowej w ramach wykładu monograficznego lub przedmiotu do wyboru, w wymiarze 20-30 godzin na IV bądź V roku studiów oraz Uniwersytet Toruński, który bibliotekarzy – biblioterapeutów przygotowuje na specjalizacji biblioterapeutycznej i fakultecie, obejmujących blok 9 przedmiotów realizowanych na I i II roku studiów magisterskich i III roku studiów licencjackich, w wymiarze 510 godzin. W przypadku Torunia należy zaznaczyć, że 60 godzin przeznaczają się tam na praktykę w wybranych placówkach, co jest bardzo cenną formą przygotowania biblioterapeutów.

W Uniwersytecie Warszawskim biblioterapia jest realizowana jako programowa ścieżka magisterska obejmująca blok zajęć obowiązkowych liczących 240 godzin (40 punktów ECTS), blok przedmiotów opcjonalnych, zalecanych o minimalnym wymiarze 210 godzin (35 punktów ECTS) oraz praktykę specjalistyczną w wymiarze 156 godzin (15 punktów ECTS). Program zajęć ma przygotować przyszłych bibliotekarzy (głównie publicznych i szkolnych) do aktywnych form pracy z książką i wykorzystania metody biblioterapeutycznej. Przedmioty wchodzące w skład ścieżki to m.in.: terapia czytelnicza (w wymiarze 45 godzin), przedmioty zapoznające z literaturą dla dzieci i młodzieży (piękną i popularnonaukową) łącznie 120 godzin czy metodyka pracy z czytelnikiem. W skład bloku przedmiotów opcjonalnych wchodzi m.in.: drama, człowiek w sytuacji trudnej, pedagogika rewalidacyjna, pedagogika zabawy, warsztaty pedagogiczne, terapia przez sztukę, techniki terapii zajęciowej z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną. Studenci deklarujący udział w tej specjalizacji mają do wyboru ok. 4 przedmiotów opcjonalnych, zgodnie z własnymi zainteresowaniami i potrzebami. Podkreślić należy, iż nie wymieniane w programie tej specjalizacji takie przedmioty jak psychologia, pedagogika czy biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania są przedmiotami wchodzącymi w skład uniwersyteckiego przygotowania pedagogicznego i wybierane są jako obowiązkowe dla wszystkich studentów pragnących uzyskać kwalifikacje pedagogiczne. Mogą także być zalecane jako opcjonalne (w czasie realizacji ścieżki) lub przedmiot fakultatywny zaliczony w całości studiów.

Również Uniwersytet Śląski deklaruje obecność wyżej wymienionych treści w swoich programach nauczania, chociaż rezerwuje na to miejsce w czytelnictwie na II lub III roku studiów.

Podsumowując ankietę, należy stwierdzić, że zaledwie kilka placówek przygotowujących kadrę polskich bibliotek w swoim kształceniu poświęcają uwagę biblioterapii, czy obsłudze czytelników chorych i niepełnosprawnych, mimo że dostrzegają tego potrzebę. Taką konieczność widzą także już pracujący bibliotekarze, którzy bardzo chętnie biorą udział we wszystkich formach doskonalenia i dokształcania z zakresu biblioterapii.

Szukając dróg doskonalenia w tym zakresie trafiają oni na ogół do Wojewódzkich Ośrodków Metodycznych, które mają w swoich programach ministerialnych biblioterapię jako przedmiot w kwalifikacyjnym kursie z zakresu bibliotekoznawstwa. Według wytycznych Ministerstwa przedmiot ten powinien obejmować 60 godzin. Okazuje się jednak, że tylko nieliczne ośrodki realizowały go (w takiej formie WOM-y w Wałbrzychu, Szczecinie, w liczbie 30-60 godzin jako kursy doskonalące z zakresu biblioterapii Legnica, Gorzów Wielkopolski, Piła, jeszcze dodatkowo Szczecin). Pozostałe ośrodki tłumacząc się brakiem wykwalifikowanej kadry do prowadzenia podobnych zajęć, zastąpiły je innymi, bądź ograniczyły ich liczbę. Jedynymi formami tam prowadzonymi są więc jednodniowe 4-5-godzinne seminaria dla bibliotekarzy i metodyków i około 1,5-godzinne spotkania (Łódź, Jelenia Góra, Wrocław i dodatkowo Wałbrzych). Wymieniając te placówki można

zauważyć, że większość wojewódzkich ośrodków metodycznych (szczególnie w Polsce południowej i centralnej) nie prowadzi żadnych szkoleń, kursów, seminariów i innych form doskonalących w zakresie biblioterapii. Tych zagadnień nie obejmują też kursy terapii pedagogicznej, czy formy pracy wychowawczej.

Także biblioteki publiczne organizują dla swoich pracowników wyłącznie jednodniowe, kilkugodzinne szkolenia w zakresie biblioterapii, czy czytelnictwa chorych (WBP w Legnicy, Tarnowie, Wałbrzychu, biblioteka jednostki wojskowej w Krakowie).

Również w kształceniu pedagogicznym nie jest lepiej, chociaż niektóre uczelnie przygotowujące nauczycieli, głównie dla potrzeb szkolnictwa specjalnego, wprowadziły do swoich programów terapię zajęciową obejmującą biblioterapię (Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Krakowie, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej w Warszawie). Dla nauczycieli prowadzi się również podobne kursy i warsztaty, uświadamiając im w ten sposób coraz poważniejsze miejsce biblioterapii w szkolnictwie polskim.

Tak więc, brakuje w polskich bibliotekach i szkołach fachowców potrafiących pracować z czytelnikami czy uczniami niepełnosprawnymi. Wynika to zapewne z nieobecności podobnych zagadnień w edukacji przyszłych bibliotekarzy i pedagogów.

Problem chociaż częściowo rozwiązałyby zapewne studia podyplomowe z zakresu biblioterapii, których domagają się zarówno bibliotekarze, jak i nauczyciele. Obecnie próbuje je stworzyć Uniwersytet Toruński, który podjął się tego zadania na jednej z ogólnopolskich konferencji. Największą przeszkodą dla tego przedsięwzięcia stanowi brak kadry specjalistów gotowych przygotować przyszłych biblioterapeutów. Nie został też wypracowany ogólnopolski model kształcenia w tym zakresie, który powinien się opierać głównie na praktycznym ćwiczeniu umiejętności diagnozy pacjenta i doboru dla niego odpowiednich lektur. Na przeszkodzie ku temu stoją zapewne finanse i fatalny stan polskiego szpitalnictwa, w którym coraz mniej jest możliwości zatrudniania biblioterapeutów. Mimo wszystko jednak, jeszcze wiele szpitali, sanatoriów, ośrodków rehabilitacyjnych, skłonnych byłoby zapewne zatrudnić w pełni wykwalifikowanych biblioterapeutów, których jednak polskie szkoły i uczelnie nie są w stanie przygotować.

Dla porównania warto wymienić niektóre kraje, w których uwzględniono w kształceniu bibliotekarzy wiedzę przygotowującą do obsługi czytelników chorych i niepełnosprawnych. I tak, w Norwegii w trzyletnich Państwowych Szkołach Bibliotekarskich wprowadzono na żądanie komitetu do zbadania problemu osób niepełnosprawnych przedmioty fakultatywne na temat obsługi czytelników niepełnosprawnych. Komitet postuluje, aby doświadczenia kandydatów w pracy z osobami niepełnosprawnymi były kwalifikowane jako punkty uzupełniające przy przyjęciach do szkoły¹.

¹ B. Hele: *Literatura dla niepełnosprawnych i ich obsługa w bibliotekach Norwegii*. W: *Obsługa czytelników niepełnosprawnych*. Zeszyt Przekładów 43. Warszawa 1981, s. 26-27.

W Stanach Zjednoczonych niektóre uniwersytety (np. Szkoła Biblioteczarska przy Uniwersytecie na Hawajach) wprowadzają przedmioty fakultatywne bądź kursy dotyczące zbiorów specjalnych (w tym bibliotek medycznych – przedmiot za 6 punktów). Tam także w 1987 r. ukazał się w jednym z czasopism („Adolescencje”) artykuł zwracający uwagę na potrzebę edukacji lekarzy, psychologów i pracowników socjalnych w zakresie biblioterapii.

Jednak kształcenie bibliotekarzy-biblioterapeutów na świecie też nie jest wystarczające. Problem ten próbowało rozwiązać już w 1979 r. UNESCO, przeznaczając środki finansowe na zorganizowanie cyklu spotkań dla bibliotekarzy krajów rozwijających się, w czasie których byłiby oni zaznajamiani z poziomem technologii i obsługi bibliotecznej niepełnosprawnych. Również Biblioteka Kongresu w Waszyngtonie podjęła studia nad przygotowaniem informatora i tematów do seminariów poświęconych obsłudze osób niepełnosprawnych².

Inicjatywy te są jednak wciąż niewystarczające, by można mówić zarówno w Polsce jak i na świecie o zawodzie biblioterapeuty, wspierającym bibliotekarzy w działalności rehabilitacyjnej i profilaktyce czytelniczej.

² F. K. Cylke: *Międzynarodowa koordynacja obsługi bibliotecznej ludzi niewidomych i niepełnosprawnych*. W: *Obsługa czytelników niepełnosprawnych*. Zeszyt Przekładów 43. Warszawa 1981, s. 49.

ELEMENTY BIBLIOTERAPII W PRACY BIBLIOTEKI SZPITALNEJ FILII NR 14 MBP W WOJEWÓDZKIM ZESPOLE SPECJALISTYCZNYM NEUROPSYCHIATRYCZNYM W OPOLU

Filia nr 14 w Wojewódzkiej Bibliotece Publicznej w Opolu powstała jako trzecia placówka szpitalna w 1975 r. w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym, w oddzielnym pomieszczeniu liczącym 30 m² z księgozbiorem około 2,5 tys. wol. Nie był to księgozbiór nowy, tylko wyselekcjonowany z innych bibliotek. Filia była i jest utrzymywana wyłącznie z funduszy Biblioteki Publicznej. Z braku środków finansowych Szpital nie partycypuje w zakupie książek. Daje lokal i stwarza bardzo dobrą atmosferę pracy wokół biblioteki, która w ciągu lat stała się integralną jego częścią.

W chwili obecnej księgozbiór liczy ponad 4000 wol., a bibliotekarz ma wpływ na zakup księgozbioru. Przy doborze nie stosuje się ostrej selekcji, ale preferuje pewne pozycje, zarówno z literatury pięknej, jak i popularno-naukowej, ponieważ z biblioteki korzysta też personel szpitala. Przez cały okres swego istnienia biblioteka otwarta jest w niepełnym wymiarze godzin pracy, dopiero od 5 lat pracownik jest zatrudniony na 1/2 etatu.

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny jest rozległym zespołem budynków przy ul. Wodociągowej 4, usytuowanym na obrzeżach miasta i liczy 325 łóżek oraz około 300 osób personelu z przychodniami włącznie. W szpitalu są Oddziały: Trzy Oddziały Psychiatryczne A, B, C (ten ostatni jest równocześnie Oddziałem Odwykowym leczącym ludzi uzależnionych od narkotyków), dwa Oddziały Neurologiczne, Oddział Neurologii i Psychiatrii Dziecięcej wraz ze szkołą i przedszkolem oraz Oddział Dzienny, przy którym jest usytuowana Biblioteka. Został zlikwidowany Oddział Odwykowy dla Alkoholików, przy Szpitalu działa tylko duża Poradnia Przeciwal-koholowa.

Na wszystkich Oddziałach jest umieszczona czytelna informacja o działalności Biblioteki dla pacjentów oraz o dniach i godzinach jej pracy. Niezależnie od tego, każdy czytelnik dostaje przy zapisie drukowaną ulotkę z tą samą informacją, aby nie przeciążał sobie pamięci dodatkową informacją. Godziny pracy są czytelne i niezmiennie. Filia funkcjonuje od poniedziałku do czwartku w godzinach od 9⁰⁰ do 14⁰⁰. W 1998 r. otrzymała telefon z połączeniem zewnętrznym i wewnętrznym, co bardzo ułatwiło pra-

cę i łączność z Działem Informacyjnym WBP w Opolu, jak i również z innymi bibliotekami. Pacjenci mają również telefony w pokojach i na Oddziałach i mogą prosić o przyniesienie książki.

Oddziały Psychiatryczne i Oddział Dzienny posiadają własne pracownie wyposażone w sprzęt audiowizualny z zatrudnionymi na pełnych etatach instruktorami terapii zajęciowej, którzy zajmują się organizacją czasu wolnego pacjenta i terapiami pomocniczymi, wychodzą z nimi na spacer, do ogrodu, a pacjenci Oddziału Dziennego uczęszczają do Teatru im. Jana Kochanowskiego w Opolu, kina, na wystawy, do muzeów. Oprócz leczenia farmakologicznego pacjenci biorą udział w muzykoterapii, arteterapii, psychodramie. Obecnie terapeuci ukończyli kurs choreoterapii. W szpitalu zatrudniony jest na godziny plastyk.

Dyrekcja Szpitala nawiązała współpracę z niemiecką kliniką o podobnym profilu i wymienia doświadczenia, między innymi, z zakresu terapii sztuką. W ubiegłym roku została zorganizowana przez Szpital pierwsza większa wystawa plastyczna pacjentów w hollu Filharmonii z katalogiem dla szerszej publiczności. Potem niektóre prace zostały nagrodzone i wyróżnione. Wystawa nosiła tytuł: I Opolska Wystawa Malarska Twórców Odmiennych Mentalnie i Dzieci Niepełnosprawnych (wernisaż odbył się 7 września ub. roku). Organizatorami byli: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu i Dom Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr św. Jadwigi w Czarnowasach. W katalogu zamieszczono motto Bernarda Shawa *Zwracam po prostu uwagę na fakt, że poza cierpieniem sztuka jest jedynym nauczycielem.*

Charakterystykę Szpitala i pobeżny opis jego pracy zamieściłam dlatego, aby ukazać tło, w którym pracuję i podkreślić, że Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny jest Szpitalem nowoczesnym, realizującym humanizację pracy szeroko pojętą. Niemniej na marginesie podkreśliłam, że zagadnienia biblioterapii były nieznane i nie praktykowane.

Niewiele mówi się w literaturze przedmiotu o samym bibliotekarzu pracującym w bibliotekach szpitalnych i podlegającym dodatkowym stresom. Stres w szpitalu psychiatrycznym jest znaczny. Nie tylko codzienne obcowanie z czytelnikiem – pacjentem odmiennym mentalnie, ale stykanie się ze śmiercią, niekiedy samobójstwami, odchodzeniem długo korzystającego z biblioteki czytelnika do Szpitala dla nieuleczalnie chorych, wpływa ujemnie na psychikę bibliotekarza, który nie był przygotowany psychicznie do tej pracy.

Pracownik biblioteki dla pacjentów Szpitala Psychiatrycznego musi wyrobić w sobie tzw. wyższą motywację, jeśli nie jest członkiem tzw. białego personelu, i musi bardzo serio traktować swoich czytelników, którzy są niezmiernie wyczuleni na jego traktowanie. Powinien w dużym stopniu opanować sztukę komunikowania się. Musi być otwarty, pełen akceptacji dla „inności” drugiego człowieka. Otwarcie z jednej strony prowadzi do otwartości z drugiej, choć nie jest to regułą.

Szczególnie ważne jest to w pracy z czytelnikami na Oddziale Dziennym, którzy borykają się z różnego rodzaju psychozami, depresjami, silnymi nerwicami typu sytuacyjnego, niekiedy odtrąceni przez bliskich. Potrzebują ciepła i życzliwości. Trzeba tak postępować, aby nas zaakceptowali, a nawet polubili.

W chwili obecnej na Oddziale Dziennym sytuacja uległa zmianie i przebywa na nim coraz więcej mężczyzn. Utrata pracy i związane z tym zawile sytuacje rodzinne i społeczne dla człowieka w sile wieku są sytuacjami stresogennymi. Prof. Antoni Kępiński pisze, że chorzy z twarzy lekarza potrafią wyczytać „wyrok śmierci” dla siebie i dlatego lekarzowi nie wolno tracić nadziei. Tak samo i bibliotekarz powinien traktować swoich czytelników i przy każdej okazji, przy najbliższym objawie poprawy okazywać radość gestem, słowem, postępowaniem, zaproszeniem do biblioteki na rozmowę. Lata pracy w Szpitalu nauczyły mnie pokory i zwały ten „sztuczny mur” dzielący mnie od nich, moich czytelników. W literaturze przedmiotu, odnośnie osobowości bibliotekarza, określa się ten zespół cech posiadaniem „dużej kultury osobistej”, ale ta definicja nie jest jeszcze pełna.

Początkowo bibliotekę prowadziły w kilkugodzinnym, małym wymiarze tygodniowym godzin, przyuczone do zawodu pielęgniarki, które ograniczały swoją pracę wyłącznie do wypożyczania. Fluktuacja kadry nie sprzyjała rozwojowi filii. Po objęciu przeze mnie pracy w 1994 r. i pewnym oswajeniu się ze specyfiką Szpitala zaczęłam przygotowywać się do wprowadzenia biblioterapii indywidualnej i grupowej, kształtować księgozbiór, organizować warsztat pracy. Teoretycznie miałam pewne przygotowanie jako długoletni członek Sekcji Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych przy Zarządzie Głównym SBP, organizowałam szkolenia dla bibliotekarzy, ale w szpitalach o innych profilach.

Szpital Psychiatryczny był dla mnie nowym doświadczeniem i nowym wyzwaniem. Dopomógł mi bardzo w podjęciu tej decyzji referat prof. Bogny Teresy Stańczak z Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie pt. *Zastosowanie biblioterapii w psychiatrii*. W podsumowaniu B. T. Stańczak stwierdziła „Książka jest bezosobowym biblioterapeutą, a biblioterapię w szpitalu psychiatrycznym może prowadzić nie tylko lekarz czy psycholog lecz każdy inny pracujący wśród chorych, życzliwy im, kulturalny człowiek: bibliotekarz, pielęgniarka, instruktor terapii zajęciowej. Może w sposób dostosowany do swoich umiejętności wykorzystać książkę jako narzędzie terapeutyczne. Napotka w tym działaniu na wiele trudności, będzie musiał podejmować samodzielne decyzje, bowiem nie można w biblioterapii ustalić ścisłych wskazań co do sposobu jej prowadzenia i doboru lektur, ze względu na bardzo różnorodne, indywidualne potrzeby i upodobania literackie pacjentów, które nie dadzą się poszufladkować według rozpoznań czy wykształcenia...”.

Wróciłam znów do książek prof. Antoniego Kępińskiego, prof. Kazimierza Dąbrowskiego i zaczęłam uważniej śledzić rynek wydawniczy, aby uwrażliwić się na ludzi stojących „za barierą”.

Zygmunt Trziszka¹, autor książki *Mój pisarz* mówi: Jego książki to monografie psychiki ludzkiej. Gdy się odrzuci wszystkie fakty dotyczące patologii, staje przed oczami obraz człowieka naszych czasów.

Na regale, pod ręką, mam zawsze *Autoportret Człowieka*², myśli i aforyzmy Antoniego Kępińskiego i w chwilach trudnych sięgam do tekstu.

O swojej pracy będę mówiła wyłącznie z pozycji praktyka. Nazwałam swoje wystąpienie „Elementami biblioterapii w pracy biblioteki dla pacjentów...”, gdyż nie obejmuję swymi działaniami biblioterapeutycznymi całego szpitala i nie mogę stwierdzić na ile moje działania w operowaniu dobraną literaturą odniosły pożądany skutek. Jest to szpital, w którym ludzie przychodzą i odchodzą i nigdy nie mam pewności, czy będą brali udział w następnych zajęciach. Zdarza się i tak, że zajęcia są przesuwane lub odwoływane z powodu zmiany rytmu pracy Oddziału lub nie przewidzianych wcześniej okoliczności.

Celem pracy mojej biblioteki jest stała obecność książki w życiu szpitalnym chorego, jej korzystny wpływ na psychikę, nastrój czytelnika – pacjenta, podnoszenie kultury języka i wprowadzanie pewnych treści poznawczych, ułatwiających powrót do tzw. normalnego świata, do realiów życia w tym mieście i w tym regionie.

Na Oddziały psychiatryczne zamknięte wprowadziłam „książkę mówioną”, która jest słuchana podczas zajęć robót ręcznych, czy w wolnych chwilach. Terapeutki terapii zajęciowej regulują czas trwania audycji. Na życzenie pacjentów wysłuchano *Potopu* Henryka Sienkiewicza. Staram się jednak wypożyczać teksty krótsze, nowele, opowiadania, wiersze, bajki.

Promocja twórczości chorych

Swoją kontakt z czytelnikiem na Oddziale Dziennym i poznawanie ich rozpocząłam od organizowania imprez i promocji twórczości chorych pacjentów, aby zaznaczyć wyraźniej pozycję biblioteki w środowisku. W pierwszym roku swojej działalności zdobyłam pieniądze i zaangażowałam świetnego przewodnika wycieczek zagranicznych, z pochodzenie Włocha, dysponującego własnymi slajdami.

Cykl imprez filmowych pt.: „Miasta włoskie” – Rzym, Florencja, Wenecja, Padwa, Werona i inne z jego własnym, lekko dowcipnym komentarzem, nie pomniejszającym jednak rangi prezentowanych zabytków, wprowadził duże ożywienie na Oddziale. Nawet pacjenci najbardziej „wyzolowani” psychicznie brali w nich udział. Należy podkreślić, że chorzy często są pod wpływem leków i ich percepcja jest z reguły słabsza.

Ważną sprawą w działalności biblioteki szpitalnej jest pozyskanie sobie do współpracy miejscowego środowiska literackiego. Nie zdarzyło mi się,

¹ Z. Trziszka: *Mój pisarz*. Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydaw. 1979.

² A. Kępiński: *Autoportret Człowieka: myśli, aforyzmy*. Kraków: Wydaw. Literackie, 1993.

aby ktokolwiek odmówił mi pomocy i udziału w zajęciach z chorymi. Spotkania autorskie z poetami, dziennikarzami nie są u mnie rzadkością. Poeta fraszkopisarz Wiesław Malicki, piszący bardzo trafne fraszki i znany z łam miejscowej prasy, sam przychodzi do Biblioteki i zostawia jeszcze chorym swoje tomiki.

Do historii Biblioteki przejdzie znakomite spotkanie kolegów pisarzy w pierwszą rocznicę śmierci Zbigniewa Ruszela – dziennikarza i poety, który przebywał u nas w Szpitalu z nawrotami choroby przez kilka lat. Tomik wierszy Zbigniewa Ruszela³ pisany już w chorobie, w którym wiele wierszy poświęca swojej córce Uli, bardzo wzruszył pacjentów. Opowiadane przez kolegów anegdoty z jego życia wpłynęły pozytywnie na końcowy efekt spotkania. Tomik zatytułowany *Pędzi po mnie ekspres świata* czytany i poszukiwany jest do tej chwili. Ostatnio, 25 maja 1999 r., odbyło się spotkanie z dziennikarzem „Nowej Trybuny Opolskiej”, Józefem Szczupałem, autorem cotygodniowo drukowanych *Miniatur*, które wyszły teraz w całości i są jego pisarskim, książkowym debiutem. Krótkie opowiadania z życia dawnej wsi, liryczne, ukazujące prawdę o tym życiu prostym, a kierującym się nakazami moralnymi i pełnymi świetnie nakreślonych postaci i scen z życia Bożęcina Górnego, spotkały się z dużą aprobatą pacjentów. Uzupełniono spotkanie przezroczami pokazującymi wieś, z której pochodzi też Sławomir Mrozek. Spotkanie spełniło swoje zadanie, pobudziło emocjonalnie, dało do myślenia, pozostawiło temat do rozmów. Lekturę *Miniatur* włączyłam na stałe do zajęć grupowych z biblioterapii.

Promocja twórczości chorych, to wernisaże prac plastycznych pacjentów, „Godziny poetyckie”. Zdarzyła się nawet okazja do promocji czasopisma zatytułowanego „Feniks”, którego redaktorem i wydawcą jest nasz pacjent. Czasopismo jest wydawane własnym sumptem w nakładzie 50, 100 egz. Wernisaże wystaw wzbogacane są o opracowywane przez autorów katalogi. Nie pomagam przy ich opracowaniu, a tylko koryguję i naprowadzam, aby nie straciły swojej autentyczności.

