

Zastosowanie hortikuloterapii w gerontologii

Horticultural Therapy in Gerontology

Mirosława Cyłkowska-Nowak

Pracownia Terapii Zajęciowej, Katedra Geriatrii i Gerontologii

Sławomir Tobis

Pracownia Terapii Zajęciowej, Katedra Geriatrii i Gerontologii

Wojewódzkie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe” w Poznaniu

Streszczenie

Hortikuloterapia wykorzystuje ogrody i ich oddziaływanie na człowieka dla osiągnięcia celów terapeutycznych. W sposób mniej lub bardziej świadomy korzystano z nich w tych celach już od starożytności. W myśl współczesnych poglądów obszar zastosowań hortikuloterapii obejmuje między innymi osoby starsze: zarówno sprawne, jak i z różnymi niesprawnościami lub schorzeniami. (Gerontol Pol 2014, 3, 143-58)

Słowa kluczowe: Hortikuloterapia, ogrody, terapia zajęciowa

Abstract

Horticultural therapy uses gardens and their impact on humans to achieve therapeutic goals. More or consciously gardens were used for these purposes since ancient times. according to current views horticultural therapy applies among others to elderly, both with a good functional status and those who are disabled. (Gerontol Pol 2014, 3, 143-58)

Key words: Horticultural therapy, gardens, occupational therapy

W życiu człowieka wraz z upływem czasu narasta ryzyko wystąpienia wielu jednostek chorobowych oraz konieczności ich leczenia. Oznacza to w praktyce, że im starsza jest osoba, tym więcej leków statystycznie pobiera. Zażywanie dużej liczby leków z kolei niesie ze sobą szereg potencjalnych zagrożeń. Terapie nefarmakologiczne, których zaletą jest brak działań ubocznych, budzą zatem szczególne zainteresowanie w kontekście ich zastosowania u osób starszych. Jedną z takich terapii, którą warto wziąć pod uwagę, jest hortikuloterapia.

Definicja hortikuloterapii

Relf definiuje hortikuloterapię jako „sztukę i naukę o rozwoju kwiatów, owoców, warzyw, drzew, krzewów mających wpływ na rozwój umysłowy i emocjonalny jednostek oraz doskonalenie i zdrowie społeczności ludzkiej” [1].

Z kolei praktycy hortikuloterapii w Wielkiej Brytanii podczas branżowego zjazdu w 1999 roku zaakceptowali dwie definicje [2]:

- „Terapia z zastosowaniem ogrodów jest użyciem roślin przez profesjonalnie wyszkolonych terapeutów jako medium, poprzez które możliwe jest osiągnięcie specyficznych celów terapeutycznych”.
- „Hortikuloterapia jest procesem, przez który jednostki mogą rozwijać swój dobrostan używając roślin i kultur ogrodowych. Możliwe jest osiągnięcie dobrostanu poprzez udział aktywny i bierny”.

Amerykańskie Towarzystwo Hortikuloterapii (*American Horticultural Therapy Association – AHTA*) zwraca uwagę na „angażowanie danej osoby do uprawiania ogrodu lub innych aktywności możliwych do zrealizowania w oparciu o zasoby ogrodu, ukierunkowane na osiągnięcie specyficznych celów terapeutycznych, planowanych przez przygotowanego do tego rodzaju tera-

Adres do korespondencji: Mirosława Cyłkowska-Nowak; Pracownia Terapii Zajęciowej Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań; e-mail: mcyłkowska-nowak@wp.pl

pii terapeutę, będącego członkiem multiprofesjonalnego zespołu terapeutycznego” [3].

Z kolei Haller i Kramer akcentują w swej definicji sytuowanie osoby terapeutyzowanej w centrum procesu i uważają, że hortikuloterapia jest „profesjonalnie prowadzoną, zorientowaną na kliencie terapią wspomagającą, która wykorzystuje aktywności w ogrodzie do osiągnięcia specyficznych celów terapeutycznych lub rehabilitacyjnych jej uczestników” [4].

Ogrody z ich naturalnym potencjałem same w sobie stanowią miejsca, w których można rozwijać terapię. Różnorodność form i metod pracy, które mogą być podejmowane w ogrodzie lub wokół czyni zeń narzędzie diagnozy (zasobów, możliwości), przestrzeń terapii (relaksacji, rozładowywania napięć, uwalniania emocji, aktywizacji) oraz pozwala rozwijać prognozę na przyszłość [5].

Hortikuloterapia może być wdrażana wobec populacji o różnorodnej charakterystyce oraz w różnych miejscach. Simson and Straus wyróżniają trzy zasadnicze typy programów hortikuloterapeutycznych: uzawodawiający, uspołeczniający i terapeutyczny. Program uzawodawiający kierowany jest do więźniów, osób z zaburzeniami rozwoju, chorobami psychicznymi lub osób z problemami społeczno-ekonomicznymi. Dwa pozostałe programy stosowane są wobec osób z chorobami psychicznymi, fizycznymi, osób uzależnionych, osób starszych [6].