Promowany w Bibliotece uzdolniony pacjent Piotr B. miał już kilka wystaw zbiorowych i indywidualnych w Polsce i w Niemczech. „Melancholijna Ekstaza”, zaprezentowana w Bibliotece, stała się pasmem jego sukcesów. Jego twórczość jest inspirowana muzyką, poezją, własnym widzeniem świata. W twórczości tej odreagowuje swoje emocje.

Małgorzata K. w swojej „Poetyckiej godzinie”, przeczytała m.in. wiersz poświęcony matce. Zaproszeni przez Bibliotekę rodzice, pierwszy raz zdali sobie sprawę z jej niezwyklej wrażliwości, głębi uczuć i jej świata wyobraźni. Uzdolniona plastycznie i literacko próbuje obu rodzajów twórczości.

Ewa K., Krystyna S. przechodzące z Oddziałów Zamkniętych na Oddział Dzienny też miały już swoje wystąpienia w Bibliotece. Jedna z nich ma wydany skromny tomik. Przysyłają już z domów swoje nowe wiersze do Biblioteki, a mnie powiększa się teczka z twórczością chorych, którą zbieram

³ Z. Ruszel: *Pędzi po mnie ekspres świata*. Opole: Oficyna Literacka „Wers”, 1994.

ram od lat. Ocena artystyczna tych wierszy czy prozy jest sprawą drugorzędną. Koledzy z Oddziału przeżywają bardzo emocjonalnie ich wystąpienia. Jest to poezja liryczna, miłosna, ale również ukazująca bardzo wyraźnie pogmatwane wnętrza i mroczne widzenie świata moich czytelników. Promocja twórczości chorych bardzo zacieśniła moje więzy z czytelnikami.

Biblioterapia indywidualna w pracy z czytelnikiem psychicznie chorym

Każdy szpital i biblioteka w nim pracująca ma inne uwarunkowania, inne doświadczenia i inny księgozbiór. Stworzenie sobie własnego warsztatu pracy jest sprawą bardzo istotną. Istotny jest też wygląd samej biblioteki i atmosfera w niej panująca. Musi to być miejsce przyciągające, gdzie nie tylko pacjent, ale lekarz, farmaceuta, pielęgniarka i nauczyciel pracujący w szkole mogą pobycć choć chwilę w innej atmosferze, przejrzeć czasopisma, zastać odłożoną na dyżur książkę. Pacjenci z Oddziału Dziennego wpadają między zajęciami, a chorzy z Oddziałów Zamkniętych przychodzą pod opieką pielęgniarek i też muszą czuć się tu dobrze.

Zawsze w Bibliotece mam jedno, dwa hasła umieszczone w widocznym miejscu, pobudzające do myślenia, mogące oddziaływać terapeutycznie. Źródłem haseł są książki. Niewyczerpanym źródłem takich „złoty myśli” są cytaty Alberta Camusa, Saint Exupéry'ego. „Nie istnieje żadna boska amnestia, która zwalnia Cię od nieustannego stawania się” (Saint Exupéry). Cytat ten intryguje, niekiedy pytają o autora, odpisują.

Wydrukowałam też zakładki do książek informujące o godzinach pracy Biblioteki z cytatami zachęcającymi do czytania i mogącymi oddziaływać terapeutycznie. W przygotowaniu mam nowe, z nowymi tekstami, z nowszej literatury.

Brak pieniędzy na książki od trzech lat i mały dopływ nowości ogranicza możliwości oddziaływania na czytelnika, gdyż rynek księgarski jest w tej chwili bardzo bogaty. Uzupełniam swoją literaturę w miarę dopływu pieniędzy pozycjami popularnonaukowymi z psychologii, socjologii, wychowania. Sięgam do katalogów wydawniczych: Prószyńskiego i S-ki, Wydawnictw Szkolnych i Pedagogicznych, Gdańskiego Wydawnictwa Psychologicznego i innych.

Moimi czytelnikami są, między innymi, osoby z depresjami starymi, kobiety w okresie menopauzy i im najtrudniej poprawić nastrój. Nowe światło na to zagadnienie rzuciła Joanna Nurowska⁴. Píše ona, że mniejszą satysfakcję odczuwają osoby leczące depresję wieku podeszłego psychoterapią. Psychoterapia, która powinna być opcją z wyboru, bardzo często zawodzi. Jak się obecnie przypuszcza, trafia ona po prostu na niepodatny grunt. Starsi ludzie nie są obeznani ze stosowanymi przez psychologów

⁴ J. Nurowska: *Sposoby na depresję*. „Wiedza i Życie” 1996 nr 2.

technikami psychoterapeutycznymi. Wyjaśniło mi to częściowo sprawę niechęci nawet osób inteligentnych i kiedyś odczytanych do kontaktu z książką. Wielu czytelników z kolei zawyża swoje wykształcenie i odczytanie, dowartościowując się w swoich i moich oczach. Muszę to przyjąć za dobrą monetę i okreśną drogą dotrzeć do nich z właściwą pozycją.

Tworzenie sobie swojego własnego katalogu jest sprawą konieczną, gdyż nie zawsze książki polecane chorym z katalogów toruńskich czy innych zestawów są w bibliotece dostępne i dla mnie przydatne.

Przy doborze i operowaniu literaturą wśród chorych stosuję sprawdzony podział Danuty Gostyńskiej na książki relaksujące i uspokajające, literaturę typu mobilizującego i książki refleksyjne. Większość książek, to jednak literatura wyciszająca. Podam kilka tytułów książek, które posiadają walory biblioterapeutyczne, sprawdzone w mojej pracy.

Książka V.M. Sanckvill-West *Wygaste namiętności*⁵ wyprzedziła na długo *Spóźnionych kochanków* Whartona⁶ i jest bardziej dyskretna, napisana w innym klimacie, choć traktuje o tych samych problemach, o prawie do pełni życia ludzi w późniejszym wieku. Portret Lady Slane, nakreślony w tej książce, pozostaje na długo w pamięci i zmusza do przewartościowania własnej, pesymistycznej postawy.

Żelazną pozycją typu pobudzającego jest książka G. Greena *Podróże z moją ciotką*⁷. Książka ta wydana jest również w dużej czcionce. Cenię bardzo tego autora i uważam, że jego książki mają duże walory terapeutyczne – pobudzające i refleksyjne, które przy okazji dobrze się czyta.

*Monsignore Kichote*⁸ miał u mnie wiele wypożyczeń i zawsze oddawany był z podziękowaniem. Podoba się język, styl, spora dawka humoru i czytelna filozofia postaw ludzkich. Moi czytelnicy poszukują książek o problematyce moralnej z analizą psychologiczną, która uwypukla problem dobra i zła. I te walory znajdują w książkach tego autora.

Książki Martina Graya *Sily Życia, Wszystkich, których kochałem*⁹ dla czytelników z Oddziału Dziennego są niezastąpione. Nikt tak jak on nie pokazuje siły człowieka, który po klęsce życiowej umie się odbić od dna i służyć innym. Z książek popularnonaukowych wypożyczam pozycję Susan Kubelka: *Nareszcie po czterdziestce*¹⁰. S.Kubelka, z wykształcenia socjolog pisze otwarcie o własnych doświadczeniach, rzeczowo, dowcipnie z humorem. Te same zagadnienia porusza książka Mary Batchelor: *Po czterdziestce. Czyli jak wybrnąć z pułapek wieku średniego*¹¹. Książka o tyle

⁵ V. M. Sanckvill-West: *Wygaste namiętności*. Warszawa: „Czytelnik”, 1982.

⁶ W. Wharton: *Spóźnieni kochankowie*. Katowice: Wydaw. „Akapit”, 1993.

⁷ G. Green: *Podróże z moją ciotką*. Warszawa: Prószyński i S-ka, 1994.

⁸ G. Green: *Monsignore Kichote*. Warszawa: Prószyński i S-ka, 1994.

⁹ M. Gray: *Sily Życia*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1990; M. Gray: *Wszystkich, których kochałem*. Łódź: Wydaw. Łódzkie, 1990.

¹⁰ S. Kubelka: *Nareszcie po czterdziestce: świat należy do kobiety dojrzalej*. Wyd. 2. Warszawa: „Iskry”, 1995.

¹¹ M. Batchelor: *Po czterdziestce, czyli jak wybrnąć z pułapek wieku średniego*. Warszawa: „Interpress”, 1993.

jeszcze wartościowsza, gdyż porusza problemy menopauzy u mężczyzn, problemy bezrobocia i wiele innych zagadnień człowieka dojrzałego.

Techniki i metody biblioterapeutyczne stosowane u mnie w bibliotece są podobne jak w innych bibliotekach szpitalnych w pracy z czytelnikiem indywidualnym. Napotykałyśmy tylko na większe trudności w porozumiewaniu się, w dialogu, w argumentacji. Do ludzi z ciężkimi psychozami trudno dotrzeć z książką, szukają oni czasem niesamowitych tematów z pogranicza magii, choć niektórzy zadowolają się fantastyką. Tamten świat jest im bliższy niż rzeczywistość. Do bardzo pobudzonych nie dotrze się z książką w ogóle, ale nie wolno mi tego generalizować, tylko szukać kontaktu indywidualnego. Trzeba też wiedzieć o tym, że nawet bardzo dobra książka nie zawsze przyniesie oczekiwane rezultaty. Miałam czytelniczkę inteligentną, wykształconą, po ukończonej anglistyce, która kilkakrotnie do nas wracała z ciężką depresją. Gdy dowiedziała się o książce M. Seligmana: *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje Życie*¹², jej matka i ona (już po jej wyjściu ze szpitala) prosiły o kupno tej książki. Przeczytanie książki zadziałało odwrotnie. Odebrało jej nadzieję. Skończyła w bardzo krótkim czasie samobójstwem. Trudno winić książkę, gdyż statystyki podają, że jakiś procent ludzi z depresjami (około 10) targa się na swoje życie. Sytuacja jej była bardzo złożona, niemniej dla mnie był to wielki wstrząs i nappełnił mnie sceptycyzmem do tego, co wykonuję.

Wykształceni pacjenci z Oddziałów Zamkniętych zameczają czasem pielęgniarki, przychodzą codziennie, biorą po kilka bardzo trudnych książek, nie pozwalają sobie niczego doradzić, albo (bardzo rzadko) ustępują perswazji i oddają te książki nazajutrz lub za dwa dni. Wyszukują książki, które kiedyś czytali, a dziś nie są w stanie skupić się nad nimi.

Miałam taką czytelniczkę, polonistkę z wykształcenia, przebywającą u nas wielokrotnie. Może trzy razy w ciągu dwóch lat posłuchała moich sugestii i przyznała mi nawet rację, że bierze książki do czytania za trudne. Nie zrezygnowała jednak. Przekazano ją do Zakładu dla Nieuleczalnie Chorych w Branicach. Mimo wysiłków całego zespołu lekarzy i psychoterapeutów degradacja poszła za daleko. Gromadzę, a nawet dopożyczam literaturę tak obficie teraz wydawaną z dziedziny psychologii społecznej z oficyn wydawniczych J. Santorskiego, Prószyńskiego, Media Rodzina of Poznań, gdyż czytelnicy pytają o nie często. Ale wśród tego zalewu literatury są pozycje niedostosowane dla naszego czytelnika.

Ostrożnie podchodzę do książek o tzw. pozytywnym myśleniu, z gotowymi recepturami na wszystkie dolegliwości, zaczynające się: napisz 100 razy – jestem szczęśliwa itp. Doceniam, mimo że nie jestem z wykształcenia psychologiem, oddziaływanie na podświadomość, ale głęboko tkwi we mnie stwierdzenie prof. K. Dąbrowskiego: że ból jest wpisany w ludzką egzystencję, że złe samopoczucie może nieraz towarzyszyć procesom przyspieszonego rozwoju.

¹² M. Seligman: *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: „Media Rodzina of Poznań”, 1995.

Jego *Trud istnienia*¹³, mimo że jest książką dawno wydaną, wypożyczam nadal czytelnikom „na odchodnym”. Nie jestem lekarzem. Jestem bardzo ostrożna w polecaniu, bez konsultacji, książek z dziedziny psychologii, aby nie zniszczyć tego, co wypracowali lekarze przez okres pobytu pacjenta na Oddziale.

Jeśli ktoś sobie życzy, to udostępniam bibliografię lub pozycje wnoszące materiał do przemyśleń lub typu poradnikowego. Przykładowo: T. Lake: *Samotność. Jak sobie z nią radzić?*; A. Dudziak *Wady mężczyzn. Wypłenić?, Zrozumieć?, Polubić?*¹⁴; J. Gary *Mężczyźni są z Marsa, Kobiety z Wenus*¹⁵; G. Witkin *Stres męski. Stres kobiety*¹⁶ i inne wydawnictwa, o których w tym gronie nie trzeba mówić.

W zbiorach mam też książki wydane dużą czcionką i duży wybór literatury religijnej – dar Centralnej Biblioteki „Caritas”.

Elementy biblioterapii grupowej

W zajęciach uczestniczy psycholog, terapeuta, niekiedy lekarz Oddziału Dziennego oraz pacjenci w grupach od 10 do 20 osób. Czas trwania zajęć 30-45 minut. Biblioterapię grupową prowadzę w miarę regularnie 2 razy w miesiącu. Każdą grupę, z którą pracuję, zapoznaję z definicją biblioterapii i w sposób najbardziej przystępny podkreślam pozytywki płynące z kontaktu z książką oraz mówię o jej walorach terapeutycznych.

Ponieważ na Oddziale prowadzone są również zajęcia z muzykoterapii i terapii sztuką – termin ten zostaje łatwo przyswojony i potem operują nim ze swobodą. Muszę jednak zaznaczyć, że pacjenci są pod wpływem leków, często apatyczni i ociężali. Rzadko zdarza się, aby w zajęciach brali udział wszyscy obecni. Jeśli uda mi się skupić uwagę 3/4 obecnych – jestem zadowolona. Zdarza się jednak, że wychodzę z uczuciem moralnego niepokoju i jeszcze raz analizuję trafność wybranego tekstu.

Chorzy przebywają z reguły na Oddziale 3 miesiące, ale nie w systemie turnusów. Jedni przychodzą, drudzy odchodzą i to utrudnia pracę. Preferowana jest przy doborze tekstów literatura typu pobudzającego: małe formy literackie, poezja, aforyzmy, literatura humorystyczna, satyra, proza poetycka, baśnie.

Tomiki *Biblioteki Aforystów* są wykorzystywane na specjalnych zajęciach. Na życzenie pacjentów i terapeutów zajęciowych odbywają się zajęcia typu okolicznościowego z doбором odpowiedniej literatury: święta Bożego Narodzenia, Wielkanocy, Walentynki, Andrzejki, Dzień Kobiet,

¹³ K. Dąbrowski: *Trud istnienia*. wyd. 2. Warszawa: „Wiedza Powszechna”, 1986.

¹⁴ A. Dudziak: *Wady mężczyzn. Wypłenić?, Zrozumieć?, Polubić?*. Warszawa: Prószyński i S-ka, 1997.

¹⁵ J. Gary: *Mężczyźni są z Marsa, Kobiety z Wenus*. Warszawa: „Świat Książki”, 1996.

¹⁶ G. Witkin: *Stres męski. Stres kobiety*. Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”, 1998.

Dzień Matki, Tłusty Czwartek. Informuję także o większych wydarzeniach literackich np. przyznaniu Nagrody Nobla. Uwzględniana jest też literatura regionalna. Mówię o pozycjach, o których pisze się w prasie miejscowej. Jest to jakby przygotowanie pacjentów – czytelników do wejścia w tryb normalnego życia. Forma zajęć to głośne czytanie i rozmowa, pogadanka i czytanie przez pacjentów urywków lub całych partii tekstu, słuchanie kaset książki mówionej, wypisywanie tzw. złotych myśli. Zajęcia poświęcone Wisławie Szymborskiej były bardzo interesujące. Okazało się, że pacjenci dużo wiedzą o poetce z prasy, radia i telewizji. Niekiedy nie rozpoczynam dyskusji. Pozostawiam ich w klimacie utworu. Nie analizujemy również poezji. Pozostaje ekspresja.

Powiem tylko o niektórych książkach i celowości ich wykorzystania w zajęciach z biblioterapii. Wymieniłam pozycję Juliana Ejsmonda *Żywoty drzew*¹⁷. Pięknie bibliofilsko wydana książka z fotogramami Stanisława Turskiego, przedmową Józefa Weysenhoffa. W klasyfikacji biblioterapeutycznej zaliczę ją do książek typu wyciszającego, refleksyjnego. Nie czytam całości. Wybieram jeden utwór – portret jednego drzewa, czasem na życzenie czytelników czytam dwa. Język prozy poetyckiej Ejsmonda jest tak piękny, opisy drzew tak plastyczne, a życie puszczy tętni i pachnie prawdziwym lasem, że słuchacze wyłączają się z bieżącej chwili, chłoną tekst i słuchają w głębokiej ciszy. Jest to dla nich godzina prawdziwego spokoju, godzina wyciszająca absolutnie. Zaczynają potem rozumieć piękno słowa, język literacki – a poza tym pozostaje refleksja. Drzewo jest czujące, żywe, a zwierzęta mają swoją logikę, którą autor stara się przeniknąć, unika jednak antropomorfizmu. Z myśliwego staje się autor miłośnikiem przyrody – jak pisze we wstępie J. Weysenhoff. Dzieje Dębu, Śmierć Choinki, Sosna na Wzgórzu – to teksty służące mi do zajęć.

W załączonym spisie są tytuły, które mogą zastanowić lub zaniepokoić. Chodzi o *Horoskopy*¹⁸. Czytelnicy sami ich żądają. Czytamy, analizujemy poszczególne znaki, daję do przejrzenia poważniejsze pozycje z dziedziny astrologii np. *Mandala życia*¹⁹ albo traktujemy te zajęcia jako zabawę. Humor i satyra są lubiane i akceptowane przez wszystkich. Szczególnie humor śląski, gdyż wielu pacjentów jest miejscowego pochodzenia.

O poezji i jej korzystnym oddziaływaniu pisze zwięźle W. Kozakiewicz. Bogactwo i piękno języka regeneruje struktury psychiczne, rytmika wewnętrzna uspokaja stany nerwicowe.

Czytamy więc w ciągu roku dużo i często, zwłaszcza liryki i poezję miłosną, choć prof. T. Stańczak przytacza opinię wielu autorów, że chory

¹⁷ J. Ejsmond: *W puszczy. Żywoty drzew*. Opowiadania. Wyd. 2. Warszawa: Państw. Inst. Wydaw. 1997.

¹⁸ *Horoskop*. Pamiętnik ze współczesnej poezji polskiej ułożyła na każdy dzień roku Anna Kamieńska.

¹⁹ R. T. Prinke: *Mandala życia: astrologia – mity i rzeczywistość*. Poznań: Krajowa Agencja Wydawnicza, 1983.

na schizofrenię reaguje pozytywnie na wiersze pesymistyczne – nie wprowadzam ich do zajęć grupowych – pacjenci sami wyszukują je na własną rękę. Czytają taką poezję w „Feniksie” Piotra B., wydawanym w Opolu i przynoszonym do szpitala.

Do zajęć z biblioterapii, które są ciekawsze i bardzo przez pacjentów lubiane należy wypisywanie aforyzmów. *Biblioteczkę Aforystów* wydawaną przez PIW w latach siedemdziesiątych przyniosłam z własnych zbiorów. Rozdaję tomiki uczestnikom zajęć, proszę, aby zapoznali się z treścią i wypisywali lub założyli w książce te, które im najbardziej odpowiadają. Potem następuje głośne czytanie wybranych „myśli”. Wybór aforyzmu rzuca jakies dodatkowe światło na czytelnika. Czytanie tych tekstów zmusza jednak do refleksji, wyprowadza z odrętwienia, ożywia, pobudza intelektualnie.

Wprowadziłam do zajęć w ubiegłym roku kasety z nagraniami *Historii filozofii*²⁰ ks. J. Tischnera. Zajęcia te cieszyły się tak dużym powodzeniem, że musiałam zostawiać kasety na oddziałach do ich dalszego słuchania. Sądzę, że muzyka góralska, gwara spodobała się chorym, choć słuchacze bardziej inteligentni dotarli i do pokazanej w uproszczeniu filozofii. Może nawet u większości pozostała w umysłach jakaś głębsza myśl. Niestety nie mogę dzielić pacjentów w grupach wg ich poziomu intelektualnego i wykształcenia.

*Mały Poradnik Życia. 511 rad, spostrzeżeń i przypomnień pomagających przeżyć szczęśliwe i owocne życie*²¹ został opracowany jako poradnik amerykańskiego ojca wysyłającego syna na studia. Większość tych porad ma charakter uniwersalny, mimo że niektóre rady są dostosowane do amerykańskich realiów życia. Prezent ten okazał się najlepszym z prezentów, jaki ojciec mógł dać synowi. Np. – *Miej żelazną wolę, ale miękkie serce, Nie zatławiaj niczego w gniewie, Zużywaj się, ale nie rdzewiej, Dąż do ulepszenia nie do mnożenia rzeczy.* Są to prawdy znane, ale zebrane razem i wybiórczo dostosowane do siebie, mogą zadziałać terapeutycznie. Do tego magia słowa drukowanego ma dla wielu ludzi jeszcze duże znaczenie. Czytelnicy na tych zajęciach aktywizują się. Przychodzą potem do biblioteki i proszą o wgląd do książki.

Krótkie teksty Marii Szyszkwowskiej omawiamy w grupie. Dotyczą one kultury życia codziennego, postępowania z innymi ludźmi, samooceny, obrony własnego zdania, odnajdywania sensu życia, które czasem wymaga przewartościowań. Uczy mądrości życiowej, wskazuje ideały – kierunkowskazy naszego istnienia.

Na książkę *W poszukiwaniu sensu życia*²² jest już zapisanych kilka osób. Przystępna forma i zrozumiały język, nie przepełniony terminologią

²⁰ J. Tischner: *Historia filozofii po góralsku*. Kraków: „Znak”, 1997.

²¹ H. B. Brown: *Mały Poradnik Życia. 511 rad, spostrzeżeń i przypomnień pomagających przeżyć szczęśliwe i owocne życie*. Poznań: „Media Rodzina of Poznań”, 1993.

²² M. Szyszkwowska: *W poszukiwaniu sensu życia: po co nam filozofia?*. Warszawa: „Twój Styl”, 1999.

filozoficzną, ułatwia czytanie. Zainteresowanie tymi książkami wzrosło po przeczytaniu wywiadu z autorką drukowanego w „Twoim Stylu”. Często, jeśli czytelnikom coś się podoba w czasopismach, a uznam to za dalsze oddziaływanie terapeutyczne – powielam te artykuły i daję czytelnikom. Tak było z wywiadem M. Szyszkowskiej.

Zajęcia grupowe i okolicznościowe prowadzę zawsze na oddziałach zamkniętych – włączając się do terapii zajęciowej.

W okresie świąt Bożego Narodzenia czytam często fragmenty *Chłopów* W. Reymonta z opisem przygotowań do świąt i wigilii, jak również z *Życia Drzew* J. Ejsmonda *Śmierć choinki*. Po wysłuchaniu obecni mają nieodpartą potrzebę rozmowy i w nawiązaniu do utworu opowiadają o zwyczajach panujących w ich rodzinach i regionach. Niekiedy dowiaduję się bardzo interesujących rzeczy (np. zupa wiśniowa na wigilię na Pomorzu).

Każdego roku z tej okazji wręczam swoim czytelnikom specjalnie dla nich wydrukowane życzenia świąteczne, projektowane honorowo przez miejscowych artystów. Aby zostawić ich w podniosłym nastroju zostawiam kasety z kolędami, kantyczki z tekstami kolęd i pastorałek, a czasem śpiewamy wszyscy razem. W roku bieżącym zaprezentowałam im kartki i druki bibliofilskie z własnych zbiorów – motywy świąteczne w ilustracjach. W okresie wielkanocnym wykorzystuję, oprócz tekstów literackich, bogatą literaturę kulinarną. Czytamy przepisy z *Kuchni staropolskiej*, książki Ćwierciakiewiczowej. Zostawiam im książkę z tekstami życzeń świątecznych i doradzam, aby nie pisali takich zwyczajnych, szablonowych, nic nie mówiących. Zajęcia te wprowadzają w nastrój świąteczny panujący na oddziale. Niekiedy przytaczam opisy np. śmigusa-dyngusa z *Obyczajów Staropolskich* Z. Kuchowicza²³.

Żelazną pozycją są Walentynki. Sami na długo przed obchodami zmodernizowanego Dnia Kobiet upominają się o wiersze poświęcone kobiecie. Wykorzystuję *Strofy o Kobietach* i wiersze okolicznościowe na ten temat gromadzone w teczkach. Niekiedy zapraszam znajomą aktorkę, która czyta im poezję liryczną (Barbara Barcz-Berdak).

Praca z dziećmi. Neurologia. Psychiatria dziecięca

Funkcjonujące w Szpitalu szkoła i przedszkole nakładają na mnie pewne obowiązki. Wszystkie zajęcia z książką i o książce związane z programem szkolnym są prowadzone w bibliotece. W sposób przystępny zapoznaję dzieci z morfologią książki i czasopisma, uczę je korzystania z katalogu i księgozbioru podręcznego, przeprowadzam przeglądy nowości książkowych z literatury dziecięcej i młodzieżowej, zakupywanych do biblioteki i w zależności od zachowań dzieci i ich obserwacji doбираю te pozycje,

²³ Z. Kuchowicz: *Obyczaje Staropolskie XVII-XVIII wieku*. Wyd. 2. Łódź: Wydaw. Łódzkie, 1997.

które są łatwiejsze, dobrze ilustrowane lub treściowo fascynujące. Są to też pewne elementy biblioterapii. Dzieci są pod wpływem leków, trudno je cokolwiek zainteresować, często wywołwane są na zabiegi lub do lekarza. Dla klas 1-3 wykorzystuję książki toruńskiej fundacji „Literatury Łatwej w Czytaniu”. Szczególnie *Zagadki* bardzo się podobają, gdyż każda potrafią rozwiązać. Te książeczki są w mojej bibliotece bardzo przydatne (kupiono mi tylko cztery: *W Kościele*, *W Bibliotece*, *Na poczcie*). Przydają się również rodzicom opiekującym się na oddziałach dziećmi po operacjach neurochirurgicznych. Mam również dla nich powielone rysowanki i malowanki, które ciągle kseruję. Indywidualnie wypożyczam książki po zajęciach i po obserwacji zachowania dziecka i jego aktywności. Mam pełny zestaw lektur i ich spisy, sporo pozycji o ochronie środowiska i opracowań z różnych dziedzin wiedzy dla szkół podstawowych. Książki te zdobyte są częściowo od zaprzyjaźnionych księgarzy.

Po wakacjach próbuję rozpocząć pracę indywidualną z dzieckiem na Oddziale Psychiatrycznym, gdzie jest niewiele łóżek (19). Na razie wypożyczam im przy okazji ich bytności z nauczycielem w bibliotece. Mam powieloną *Skargę Książki* – tekst Jana Huszcza oraz „10 przykazań ekologicznych” dla starszych dzieci.

Trudno w ramach niepełnego wymiaru godzin pracy podać wszystkim potrzebom i zrealizować pomysły, które rodzą się w trakcie pracy. Każdego roku organizuję wspólnie ze szpitalem wielką imprezę Mikołajkową prowadzoną od lat pięciu przez wspaniałego nauczyciela ze Szkoły Życia. Wie on jakie konkursy, zagadki i piosenki przygotować dzieciom w moim szpitalu. W paczkach są zawsze książki dostosowane do wieku dziecka. Niekiedy obejmują tę imprezę wszystkie dzieci z trzech szpitali. Tak było i w tym roku. Jest to tradycja zapoczątkowana przed wielu laty, kiedy pełniłam funkcję kierownika Działu Udostępniania WiMBP.

Pozostaje jeszcze obsługa dwóch oddziałów neurologicznych z bardzo poważnie chorymi pacjentami, którzy w 50% nie mogą korzystać z książki. Innym dobieram książki według ich zapotrzebowania lub kierując się zasadami przyjętymi w biblioterapii przy obsłudze czytelnika chorego w szpitalach ogólnych.

Wnioski końcowe

Oddziaływanie biblioterapeutyczne książki sprawdziłam również na sobie dwa lata temu, podczas pobytu w szpitalu ortopedycznym we Wrocławiu – leżąc po operacji w 6-osobowej sali. Moim biblioterapeutą była odwiedzająca mnie mgr Wanda Kozakiewicz i dr Aleksandra Chwastek. *Wzgórze błękitnego snu* Igora Newerłego²⁴, przeniosło mnie w inną rzeczywistość, poz-

²⁴ I. Newerły: *Wzgórze błękitnego snu*. Wyd. 1 w tej ed. Warszawa: „Czytelnik”, 1999.

bawiło niepokoju o wynik zabiegu, natchnęło wolą walki o zdrowie. Nie było szpitalnej sali, tylko otaczała mnie syberyjska przyroda z jej pięknem i surowością.

Bibliografia przedmiotu z zakresu biblioterapii jest w tej chwili bardzo duża: książki, artykuły, biuletyny. Trzeba do niej podchodzić bardzo wybiórczo, selektywnie. Jedno jest pewne. Biblioterapii nie może, a raczej nie powinien, prowadzić człowiek bardzo młody, bez doświadczenia życiowego. „Na tyle możemy pomóc innym, na ile sami „Coś” wycierpieliśmy” mówi książdź Józef Augustyn cytując jeszcze powiedzenie C.G.Junga: „Tylko zraniony uzdrawia”²⁵. Wprowadzamy metody i techniki biblioterapeutyczne w szpitalach, szkołach, w bibliotekach publicznych – tworzymy własne katalogi – ale nie obiecujemy sobie zbyt wiele. Materia psychiki ludzkiej jest zbyt złożona a choroba i cierpienie zmienia człowieka. Jest sam z sobą lub chce być tylko sam. Oddziaływania biblioterapeutyczne w ramach psychoterapii są już wyznaczone. Resztę zostawmy bogactwu literatury.

Zestaw książek stale wykorzystywany do zajęć z biblioterapii:

1. Andersen J.Ch.: *Baśnie*. Wrocław: „Siedmiogród”, 1995
2. Bernos G.C.: *Modlitwy Zwierząt*. Wyd 2. Poznań: „W drodze”, 1989
3. Bockenheim K.: *Przy polskim stole*. Wrocław: Wydaw.Dolnośląskie, 1998
4. Draganek A.: *Kartki z kalendarza. Cz.1 Święta*. Bydgoszcz: „Nata”, 1995
5. Ejsmond J.: *W puszczy, Żywoty drzew*. [Opowiadania].Warszawa: Państw. Inst. Wydaw., 1962
6. *Horoskop*. Pamiętnik ze współczesnej poezji polskiej ułożyła na każdy dzień roku Anna Kamieńska
7. Iłakowiczówna K.: *Portrety imion*. Poznań: Wydaw. Poznańskie, 1983
8. Brown H.J.: *Mały poradnik życia. 511 rad, spostrzeżeń i przypomnień pomagających przeżyć szczęśliwe i owocne życie*. Poznań: Media Rodzina of Poznań, 1996
9. Reymont W.: *Chłopi*. Warszawa: „Elipsa 2”, 1993
10. Simonides D.: *Śląski horror. Księga humoru ludowego*. Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, 1981
11. Sztaudynger J.: *Nie tylko „Piórka”: fraszki, wiersze, bajki*. Łódź: Wydaw. Łódzkie, 1986
12. Szczupał J.: *Miniatury*. Opole: „Pro Media”, 1998
13. Szyszkowska M.: *Całe życie w opozycji: rozmowy z Marią Szyszkowska*. Warszawa: Oficyna Naukowa, 1997
14. Szyszkowska M.: *Stwarzanie siebie*. Warszawa: „Interlibro”, 1994
15. Szyszkowska M.: *W poszukiwaniu sensu życia: po co nam filozofia*. Warszawa: „Twój Styl”, 1999
16. Szuman L.: *Astrologiczna charakterystyka typów ludzi w zarysie*. Poznań: Centrala Usługowo-Wytwórcza „Różdżkarz”, 1983

²⁵ J. Augustyn, K. Jedliński, J. Santorski: *Terapia a duszpasterstwo*. Kraków: Wydaw. WAM-Księża Jezuiti, 1995.

17. Tischner J.: Historia filozofii po góralsku (kasety). Kraków: Radio Kraków SA i Wydaw. „Znak”, 1997/98
18. Twardowski J.: *Nie przyszedłem Pana nawracać*. Warszawa: Wydaw. Archidiecezji Warszawskiej, 1986
19. Twardowski J.: *Tak ludzka*. Poznań: Księgarnia św. Wojciecha, 1990 (wiersze o Matce Boskiej)
20. Wiersze H. Poświatowskiej i M. Jasnorzewskiej-Pawlikowskiej
Ostatnio, po obejrzeniu przez pacjentów „Ogniem i mieczem” wg powieści H. Sienkiewicza, włączyłam do lektury książkę B. Wachowicz: *Marie jego życia*.

TERAPIA NARRACYJNA – POWRÓT DO PRZESZŁOŚCI

Zainteresowanie polskich biblioterapeutów od dłuższego czasu koncentruje się na terapeutycznych funkcjach tekstów literackich. Terapia narracyjna natomiast bazuje na fabule, którą każdy człowiek nosi w sobie. Polska koncepcja arteterapii, w myśl której arteterapią jest również terapia polegająca na czytaniu, nie jest koncepcją powszechnie przyjętą na świecie. Pora więc zapoznać się z najnowszymi teoriami dotyczącymi wykorzystywania tekstów w terapii – teoriami na temat **tekstów tworzonych** a nie tylko percybowanych przez pacjenta.

Lawinowo ukazującym się nie tylko w Polsce poradnikom na temat „*co czytać aby lepiej sobie radzić w życiu*” nie towarzyszy, niestety refleksja nad filozoficznymi podstawami funkcjonowania zawodowego arteterapeuty, w tym również – biblioterapeuty. Badacze tego zjawiska zauważają, że pierwowzorem współczesnego arteterapeuty jest szaman (kapłan, uzdrowiciel), który w swojej praktyce posługuje się jednocześnie różnymi językami, muzyką, tańcem, śpiewem, dramą, **opowiadaniem**.

Celowe jest więc dążenie do połączenia potencjału terapeutycznego różnych języków artystycznych, co skądinąd postulują od dawna, a teoretycznie uzasadniłam w koncepcji kulturoterapii. Centralnym punktem każdej terapii, nie tylko z nazwy kreatywnej, jest opowiadanie o sobie (zwerbalizowane lub nie), które każdy pacjent przynosi z sobą i przedstawia terapeutę. Na początku opowiadanie takie zawiera wiele braków, jest niespójne i nieskładne. Stopniowo, przy pomocy terapeuty Opowiadający (czyli pacjent) zaczyna konstruować swoją historię i ten właśnie proces tworzenia ma walor terapeutyczny. Terapeuta występujący w roli Narratora, Eksperta, który pomaga Opowiadającemu stworzyć reprezentatywny obraz własnej osoby, swoich emocji, zrekonstruować, a po części – przetworzyć historię swego życia. Rekonstrukcja narracyjna jest kierowana, orientowana i stymulowana dzięki wykorzystaniu specjalnej metodologii (teoria i techniki narracyjne). Teorie, do których się odwołuje to: lingwistyka psychoanalityczna, analiza semiotyczna tekstów literackich, analiza treści, nowa retoryka (z odwołaniami do retoryki starożytnej Cyceirona i Seneki), teoria rozmowy.

Zainteresowanie myśleniem narracyjnym jest pochodną szerszej, bardziej ogólnej orientacji narracyjnej występującej w epistemologii i nauce o człowieku. Zgodnie z tym podejściem istnieją dwa rodzaje funkcjonowania umysłowego:

1) logiczno-dyskursywny (myślenie paradygmatyczne), właściwy matematyce,

2) skojarzeniowy – polegający na korzystaniu z analogii, metafory, podobieństwa, i to jest właśnie **myślenie narracyjne**.

Dzięki niemu powstają opowiadania, historyjki, niekoniecznie prawdziwe. Narrację można określić jako urzeczywistnianie tego szczególnego funkcjonowania myśli, w którym następuje ułożenie faktów w określoną relację, strukturę przestrzenno-czasową. Osoba relacjonująca występuje jako protagonista. Narracja znajduje się w mitach, legendach, bajkach, opowiadaniach, nowelach, w epice, historii, tragedii i komedii, w pantomimie, obrazie, mozaice, w kinie, teatrze, w wiadomościach, rozmowie, we wszystkich formach życia społecznego. Niezależnie od podziału na dobrą i złą literaturę, narracje mają charakter międzynarodowy, transhistoryczny i transkulturowy; samo życie jest narracją. Nasze życiorysy dzielą się na pojedyncze, odrębne opowiadania, na historie, które opowiadamy, lub które czekają na opowiedzenie, na historie które śnimy lub wyobrażamy sobie. Wszystkie biorą początek w historii naszego życia, którą opowiadamy sobie w długim monologu, bądź w pojedynczych epizodach, często nieświadomie, lecz są to historie, które mają być wirtualny, istnieją potencjalnie. Andrea Smorti, autor książki o myśleniu narracyjnym¹ uważa, że opowiadania nie tyle utrwalają rzeczywistość, co nadają jej znaczenie. Narracja nie polega na prostym następstwie faktów ale na szczególnym związku między nimi, posiada wewnętrzną organizację zorientowaną na efekt końcowy. Sekwencje zdarzeń zależą od tego, kto opowiada historię lub od tego, kto jej słucha. W tym sensie narratorem może być zwyczajny przedmiot w rodzaju kufra babuni, który opowiada historyjki wnukowi układające się w związku niekoniecznie logiczne, przyczynowo-skutkowe.

Nasuwa się pytanie: w jakim sensie takie historie leczą? Wszystko, co składa się na tożsamość człowieka (wspomnienia, sny, relacje, plany, nadzieje) przedstawić można w postaci historii, opowiadania. Nasza tożsamość składa się z wielu wątków narracyjnych, które splecione z sobą zawsze były w obecne w dziedzinie literatury. Najlepsi biografowie, poczynając od czasów starożytnych nie poprzestawali na opisie czynów wybitnej jednostki ale też zajmowali się jej osobowością. Współczesny psychoanalityk James Hillman w dziele pt. *Historie, które leczą* twierdzi, że wartość, efekt psychoterapii manifestuje się w opowieści, która powstała w jej wyniku, w wyimaginowanej rekonstrukcji, która jak dzieło sztuki, nadaje sens życiu i śmierci. Takie podejście terapeutyczne znajduje szczególne zastosowanie w onkologii, w której tak bardzo potrzebna jest nadzieja. Erwing Polster sugeruje, że życie każdego człowieka jest jak romans, a odkrycie tej analogii samo w sobie jest terapeutyczne. Polster, podobnie jak Hillman postrzega psychoterapię jako proces estetyczno-artystyczny: psychoterapeuta pomaga pacjentowi dostrzec w innym świetle fakty z jego życia, pomaga mu stworzyć powieść. Terapeuta musi stosować te same kryteria selektywności

¹ A.Smorti: *Il pensiero narrativo*. Firenze Giunti, 1994.

i konstruktywności, jakie stosuje pisarz tworzący opowiadanie, tak aby pomóc pacjentowi w „przepisaniu” (napisaniu na nowo) swojej biografii. Terapeuta występujący w roli Narratora–Eksperta musi umieć posługiwać się metodologią narracyjną, tzn. znać retorykę i semiotykę. Kwestią otwartą pozostaje problem, w jakim stopniu ta „ekspercka” narracja wywoła oczekiwaną zmianę.

Graziella Pesce, artystka i terapeutka z Wenecji, mająca w swoim dorobku między innymi gobelin zatytułowany „Księga mego życia”, jest autorką metody, którą nazwała arrasoterapią, polegającej na tkaniu kompozycji artystycznych, zainspirowanych samym życiem. Uważa ona, że występujące w tkaninie węzły są jak węzły życia: każdy coś znaczący, jest niezbędny i składa się na całość kompozycji. *Kiedy umysł jest zablokowany a serce ściśnięte bólem, pomoc mogą ręce, które w ciszy tkają wciąż na nowo nieć życia. Tkając tkaninę możemy rozmyślać o swoim życiu.* Terapeutycznie działa świadomość, że w każdej chwili możemy spruć fragment, który się nam nie podoba, z którego nie jesteśmy zadowoleni i utkać go inaczej. Posługując się metaforą mitologiczną metodę włoskiej terapeutki można nazwać sposobem Penelopy. Za arcy mistrza narracji natomiast uważa się męża Penelopy – Odyseusza.

Opowiadanie historii i rozumienie form narracyjnych

Kiedy już zdecydujemy się *opowiedzieć nasze życie* (w sytuacji terapeutycznej słuchaczem będzie Terapeuta-Ekspert) nie nadajemy naszemu opowiadaniu formy „sprawozdania naukowego” ale posługujemy się zwykłym, codziennym językiem, z jego pełną dynamiki ekspresją? Kiedy bowiem dokonujemy klasyfikacji, kodyfikacji i konceptualizacji na podstawie doświadczenia, stosujemy klasyczne podejście oparte na obserwacji i eksperymentowaniu. Widzimy to w botanice, meteorologii i astronomii. Świat jest postrzegany przez nasze zmysły albo instrumenty zaprojektowane specjalnie do obserwacji. To jest naukowy sposób wyjaśniania. Jednakże, kiedy bowiem poszukujemy znaczeń doświadczenia i pragniemy zmanifestować to znaczenie, możemy zwrócić się do modeli ekspresji. Będzie to widoczne w procesie *opowiadania historii*. Treść historii, tak jak sztuka, nie zawsze od razu trafia w sedno – historie mają kształt metaforyczny. Nasze życie zapożycza wzory rozumienia od tych historii. Są one sposobem postrzegania, czucia, odnoszenia się do świata i ludzi, egzystencji. Podczas gdy koncepcje naukowe są związane z nominalizmem, historie wiążą się z archetypami. Naszym zadaniem jako badaczy nie jest nadanie znaczeń historiom, ale pozwolenie, by znaczenia te zmanifestowały się w realnym świecie. W procesie terapii narracyjnej nie jest ważna sama relacja ale znaczenie, jakie ma ona dla Opowiadającego; ważny jest związek między nieświadomością a świadomością, tym co utajone, a tym co wypowiedziane.

Rozważając terapeutyczne możliwości opowiadania historii należy odwołać się do teorii literatury i wyjaśnić czym jest narracja. W *Słowniku terminów literackich*, czytamy, że jest to <<wypowiedź monologiczna prezentująca ciąg zdarzeń uszeregowanych w jakimś porządku czasowym, powiązanych z postaciami w nich uczestniczącymi, oraz ze środowiskiem, w którym się rozgrywają>>. W zależności od tego, czy na plan pierwszy przedstawienia wysuwają się zjawiska dynamiczne, rozwijające się w czasie, czy zjawiska statyczne, rozmieszczone w przestrzeni narracja przybiera formę opowiadania bądź opisu. Bieg narracji wyznacza kształtowanie się świata przedstawionego: fabuły, postaci, tła zdarzeń, a równocześnie na innym poziomie znaczeniowym – formowania się sytuacji narracyjnej i osoby narratora.

Według *Przewodnika encyklopedycznego* narracja to <<opowiadanie, wypowiedź relacjonująca uporządkowany przebieg zdarzeń; sformułowana zazwyczaj jako rekonstrukcja minionego przebiegu wypadków – w czasie przeszłym z wyjątkiem tzw. opowiadania unaoczniającego, które posługuje się czasem teraźniejszym. W utworze fabularnym czyli narracyjnym, może też oznaczać całość wypowiedzi postaci w tzw. mowie niezależnej bądź łącznie z nimi; w tym znaczeniu narracja rozciąga się również na ich dialogi i monologi, traktowane jako tzw. przytoczenie narracyjne>>. Aby głębiej poznać istotę opowiadania przedstawiam kilka definicji pojęcia opowiadanie. I tak w *Słowniku terminów literackich* czytamy: <<Opowiadanie to podstawowa forma wypowiedzi narracyjnej, prezentująca narastanie w czasie toku zdarzeń, wyznaczająca dynamiczny aspekt świata przedstawionego w utworze epickim: fabułę. Do najbardziej uniwersalnych wyróżników opowiadania należą: gramatyczna forma czasu przeszłego, określająca dystans czasowy między momentem formowania relacji a opowiadanymi zdarzeniami; podkreślenie za pomocą odpowiednich środków gramatycznych i leksykalnych następowania po sobie w czasie przedstawionych zdarzeń; indywidualizacja opowiadanych zdarzeń oraz wyróżnienie między nimi. Opowiadanie we wszelkich swych odmianach jest formą opozycyjną wobec opisu, z którym najczęściej się przenika i przeplata w języku utworu epickiego>>. W definicji tej wyszczególniono dalej: opowiadanie informacyjne i opowiadanie unaoczniające, oraz drugie znaczenie opowiadania – jako gatunku epickiego, utworu prozaicznego niewielkich rozmiarów. Natomiast *Leksykon terminów literackich* tak definiuje opowiadanie jest to <<typowa forma wypowiedzi narracyjnej w utworze epickim albo określony typ utworu epickiego>>. Opowiadanie jako forma narracji przeciwstawione jest opisowi, gdyż ujmuje świat utworu dynamicznie, ogarnia dokonujące się zmiany, choć wystarcza mu czas przeszły, znakomicie służy rekonstrukcji zdarzeń fabularnych.

Przytoczone definicje opowiadania są zgodne co do tego, że opowiadanie to forma wypowiedzi narracyjnej ukazująca dynamicznie tok zdarzeń. Na treść opowiadania składa się szereg czynności, zdarzeń, lecz nie przy-

padkowych, ale tylko takich, które następują po sobie w pewnej kolejności czasowej, które jednocześnie pozostają do siebie w stosunku przyczynowo-skutkowym, czyli że jedno wydarzenie warunkuje powstanie drugiego. Zespół powiązanych w ten sposób wydarzeń nazywamy akcją. Często stosuje się kompozycję naturalną, czyli taką, gdzie zdarzenia są przedstawione zgodnie z następstwem czasowym – chronologicznie. Natomiast rekonstrukcję przebiegu zdarzeń w przeszłości można formułować w czasie przeszłym lub teraźniejszym. W pierwszym przypadku wszystkie czasowniki muszą wystąpić w czasie przeszłym, a poszczególne czynności bohaterów zdarzeń mogą być ukazane w wyraźnym następstwie czasowym za pomocą odpowiednich określeń.

Opowiadanie ukazuje obraz dynamiczny – przedstawia działanie, przebieg czynności i zdarzeń, prezentuje fabułę. Dominującymi w nim częściami mowy są więc czasowniki. Dynamizują one akcję, gdyż ich funkcją jest wyrażenie ruchu, stawania się bądź określonego stanu. Czasowniki użyte w czasie teraźniejszym lub formie dokonanej szczególnie ożywiają i przyczyniają się do tego, że akcja jest szybka. Istotne znaczenie mają także powtórzenia wyrazowe, które akcentują trwanie czynności, wznowiają czynność opisywaną lub podkreślają wykonawcę czynności. Tempo akcji może być określone również wyrazami o specjalnej wymowie, np. takimi, jak: szybko, nagle, błyskawicznie lub: powoli, nie spiesząc się. Lekkość i żywość nadają opowiadaniu elementy języka mówionego, oraz stosowanie równoważników zdań lub krótkich zdań prostych. Zasadniczy wpływ na akcję opowiadania ma również barwność, którą uzyskujemy między innymi przez stosowanie porównań i przerośni, mowy niezależnej, zdań bogato rozwiniętych oraz powtórzeń wyrazów, wyrażań lub zwrotów językowych.

Umiejętności te są niezbędne biblioterapeucie, który chce prowadzić terapię narracyjną. W odniesieniu do ludzi starszych będzie to „druga strona” biblioterapii reminiscencyjnej, bardzo popularnej w USA, a od kilku lat – dzięki dr Ewie Tomasik – stosowanej także w Polsce.