Historia leczenia przy użyciu zasobów ogrodów

Pozytywny wpływ ogrodów na człowieka znany był już w starożytności. W starożytnej Mezopotamii (około 2000 lat p.n.e.) tworzone ogrody w dolinie Tygrysa i Eufratu. Były to zarówno ogrody zamknięte, otoczone murami, jak i otwarte parki krajobrazowe. Unikalnym pomysłem tej cywilizacji były także ogrody wiszące. Wśród roślin dominowały cyprysy, palmy, winorośl, sosny, cedry i lotosy. Rośliny rosnące w pobliżu budowli mieszkalnych lub na budowlach, ich barwy, zapachy miały łagodzić wpływ warunków klimatycznych i nastrojać mieszkańców pozytywnie [7]. Z kolei w starożytnym Egipcie osoby zajmujące się leczeniem zalecały spacerować w ogrodach chorym z problemami mentalnymi. Wykorzystywane były także lecznicze właściwości różnych roślin. Osoby leczące często studiowały botanikę, po to by móc lepiej pomagać chorym [8].

Od około 500 roku p.n.e. zapoczątkowano celowe tworzenie ogrodów dla zapewnienia przebywającym w nich osobom oddziaływania piękną, zapachu, dźwięków (np. płynącej wody) oraz naturalnego chłodu. Święty Bernard opisywał na przełomie XI i XII wieku korzyści płynące z ogrodowego hospicjum, mieszczącego się w

ogrodach klasztoru w Clairvaux we Francji. Wskazywał zwłaszcza na wpływ odosobnienia, jakie dawały rośliny i ich zieleń, kojącego śpiewu ptaków oraz eterycznych zapachów [9].

Kolejnym wczesnym rozwiązaniem hortikuloterapeutycznym były szpitale dla ludzi chorych umysłowo, projektowane i budowane na polecenie Sułtana Bayezida II w Imperium Otomańskim w latach 1481-1512. W miejscach tych łączono wpływ ogrodów, terapii przy użyciu wody, muzykoterapii oraz aromatoterapii [10].

Zainteresowanie leczniczymi właściwościami ogrodów rozwinęło się w głównej mierze w XVII i XVIII wieku. Budowane wówczas szpitale, a raczej pawilony szpitalne, azyle (szpitale psychiatryczne) oraz sanatoria najczęściej lokalizowane były w parkach. Wiele cennych uwag na ten temat znaleźć można w dziewiętnastowiecznych pracach Florencji Nightingale, twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa oraz reformatorki angielskiego zdrowia publicznego [11].

Ogromny wkład w propagowanie i wdrażanie rozwiązań w zakresie wykorzystania terapii przy użyciu zasobów ogrodów wniósł amerykański psychiatra Benjamin Rush, profesor Institute of Medicine and Clinical Practice na Uniwersytecie Pensylwania. Opublikowana w 1812 roku książka autorstwa Rusha pt. *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind* przyniosła interesujące doniesienia z obserwacji wpływu aktywności organizowanych w ogrodzie na mężczyzn cierpiących na manię [12]. W 1813 roku w Filadelfii grupa kwaków ufundowała szpital psychiatryczny Friends Asylum (pełna nazwa: The Asylum for Persons Deprived of the Use of Their Reason). Zrealizowano w nim liczne propozycje terapii dr Benjamin Rusha, wśród nich także hortikuloterapię. Leczenie pacjentów w Friends Asylum zapoczątkowano w 1817 roku [13].

W pierwszej połowie XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii zaczęto tworzyć szpitale dla weteranów wojennych. Terapia świadomie prowadzona w ogrodach znacząco przyspieszała rehabilitację oraz wpływała na skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalu. Alice Burlingame, specjalistka opieki psychiatrycznej i terapii zajęciowej oraz architekt krajobrazu opracowała (wraz z wolontariuszami z National Farm and Garden Bureau) pierwszy formalny program hortikuloterapii. Ponadto od 1951 roku Burlingame szkoliła psychiatrycznych pracowników socjalnych w zakresie stosowania terapii z wykorzystaniem ogrodu w Pontiac State Hospital (działającym we współpracy z Uniwersytetem Michigan), tam też wdrażała swój program terapeutyczny. W 1960 roku Donald Watson wraz z Alice Burlingame opublikowali pierwszą książkę o hortikuloterapii [14]. Kształcenie akademickie w zakresie te-

rapii przy użyciu zasobów ogrodów zapoczątkowano w Stanach Zjednoczonych w 1942 roku w Milwaukee Downer College – było to kształcenie przeddyplomowe. W 1955 roku na Uniwersytecie Michigan powstał program kształcenia na poziomie magisterskim. Oba programy łączyły hortikuloterapię z terapią zajęciową [15]. W 1972 roku ruszył nowatorski program studiów podyplomowych (jako kontynuacja studiów przeddyplomowych na kierunku Psychologia) na Uniwersytecie Stanowym Kansas. Pierwszy doktorat w dziedzinie hortikuloterapii został obroniony 1976 roku przez Paulę Dianę Relf na Uniwersytecie Maryland [16].