Bibliografia

1. Cavallo M.: *The rhetorical construction of the body*. XV Congress of the International Association of Empirical Aesthetics. Roma 1998
2. *Leksykon terminów literackich*. Red. M. Krassowski. Warszawa 1994
3. *Literatura polska. Przewodnik encyklopedyczny*. Red. R. Łąkowski. Warszawa 1985
4. Pesce G. *Sulla via di Penelope*. „Arti Terapie” 1997 no 3, p. 3.
5. Scarpa L. *Arazzoterapia: Da Penelope a Graziella*. „Arti Terapie” 1998 no 4, p. 9.
6. Smorti A. *Il pensiero narrativo*. Firenze: Giunti, 1994.
7. Szulc W. *Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w leczeniu*. Poznań: AM, 1994.

KSIĄŻKI WSPOMAGAJĄCE LECZENIE

Temat referatu chcę potraktować z jednej strony – szerzej niż tylko wymienienie książek, które mogłyby być przydatne dla osób chorych, chcę bowiem przedstawić podstawowe potrzeby osób chorych (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci) wynikające z ich obciążeń chorobą i leczeniem. Z drugiej zaś strony wprowadzę do tematu także pewne ograniczenia – poza kilkoma książkami kompensacyjnymi dla dzieci – przywołam tytuły (z krótko zaznaczoną główną myślą) pozycji przydatnych w pogłębionym, już nie tylko powierzchownie kompensacyjnym, podejściu do ciężko chorych dorosłych i dzieci, w tym do osób chorych terminalnie.

Charakterystyki chorych dorosłych będą się więc przeplatały z charakterystykami dzieci, gdyż w każdym przypadku możliwe jest zastosowanie analogii, bo przecież zawsze chodzi o człowieka w sytuacji trudnej.

„Swoistą cechą przewlekłej choroby dziecka jest jej długotrwałość oraz zagrożenie, jakie ona stwarza dla jego rozwoju i nauki. Dziecko przewlekle chore wymaga przez wiele miesięcy, a nawet lat, specjalistycznej opieki medycznej i odpowiedniego postępowania wychowawczego” – pisze Aleksandra Maciarz¹. W owym „odpowiednim postępowaniu wychowawczym” powinna się zmieścić także biblioterapia wychowawcza, o której tu będzie mowa w aspekcie trafnego dobrania materiałów biblioterapeutycznych.

Dobór książek w biblioterapii zawsze zależy od potrzeb uczestników, a co za tym idzie, od celów, które stawiamy działaniom biblioterapeutycznym, a które muszą wynikać z wnikliwej i przemyślanej diagnozy psychosomatycznej, indywidualnie określonej dla każdego dziecka.

Toteż na wstępie trzeba poświęcić trochę miejsca diagnozie. Janina Doroszevska², twórczyni działu dzieci przewlekle chorych i kalekich, zwana w pedagogice specjalnej „polską panią z lampą”³, olbrzymie znaczenie w podejmowaniu działań w zakresie terapii wychowawczej przypisywała interdyscyplinarnej diagnozie. Późniejsi badacze tej problematyki kontynuowali i wzbogacali sformułowane przez nią założenia. Z. Sękowska⁴ za główny element diagnozy uważa związane z chorobą frustrację i stres.

¹ A. Maciarz: *Dziecko przewlekle chore w roli ucznia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 1998 s. 4.

² J. Doroszevska: *Pedagogika specjalna*. T. I Wrocław: Ossolineum, 1989.

³ Jest to aluzja do Florencji Nightingale, twórczyni nowoczesnej opieki pielęgniarskiej. Tytuł ten nadała Doroszevskiej M. Grzegorzewska.

⁴ Z. Sękowska: *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wyd. WSPS, 1998.

I. Obuchowska⁵ także zwraca uwagę na obciążenie, jakie stanowi choroba, ale i na sposób reagowania na te obciążenia, zależny od cech osobowości i umiejętności radzenia sobie z sytuacją trudną.

Wśród obciążeń osoby przewlekle chorej należy przede wszystkim wyróżnić obciążenie czynnikiem chorobotwórczym. Ważny jest typ choroby, jej nasilenie, etap choroby, a także warunki chorowania i leczenia. Wydolność wysiłkowa człowieka chorego zmniejsza się, ponieważ organizm część swojej energii zużywa na walkę z czynnikiem chorobotwórczym. Stąd towarzyszy chorobie zazwyczaj poczucie zmęczenia, spadek aktywności i obniżenie nastroju. Człowiek po prostu źle się czuje.

Wielu chorobom towarzyszy ból wynikający zarówno z zaburzeń w funkcjonowaniu ustroju, jak i ze sposobów leczenia (pobieranie krwi i tkanek, zastrzyki, zabiegi chirurgiczne, bolesne ćwiczenia rehabilitacyjne itp.). Z bólem wiąże się cierpienie, w którym zazwyczaj obecne są także komponenty psychiczne. Istnieje olbrzymia literatura dotycząca „tajemnicy cierpienia”, gdyż obecność cierpienia w świecie jest dla ludzi odwieczną zagadką i wyzwaniem. Ralph Sauer powołując się na Kirkegaarda, pisze: „Żaden człowiek nie może pojąć cierpienia, chceć je zrozumieć byłoby arogancją”⁶. Jednocześnie wszyscy ludzie doświadczają cierpienia, stanowi ono element rzeczywistości.

Z bólem i cierpieniem łączy się lęk. Dziecko silniej niż człowiek dorosły boi się zabiegów i operacji, izolacji od najbliższych, przebywania w obcym środowisku szpitala. Nie racjonalizuje swojej sytuacji, jest mało podatne na perswazję⁷.

Dodatkowym obciążeniem jest dla dziecka zablokowanie jego aktywności i samodzielności przez unieruchomienie w łóżku, a także perspektywa wyizolowania z grupy szkolnej i pozostania bez promocji do następnej klasy, co dla dziecka równa się często poczuciu pozostawania poza nawiasem życia⁸. Przy długotrwałych i nieskutecznych pobytach w szpitalu dochodzi lęk przed kalectwem, a nawet przed śmiercią.

Wielkim obciążeniem dzieci przewlekle chorych, podobnie jak wszystkich osób niepełnosprawnych, są bariery społeczne, poczucie własnej inności od świata osób zdrowych. Rekonwalescenci, wracający „na trochę” do środowiska rodzinnego, mają na ogół zalecane przez lekarzy liczne ograniczenia zdrowotne, a nakładające się na nie niewłaściwe, nadmierne troskliwe lub odrzucające, postawy kolegów czynią ich sytuację wyjątkowo trudną.

Z tych wybiórczo wymienionych obciążeń wynikają liczne blokady potrzeb rozwojowych dzieci. Na czoło wysuwają się tu potrzeby aktywności, afiliacji, bezpieczeństwa i sensu życia.

⁵ I. Obuchowska: *Przeżycia dziecka w szpitalu*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1996 nr 9.

⁶ R. Sauer: *Dzieci wobec cierpienia*. Warszawa: IW Pax, 1993 s.10.

⁷ A. Maciarz: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*. Kraków: Oficyna Wydaw. „Impuls”, 1998.

⁸ Z. Sękowska: *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wyd. WSPS, 1998.

Toteż istotą wszelkich terapii wychowawczych, w tym także biblioterapii, będzie realizowanie celów nastawionych na kompensację tych właśnie potrzeb.

Dlatego też materiał biblioterapeutyczny przedstawię w zakresach dotyczących kompensacji zablokowanych potrzeb:

- aktywności
- afiliacji
- bezpieczeństwa
- sensu życia

Trudno będzie poszczególne lektury ściśle rozgraniczyć według tych potrzeb, ponieważ często kilka celów będzie można realizować za pośrednictwem tej samej książki.

Potrzeba aktywności jest silną potrzebą rozwojową dziecka. Unieruchomienie w łóżku, czasem bardzo drastyczne – w gipsie lub na wyciągu, jest dla dziecka niezwykle trudne, gdyż hamuje jego naturalny dynamizm. Wiemy z doświadczenia, jak trudno jest chore dziecko utrzymać w łóżku. Jest to jednak konieczne, gdyż unieruchomienie spełnia bardzo ważną funkcję w terapii leczniczej, oszczędzając potencjał energetyczny organizmu, tak istotny w walce z czynnikiem chorobotwórczym. Toteż wszelkie kompensacje ruchowe za pośrednictwem mówienia (czytania) o ruchu są niezwykle pożądane. Do tego typu materiałów biblioterapeutycznych należą liczne na ogół w zbiorach bibliotecznych książki o tematyce podróźniczej, przygodowej i sportowej. Nie egzemplifikuję tu ich specjalnie, bo każdy z bibliotekarzy orientuje się w tego typu tytułach. Zwrócę tu jednak uwagę na książki dla dzieci, przedstawiające w swojej treści zabawy dzieci niepełnosprawnych (chorych) z dziećmi zdrowymi. Poza bezpośrednią kompensacją mówienia (czytania) o ruchu, dają one dobry wzorzec podejmowania wspólnych integracyjnych gier i zabaw tych dwóch grup dzieci. Można tu zaliczyć powszechnie znaną powieść dla dzieci Jadwigi Ruth-Charlewskiej *Dziewczynka spoza szyby*⁹ o dziewczynce z porażeniami po chorobie Heinego-Mediny, z którą harcerze nawiązują kontakt. Inną pozycją jest Stanisława Kowalewskiego *Dzikie ptaki lecą najdalej*¹⁰ o przyjaźni chodzącej o kulach Marysi, prześladowanej z tego powodu przez kolegów z klasy, z Maćkiem, zdrowym rówieśnikiem ze szkoły. Zabawy z kolegami chłopca unieruchomionego w łóżku, który kieruje grupą „tropicieli”, opisane są w książce Edmunda Hildicka *Tropiciele*¹¹ oraz *Wzywam czterech tropicieli*¹². O harcerstwie w sanatorium przeciwgruźliczym opowiada *Nieprzetarty Szlak* Krystyny Salaburskiej i Kazimierza Dębnickiego¹³.

⁹ J. Ruth-Charlewska: *Dziewczynka spoza szyby*. Kraków: W. L., 1970.

¹⁰ S. Kowalewski: *Dzikie ptaki lecą najdalej*. Warszawa: Biuro Wydawnicze „Ruch”, 1970.

¹¹ E. W. Hildick: *Tropiciele*. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1970.

¹² E. W. Hildick: *Wzywam czterech tropicieli*. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1973.

¹³ K. Salaburska, K. Dębnicki: *Nieprzetarty szlak*. Warszawa: Wyd. Harcerskie, 1965.

W wymienionych książkach, oprócz kompensacji potrzeby ruchu, występowała również kompensacja afiliacji i potrzeby bezpieczeństwa. Przez udział we wspólnych zabawach dzieci chore mogły się czuć razem z innymi, w integracji z grupą rówieśniczą. Potrzeba przynależności do rówieśniczej grupy odniesienia jest bardzo ważną potrzebą czasu dorastania, pozwala swój „wzrost” konfrontować z dojrzewaniem rówieśników, a co za tym idzie mieć poczucie bezpieczeństwa w grupie, czuć się „jak inni”, co – jak już była o tym mowa – często jest zaburzone u dzieci przewlekle chorych.

W dużym stopniu potrzeba afiliacji, zwana inaczej potrzebą miłości i więzi, dotyka relacji dziecka z rodziną, a zwłaszcza z matką. Dramatyczne rozstanie z powodu hospitalizacji dziecka bywa – zwłaszcza przez dzieci młodsze – traktowane jako rozstanie ostateczne. „Przeniesienie w obce środowisko, w dodatku kiedy odczuwa dolegliwości, a niekiedy ból, wyzwala u dziecka uczucie opuszczenia przez matkę i przez wszystkich, których kocha” – pisze Irena Obuchowska¹⁴. Toteż kompensowaniu więzi rodzinnych, utrzymywaniu w dziecku przeświadczenia, że jest nadal kochane, należy poświęcić wiele zabiegów biblioterapeutycznych. Na kanwie książek, przedstawiających kochające się rodziny, warto podejmować próby rozwiązywania osobistych problemów dziecka, które jest spragnione takiej właśnie pociechy, gdyż trafia ona w sedno jego aktualnych potrzeb. Dobrymi pozycjami są w tym zakresie książki z serii Jeźdźcydy Małgorzaty Musierowicz, gdzie rodzina Borejków stanowi pożądany wzorec relacji rodzinnych. Przydatne też są w tej dziedzinie wiersze i piosenki o matce, które wywołują pozytywne emocje, a także inspirują do własnej twórczości w tym zakresie. Można tu się oprzeć także na pozycjach dla dorosłych, w których przedstawiona jest pomoc rodziców w trudnych opresjach życia. Taką pozycją może być wątek akceptacji przez ojca niewidomego syna (bez rąk) w autobiograficznej książce Michała Kaziówa *Gdy moim oczom*¹⁵. Najlepiej, gdy wątek ten jest opowiedziany w czasie sesji biblioterapeutycznej jako „opowieść zasłyszana”. Nawet małe dzieci mogą z niej wynieść wiele korzyści. Jak poprzednio, zrealizowana potrzeba afiliacji będzie wzmacniać poczucie bezpieczeństwa u dziecka. Poczuciu bezpieczeństwa sprzyjają książki optymistyczne, pogodne, jak *Pollyanna*¹⁶ i *Pollyanna dorasta*¹⁷ Eleanor H. Porter. „Gra w zadowolenie” i „Księga Radości” – to wzorce gier optymistycznych, przeciwdziałających lękowemu czarnowidztwu. „Cieszę się – mówi bohater powieści *Pollyanna dorasta* – że mogę chodzić o kulach. To przecież o całe niebo lepsze od fotela na kółkach”¹⁸. Dla dziecka chorego to zdanie zawiera bardzo głęboką treść.

¹⁴ I. Obuchowska, M. Krawczyński: *Chore dziecko*. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1991 s.100.

¹⁵ M. Kaziów: *Gdy moim oczom*. Warszawa: Czytelnik, 1985.

¹⁶ E. H. Porter: *Pollyanna*. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1982.

¹⁷ E. H. Porter: *Pollyanna dorasta*. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1974.

¹⁸ Tamże. s. 148.

Szczególnie ważna jest u dzieci ciężko chorych potrzeba sensu życia. Ich cierpienie domaga się odpowiedzi na pytanie: dlaczego?

„W przeciwieństwie do dorosłych dzieci nie są jeszcze zdolne do zachowania pewnego dystansu wobec cierpienia; dotyka je ono bezpośrednio i często bardzo głęboko. Ponieważ są wydane na pastwę cierpienia bez żadnej ochrony, cierpienie dziecka nazwano <<absolutnym złem>> (M. Conche i F. Heidsieck)¹⁹ – pisze Ralph Sauer¹⁹.

Sytuacja jest tym trudniejsza, że w obecnych czasach eliminuje się z wychowania temat cierpienia. H. Richter²⁰ twierdzi, że nasze czasy chorują na nieumiejętność cierpienia. Dziecko więc, spotykając się w chorobie z bólem i cierpieniem, jest zupełnie do niego nieprzygotowane – dla niego cierpienie i śmierć to kolorowy obraz telewizyjny, który należy traktować jako nierzeczywistą iluzję. Tym trudniejsza, niezrozumiała i tym bardziej egzystencjalna jest dlań własna sytuacja.

Niestety, pomoc dorosłych w tym zakresie jest też bardzo ograniczona, ponieważ i oni nie umieją rozvikłać „tajemnicy cierpienia”.

Biblioterapia sięga w tej dziedzinie do pomocy dwojakiej:

1. Do ucieczki od problemu w świat pragnień i fantastyki. Oto próbka teoretycznego ujęcia tej problematyki: „Oceniając wpływ choroby na rozwój dziecka i kształtowanie się jego osobowości, starałam się ukazać nie tylko zagrożenia, ale także szanse, jakie ona stwarza dziecku. Uznałam jednak, że szala zagrożeń jest znacznie cięższa niż szala szans. Nie zdołali przekonać mnie zwolennicy cierpienia jako źródła wartości. Moim pragnieniem jest, by dziecko nie musiało cierpieć, by mogło wzrastać w poczuciu bezpieczeństwa i radości²¹. Chciałoby się dodać: „Moim pragnieniem też jest, by dziecko nie musiało cierpieć. Ale czy to pragnienie ma moc zmniejszenia cierpień?” Oczywiście, trzeba się zgodzić z autorką, że należy dążyć do zmniejszania cierpień, ale ludzkość czyni to od zarania swoich dziejów z nie najlepszym skutkiem. Na miejsce jednych chorób pojawiają się inne, a czasem wracają ponownie te, które – zdać by się mogło – zostały już całkowicie wyeliminowane. Tak się przecież dzieje z gruźlicą, którą przed laty triumfalnie wyprowadzono z sanatoriów i akademii medycznych, a która dziś – ze zdwojoną siłą – zbiera swoje smutne żniwo, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Traktowanie więc choroby i cierpienia jako tabu lub pozorne rozwiązywanie problemu na drodze ucieczki czy myślenia życzeniowego prowadzi w ślepy zaułek. Oczywiście, ucieczka w świat literatury może przynosić pożądaną ulgę w cierpieniu, w udręce chorowania i dlatego osobom chorym, a zwłaszcza dzieciom podsuwa się książki o tematyce pogodnej, które dają chwilowe (pamiętajmy o tym!) zapomnienie. Nie ludźmy się jednak, że taka lektura zaspokoi dojmującą w ciężkiej chorobie potrzebę odpowiedzi na pytania: dlaczego i co dalej? Te pytania tkwią

¹⁹ R.Sauer: op.cit. s. 16.

²⁰ Cyt. za: R.Sauer: op.cit s. 13.

²¹ A.Maciarz: *Psychoemocjonalne i wychowawcze...* op.cit s. 7.

w podświadomości, nawet wówczas, gdy chory boi się zezwolić, aby weszły one w strumień świadomości. Biblioterapeuta winien przyjść tu z pomocą, podejmując inną niż ucieczka drogę kompensacji.

2. Ta droga to przebudowa świata wartości, wykorzystanie choroby, niepełnosprawności dla własnego rozwoju. Ponieważ cierpienie jest obecne w każdym życiu, jest niejako zakodowane w kondycji człowieka, to zamiast zaprzeczać tej oczywistości przez nakładanie na nią tabu czy spychanie tej prawdy do podświadomości, potrzeba się zabrać do skutecznego rozwiązania problemu. Trzeba przebudować system wartości w takim kierunku, żeby cierpienie mogło być wykorzystane przez człowieka dla jego dobra. Poeta cierpiący, C.K. Norwid, jasno to przedstawia – a wiemy, że znał ten problem z autopsji – w wierszu „Fatum”:

I
„Jak dziki zwierz przyszło N i e s z c z ę ś c i e do [człowieka
I zatopiło weń fatalne oczy...
– CzeKa – —
Czy, człowiek, zboczy?

II
Lecz on odejrzał mu, jak gdy artysta
Mierzy swojego kształt modelu;
I spostrzegło, że on patrzy – co? skorzysta
Na swym nieprzyjacielu:
I zachwiało się całą postaci wagą
– – I nie ma go!”

(C.K. Norwid: *Poezje*. Warszawa: Czytelnik, 1979 s. 559)

Ten problem: „co skorzysta na swym nieprzyjacielu” – jest także drogą biblioterapii. Janina Doroszewska pisze: „Dana jednostka znajduje się w kręgu pewnych ustalonych hierarchii wartości, w których tak mocno jest eksponowane – jako przeważnie najwyższa wartość – zdrowie, sprawność fizyczna, energia w osiąganiu sukcesów za pomocą tych właśnie wartości. Takie jednostronne i wąskie wartościowanie jest dla jednostki tak czy inaczej uszkodzonej katastrofalne, gdyż ukazuje (a raczej fałszywie pogłębia) całą jej niedolę (...). Pragnienie bycia takim jak inni, pragnienie tak bardzo istotne dla wszystkich ludzi z odchyleniami od normy – może być zrealizowane tylko na drodze przyjęcia innej hierarchii wartości, przesunięcia wartości z normy fizycznej na psychiczną. A to właśnie jest często trudne, wymaga bowiem pewnej dojrzałości osobowości”²². Cytowana przez Doroszewską Fabienne van Roy pisze: „Najpiękniejsze kompensacje są związane z rozwojem wartości, jakie się nosi w sobie”²³.

Historia kultury wskazuje na liczne przykłady cierpienia jako inspiracji twórczej. „Człowiek potrafi przetworzyć cierpienie na dobro i piękno. Poza

²² J. Doroszewska: *Pedagogika specjalna*. T. I Wrocław: Ossolineum, 1989 s. 483 i nast.

²³ Tamże s. 574.

wielkimi twórcami, jak niewidomy Homer, głuchy Beethoven, chory psychicznie Van Gogh, czy kaleki Michał Anioł, których dzieła stanowią kamienie milowe rozwoju kultury ludzkiej, także inni – współcześni niepełnosprawni wnoszą do kultury swój istotny wkład²⁴.

Odniosę się tu także do znanej z telewizji postaci niepełnosprawnego (z kwadriplegią – cztero kończynowym paralizem) Piotra Pawłowskiego, o którym jego ciężko chora na cukrzycę, niedowidząca, zagrożona ślepotą koleżanka, Monika Kostro pisze: „Kto wie, czy Piotr Pawłowski osiągnąłby tak wiele, gdyby nie wypadek i jego skutki? Może to teza zbyt śmiała, ale przypuszczam, że to właśnie te doświadczenia dały mu konsekwencję, upór i czas, a w rezultacie spełnienie, radość z tego, co robi, pogodę ducha i równowagę wewnętrzną. Myślę, że znakomicie pasują do Piotra słowa św. Pawła z II Listu do Koryntian: <<Moc bowiem w słabości się doskonalili>> (II Kor, 12, 9)²⁵. I dalej snuje swoje refleksje:

„Niepełnosprawność nie musi być przeszkodą, wręcz przeciwnie, może stać się szansą pozwalającą ujawnić się i rozwinąć wartościom, które w innych okolicznościach życiowych nie byłyby realizowane”.

„Niepełnosprawność niczego nie przesądza. Może być klęską, ale może też być zwycięstwem²⁶.”

A sam Piotr Pawłowski pisze: „Ufam, że moja sytuacja nie jest żadną karą za grzechy, że Bóg nie chce mojego cierpienia. Może uznał, że znacznie więcej mogę zrobić siedząc na wózku niż grając w koszykówkę²⁷”.

Przed wypadkiem (skokiem do wody) Piotr potrafił „ignorować wszystkich i wszystko, wybierając tylko to, co większość nastolatków wybiera – kochory i nieprawdziwy kształt życia.

Lecz dzisiaj już o pewnych rzeczach wiem. Wiem to dzięki temu, że jestem na wózku i bardzo żałuję, że dopiero teraz otworzyły mi się oczy. Wcześniej zależało mi, aby przejść przez życie jak najbardziej efektywnie, jak najbardziej burzliwie. Więcej dla mnie znaczyło słowo <<mieć>> – mieć pieniądze, modne ciuchy, niż <<być>> – być człowiekiem, przyjacielem, być pomocnym tym, którzy potrzebują pomocy. Jakie to dzisiaj wydaje się oczywiste – nie zagarniać wszystkiego dla siebie, lecz przede wszystkim obdarowywać: obecnością, dobrem, prawdą, życzliwością, zaufaniem... nawet wtedy, kiedy się jest niepełnosprawnym, gdyż niesprawność w jakiejś dziedzinie nikogo nie zwalnia z tych zadań.

Wypadek zmienił całkowicie moje dotychczasowe życie. Wcześniej było ono pełne ruchu, swobody, młodzieńczej radości. Jednak dzisiaj już wiem, że była to radość złudna, nieprawdziwa, tak jak nieprawdziwe było moje życie²⁸.

²⁴ E. Tomasiak: *Z zagadnień deontologii pedagoga specjalnego*. W: *O etyce służb społecznych*. Red. W. Kaczyńska. Warszawa: Wyd. IPSiR UW, 1998 s. 74.

²⁵ M. Kostro: *Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji*. Niepubl. praca magisterska. Warszawa: WSPS, 1999.

²⁶ Tamże.

²⁷ P. Pawłowski: *Ten mur można zmienić*. „Światło i Cienie” 1996 nr 1 s. 39.

²⁸ P. Pawłowski: *Refleksje nad jednym życiem*. „Różaniec” 1996 nr 13 s. 22.

W przytoczonych tekstach same osoby niepełnosprawne mówią, co mogą skorzystać „na swym nieprzyjacielu”, cierpieniu, fatum ludzkiego życia.

A dzieci? Czy to się da odnieść do dzieci? Lekarze, pielęgniarki i wolontariusze z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci na łamach swojego czasopisma często się dzielą obserwacjami, jak dzieci postrzegają swój los nieuleczalnej, prowadzącej do śmierci, choroby. Pisze pielęgniarka WH dla Dzieci, Katarzyna Cichosz: „Wypowiedzi ich przekonują nas, że są świadome tego, co się z nimi dzieje (...) Spotkania z młodszymi dziećmi pokazują, że dla nich śmierć wiąże się z pożegnaniem, ale też z wiarą, że TAM będzie piękniej, lepiej, że nie będzie bolało (...) Sześćioletnia Ala, pokazując swoje ulubione zabawki, opowiedziała sen. Zachwycała się tym, co widziała. Była tam łąka, kwiaty, motyle, a ona biegała. Mówiła, że od kilku dni ma takie piękne sny. Niedługo potem zmarła”²⁹.

„W przeszłości często uważano, że dziecko nie rozumie śmierci i że tworzenie atmosfery radosnej normalności może ochronić je przed powagą choroby. Dziecko jest świadome – stosownie do swojego wieku rozwojowego – istnienia śmierci i omijanie rozmowy na ten temat, w celu uchronienia go przed lękiem, może przynieść skutek przeciwny od zamierzonego, pogłębić lęk”³⁰.

Pomoc biblioterapeutyczna względem dzieci terminalnie chorych ma zmniejszać ich lęk przed „tamtą stroną”, ma budzić nadzieję, że tamta strona istnieje.

Dobra jest więc dla dzieci literatura o aniołach. Książka J. Anderson *Anielskie drogi* daje dzieciom poczucie bezpieczeństwa, że ktoś się nimi opiekuje nawet w najtrudniejszej sytuacji. To daje nadzieję na „spotkanie się kiedyś w moim Raju”, jak zatytułowana jest książka Zachert³². Kojące też są wszelkie opowieści o Bogu i Niebie. Cytowana już pielęgniarka Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, Katarzyna Cichosz opowiada o rozmowie z umierającym Tomkiem: „On zapytał: <<Czy ci, których spotkałaś – cierpiący, wierzyli w Boga, czy nie?>> Odpowiedziałam: <<W większości tak. A ci, którzy nie wierzyli, pytali o Boga również>>. Tomek po chwili zastanowienia powiedział: <<No widzisz, może chodzi o to, żeby zbliżyć się do Boga? Może ja cierpię dlatego, żeby inni nie cierpieli?>>”³³.

Taka rozmowa o sensie życia i cierpienia w obliczu śmierci zdarza się rzadko. Biblioterapeuta nie powinien jej inicjować – rzecz jest niezwykle delikatna i wymagająca nadzwyczajnego wyczucia. Nie może jednak unikać takich tematów, jeżeli inicjatywę przejmie dziecko. Ma też biblioterapeuta możliwość dotarcia z tą problematyką do dziecka przez rodziców. To raczej

²⁹ K. Cichosz: *Spotkanie z dzieckiem umierającym*. „Warszawskie Hospicjum dla Dzieci” 1998 nr 5 s. 9.

³⁰ F. Buczyński: *Wobec tajemnicy śmierci. Czy rozmawiać o śmierci i umieraniu z chorymi dziećmi?* „Warszawskie Hospicjum dla Dzieci” 1998 nr 5 s. 10.

³¹ J. Anderson: *Anielskie drogi*. Gdańsk: Wyd. „Exter”, 1994.

³² I. Ch. Zachert: *Spotkamy się kiedyś w moim Raju*. Łódź: Wyd. „Parnas”, 1993.

³³ K. Cichosz: op. cit. s. 9.

ich należy poinstruować, jak z dzieckiem umierającym rozmawiać na nurtujące je tematy. Otwartość, nieokłamywanie dziecka i budzenie nadziei – to podstawowe elementy tych rozmów. Chodzi o to, by rodzice skoncentrowali się na okazaniu pomocy dziecku, a nie zajmowali się jedynie własnym bólem. Taka „konstruktywna” postawa, kiedy można jeszcze coś dla dziecka zrobić, także im przynosi ulgę – i to nie tylko w trudnych chwilach pożegnania, ale i potem w okresie żałoby. Książkami zalecanymi dla rodziców są liczne pozycje podejmujące refleksję nad śmiercią i umieraniem, uczące towarzyszenia odejściu, czy przeżywania żałoby, jako okresu terapeutycznego po śmierci osoby bliskiej.

Szczególnym walorem obdarzona jest pod tym względem książka J. Toulat *Dzieci Nieba*³⁴, która jest wyborem listów rodziców po stracie dzieci, a którzy starają się z nimi nawiązać kontakt duchowy. Książka została wydana z okazji jubileuszu francuskiej organizacji „Jonathan – żywe kamienie”, skupiającej rodziców dotkniętych śmiercią dzieci. Pozycja ta – wielokrotnie przeze mnie stosowana w sytuacjach dramatycznych różnych osób – zawsze przynosiła wielką ulgę w cierpieniu. A o to przecież chodzi w biblioterapii skierowanej do osób cierpiących.

Na uwagę zasługuje także książka prof. Jerzego Armata *I otrze Bóg wszelką łzę*³⁵, gdzie jednym z rozdziałów są „Kartki z życia małych dzielnych ludzi”. Współautorami są tu dzieci chore na białaczkę i ich rodzice. Bohaterami są także dzieci wyleczone. Podobną problematykę podnosi Erma Bombeck³⁶, która postanowiła optymistycznie napisać o raku. Autorka opisuje obóz wakacyjny, o którym chory chłopiec pisze: „Obóz to jedyne miejsce, gdzie nie martwię się rakiem. Mam więcej zmartwień z komarami”³⁷.

Autorka kolejnej książki, Diana Komp, pediatra – onkolog (*I dziecko będzie je prowadzić. Dzieci z nowotworem uczą, jak mieć nadzieję*)³⁸ nazywa siebie Dr Babcia. W książce przedstawia wiele przypadków dzieci wyleczonych z choroby nowotworowej. Na podstawie swojej praktyki może stwierdzić, że dzieci chore uczą ją nadziei.

Istnieje wiele książek opisujących heroiczne, ale też pełne pokoju umieranie dzieci. José-Maria Salaverri³⁹ opisuje swego wychowanka, 16-letniego Faustina, chorego na ziarnicę złośliwą. Chłopiec zdaje sobie sprawę, że umiera. Martwi się, jak to przyjmą rodzice. Sam jednak zgadza się ze swoją sytuacją, przyjmuje ją z pogodą. Niedługo przed śmiercią zapisuje „Witaj śmierci, nasza siostrze”.

³⁴ J. Toulat: *Dzieci Nieba*. Kraków:WAM, 1995.

³⁵ J. Armata: *I otrze Bóg wszelką łzę. O dzieciach chorych na białaczkę i inne opowiadania*. Kraków: WAM, 1997.

³⁶ E. Bombeck: *Nic mi nie jest, po prostu miałem raka*. Warszawa: Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową, 1995.

³⁷ Tamże s. 132.

³⁸ D. Komp: *I dziecko będzie je prowadzić. Dzieci z nowotworem uczą, jak mieć nadzieję*. Warszawa: Verbinum, 1997.

³⁹ J. M. Salaverri: *Cztery razy „Tak”*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie, 1997.

Bohater książki Agnès Lemmens⁴⁰, 15-letni Marko choruje na białaczkę. Przygotowuje matkę do swego odejścia: „Nie martw się, mamusiu. Jeżeli umrę, to i tak cię nie opuszczę, obiecuję. Wiesz, że jesteśmy złączeni zawsze: do śmierci i poza śmierć (...). Będę nawet bliżej ciebie niż teraz”⁴¹. „Nie chciałbym stracić chwili mojej śmierci. To będzie najważniejszy czyn mego męskiego życia. Wiesz, że nie boję się śmierci; dla mnie śmierć nie jest końcem, lecz początkiem. Toteż chcę oglądać ten świt na własne oczy”⁴². Angł Miguel Monge⁴³ przedstawia śmierć 14-letniej Aleksji chorej na sarkomę Ewinga. Po czterech ciężkich operacjach wie, że nie ma ratunku. Żegna się z koleżankami w klasie, pisząc do nich tuż przed śmiercią: „Teraz pozostaje jedynie finałowa prosta, która jest bardzo męcząca, ponieważ jest ostatnią prostą”⁴⁴. Postawa Aleksji budzi szacunek, a nawet zachwyty personelu szpitalnego.

Przedstawione przeze mnie pozycje nie powinny, oczywiście, trafiać bezpośrednio do rąk dzieci umierających, są jednak niezwykle cennym dla nich wsparciem, jeżeli rodzice (lub biblioterapeuci) potrafią je we właściwy sposób wyzyskać w rozmowie „na ważne tematy”, od której nie powinno się nigdy uchylać otoczenie osoby chorej terminalnie. Ważne jest, żeby w chwilach ostatnich pozwolić na ufność, a nawet radość z przejścia na tamtą stronę. Dobrze wiedział o tym Janusz Korczak, który tuż przed swoją ostatnią drogą wystawił z dziećmi z sierocińca inscenizację *Poczty Rabin-dranatha Tagore’a*⁴⁵. Ciężko chory chłopiec, Amal, umiera szczęśliwy: „Spełnia się wszystko (...). Wołają mnie uśmiechy. Kończy się droga. Jasny, błękitny dwór!”⁴⁶. Podobnie można wyzyskać książkę Astrid Lindgren *Bracia Lwie Serce*⁴⁷.

Osoby towarzyszące umierającym (profesjonaliści i osoby bliskie) muszą się nauczyć „terapii obcowania”⁴⁸ tak ważnej w opiece hospicyjnej. „Najmocniejszym i najlepszym darem, jaki możesz mi dać, jest poczucie obecności. Nie musisz rozwiązywać moich problemów. Masz tylko przyjść, odwiedzić, być tu...”⁴⁹ – te słowa to autentyczny „głos człowieka zbliżającego się do śmierci”. Chora na raka Shelley Chapin potwierdza i rozszerza tę prawdę: „Mogę szczerze wyznać, iż niewiele jest rzeczy równie tragicznych, jak umieranie osoby nie mającej okazji otwarcie porozmawiać o śmierci, bólu, lęku, miłości i wieczności”⁵⁰.

⁴⁰ A. Lemmens: *Marko*. Warszawa: Wyd. Ks. Marianów, 1995.

⁴¹ Tamże s. 51.

⁴² Tamże s. 55.

⁴³ A. M. Monge: *Aleksja*. Katowice: Księgarnia św. Wojciecha, 1992.

⁴⁴ Tamże s. 329.

⁴⁵ R. Tagore: *Poczta*. Lwów: Wyd. „Monsalwat”, 1922.

⁴⁶ Tamże s. 46.

⁴⁷ A. Lindgren: *Bracia Lwie Serce*. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1990.

⁴⁸ J. Doroszewska: *Pedagogika specjalna*. t. II. Wrocław: Ossolineum, 1989.

⁴⁹ *Przed przejściem. Rozważania o opiece hospicyjnej*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie, 1997 s.11.

⁵⁰ S. Chapin: *W dolinie cienia*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, 1993 s. 123.

Nawet milcząc jednak, trzeba rozumieć. Stąd warto pogłębić swoją wiedzę o tym, co czuje ten, który nas potrzebuje. Niezwykle wartościową książką są *Zapiski z nocnych dyżurów* Jacka Baczaka⁵¹, który – jako pielęgniarz w domu dla umierających starców – towarzyszy umieraniu, starając się zrozumieć i wysłuchać, uszanować prywatność i godność tych ludzi. Stara się też ocalić od zapomnienia tych, którzy zostali zapomniani przez swoich najbliższych.

Ocalenie od zapomnienia, podtrzymywanie pamięci tych, co odeszli, bywa ważnym zabiegiem terapeutycznym. Jest wiele dzieł literackich, które taką funkcję spełniły, że przytoczę chociażby *Treny* Jana Kochanowskiego, gdzie widać, jak w miarę pisania kolejnych trenów, przychodzi ukojenie. W literaturze faktu wiele jest takich pozycji. Przywołam tu kilka. Kazimiera Pieskow (b.r.w.) w książce *Jen – moja miłość*⁵² opisuje dwuletnie życie swego synka, Jędrusia i jego śmierć. Nie chce o nim zapomnieć. „Dziękuję Bogu za dwa lata szczęścia”⁵³. Gro Rosth⁵⁴ opiera książkę *Kim byłeś? Requiem dla dziecka* na dzienniku matki dziecka, która umiera jako niemowlę. I ta matka mówi: „Trzeba raczej dziękować za owe pięć miesięcy, które dane nam było spędzić z synkiem, dziękować za to, że mogliśmy go poznać (...). Ale to takie nieprawdopodobnie trudne!”⁵⁵. Obie książki pokazują rzadki, ale możliwy, sposób radzenia sobie z bólem po śmierci dziecka. Christel Zachert matka 15-letniej Isabel chorej na nowotwór tkanki łącznej wykorzystuje w książce listy córki. „Tak wielu ludziom dodają odwagi i być może promieniując pogodą ducha odbieram im lęk przed śmiercią”⁵⁶ – pisze Isabel.

Podobnie Laura Vinzenzi⁵⁷ zostawia po sobie listy, które wydał jej narzeczony. Ostatnie notatki Laury, chorej na nowotwór kości, są pełne uczucia do narzeczonego: „Dalej będę żyć, kochać, wstawiać się za ciebie, modlić się za ciebie (...) Będę oczekiwała na ciebie, by znów cię objąć ramionami”⁵⁸. Analogiczną książką są *Dzienniki i listy*⁵⁹ Maxie Wander, wydane po śmierci żony przez męża. Wspomniane przeze mnie wcześniej pismo „Warszawskie Hospicjum dla Dzieci” także prowadzi tego typu terapię, zamieszczając fotografie i sylwetki dzieci, które odeszły. Ma to dla rodzin pozostających w żałobie ogromne znaczenie.

Niepełnosprawny poeta warszawski Czesław Mirosław Szczepaniak⁶⁰ wydał tom szkiców o ludziach i książkach *Drugi alfabet*. W szkicu „Bartol

⁵¹ J. Baczak: *Zapiski z nocnych dyżurów*. Kraków: Wyd. „Znak”, 1995.

⁵² K. Pieskow: *Jen – moja miłość*. Otwock-Świder: Wyd. „Posłaniec” b.r.w.

⁵³ Tamże s. 94.

⁵⁴ G. Rosth: *Kim byłeś. Requiem dla dziecka*. Katowice: Wyd. „Książnica”, 1997

⁵⁵ Tamże s. 139.

⁵⁶ I. Ch. Zachert: *Spotkamy...* op. cit. s. 184.

⁵⁷ L. Vinzenzi: *Listy narzeczonej*. Warszawa: Wyd. Ks. Marianów, 1996.

⁵⁸ Tamże s. 130.

⁵⁹ M. Wander: *Dzienniki i listy*. Poznań: Wyd. Poznańskie, 1987.

⁶⁰ Cz. M. Szczepaniak: *Drugi alfabet*. Warszawa-Ursynów, 1997.

Agnieszka (1978-1990)" autor pisze o żyjącej zaledwie 12 lat chorej na zanik mięśni dziewczynce. „Należała do wielkiej rodziny ludzkiej, którą przeszywają bóle i cierpienia. Żyła pod kluczem choroby. W cieniu Krzyża”⁶¹. „Pisała i rysowała, żeby ciężkie chwile dobić”⁶². Przypomina się poezjoterapia Haliny Poświatowskiej pod kierunkiem prof. Aleksandrowicza.

Ci, co przeżyli, wracając z „doliny cienia”, często zaczynają żyć już jako nowi ludzie. Znany tenor Jose Carreras który przeszedł leukemię pisze w autobiograficznej książce *Śpiewać całą duszą*, że teraz żyje „pełniej, bardziej świadomie”⁶³. Pomaga innym walczyć z białaczką, zakładając międzynarodową fundację. W maju 1999 r. po raz kolejny był w Polsce, by otworzyć nowe agendy Fundacji. Podobnie Earvin Johnson⁶⁴, słynny koszykarz amerykański, pokazuje, jak można „naprawiać” swoje życie pracą dla innych: „HIV jest dla mnie kolejnym wyzwaniem. Walczę z nim, tak jak poprzednio walczyłem na boisku. Wkładam w tę bitwę wszystko”⁶⁵.

Dokonane przeze mnie prezentacje nie wyczerpują problemu „książek wspierających leczenie”. Jest wiele ciekawych pozycji, które się zaleca chorym. Znane są propozycje Gostyńskiej, Kozakiewicz, Ośrodka Toruńskiego. Tu chciałam się jednak skupić na takich materiałach, które dotyczą spraw egzystencjalnych, gdyż tego typu „logoterapia” (w ujęciu V. Frankla) znajduje się w kręgu najistotniejszych potrzeb człowieka chorego (również dziecka), a także w kręgu potrzeb otoczenia chorego (głównie jego najbliższych), przez które pośrednio zaspokajają się potrzeby samych osób chorych.

⁶¹ Tamże s. 21.

⁶² Tamże s. 22.

⁶³ J. Carreras: *Śpiewać całą duszą*. München: Kinder Verlag, 1991 s. 183.

⁶⁴ E. Johnson, W. Nowak: *Moje życie*. Warszawa: Wyd. „Atlantis”, 1993.

⁶⁵ Tamże s. 307.

PREZENTACJA PRACY BIBLIOTEKI SANATORYJNEJ

Krótkie informacje o mieście Ustroniu

Ustroń to jedyne miasto Podbeskidzia, malowniczo położone w dolinie rzeki Wisły wśród otaczających gór. Od zachodu otoczone jest grzbieciem górskim wypiętrzoną w szczytach Małej i Wielkiej Czantorii (995 m n.p.m.), stanowiącym granicę państwa z Republiką Czeską oraz granicę wododziału rzek Wisły i Odry, a od północnego zachodu pogórzem Cieszyńskim ze szczytem Jelenicy (511 m n.p.m.). Ościeże wschodnie tworzą Lipowski Groń (743 m n.p.m.) i Równica (884 m n.p.m.). Kopulaste góry porośnięte są lasami mieszanymi bukowo-świerkowymi z domieszką jawora, jesionu, olchy, dębu i jodły. Tutejszy klimat określany jest jako podgórski, umiarkowanie bodźcowy. Położona w linii południowo-północnej dolina Ustronia jest dobrze przewietrzana, a to za przyczyną pobliskiej Bramy Morawsko-Ostrawskiej, z której w większości wieją ciepłe, południowe wiatry.

Ustroń liczy około 16.000 stałych mieszkańców. Status miasta uzdrowiskowego otrzymał 25 lipca 1967 r. na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Miasto Ustroń jest jedynym na Podbeskidziu miastem uzdrowiskowo-wczasowym posiadającym naturalne surowce lecznicze, którymi są wody mineralne i solanki jodowo-bromkowe o bogatym składzie chemicznym. Wody mineralne, w zależności od składu chemicznego wykorzystywane są do celów pitnych (w tym leczniczych), bądź do kąpieli kuracyjnych.

Charakterystyka Szpitala Uzdrowiskowego

Szpital Uzdrowiskowy i Zakład Przyrodolecznicy połączone zadaszoną estakadą stanowią integralną część Przedsiębiorstwa Uzdrowiskowego „USTROŃ” S.A.. Położone są na płd.-zach. zboczu Równicy na wysokości ok. 400 m n.p.m.

Jako jeden z bardziej nowoczesnych obiektów sanatoryjnych został oddany do użytku w 1986 r. Sanatorium dysponuje 800 miejscami w wygodnych, jedno- i dwuosobowych pokojach z własnymi węzłami sanitarnymi i balkonami.

W Szpitalu Uzdrawiskowym funkcjonuje 10 oddziałów o następującym profilu i wskazaniach leczniczych:

- choroby układu ruchu – zarówno reumatologiczne jak i pourazowe,
- choroby układu krążenia – w tym rehabilitacja pozawałowa, stany po rekonstrukcji naczyń wieńcowych serca i przeszczepach serca,
- choroby dróg oddechowych,
- choroby obwodowego układu nerwowego (neurologia).

W ciągu roku we wszystkich oddziałach leczy się około 12 000 kuracjuszy. W żywieniu kuracjuszy stosuje się zasady dietyki lekarskiej.

Baza hotelowa i leczniczo-rehabilitacyjna

Nowy Zakład Przyrodolecznicy (ZPL) oddany do użytku w latach 1992-1995 połączony ze szpitalem przewiązką, dysponuje wszelkimi urządzeniami leczniczymi, między innymi czterema ogólnodostępnymi basenami solankowymi, 42. wannami do kąpieli solankowych, perełkowych, wannami do masażu podwodnego i ćwiczeń w wodzie. Dział zabiegów borowinowych posiada 28 stanowisk do zawijań i kąpieli borowinowych. Ponadto stosowane są masaże lecznicze, inhalacje, zabiegi z zakresu elektro- i światłolecznictwa oraz szeroki wachlarz zabiegów kinezyterapeutycznych.

W ZPL są też ogólnodostępne: siłownia, sale gimnastyczne, sauna, apteka, poradnia zdrojowa, poczta, sklepy, usługi, sala widowiskowa, kino, galeria, kawiarnia i restauracja. W latach 1993-96 z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostały zlikwidowane bariery architektoniczne, ułatwiając osobom niepełnosprawnym poruszanie się po obiektach uzdrowiska.

Łącznie w 1998 r. wykonano 634 000 zabiegów fizjoterapeutycznych, w tym 34 000 zabiegów borowinowych i 22 500 kąpieli solankowych w wannach i 40 000 w basenach.

Oferta kulturalna Szpitala Uzdrawiskowego

Obok całego zaplecza leczniczego, szpital oferuje kuracjom z całej Polski, i nie tylko, szeroki wachlarz propozycji kulturalno-rozrywkowych. W usługowo-handlowej części ZPL-u znajduje się galeria sztuki, w której można oglądać, a także zakupić dzieła sztuki rodzimych twórców ludowych (obrazy, rzeźby, gobeliny, kilimy, ceramika użytkowa). Z bardziej znanych nazwisk artystów plastyków ustroniskich wystawiających swoje prace w galerii należy wymienić B. Heczkę (pejzaże wykonane techniką akwarelową, grafiki), braci J. i S. Sikorów (malarstwo olejne), panią Majętną (malowanie ceramiki i porcelany).

Na terenie ZPL-u znajduje się również Klub Kuracjusza, w którym do dyspozycji są gry towarzyskie, takie jak szachy, warcaby, a także czaso-

pisma i aktualne gazety. Ponadto dostępne jest również kino oraz na każdym piętrze sale TV.

Do stałej oferty uzdrowiska należą także imprezy kulturalne takie jak: występy amatorskich chórów – dziecięcego zespołu RÓWNICA i chóru mieszanego CZANTORIA, występy kapel ludowych, koncerty i spotkania kabaretowe. Oprócz tego organizowane są wycieczki turystyczno-krajoznawcze do Zamku w Pszczynie, do jaskiń na Stowacji, do Wadowic, wycieczki autokarowe Pętlą Beskidzką i do Cieszyna oraz piesze spacerunki po okolicy.

Działalność biblioteki sanatoryjnej

Biblioteka sanatoryjna jako filia Miejskiej Biblioteki Publicznej w Ustroniu funkcjonuje od kwietnia 1987 roku. Pomieszczenie biblioteczne o powierzchni 25 m² z kąciakiem czytelniczym dla czterech osób usytuowane jest na III piętrze 10-kondygnacyjnego budynku sanatorium. Ponadto biblioteka posiada pomieszczenie magazynowe znajdujące się w piwnicy tegoż obiektu.

W bibliotece zatrudnione są dwie pracownice – w tym jedna w niepełnym wymiarze godzin (pół etatu). Kierownik filii, Halina Wieja posiada wymagane kwalifikacje zawodowe (starszy bibliotekarz) i prowadzi tę filię od początku jej powstania, czyli 12 lat.

Księgozbiór biblioteki sanatoryjnej liczy około 5000 wol. – rocznie z zakupu przybywa ponad 200 książek. Zakupy dokonywane są raz w miesiącu w księgarni ustronńskiej, na preferencyjnych warunkach (5% rabatu) oraz w hurtowni „Jack” w Wiśle (z 10% rabatem). Przy zakupie i doborze książek bierze się pod uwagę aktualne trendy wydawnicze oraz preferencje czytelników w naszym sanatorium.

Na przestrzeni 12 lat pracy biblioteki sanatoryjnej czytelnictwo kształtowało się następująco (dane porównawcze z lat: 1989, 1995, i 1998):

Rok	Ogólna liczba czytelników					
	Prac. um.	Prac. fiz.	Rolnicy	Nie zatrudnieni i rent	Innych	Razem
1989	1325	243	87	868	72	2595
1995	551	223	36	1375	333	2518
1998	525	152	15	1125	258	2075

Rok	Liczba czytelników	Wiek		Liczba odwiedzin	Liczba wypożyczonych książek		
		do 30 lat	powyżej 30 lat		literatura piękna	literatura popnauk.	razem
1989	2595	500	2095	11 104	15 604	4792	20 396
1995	2518	282	2236	11 483	18 289	4331	22 620
1998	2075	310	1765	9 576	14 392	4475	18 867

Biblioteka uzdrowskowa jako filia Miejskiej Biblioteki Publicznej w Ustroaniu jest placówką samodzielną, począwszy od zakupu książek, poprzez opracowanie i inwentaryzowanie księgozbioru oraz wszelkie prace techniczne związane z foliowaniem, klejeniem zniszczonych egzemplarzy, dokonywaniem selekcji książek zdezaktualizowanych i zacytanych.

Podstawową i najważniejszą formą naszej pracy jest udostępnianie księgozbioru, czyli szeroko pojęta praca z czytelnikiem – pacjentem sanatorium. W znakomitej większości pacjenci Szpitala Uzdrowskiego to ludzie chorzy, często bezpośrednio po pobycie w szpitalu, wymagający szczególnej troski. Mając to na uwadze cała nasza praca i wiedza bibliotekarska skupiona jest na odwiedzających naszą bibliotekę czytelnikach. Biorąc pod uwagę fakt, że nie wszyscy czytelnicy potrafią określić swoje potrzeby w zakresie doboru literatury, poprzez rozmowę staramy się ustalić, jaka książka będzie dla danego czytelnika najbardziej odpowiednia. Często czytelnicy przy okazji wypożyczania książek czują potrzebę podzielenia się swoimi stanami emocjonalnymi, nierzadko w sprawach osobistych.

Szczególnie dużo czasu i uwagi poświęcamy osobom niepełnosprawnym, a także osobom starszym, którzy stanowią poważny procent odwiedzających nas czytelników, co zresztą wynika z danych liczbowych. Praca z czytelnikiem chorym różni się zasadniczo od pracy z osobami zdrowymi, a to dlatego, że ich stan zdrowia fizycznego wpływa niekorzystnie na psychikę. Ich oczekiwania w stosunku do bibliotekarza są bardzo duże – przyjazna rozmowa, poświęcenie czasu i uwagi choremu rozładowuje napięcia, poprawia nastrój i pozwala dobrać właściwą lekturę. O tym, że udało nam się trafić w nastrój i gust czytelnika świadczą późniejsze rozmowy na temat przeczytanych przez niego książek.

Czerpiemy z naszej pracy ogromną satysfakcję, widząc korzystne zmiany pod koniec pobytu kuracjuszy, którzy dzielą się z nami uwagami na temat poprawy stanu zdrowia, a także opiniami o doskonale dobranym księgozbiore i o korzyściach jakie przyniosły przeczytane książki. Nieraz z zalem kończą pobyt w naszym sanatorium, żyjąc nadzieją, że będą mieli okazję wrócić tutaj i przeczytać książki, na które nie starczyło im już

czasu w ciągu 24-dniowego turnusu. Wielu pacjentom udaje się wielokrotnie wracać w nasze strony na leczenie i pierwsze kroki po przyjeździe kierują do biblioteki. Z niektórymi z nich jesteśmy bardzo zaprzyjaźnione, co nieskromnie stwierdzamy.

Preferencje czytelnicze są zróżnicowane tak bardzo, jak zróżnicowany jest przekrój odwiedzających nas czytelników – pacjentów sanatorium. Zależą one od potrzeb kulturowych, estetycznych, jak również wykształcenia i środowiska, w którym żyją. Dobierając księgozbiór obserwujemy rynek wydawniczy pod kątem potrzeb naszych czytelników. Na półkach bibliotecznych odpowiednią dla siebie książkę znajdzie czytelnik o bardzo wysublimowanym guście, a także czytelnik nie potrafiący sprecyzować, jaką książkę chciałby przeczytać. Bardziej odczytani sięgają po konkretnego autora i tytuł z rozmaitych gatunków literackich. Powodzeniem w tej grupie czytelniczej cieszą się hity wydawnicze literatury pięknej, a nade wszystko literatura faktu – reportaże, książki historyczne i wojenne, pamiętniki i wspomnienia. Obserwujemy także duże zainteresowanie medycyną popularną, poezją i literaturą chrześcijańską.

Zdecydowanie liczniejszą grupę stanowią czytelnicy oczekujący od nas podpowiedzi w doborze odpowiedniej dla siebie książki. Staramy się i te potrzeby zaspokajać w zadowalającym stopniu.

Preferencje czytelnicze różnicują się także ze względu na płeć czytelników. Wśród pań powodzeniem cieszą się książki psychologiczno-obyczajowe, romanse, pamiętniki i biografie osób znanych ze sceny politycznej, estrady, teatru, filmu i w równej mierze biografie klasyków literatury i sztuki. Panowie natomiast chętnie czytają literaturę o tematyce wojennej, sensacyjnej i przygodowej. Ostatnie ekranizacje wybitnych dzieł literatury wpływają znacząco na wzrost zainteresowania książkami np. H. Sienkiewicza i A. Mickiewicza.

Współpraca biblioteki ze Szpitalem Uzdrowskim

W ramach współpracy Szpital Uzdrowski partycypuje w kosztach utrzymania biblioteki, pokrywając całkowicie koszt zakupu książek. W roku 1998 była to kwota w wysokości 3500 zł. Ponadto nieodpłatnie udostępnia pomieszczenie biblioteczne i magazyn oraz zaopatruje nas w potrzebne materiały biurowe i folię do obkładania książek. Poza sprawami finansowymi bardzo dobrze funkcjonuje współpraca biblioteki z poszczególnymi oddziałami w zakresie informacji o bibliotece, jak również w egzekwowaniu książek od kończących pobyt w sanatorium kuracjuszy. Niepoślednią rolę pełni pielęgniarki pośrednicząc pomiędzy chorym niepełnosprawnym i chorym leżącym a biblioteką, zwalniając nas od konieczności biegania po piętrach w celu zaopatrzenia ich w książki.

Rola biblioteki w Szpitalu Uzdrawiskowym

Rolą biblioteki jest pośredni udział w kompleksowym leczeniu pacjenta poprzez zaspokajanie jego potrzeb duchowych, estetycznych i kulturalnych. Niejednokrotnie ciekawa i dobrze dobrana do zainteresowań i nastroju pacjenta książka pomaga mu znieść często bolesne czy uciążliwe zabiegi i oderwać się od codziennych problemów z własnym zdrowiem, pracą, rodziną. Kuracjusze przyjeżdżający z całej Polski ze zdumieniem podkreślają, że nasza biblioteka jest imponująco zaopatrzona w najbardziej poszukiwane tytuły, których próżno szukać w księgozbiorach, z których korzystają na co dzień.

Oprócz literatury pięknej i popularnonaukowej udostępniamy do korzystania na miejscu księgozbiór podręczny, encyklopedie, słowniki, leksykony, atlasy, z których najczęściej korzystają krzyżówkowicze. Bardzo ważną rolą biblioteki sanatoryjnej jest popularyzowanie krajoznawczo-turystycznych walorów Ustronia i regionu kuracjom przyjeżdżającym z całej Polski, a także z zagranicy. W tym celu w naszym księgozbiorze posiadamy również przewodniki turystyczne, mapy, informatory i albumy pozwalające poznać tutejsze malownicze okolice.

Wnioski końcowe

Kończąc moją wypowiedź, apeluję do władz uzdrowiska o podjęcie starań w celu przydzielenia bibliotece większego, bardziej reprezentacyjnego pomieszczenia, które pozwoli nam lepiej wyeksponować już posiadany i wciąż powiększający się księgozbiór. Odpowiednio większe pomieszczenie umożliwiłoby poszerzenie form pracy z czytelnikiem, np. o spotkania autorskie, a także pozwoliłoby stworzyć czytelnię dla korzystających z prasy i czasopism na miejscu. Ponadto ewentualne zakupienie komputera dla naszej biblioteki stworzyłoby możliwość skatalogowania całego księgozbioru, co niewątpliwie ułatwiłoby nam pracę, a czytelnikom wybór książki.

PROGRAM SPECJALIZACJI Z ZAKRESU BIBLIOTERAPII DLA STUDENTÓW BIBLIOTEKOZNAWSTWA I INFORMACJI NAUKOWEJ UMK W TORUNIU

Program specjalizacji biblioterapeutycznej, opracowany w Katedrze BiIN Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, a zatwierdzony w r. ak. 1998/99, kształtował się przez wiele lat. U jego podstaw tkwiło głębokie przekonanie o nieodzowności kształcenia kadr, przygotowanych do pracy bibliotecznej w środowiskach osób niepełnosprawnych i chorych – zarówno do ich obsługi czytelniczej, jak do różnych form aktywności, obliczonych na oddziaływanie terapeutyczne za pomocą książki i jej substytutów.

Załączki specjalizacji wiązały się głównie ze specyfiką prac bibliotekarskich w placówkach przeznaczonych dla użytkowników niepełnosprawnych i chorych. Początkowo problematyka tego rodzaju wkomponowana była w treści programowe takich przedmiotów zawodowych jak bibliotekarstwo i czytelnictwo oraz w treść przedmiotów psychologiczno-pedagogicznych. Z czasem jednak zyskiwała coraz większą autonomię, realizowana na wykładach monograficznych pt. „Człowiek niepełnosprawny w bibliotece”. Wykładom towarzyszyły ćwiczenia odbywane w bibliotekach szkół specjalnych i bibliotekach szpitalnych miasta, a przede wszystkim – w placówkach podległych Ośrodkowi Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych w Toruniu, który m. in. pełni funkcję regionalnego ośrodka metodycznego z zakresu obsługi bibliotecznej czytelników z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Chociaż specjalizacja nie istniała jeszcze formalnie, wykłady i ćwiczenia dopełniało seminarium magisterskie, skoncentrowane na problemach czytelnictwa niepełnosprawnych użytkowników biblioteki.

Od r. ak. 1995/96 Katedra BiIN UMK w Toruniu przeszła na system studiów dwustopniowych (3 lata zawodowych studiów licencjackich + 2 lata uzupełniających magisterskich). Wówczas również zatwierdzono dla poziomu licencjackiego odrębną specjalizację pod nazwą „Obsługa biblioteczna osób niepełnosprawnych”. Jej program opracowany został przez prof. dr hab. Bronisławę Woźniczkę-Paruzel, przy pomocy pracowników wspomnianego już Ośrodka Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych: mgr Franciszka Czajkowskiego – kierownika Ośrodka (głównie zagadnienia związane z organizacją służb bibliotecznych i tzw. niepełnosprawnościami czytelniczymi), mgr Ariety Tuley (problematyka psychopedagogiczna i biblioterapeutyczna) i mgr Marii Skarżyńskiej (aspekty praktyczne bibliote-

karstwa specjalnego). Pewien wkład w ostateczny kształt specjalizacji (specjalne materiały czytelnicze) wniosła także mgr Małgorzata Fedorowicz – asystentka w Katedrze BiIN UMK.

Podstawowym celem specjalizacji stało się wprowadzenie studentów – licencjatów w specyfikę pracy bibliotecznej wśród czytelników z różnego rodzaju dysfunkcjami. Najogólniej rzecz biorąc, problematyka specjalizacji koncentrowała się wokół następujących grup zagadnień:

1. Człowiek niepełnosprawny we współczesnym świecie. Pojęcie niepełnosprawności a uszkodzenie i upośledzenie, dane statystyczne, problemy w funkcjonowaniu społecznym, niepełnosprawni a prawo, w tym – prawo do czytania.

2. Osoby z niepełnosprawnościami czytelniczymi – próby definicji i typologii, charakterystyka ogólna.

3. Psychopedagogiczne aspekty poszczególnych rodzajów niepełnosprawności.

4. Bariery i ograniczenia w dostępie do tradycyjnie wydawanej książki czarnodrukowej, wynikające z poszczególnych rodzajów dysfunkcji.

5. Specjalne materiały czytelnicze i ich odmiany. Definicje, charakterystyka ogólna, rozwój form.

6. Rodzaj niesprawności i funkcje społeczne jako czynniki konstytutywne poszczególnych odmian specjalnych materiałów czytelniczych. Zasady tworzenia poszczególnych form.

7. Specjalne materiały czytelnicze w bibliotece. Zasady gromadzenia, opracowania i udostępniania poszczególnych form.

8. Kształtowanie sprawności czytelniczej za pomocą niekonwencjonalnych form książek. Formy pracy z czytelnikami o różnych typach dysfunkcji.

9. Czytelnictwo niepełnosprawnych – aspekty metodologiczne badań. Specyfika potrzeb czytelniczych w obrębie poszczególnych grup.

10. Czytelnictwo a biblioterapia. Rola książki w terapii osób niepełnosprawnych.

Całość, trwająca 2 semestry roku III obejmowała 120 godzin: 30 godz. wykładów, 30 godz. konwersatoriów i 60 godz. ćwiczeń.

Semestr 1

30 godz. wykładu z bibliotekarstwa specjalnego (w tym – problemy metodologiczne)

30 godz. konwersatorium z psychopedagogicznych problemów niepełnosprawności

Semestr 2

60 godz. ćwiczeń z zagadnień obsługi czytelniczej osób niepełnosprawnych i chorych (tu 30 godz. ćwiczeń w Ośrodku Czytelnictwa Chorych i Niepełno-

sprawnych + 15 godz. – w innych placówkach obsługujących czytelników dysfunkcyjnych, jak biblioteki szpitalne, szkół specjalnych, domów dziecka i domów opieki społecznej, poradni odwykowych itp., a także 15 godz. ćwiczeń z zakresu badań nad czytelnictwem osób dysfunkcyjnych).

Specjalizację kończyła praca dyplomowa oraz egzamin.

Licencjaci, którzy podejmowali dalsze studia na poziomie magisterskim, mogli kontynuować problematykę specjalizacji na seminariach magisterskich. Jednocześnie zobowiązani byli do zdobycia kwalifikacji pedagogicznych w ramach Międzywydziałowego Studium Pedagogicznego UMK.

Przedstawiony program specjalizacji obowiązywał do r. akad. 1997/98. Od roku następnego, po gruntownych przemianach programu kształcenia w Katedrze BiłN UMK, zmianom uległa również specjalizacja, a także ogólne zasady wprowadzania w problemy obsługi czytelniczej osób niepełnosprawnych i chorych.

Otóż wszyscy studenci Katedry BiłN UMK obligatoryjnie zostają wprowadzeni w podstawowe problemy z tego zakresu w ramach takich przedmiotów jak *czytelnictwo i obsługa użytkowników biblioteki*. Ci z nich, którzy planują pracę w bibliotekach przeznaczonych dla niepełnosprawnych, przygotowani są do tego odrębnie, w ramach fakultetów (poziom licencjacki) oraz rozbudowanej specjalizacji, połączonej z praktykami i pracami badawczymi w wybranych środowiskach (poziom magisterski).

Specjalizacja na fakultatywnym poziomie licencjackim nastawiona jest przede wszystkim na praktyczne aspekty bibliotekarstwa specjalnego i obsługę czytelniczą. Obejmuje ona łącznie 195 godzin, w tym 90 godzin zajęć fakultetowych, 30 godzin wykładu monograficznego związanego z wybranym fakultetem, które dopełnia 15 godzin proseminarium i 60 godzin seminarium dyplomowego, powiązanego z specjalizacyjnym fakultetem.

Na poziomie magisterskim specjalizacja obejmuje – poza aspektami praktycznymi – szereg zagadnień teoretyczno-metodologicznych i zorientowana jest nie tylko na obsługę biblioteczną niepełnosprawnych, ale także na biblioterapię. Realizowana jest w ramach tzw. ścieżki magisterskiej, na którą łącznie składa się 630 godzin, w tym 510 godzin zajęć wchodzących w skład specjalizacji (pozostałe 120 godz. to zajęcia obowiązkowe dla wszystkich, bez względu na specjalizację). Na zajęcia specjalizacyjne składa się: 360 godzin zajęć z przedmiotów specjalistycznych obowiązkowych, 90 godzin specjalistycznych przedmiotów opcjonalnych, dobieranych stosownie do wybranego przez studenta typu niesprawności oraz 60 godzin praktyki w bibliotekach obsługujących użytkowników niepełnosprawnych.

**Biblioterapia – obsługa biblioteczna osób niepełnosprawnych (Btr)
(program zajęć)**

Przedmioty obowiązkowe specjalistyczne (OS)

Symbol	Nazwa przedmiotu	Forma zajęć	Liczba godzin	Punkty ECTS
Btr.OS. 1.	Proseminarium metodologiczne	Konwers.	30	2
Btr.OS. 2.	Seminarium magisterskie	Ćwiczenia	120	12
Btr.OS. 3.	Wstęp do biblioterapii	Wykład	30	2
Btr.OS. 4.	Niesprawności czytelnicze	Konwers./ćwicz.	30	4
Btr.OS. 5.	Specjalne materiały czytelnicze	Ćwiczenia	30	4
Btr.OS. 6.	Czytelnictwo a biblioterapia	Konwers.	15	2
Btr.OS. 7.	Metody i techniki bioterapeutyczne	Konwers./ćwicz.	30	2
Btr.OS. 8.	Psychologiczne i medyczne problemy niesprawności	Konwers.	45	6
Btr.OS. 9.	Wykład monograficzny	Wykład	30	2
Razem			360	36

Do specjalistycznych przedmiotów obowiązkowych studenci, w zależności od indywidualnych zainteresowań, dobierają 90 godzin specjalistycznych zajęć opcjonalnych, które powinny pozostawać w ścisłym związku z problematyką badawczą, podjętą na seminarium magisterskim.

Dopełnieniem zajęć są praktyki (60 godz.) w wybranych przez studentów bibliotekach obsługujących osoby niepełnosprawne (szpitalnych, szkół specjalnych, ośrodków szkolno-wychowawczych, domów dziecka, domów opieki społecznej itp.). Studenci będą tam również prowadzić badania empiryczne. Wybrana biblioteka ma obsługiwać osoby z tą niesprawnością, z którą związana jest problematyka pracy magisterskiej.

Przedmioty specjalistyczne opcjonalne

(obowiązek zaliczenia 90 godzin)

Symbol	Nazwa przedmiotu	Forma zajęć	Liczba godzin	Punkty ECTS
Btr. SO 1.	Biblioteki specjalne – typologia, dzieje	Wykład	30	4
Btr. SO 2.	Czytelnictwo osób uzależnionych i współuzależnionych	Konwers./ćwicz.	30	4
Btr. SO 3.	Biblioterapia w środowisku ludzi starych	Konwers./ćwicz.	30	4
Btr. SO 4.	Książka i jej substytuty w terapii dziecka z uszkodzonym mózgiem	Konwers./ćwicz.	30	4
Btr. SO 5.	Czytelnictwo osób niesłyszących	Konwers./ćwicz.	30	4
Btr. SO	Czytelnictwo młodzieży niedostosowanej społecznie	Konwers./ćwicz.	30	4
Btr. SO 6.	Obsługa biblioteczna chorych	Konwers./ćwicz.	30	4

Z pewnością warto poświęcić nieco uwagi treściom programowym poszczególnych przedmiotów, wychodząc od przedmiotów specjalistycznych obowiązkowych dla wszystkich uczestników specjalizacji. Otóż „Proseminarium metodologiczne”, prowadzone w formie konwersatoryjnej, poświęcone jest problemom metodologii nauki o książce, bibliotece i informacji oraz ich związkom z metodami badań dyscyplin pokrewnych, np.: literaturoznawczych, psychologicznych, pedagogicznych i socjologicznych, przydatnych w badaniach nad niepełnosprawnymi użytkownikami szeroko rozumianej książki. Niektóre problemy metodologiczne rozwijane są na „Seminarium magisterskim”, w zależności od indywidualnych potrzeb magistrantów. Rozważania metodologiczne otwierają także każdy przedmiot specjalistyczny.

Przedmioty specjalistyczne są ze sobą powiązane. I tak np. pełniący funkcję wprowadzającą wykład ze „Wstępu do biblioterapii” wiąże się ściśle z ćwiczeniami z „Metod i technik biblioterapeutycznych” oraz zajęciami konwersatoryjnymi pt. „Czytelnictwo a biblioterapia”. Z kolei konwersatorium

z „Psychopedagogicznych i medycznych podstaw niesprawności”, nie tylko stanowi punkt odniesienia dla wymienionych zajęć, ale również bazę dla rozważań nad „Niesprawnościami czytelnictwa”, które z kolei determinują dobór odpowiednich dla każdej niesprawności specyficznych form książki, poznawanych przez studentów na ćwiczeniach ze „Specjalnych materiałów czytelnictwa”.

Grupę obowiązkowych przedmiotów specjalistycznych zamyka „Wykład monograficzny”, którego problematyka jest corocznie aktualizowana i dostosowana do zagadnień podejmowanych na seminariach magisterskich. Do zagadnień seminaryjnych dostosowane są również specjalistyczne zajęcia opcjonalne, wybierane indywidualnie przez studentów. Do podejmowanej problematyki seminaryjnej dobrane są również praktyki w odpowiednich rodzajach bibliotek.

Podstawą do skonstruowania omówionego tutaj programu – poza uwagami praktyków i pewnymi wzorcami zaczerpniętymi z opracowań znawców biblioterapii (np. Ireny Boreckiej, Wity Szulc, Ewy Tomasiak, Elżbiety B. Zybert), stały się uwagi i przemyślenia absolwentów Katedry BiłN UMK, którzy ukończyli specjalizację licencjacką o nazwie „Obsługa biblioteczna osób niepełnosprawnych” oraz związane z nią seminaRIA magisterskie. Czy nowy kształt specjalizacji biblioterapeutycznej – od ujęć fakultetowych na poziomie licencjackim do ścieżki magisterskiej – sprawdzi się w praktyce, okaże się dopiero za kilka lat, po wejściu w życie zawodowe pierwszych absolwentów. Wówczas będzie można dokonać prób oceny programu oraz wprowadzić ewentualne zmiany. Na razie nowa specjalizacja cieszy się wśród studentów ogromną popularnością, o czym świadczy liczba kandydatów, ubiegających się o możliwość uczestnictwa w zajęciach. Jednakże nie wszyscy chętni zostają przyjęci, gdyż dobór kandydatów jest poprzedzony rozmową kwalifikacyjną, zmierzającą do sprawdzenia zarówno motywów wyboru, jak predyspozycji do pracy biblioterapeutycznej w środowisku osób niepełnosprawnych i chorych. Nie jest to sprawa banalna, ponieważ – jak wiadomo – biblioterapeuta powinien charakteryzować się określonymi cechami, tak więc uczestnicy specjalizacji dobierani są wyjątkowo starannie. Czy dobrani zostali właściwie, okaże się w przyszłości. Pozostaje wierzyć, że dzięki ich przyszłej pracy ludzie z najrozmaitszymi niesprawnościami nie tylko zostaną w profesjonalny sposób wprowadzani w świat książki i biblioteki, ale również znajdą w tym świecie wsparcie terapeutyczne, ulgę w cierpieniu, radość i nadzieję.

BIBLIOTEKI SZPITALNE W ŚWIETLE MIĘDZYNARODOWYCH PRZEPISÓW BIBLIOTECZNYCH

Biblioteki szpitalne to zróżnicowana grupa bibliotek¹ obejmująca różne ich typy, gromadzące różny księgozbiór, adresujące swe usługi do różnych kategorii odbiorców i stosujące odmienne metody pracy, właściwe bibliotece fachowej czy publicznej. Próbę sformułowania podstawowych założeń dotyczących działalności bibliotek szpitalnych i dokonania ich typologii podjęto na kongresie IFLA w Brukseli w 1955 r. Wyodrębniono wówczas trzy rodzaje bibliotek: dla chorych, dla pracowników szpitala oraz bibliotekę fachową, ściśle medyczną. O ile potrzeba tej ostatniej biblioteki była i nadal jest niekwestionowana w środowisku personelu medycznego szpitala, to biblioteki o charakterze oświatowym zaspokajające oczekiwania pacjentów i personelu muszą ustawicznie dowodzić konieczności swojego istnienia. Stąd pojawia się potrzeba zapewnienia podstaw organizacyjnych właśnie szpitalnym bibliotekom oświatowym. Stanowią one typ bibliotek publicznych przeznaczonych dla osób przebywających w zakładach lecznictwa zamkniętego (szpitale, sanatoria, domy opieki społecznej). Ich celem jest zaspokajanie potrzeb rekreacyjnych, głównie pod kątem kompensacji i terapii. Biblioteka szpitalna dla chorych w przeciwieństwie do powszechnej biblioteki publicznej stanowi świadomie zestawiony księgozbiór dla realizacji określonego celu. Zadaniem biblioteki jest pozytywne oddziaływanie na chorego poprzez właściwą lekturę, aby w ten sposób wytworzyć w nim warunki sprzyjające leczeniu. Poza oczywistymi korzyściami płynącymi z czytania, chory może uwolnić się od szkodliwych urojeń, które utrudniają lub opóźniają zwykły proces zdrowienia. Poza tym zadania biblioteki wynikają z typu szpitala: inne są w szpitalu dziecięcym, inne w zakładach dla nerwowo chorych czy w domach starców.

Pierwsze biblioteki szpitalne zaczęły powstawać w XIX w. w krajach anglosaskich, choć już wcześniej dostrzegano lecznicze oddziaływanie książek na pacjentów. Obie wojny światowe przyczyniły się do rozwoju tej grupy bibliotek, a wiodącą rolę w ich organizacji pełnią Stany Zjednoczone A P.

Podstawowym wyróżnikiem bibliotek szpitalnych jest fakt, iż funkcjonują w sytuacjach określanym mianem trudnych. Pobyt w szpitalu, zwłaszcza dla

¹ I. Schmid-Schadelin: *Biblioteka szpitalna jako specjalna dziedzina pracy bibliotecznej*. W: *Książka w służbie chorych. Biblioteki szpitalne za granicą*. Warszawa 1968. Zeszyty Przekładów nr 1 (22) s. 10.

dziecka, jest taką właśnie sytuacją. Zagroza ona prawidłowemu funkcjonowaniu człowieka oraz jego rozwojowi fizycznemu i psychicznemu².

Sytuacje trudne bywają również przyczyną pozbawienia człowieka cenionych wartości: miłości, opieki, bezpieczeństwa, posiadania cennego przedmiotu itp. O trudności danej sytuacji stanowią zarówno czynniki obiektywne jak i to, w jaki sposób człowiek postrzega tę sytuację – jak ocenia samego siebie i swoje możliwości w oczekiwanej lub rozgrywającej się sytuacji³.

Istotnym zadaniem procesu hospitalizacji i prowadzonej w zakładach leczniczych pracy terapeutycznej jest przywracanie chorym tych funkcji psychofizycznych, które zostały zaburzone, a także nabywanie sprawności warunkujących aktywność społeczną, zaspokajanie własnych potrzeb oraz rozwój osobowości⁴.

Celem pracy terapeutycznej w zakładzie leczniczym jest m.in.:

- ochrona pacjenta przed ujemnymi skutkami psychicznymi spowodowanymi długotrwałym pobytem w zakładzie leczniczym,

- współdziałanie w terapii medycznej, zgodnie z zasadą koncentracji i kompleksowego oddziaływania terapeutycznego,

- udzielanie choremu pomocy w procesie akceptacji sytuacji, w jakiej się znalazł, w adaptacji do odmiennych warunków, wzmacnianie jego sił i odporności psychicznej oraz budzenie gotowości współdziałania z terapeutą w przewyżnianiu trudności wynikających ze stanu upośledzenia fizycznego,

- poprawa stanu emocjonalnego pacjentów, gdyż w zasadniczy sposób wpływa on na system immunologiczny chorego i tym samym przyczynia się do skuteczności działań medycznych,

- współdziałanie w zapewnieniu pacjentowi możliwości zaspokojenia potrzeb psychospołecznych i biologicznych,

- organizowanie pacjentom – dzieciom procesu kształcenia w celu wyrównywania braków w nauce i opanowanie programu kształcenia zgodnie z wymaganiami okresu rozwojowego⁵.

Powyższe zadania w pełni znajdują odzwierciedlenie w misji bibliotek szpitalnych.

Problemy bibliotek szpitalnych są przedmiotem szczególnego zainteresowania Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Bibliotekarskich i Instytucji – IFLA⁶ w której już od 1932 r. działa Sekcja Bibliotek Szpitalnych

² M. Tyszkowa: *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*. Warszawa 1986 s. 10.

³ M. Jarosz: *Psychologia lekarska*. Warszawa 1978 s. 131.

⁴ R. Anyszko, T. Kott: *Wychowanie w zakładzie leczniczym*. Warszawa 1988 s. 98.

⁵ M. Grzegorzewska: *Pedagogika specjalna*. Warszawa 1964 s. 80.

⁶ Także inne Sekcje IFLA w swoich programach uwzględniały działania na rzecz specjalnych grup użytkowników. M.in. w 1973 r. opublikowane zostały *Standards for public libraries*, które zawierały informacje dotyczące obsługi pacjentów szpitali, osób niedowidzących, niewidomych, starszych i więźniów.

(Section for Hospital Libraries), obecnie (od 1984 r.) funkcjonująca pod nazwą Sekcja Bibliotek Obsługujących Osoby w Niekorzystnej Sytuacji (Section for Libraries Serving Disadvantaged Persons). Uwaga tej Sekcji skupia się na⁷:

– organizacji bibliotek i działalności informacyjnej adresowanej do osób, które z różnorodnych powodów nie są w stanie korzystać z tradycyjnych usług bibliotecznych (np. pacjentów w szpitalach, więźniów, głuchych starszych, upośledzonych umysłowo i fizycznie),

– promocji czytelnictwa wśród populacji mającej specjalne potrzeby,

– popularyzacji *Wytycznych* dotyczących materiałów łatwych w czytaniu,

– budzeniu zawodowej świadomości bibliotekarzy obsługujących osoby w niekorzystnej sytuacji i upowszechnianie odpowiedniego szkolenia tego personelu. Temu miała służyć sesja „Kształcenie bibliotekarzy obsługujących osoby w niekorzystnej sytuacji”, zorganizowana podczas konferencji IFLA, która odbyła się w Bangkoku w 1999 r.

Istotną część działalności Sekcji dotyczy udzielania pomocy różnym krajom w organizowaniu bibliotek szpitalnych, co przejawia się m.in. w opracowywaniu wytycznych i zaleceń, zainicjowanych podczas konferencji IFLA w Brukseli w 1955 r.⁸ Uwzględnienie tej problematyki w pracach IFLA miało przyczynić się do zainteresowania tymi bibliotekami właściwych instancji odpowiedzialnych za nie. Obecnie obowiązujące *Wytyczne dla bibliotek obsługujących pacjentów szpitali i osoby niepełnosprawne w społeczeństwie (Guidelines for Libraries Serving Hospital Patients and Disabled People in the Community)*, zostały opublikowane w 1984 r. i wydane ponownie w 1995 r. Wykorzystują propozycje zawarte we wcześniejszych materiałach z 1960 r. Zgodnie z przyjętymi ustaleniami nie mają one charakteru norm, ale bardziej elastycznych zaleceń pozwalających na ich adaptację zarówno w krajach rozwijających się jak i rozwiniętych, zgodnie z uwarunkowaniami finansowymi, socjalnymi czy tradycjami bibliotekarskimi w danym kraju.

Przygotowując zalecenia dla bibliotek szpitalnych, niezbędne jest uwzględnienie szeregu czynników, które determinują ich organizację. Tymi czynnikami są: grupa adresatów, ich wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania itp., Rozstrzygający jednak wpływ na charakter tej grupy bibliotek ma przede wszystkim wiek i choroba pacjentów, którzy znajdują się w szpitalu. Z punktu widzenia czasu pobytu wyróżnić można szpitale z krótkotrwale i przewlekle chorymi.

Czas pobytu wpływa na wielkość i rodzaj zgromadzonego piśmiennictwa. W zakładach krótkiego pobytu zdolności umysłowe pacjentów nie zostały zmienione przez chorobę, a po zakończeniu kuracji wrócą oni do normalnego życia albo przejdą do innych szpitali. W zakładach dla przewlekle cho-

⁷ IFLA Selection of Libraries Serving Disadvantaged Persons. Medium Term Programme 1998-2001. Wersja elektroniczna, aktualizacja z dnia 16 lipca 1998 r.

⁸ *Wytyczne* zostały opublikowane w 1960 r. w języku francuskim na łamach „Libri” zob: *Memoire indicateur sur les bibliotheques d’hospitaux*. „Libri” 1960 nr 2 s. 141-146.

rych np. w klinikach ortopedycznych, reumatologicznych czy gruźliczych pobyt trwa miesiącami, a nawet latami. Oczywiście jest, że pacjenci tam przebywający potrzebują zasobniejszych bibliotek niż inni. W takich zakładach należy uwzględnić również możliwość samokształcenia pacjentów, aby po opuszczeniu zakładu i zakończeniu hospitalizacji nie odeszli od zawodu lub nie stracili możliwości samodzielnej egzystencji. Toteż zadaniem bibliotekarza jest ustawiczne ukazywanie choremu tego celu i budzenie w nim zainteresowania dla wszystkiego, co się z tym wiąże. Dlatego też księgozbiór musi być możliwie wielostronny i w dostatecznym stopniu powinien uwzględniać literaturę fachową⁹.

Drugi czynnik, tj. wiek pacjenta, pozwala jeszcze bardziej zróżnicować zakłady na dziecięce, dla starszych, dla chronicznie chorych i inne. Wiek pacjenta oraz zespół warunków normalnego życia, z jakich chory wyszedł lub, do jakich wróci po opuszczeniu szpitala, wpływają w sposób bardzo istotny na charakter biblioteki. Dlatego bibliotekarz w szpitalach dziecięcych stoi przed całkiem innym zadaniem niż w zakładzie dla osób starszych. Biblioteki w szpitalach dziecięcych podobne są do oddziałów dziecięcych w bibliotekach publicznych. W bibliotekach szpitalnych powinno się jednak unikać książek, które mogłyby pobudzić dzieci. Główną sugerowaną literaturą powinna być literatura rozrywkowa z uwzględnieniem zainteresowań dziewcząt i chłopców, gdyż, jak zaznacza Ingmar Schmid¹⁰, dzieci na ogół nie potrafią skoncentrować się na samokształceniu. Z uwagi na naukę prowadzoną w szpitalach powinno się tworzyć także szkolne biblioteki szpitalne, wyposażone w niezbędne lektury i literaturę niebeletrystyczną oraz podstawowe wydawnictwa informacyjne.

Odmienne zorganizowane powinny być biblioteki w szpitalach, w których przebywają osoby starsze i przewlekle chore. „Tu bowiem przebywają ludzie, którzy poprzez wiek i chorobę stali się zależni od swego otoczenia i najczęściej tutaj życie kończą. Praca bibliotekarza ma więc prawie opiekuńczy charakter i wymaga dojrzałych bibliotekarzy z doświadczeniem życiowym”¹¹.

I jeszcze trzeci czynnik, od którego zależy charakter szpitala i działającej w nim biblioteki: jest nim charakter chorób tam leczonych np. epilepsja czy choroby psychiczne i nerwowe. Służba w takich bibliotekach wymaga specjalnej wiedzy o różnych chorobach i zjawiskach chorobowych i szczególnej współpracy z personelem medycznym, która staje się bezwzględną koniecznością, zwłaszcza w zakładach dla nerwowo chorych¹².

Wytyczne dla bibliotek szpitalnych, opublikowane przez IFLA w 1960 r., stały się inspiracją do przygotowania polskich przepisów z 1974 r. (wraz

⁹ I. Schmid-Schadelin: *Biblioteka szpitalna...* s.11.

¹⁰ Tamże: s. 11.

¹¹ Tamże: s. 12.

¹² Tamże: s. 13.

z przepisami szczegółowymi)¹³, będących aktami wykonawczymi do ustawy o bibliotekach z 9 IV 1968 r. Zgodnie z tym tokiem rozumowania obowiązujące *Wytyczne* dla bibliotek obsługujących pacjentów szpitali i osoby niepełnosprawne w społeczeństwie IFLA¹⁴ wznowione w 1995 r. powinny stać się podstawą do opracowania polskich aktów wykonawczych do Ustawy o bibliotekach z 27.06.1997 r. i projektowania rozwiązań organizacyjnych dla sieci bibliotek szpitalnych¹⁵.

Prezentowane *Wytyczne* składają się z 4 części¹⁶. Bibliotekom szpitalnym poświęcona jest cz. 2. Przedmiotem zainteresowania autorów opracowanych zaleceń jest biblioteka oświatowa dla pacjentów i personelu. We wprowadzeniu do omawianego dokumentu podkreśla się jednak, że pełna biblioteka szpitalna powinna mieć dwa oddziały: naukowy z księgozbiorem fachowym dla personelu medycznego i rekreacyjno-oświatowy dla pacjentów i pracowników. Część druga, poświęcona bibliotekom szpitalnym, dotyczy:

- ogólnych zasad organizacji bibliotek szpitalnych,
- personelu szpitala,
- świadczonych usług,
- zbioru materiałów bibliotecznych,
- pomieszczeń i wyposażenia.

W *Wytycznych* zwraca się uwagę, że zasady formalno-prawne organizacji bibliotek mogą być odmienne w poszczególnych krajach, co wynika zarówno z sytuacji ekonomicznej jak i tradycji bibliotekarskich. Obowiązek ich organizowania może spoczywać na różnych władzach: państwowych, samorządowych, zakładowych czy organizacjach dobroczynnych. Bez względu na przyjęte rozwiązania cel ich działania jest jeden: zapewnić osobom przebywającym w zakładach zamkniętej służby zdrowia dostęp do usług bibliotecznych. Podkreśla się także konieczność zapewnienia osobom chorym i niepełnosprawnym takiego samego spektrum usług i wyposażenia, jakie jest dostępne w bibliotece publicznej. Autorzy *Wytycznych*

¹³ Zarządzenie ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Kultury i Sztuki z dnia 4.I.1974 r. w sprawie obsługi bibliotecznej w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i w domach pomocy społecznej; załączniki: nr 1 regulamin wewnętrzny biblioteki, nr 2 regulamin korzystania z biblioteki; oraz *Wytyczne ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Kultury i Sztuki z dnia 18.05.1976 r. w sprawie usprawnienia działalności bibliotek w zakładach resortu zdrowia i opieki społecznej sprawujących opiekę stacjonarną.*

¹⁴ *Guidelines for Libraries Serving Hospital Patients and Disabled People in the Community.* Compiled by a Working Group chaired by Jean M.Clark under the auspices of the IFLA Section of Library Services to Hospital Patients and Handicapped Readers. IFLA Headquarters, the Hague, Netherlands, 1984 (reprinted in 1995).

¹⁵ Dotychczas przedstawiono dwa projekty takich rozporządzeń przygotowane przez MZIOS: pierwsze z końca 1998 r. i kolejna poprawiona wersja z maja 1999 r.

¹⁶ 1. Organizacja usług bibliotecznych dla osób niepełnosprawnych. 2. Biblioteki szpitalne (niemedyczne) z uwzględnieniem działalności w szpitalach długiego pobytu, specjalistycznych i zakładach specjalnych 3. Usługi dla osób nie opuszczających domów, dla osób w dziennych centrach pobytu, itp. 4. Kształcenie i szkolenie.

zaznaczają, by jakość tych świadczeń nie była niższa niż w bibliotekach adresujących swą działalność do odbiorcy masowego. Oczywiście charakter instytucji służby zdrowia, opieki społecznej i jej pacjentów czy pensjonariuszy będzie wpływał na wybór materiałów bibliotecznych i personel biblioteczny musi być świadom specjalnych wymagań spowodowanych niepełnosprawnością, które będą oddziaływały na działalność biblioteczną. Korzystanie z bibliotek szpitalnych dla pacjentów powinno być bezpłatne i takie jest, jak wynika z rekonesansu Sekcji.

Biblioteka szpitalna, zgodnie z dotychczasową praktyką, może być organizowana jako:

- filia biblioteki publicznej,
- niezależna biblioteka zakładu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z wcześniejszymi sugestiami, biblioteka ta może stanowić połączenie biblioteki medycznej i ogólnej prowadzonej przez tego samego bibliotekarza. W przypadku prowadzenia dwóch rodzajów księgozbiorów ważne jest zachowanie właściwych proporcji pomiędzy nimi, zgodnie z celami danej biblioteki, odzwierciedlonymi w stosownych uzgodnieniach pisemnych lub w polityce bibliotecznej.

W odniesieniu do personelu zwraca się uwagę na konieczność integracji bibliotekarzy i personelu medycznego a także działań biblioteki z całością szpitala. Bez wiedzy bibliotekarzy dotyczącej wymagań i reguł instytucji, w której funkcjonują, z jednej strony, i świadomości personelu szpitala odnośnie przydatności działań bibliotecznych, z drugiej strony, niemożliwe jest efektywne współdziałanie dla osiągnięcia celów nakreślonych przed bibliotekami szpitalnymi. Powstawanie bibliotek szpitalnych powinno być wymuszane nie tylko przez bibliotekarzy czy pacjentów, którzy mają niestety niewiele do powiedzenia, ale przede wszystkim przez personel szpitala. Pracownicy medyczni powinni mieć świadomość, że biblioteka na terenie szpitala, to nie konkurencja do zajmowania atrakcyjnych pomieszczeń, a bibliotekarze szpitalni to nie dodatkowa grupa roszczeniowa dochodząca swoich *wydzumanych* praw, ale ważni sprzymierzeńcy w całościowym procesie hospitalizacji i rekonwalescencji. Podkreślanie tych problemów w zaleceniach międzynarodowych, świadczy o tym, że status i miejsce bibliotekarzy szpitalnych pozostawia ciągle wiele do życzenia.

Planując liczbę zatrudnionego personelu niezbędne jest, zgodnie z prezentowanymi *Wytycznymi*, uwzględnienie czasochłonności pracy bibliotekarzy szpitalnych. Bibliotekarze ci powinni pracować nie tylko na miejscu w bibliotece ale również regularnie odwiedzać pacjentów we wszystkich oddziałach, prowadzić dla nich zajęcia kulturalno-oświatowe, biblioterapeutyczne oraz współpracować z personelem medycznym.

Zasadnicza część *Wytycznych*, zawiera informacje o charakterze normatywnym. Proponowane wskazania liczbowe zostały dostosowane do placówek szpitalnych o różnej wielkości: szpitali małych – mniej niż 200 łóżek, zakładów z 200-300 łózkami, szpitali do 500 łóżek i powyżej. Nieza-

leżnie od tej stratyfikacji wprowadzono dodatkową kategorię: szpitale specjalistyczne.

W odniesieniu do liczby zatrudnionego personelu dokument ten zawiera zasadniczą dyrektywę: w bibliotece powinno być zatrudnionych tyłu bibliotekarzy, aby biblioteka była dostępna dla czytelników przynajmniej przez 3 godziny dziennie. Pełnoetatowy bibliotekarz oraz pomocniczy pracownik (dwa etaty) powinni być zatrudnieni w szpitalu liczącym już 400 łóżek. W szpitalach specjalistycznych zaleca się zatrudnianie pełnoetatowych: bibliotekarza oraz pracownika pomocniczego w placówkach z 300 łóżkami. Dla porównania polskie przepisy¹⁷ przewidują zatrudnienie pełnoetatowego bibliotekarza, w dodatku bez dodatkowego pracownika pomocniczego, w szpitalach liczących co najmniej 500 łóżek. W propozycjach rozporządzeń z 1998 i z 1999 r. nie tylko nie zwiększono wskaźników liczbowych w stosunku do 1976 r., ale także nie uwzględniono wcześniejszych sugestii środowiska zgłaszanych po ukazaniu się przepisów w 1976 r.¹⁸

Wytyczne zawierają podstawowe zadania nakreślone przed tą grupą bibliotek oraz niezbędne warunki umożliwiające ich realizację: księgozbiór oraz lokal biblioteczny. Podkreśla się, że biblioteki szpitalne ze względu na przypisywane im ważne miejsce w procesie hospitalizacji i rekonwalescencji powinny być nie tylko magazynem książek, ale także upowszechniać czytelnictwo, organizować działalność kulturalną na terenie szpitala, realizować działania biblioterapeutyczne a także prowadzić działalność informacyjną na temat książek dotyczących zdrowia, rekreacji czy wszelkich form doskonalenia. Coraz częściej podkreśla się znaczenie informacji nt. zdrowia udostępnianej pacjentom. Przykładem może być powstawanie w Stanach Zjednoczonych publicznie dostępnych baz danych zawierających informacje dotyczące zdrowia, higienicznego trybu życia tzw. Combined Health Information, a w Wielkiej Brytanii Helpbox.

Przy realizacji wszystkich zadań, zwłaszcza w zapewnianiu dostępu do różnorodnych źródeł informacji, biblioteki szpitalne powinny współpracować z terenowymi bibliotekami publicznymi.

W odniesieniu do księgozbioru i innych materiałów po raz kolejny zapisano, że pacjenci w szpitalu mają prawo do tak dobrego jakościowo księgozbioru jak użytkownicy na zewnątrz. Materiały biblioteczne, obejmujące zarówno literaturę piękną jak i popularnonaukową, powinny być różnorodne, tak by zachęcały do skorzystania z nich i zaspokajały potrzeby i możliwości percepcyjne użytkowników. Oprócz czasopism, książek tradycyjnych, drukowanych dużą czcionką, powinny być gromadzone książki mówione, obrazko-

¹⁷ Zarządzenie z 4 I 1974 r. MZiOS oraz MKiS w sprawie obsługi bibliotecznej w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i domach opieki społecznej wraz z załącznikami nr 1 (regulamin wewnętrzny biblioteki) i nr 2 – regulamin korzystania z biblioteki oraz Zarządzenie ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej, Kultury i Sztuki z 18 V 1976 r.

¹⁸ Zob. W. Kozakiewicz, B. Brzózka: *Biblioteka szpitalna dla pacjentów*. Warszawa 1984 s. 9.

we oraz specjalnie przygotowane materiały. Także książki drukowane braillem powinny być dostępne, na miejscu lub drogą wypożyczeń międzybibliotecznych, jeśli będzie takie zapotrzebowanie. Sugeruje się, aby biblioteki szpitalne, podobnie jak niektóre zagraniczne biblioteki publiczne, udostępniały pacjentom materiały artystyczne, np. reprodukcje, które pacjenci mogliby wypożyczać do dekoracji sal szpitalnych, w których przebywają. Podstawą racjonalnie tworzonego i efektywnego księgozbioru powinien być stały budżet, regularnie określany na potrzeby biblioteki, umożliwiający zakup nowych zbiorów. Tak jak wspomniano wcześniej pewne części księgozbioru powinny być wymieniane i uzupełniane z innych źródeł np. z biblioteki publicznej. Zaleca się, ze względów ekonomicznych, zorganizowanie kolekcji depozytowych, które będą wypożyczane do szpitali. Jest to szczególnie istotne w przypadku szpitali małych i zakładów opiekuńczych.

Wymogi dotyczące liczebności księgozbioru będą inne w szpitalach krótkiego pobytu i długiego pobytu. Ogólnie mówiąc szpitale długiego pobytu wymagają większego księgozbioru lub przynajmniej zbioru, który może być regularnie wymieniany i odświeżany. *Wytyczne IFLA z 1984 (1995)* określają minimalne wielkości księgozbiorów bibliotek szpitalnych, które mogą stanowić podstawę efektywnej działalności. I tak przewiduje się, że w szpitalach:

- małych, mających poniżej 200 łóżek, księgozbiór powinien obejmować od 800 do 1000 jednostek bibliotecznych, z zaznaczeniem, iż wielkość ta powinna być zwiększona, gdy w danym zakładzie przebywają dzieci. Oznacza to 4-5 jednostek w przeliczeniu na 1 łóżko,

- o pojemności 200-300 łóżek księgozbiór powinien liczyć 2000 jedn., (6-5 jedn./łóżko).

- 400-500 łóżek księgozbiór powinien obejmować 4000 jednostek (8-10 jedn./łóżko). Zaleca się także, aby w przypadku pobytów długoterminowych wielkość tę zwiększać i korzystać z możliwości „odświeżania” księgozbioru np. poprzez wypożyczenia z bibliotek publicznych.

Polskie przepisy z 1976 oraz propozycje rozporządzeń z 1998 i 1999 r. określają normatywy dla bibliotek w szpitalach do 500 łóżek, bez dodatkowej ich stratyfikacji. Wskaźniki liczbowe zawarte w przepisach polskich z 1976 r. były niższe w stosunku do *Wytycznych IFLA z 1960 r.* (o minimum 1 wol./na łóżko) i taką też wielkość zalecają propozycje z 1998 i 1999 r. W odniesieniu do bibliotek szpitali większych, powyżej 500 łóżek (dla których brak jest szczegółowych zapisów w *Wytycznych z 1984 (1995)*), polskie przepisy z 1976 r. zalecały tę samą liczbę jednostek co *Wytyczne IFLA z 1960 r.*, tj. 6 wol./na łóżko, natomiast propozycje zawarte w projektach polskich rozporządzeń z 1998 i 1999 r. są mniejsze (o 1 jedn./łóżko) – 500 w stosunku do tych zaleceń IFLA z 1960 r., a także przepisów polskich z 1976 r.

Wytyczne IFLA zwracają uwagę, że planując nowe pomieszczenia biblioteczne w szpitalu, podobnie jak i w każdej innej instytucji, konieczne

jest uwzględnienie szeregu czynników, które będą decydowały o wielkości tych pomieszczeń. Są to:

- liczba łóżek w szpitalu (liczba pracowników w szpitalu) rodzaj szpitala,
- zadania nakreślone do realizacji przez bibliotekę,
- usługi realizowane przez bibliotekę,
- wielkość i rodzaj zbiorów,
- a także zapewnienie odpowiednich warunków pracy dla samych bibliotekarzy.

W *Wytycznych* podkreśla się centralną lokalizację biblioteki, w pobliżu sklepu, kawiarni, punktu informacyjnego itp., z możliwością łatwego dostępu do niej dla pacjentów z innych pięter i budynków oraz poruszających się na wózkach czy przywożonych na łóżkach. Mocno artykułuje się, że biblioteka w żaden sposób nie powinna być fizycznie izolowana. Zwraca się uwagę na właściwe i zachęcające użytkowników oznakowanie biblioteki. Drzwi do biblioteki powinny być odpowiednio szerokie, przeszklone aby bibliotekarz będący w środku mógł zobaczyć czytelnika, któremu być może potrzebna jest pomoc oraz by wygląd biblioteki mógł przyciągnąć tych, którzy są dopiero potencjalnymi czytelnikami a w pobliżu biblioteki znaleźli się przypadkiem.

Lokal biblioteki, jej wygląd i zagospodarowanie są ważne także z innego punktu widzenia. Biblioteka szpitalna pełni również funkcję społeczną: to tu na gruncie neutralnym pacjenci mają możliwość spotykać się z personelem medycznym, dlatego pożądane jest, aby otoczenie biblioteki różniło się od reszty szpitala.

Wytyczne IFLA omawiają zarówno sprawy ogólne dotyczące lokalu, warunków pracy w bibliotece i przechowywania zbiorów, ilość regałów jak i wskaźniki zagęszczenia zbiorów na półkach.

Informacje dotyczące rodzaju i wielkości poszczególnych pomieszczeń bibliotecznych, ilości a także wielkości stanowisk czytelnicznych i pracowniczych są w tych *Wytycznych* dokładnie określone. Właściwie należałoby tu mówić nie o lokalu biblioteki, a o kompleksie pomieszczeń bibliotecznych. Wyróżnione w *Wytycznych* pomieszczenia to część przeznaczona na:

- udostępnianie, z ladą czytelniczną i katalogami,
- magazyn,
- czytelnię, która w szpitalu z 500 łózkami powinna mieć przynajmniej 15-20 stanowisk, o powierzchni 2,5 m² każde,
- opracowanie i przygotowanie zbiorów,
- potrzeby socjalne bibliotekarzy, o ile nie korzystają oni z pomieszczeń wspólnych dla pozostałych pracowników szpitala.

W *Wytycznych* podkreśla się konieczność przygotowania odpowiednich warunków do pracy z czytelnikiem dziecięcym, jeśli tacy pacjenci przebywają w szpitalu. Oznacza to zaplanowanie dodatkowej powierzchni, z odpowiednim wyposażeniem umożliwiającym przestrzenne aranżacje, niezbędne do realizacji zadań specjalnych, np. projekcji filmów czy występy teatryków kukielkowych.

Biorąc pod uwagę wyróżnione w *Wytucznych* rodzaje pomieszczeń, orientacyjną liczbę woluminów w przeliczeniu 1 wol./1 łóżko i uwzględniając najniższe nawet wskaźniki – lokal biblioteki w szpitalu liczącym ok. 500 łóżek powinien mieć powierzchnię około 125 m².

W szpitalach małych do 100 łóżek wskazania te mają charakter bardziej ogólny. Zgodnie z nimi powinna być zagwarantowana odpowiednia powierzchnia do przechowywania wszelkich materiałów bibliotecznych tak by zapewniała pacjentom i personelowi łatwy do nich dostęp. Wielkość tego pomieszczenia powinna wynosić przynajmniej 30 m² oraz dodatkowo minimum 15 m² na pomieszczenie magazynowe.

W polskich przepisach z 1976 r. podaje się zalecenia minimalne, dotyczące tylko wypożyczalni, bez dodatkowego metrażu na choćby najmniejszą czytelną, gdzie by można prowadzić zajęcia grupowe z czytelnikami. Zgodnie z zalecaną¹⁹ normą ilościową książek na 1 łóżko szpitalne i liczbą 100 książek na 1m² powierzchni, pomieszczenia te powinny wynosić:

- w szpitalach do 300 łóżek – 21 m²
- do 500 łóżek – 30 m²

Te zalecenia pozostają daleko w tyle za propozycjami międzynarodowymi. Ponadto trzeba stwierdzić, że nawet te minimalne wymagania nie są respektowane w wielu placówkach.

W *Wytucznych* zwraca się uwagę na wyposażenie i pomoce techniczne znajdujące się w bibliotece szpitalnej. W każdej bibliotece gromadzącej zbiory zarejestrowane na różnorodnych nośnikach, nieodzownym warunkiem korzystania z nich jest sprzęt pozwalający na ich odtwarzanie. Specyfiką biblioteki szpitalnej jest natomiast zgromadzenie dodatkowych pomocy technicznych, które ułatwią pacjentom z różnymi dolegliwościami dogodne korzystanie z materiałów bibliotecznych. Na miejscu w szpitalu powinny być dostępne pulpity i podpórki do książek, okulary przyrządowe czy przyrządy do odwracania kart. W zależności od lokalnych potrzeb mogą one być wypożyczane z oddziału terapii zajęciowej lub z biblioteki. Obowiązek zaspokajania potrzeb w zakresie zaopatrzenia w sprzęt powinien, wg *Wytucznych* IFLA, spoczywać na bibliotekarzu szpitalnym, gdyż jest on tą osobą, która najczęściej styka się z potrzebami pacjenta odnośnie usprawnień technicznych.

Prace Sekcji Bibliotek Obsługujących Osoby w Niekorzystnej Sytuacji, oprócz działań przedstawionych uprzednio, służą również doskonaleniu zawodowemu oraz wypracowywaniu narzędzi ułatwiających pracę bibliotekarzy szpitalnych. W minionym okresie członkowie Sekcji zajmowali się takimi zagadnieniami jak: psychologia człowieka chorego i starego, zasady doboru książek dla różnych grup chorych, tworzenie centralnej agencji informacyjnej o książkach najbardziej przydatnych dla czytelnictwa chorych czy popularyzowanie efektywnych form pracy. Informacje te upowszechniane są na łamach czasopism bibliotekarskich i własnego biuletynu. Warte

¹⁹ W. Kozakiewicz, B. Brzózka: *Biblioteka szpitalna*. Op.cit s.18.

uwagi są działania popularyzujące książkę prowadzone przez zespoły wolontariuszy, którzy wspierają lub uzupełniają pracę bibliotekarzy szpitalnych. Jedną z form takiej pomocy jest tzw. „Book Buddies Program”, realizowany od 1985 r. w szpitalach San Francisco²⁰. Ideą tego programu jest wykorzystanie książek do pomocy małym pacjentom, i pośrednio także rodzicom, poprzez zapewnienie im rozrywki, wypełnianie ich czasu i tym samym poprawę ich stanu emocjonalnego. Aby program ten mógł być zrealizowany biblioteka publiczna w San Francisco szkoli rocznie ok. 120 wolontariuszy, wyselekcjonowanych i posiadających niezbędne badania lekarskie. Jednodniowy program szkolenia obejmuje informacje na temat samego szpitala, niedogodności czytania w warunkach szpitalnych, technik popularyzacji książek i literatury dziecięcej. Uzyskana wiedza jest uzupełniana szkoleniem przywarsztatowym. „Book Buddies” mają specjalne znaczki i torby z takim logo. Każda siedziba „Book Buddies” posiada ok. 600 książek podarowanych przez biblioteki. Wolontariusze – „Book Buddies” czytają książki ponad 4000 dzieci w 7 szpitalach i klinikach pediatrycznych. Do swojej dyspozycji posiadają także pomoce wspierające opowiadanie bajek np. pacynki, kukiełki czy tablice materiałowe, do których można przypinać papierowe postacie z bajek. Wizyty wolontariuszy to idealna sytuacja dla dziecka, które doświadcza ciepła i komfortu płynącego z głośnego czytania czy słuchania. Jest to także doskonała okazja do zaprezentowania dzieciom i ich rodzicom usług bibliotecznych.

Podobny program jest realizowany w szpitalach niemieckich. Nosi on nazwę „Das Frohliche Krankenzimmer” i został zapoczątkowany w 1981 r. Program ten wykorzystujący odpowiednio dobrane książki jest jednym z elementów wdrażanej reformy szpitalnictwa: ma pomóc w stworzeniu otoczenia szpitalnego bardziej przyjaznym, zwłaszcza dla młodych pacjentów. Dla potrzeb realizowanego programu pozyskano książki od Niemieckiego Stowarzyszenia Literatury Dziecięcej. Przygotowano także katalog książek zalecanych dla dzieci przebywających w szpitalach i dla osób pracujących z hospitalizowanymi dziećmi. Istnieje już czwarte, zaktualizowane wydanie tego katalogu, obejmującego literaturę beletrystyczną i popularno-naukową²¹.

Przedstawione tendencje dotyczące bibliotekarstwa szpitalnego, realizowane przez wiodącą międzynarodową organizację bibliotekarską, wyrażające się m.in. w zaprezentowanych *Wytocznych* pozwalają na refleksję pod adresem polskich bibliotek szpitalnych:

– wśród decydentów w Polsce brak jest świadomości konieczności organizowania takich bibliotek i stąd nie są one tak powszechne i dobrze wyposażone jak w wielu innych krajach;

²⁰ S. Baruchson-Arbib: *Social Information Science. Love, health and the information society*. Brighton 1996 s. 30-31.

²¹ S.Baruchson-Arbib: op. cit. s. 33.

– nie w każdej placówce zamkniętej służby zdrowia działają biblioteki. W 1994 r. w 1609 placówkach szpitalnych, sanatoryjnych i opieki społecznej funkcjonowało 628 bibliotek i 177 punktów bibliotecznych. A więc w 50% instytucji pensjonariuszom i pacjentom nawet formalnie nie zapewniono dostępu do biblioteki;

– te istniejące biblioteki dysponują często małym i nieatrakcyjnym księgozbiorem, brakuje niezbędnego aparatu bibliotecznego: katalogów i kartotek,

– nie mają one właściwych warunków do prowadzenia nawet podstawowych usług bibliotecznych,

– lokale biblioteczne zazwyczaj ograniczają się do jednego pomieszczenia, w dodatku nijak mającego się do minimalnych zaleceń z 1976 r.,

– biblioteki nie posiadają potrzebnych pomocy ułatwiających czytanie,

– bibliotekarze zatrudniani niewspółmiernie do liczby łóżek i zbiorów nie mają możliwości odwiedzać pacjentów na oddziałach, nie wspominając o działalności biblioterapeutycznej czy kulturalno-oświatowej,

– najbardziej drastyczne różnice normatywne pomiędzy polskimi i międzynarodowymi wskazaniem widoczne są we fragmentach dotyczących lokalu i personelu biblioteki szpitalnej,

– najważniejsze jednak czynniki decydujące o słabości tej sieci tkwią w:

- braku zrozumienia przez decydentów potrzeby organizowania tych bibliotek,
- w braku aktualnych, dobrych przepisów, uzasadniających powstawanie bibliotek i potrzebę zwiększenia normatywów zatrudnienia, lokalu czy zbioru,
- oraz, gdy wreszcie przepisy się pojawiają, w niemożności wyegzekwowania nawet bardzo skromnych zaleceń.

²⁰ S. Baruchson-Arbib: *Social Information Science. Love, health and the information society*. Brighton 1996 s. 30-31.

²¹ S.Baruchson-Arbib: op. cit. s. 33.

AUTORZY I UCZESTNICY KONFERENCJI

Autorzy

1. mgr Barbara APPEL, Rejonowa Biblioteka Publiczna, Łódź
2. dr Irena BORECKA, Doradztwo Psychopedagogiczne, Szczawno-Zdrój
3. mgr Małgorzata FEDOROWICZ, UMK Toruń
4. mgr Tadeusz GAWROŃSKI, WBP Ostrołęka
5. mgr Beata GRUDZIEN, Biblioteka Szpitala Reumatologicznego w Ustroniu Zawodziu,
6. dr Lidia IPPOLDT, WSP w Krakowie
7. mgr Janina KOŚCIÓW, Biblioteka szpitalna w WZSN w Opolu
8. mgr Krystyna KUŻMIŃSKA, MKiS Warszawa
9. prof. dr hab. Wita SZULC, AM Poznań
10. dr Ewa TOMASIK, WSPS Warszawa
11. mgr Teresa WIEJA, Biblioteka Szpitala Uzdrawiskowego w Ustroniu Zawodziu
12. prof. dr hab. Bronisława WOŹNICZKA-PARUZEL, UMK Toruń
13. prof. dr hab. Elżbieta Barbara ZYBERT, IINiSB UW Warszawa

Uczestnicy:

1. Ewa AMBROŻY, MBP Czeladź,
2. Barbara APPEL, PBR Łódź,
3. Alicja BEROWSKA, WiMBP Gorzów Wlkp.,
4. Dominika BIELAT, WBP, Warszawa,
5. Sylwia BŁASZCZYK, WBP Katowice,
6. Irena BORECKA, DP-P, Szczawno-Zdrój
7. Elżbieta BUDNIK, WSP Olsztyn,
8. Jadwiga CHRUŚCIŃSKA, CUKB Warszawa
9. Romana CYPROWSKA, BPMiG Szamotuły,
10. Anna CZANK, biblioteka szpitalna WSZ Gdańsk,
11. Elżbieta DOMAŃSKA, BP, Radom
12. Ewa DRAWNEL, WBP Gdańsk
13. Małgorzata FEDOROWICZ, UMK Toruń
14. Beata GRUDZIEN, Biblioteka Szpitala Reumatologicznego w Ustroniu Zawodziu,
15. Maria GUTOWSKA, WBP Katowice
16. Lidia IPPOLDT, WSP w Krakowie
17. Bożena IWAN, WBP Kielce
18. Ewa JARMOŁOWICZ, WBP Białystok
19. Grażyna KOCHALSKA, Zesp.Szkół LO, Kędzierzyn Koźle,
20. Janina KOŚCIÓW, Biblioteka szpitalna w WZSN w Opolu
21. Lidia KOTKOWSKA, MBP, Bielsko-Biała
22. Krystyna KOTLAREK, WiMBP Zielona Góra,
23. Maria KRASIŃSKA, PiMBP Piła
24. Krzysztof KRYSTA, MBP, Ustroń,

25. Danuta KRZACZKOWSKA, Społ. Sz.Podst. Szczecin,
26. Danuta KULAS, MBP Legnica,
27. Krystyna KUŹMIŃSKA, MKiSz Warszawa
28. Anna MAJCHER, SBP Warszawa
29. Włodzimierz MARTIN, OCCiN, Elbląg
30. Stanisław MARUSZCZAK, WBP Szczecin
31. Jadwiga MILEWSKA, WiMBP Łódź
32. Jadwiga NOWICKA, BP m. st. W-wy, Warszawa
33. Ludwiak PAJAŁ, WBP Opole,
34. Halina PANEK, WBP, Kielce
35. Sylwester PERYT, CBPZN, Warszawa
36. Alicja POGORZELSKA, Spółdzielnia SNB, Białystok
37. Bożena PRZYDACZ, MBP Katowice
38. Ewa SAMONEK, CBPZN Warszawa
39. Małgorzata SIEMIEŹ, PTB Wrocław
40. Iwona SMARSZ, WBP Poznań
41. Małgorzata STANULA, IBIIN UJ, Kraków
42. Genowefa SURNIAK, PPSKAKIB, Wrocław,
43. Dorota SZATAN, MBP Dąbrowa Górnicza
44. Bożena SZCZYKAŁA, WBP Katowice
45. Wiesława SZLACHTA, WBP Katowice
46. Wita SZULC, AM Poznań
47. Jan SZWARC, burmistrz Ustronia
48. Antonina TRAWNIK, MBP Legnica
49. Olga TYLAWSKA, MBP Legnica
50. Teresa WIEJA, Biblioteka Szpitala Uzdrawiskowego w Ustroniu Zawodziu
51. Bronisława WOŹNICZKA-PARUZEL, UMK Toruń
52. Magdalena WÓJCIKIEWICZ, WBP Lublin
53. Elżbieta Barbara ZYBERT, IINiSB UW Warszawa
54. Monika ZYCH, WiMBP Wrocław

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Barbara Appel KSIĄŻKI, KTÓRE POMAGAJĄ ŻYĆ	7
Irena Borecka BIBLIOTERAPIA JAKO METODA PSYCHICZNEGO WSPARCIA	12
Małgorzata Fedorowicz CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH BIBLIOTEK SZPITALNYCH REGIONU TORUŃSKIEGO I BYDGOSKIEGO	28
Tadeusz Gawroński OBSŁUGA CZYTELNIKÓW W ZAMKNIĘTYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ (szpitalach i sanatoriach) W ŚWIETLE BADAŃ ANKIETOWYCH	34
Beata Grudzeń PREZENTACJA BIBLIOTEKI SZPITALNEJ	45
Lidia Ippoldt KSZTAŁCENIE BIBLIOTERAPEUTÓW DLA POTRZEB ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	50
Janina Kościów ELEMENTY BIBLIOTERAPII W PRACY BIBLIOTEKI SZPITALNEJ FILII NR 14 MBP W WOJEWÓDZKIM ZESPOLE SPECJALISTYCZNYM NEUROPSYCHIATRYCZNYM W OPOLU	56
Wita Szulc TERAPIA NARRACYJNA – POWRÓT DO PRZESZŁOŚCI	71
Ewa Tomasik KSIĄŻKI WSPOMAGAJĄCE LECZENIE	76
Halina Wieja PREZENTACJA PRACY BIBLIOTEKI SANATORYJNEJ	88
Bronisława Woźniczka-Paruzel PROGRAM SPECJALIZACJI Z ZAKRESU BIBLIOTERAPII DLA STUDENTÓW BIBLIOTEKOZNAWSTWA I INFORMACJI NAUKOWEJ UMK W TORUNIU	94
Elżbieta Barbara Zybort BIBLIOTEKI SZPITALNE W ŚWIETLE MIĘDZYNARODOWYCH PRZEPISÓW BIBLIOTECZNYCH	100
AUTORZY I UCZESTNICY KONFERENCJI	112

CONTENTS

Introduction	5
Barbara Appel THE BOOKS THAT ENHANCE LIFE	7
Irena Borecka BIBLIOTHERAPY AS A METHOD OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT	12
Małgorzata Federowicz CHARACTERISTICS OF SELECTED HOSPITAL LIBRARIES IN THE TORUŃ AND BYDGOSZCZ REGIONS	28
Tadeusz Gawroński SERVING LIBRARY USERS IN HEALTH CARE INSTITUTIONS AND SOCIAL WELFARE HOMES	34
Beata Grudzień PRESENTATION OF THE LIBRARY OF THE ŚLĄSKI SZPITAL REUMATOLOGICZNO-REHABILITACYJNY AT USTRONŃ	45
Lidia Ippoldt TRAINING BIBLIOTHERAPISTS FOR HEALTH CARE INSTITUTIONS ...	50
Janina Kościów ELEMENTS OF BIBLIOTHERAPY IN THE ACTIVITIES OF A HOSPITAL LIBRARY	56
Wita Szulc NARRATIVE THERAPY – RETURN TO THE PAST	71
Ewa Tomasik BOOKS IN SUPPORT OF TREATMENT	76
Halina Wieja HEALTH RESORT LIBRARY IN THE SZPITAL UZDROWISKOWY AT USTRONŃ	88
Bronisława Woźniczka-Paruzel BIBLIOTHERAPY SPECIALIZATION PROGRAMME FOR LIBRARY AND INFORMATION SCIENCE STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF TORUŃ	94
Elżbieta Barbara Zybort HOSPITAL LIBRARIES IN THE LIGHT OF INTERNATIONAL LIBRARY RULES AND GUIDELINES	100
AUTHORS AND CONFERENCE PARTICIPANTS	112



Drodzy Czytelnicy !

Polecamy Wam kilka ciekawych, ostatnio wydanych książek.

Praca zbiorowa
pod red. E. B. Zybort

Stres, bezrobocie, rozwód.

Poradnik bibliograficzny. Życie nie szczędzi nam sytuacji trudnych. W naszym kraju od 10 lat trwa transformacja gospodarcza, która spowodowała, że lawinowo rosną czynniki stresotwórcze. Takie problemy jak bezrobocie, narkomania, rozwody, wzrost wymagań kwalifikacyjnych powodują ciągłe napięcia. Sposobem minimalizowania takich napięć może być mądra książka, która proponuje czytelnikowi zmianę sposobu myślenia, lepsze poznanie samego siebie, podpowie jak postępować, jak żyć.

Praca zbiorowa
pod red. E. B. Zybort

Każdy rozdział pracy składa się z dwóch części: teoretycznej – omawiającej wpływ poszczególnych zjawisk na człowieka i rolę książki w terapii oraz praktycznej – zawierającej poradnik bibliograficzny z adnotowanym spisem literatury dot. danego tematu. Str. 144, cena 22 zł

Miłość, przyjaźń, agresja, alkoholizm. Problemy wieku młodzieńczego (i nie tylko). Poradnik bibliograficzny. Jest to już drugi poradnik, którego zadaniem jest nieść pomoc w sytuacjach trudnych i tragicznych. Bardzo przydatna książka dla bibliotekarzy i pedagogów. Str. 176, cena 24 zł

M. Czerwińska

Pismo i książka w systemie L. Braille'a w Polsce. Historia i funkcje rewalidacyjne. Pierwsze tak wyczerpujące, przedstawienie tego problemu. Praca pionierska. Str. 172, cena 20 zł

Praca zbiorowa
pod red. J. Wołosza

Funkcje ponadlokalne bibliotek publicznych – poziom wojewódzki. Jest to pokłosie ciekawej konferencji, która odbyła się w Rzeszowie, a głównym problemem było określenie roli i funkcji bibliotek stopnia wojewódzkiego. Str. 140, cena 23 zł

Praca zbiorowa
pod red. J. Wołosza

Funkcje ponadlokalne bibliotek publicznych – poziom powiatowy. Książka zawiera materiały z ogólnopolskiej konferencji (Jedlnia Letnisko IX 1999) poświęconej doświadczeniom i perspektywom bibliotek powiatowych. Ponadto w aneksie publikujemy po raz pierwszy WYBRANE STANDARDY IFLA DLA BIBLIOTEK PUBLICZNYCH. Str. 180, cena 28 zł



Zamówienia prosimy kierować:

Wydawnictwo SBP, ul. Konopczyńskiego 5/7, 00-335 Warszawa



1894

nr 2

ISBN 83

WYDAWNICTWO
SBP