Obecnie terapia wykorzystująca zasoby ogrodów stosowana jest w wielu krajach jako terapia wspomagająca medyczne leczenie konwencjonalne, rehabilitację, resocjalizację, readaptację oraz procesy rozwojowe osób z różnorodnymi zaburzeniami rozwoju. Jej wykonawcami są przygotowani profesjonalnie hortikuloterapeuci lub terapeuci zajęciowi.

Ogród terapeutyczny

Zasadniczym elementem pozwalającym na prowadzenie hortikuloterapii jest ogród terapeutyczny. Stanowi on otwartą przestrzeń, zaprojektowaną w sposób umożliwiający wyjście naprzeciw potrzebom fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym osób, które mają ją wykorzystywać w celach terapeutycznych, czyli pacjentów, podopiecznych, ich opiekunów i terapeutów, rodzin i przyjaciół. Ogrody terapeutyczne tworzone są w szpitalach, sanatoriach, domach pomocy społecznej, szkołach, przedszkolach, domach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach, hostelach, centrach ambulatoryjnej opieki nad różnymi osobami, schroniskach dla osób bezdomnych, ośrodkach dla uchodźców i innych miejscach stałego lub okresowego pobytu osób, które mogą być poddawane hortikuloterapii.

W aranżowaniu ogrodu terapeutycznego najważniejsze są potrzeby pacjentów. Może mieć on zatem charakter przestrzeni wyzwalającej aktywność (grządki, klomby, pojedyncze stanowiska roślin, które będą pielęgnowane itp.), jak i tworzące warunki do biernego przebywania (ciche zakątki z meblami do wypoczynku, szumiące wodospady lub potoki itp.). Projektowanie ogrodu terapeutycznego opiera się na zasobach naturalnych (gleba, rośliny, zwierzęta, woda, słońce, wiatr), które powinny spełniać następujące warunki:

- być przyjazne dla pacjentów,
- nie uczulać,
- nie wytwarzać nieprzyjemnych zapachów,
- nie truć w jakiegokolwiek fazie wegetacji,
- być łatwe w uprawie,

- pobudzać zmysły,
- przyciągać motyle i ptaki,
- umożliwiać tworzenie kompozycji (żywych i suszonych),
- umożliwiać różnorodne zastosowania (do oglądania, wachania, zjadania itp.).

Pozostałe elementy ogrodu terapeutycznego są konstruowane lub kształtowane. Należą do nich: patia, dziedzińce, ścieżki, rzeźba terenu (wzniesienia, skarpy itp.), źródła wody, światło, meble do siedzenia, głazy, powierzchnie piaszczyste, powierzchnie żwirowe, gazony, donice, skrzynie, pergole, parasole, altany, wiaty, fontanny, źródła prądu elektrycznego, narzędzia ogrodnicze typowe, narzędzia ogrodnicze specjalne dostosowane do ograniczeń ruchowych ich użytkowników, miejsca przechowywania narzędzi, mebli i inne.

W literaturze przedmiotu opisywanych jest wiele rodzajów ogrodów terapeutycznych, tworzonych w odpowiedzi na charakterystykę pacjentów lub ich problemu zdrowotnego. Są to ogrody: rehabilitacyjne, kojące (dla pacjentów w ostrej fazie choroby), rewalidacyjne (przywracające do życia, głównie dla pacjentów chorych psychicznie), dla osób starszych, dla osób z chorobą Alzheimera, dla osób z chorobą nowotworową (dające możliwości leczenia chemioterapeutycznego lub odpoczynku po zabiegach leczniczych), medytacyjne (pozwalające na relaksację lub medytację), treningowe (dla osób rozwijających umiejętności uprawiania ogrodów).

Hortikuloterapia i terapia zajęciowa wykorzystują wiele różnych technik hortikuloterapeutycznych do angażowania pacjenta w zajęcia. Wyróżnić należy tu techniki bezpośrednie (realizowane w kontakcie z naturą, np. sadzenie roślin i komponowanie ich w ogrodzie, stymulacja zapachem, kolorem, fakturą, rodzajem powierzchni itp.) oraz pośrednie (oglądanie filmów, słuchanie muzyki o tematyce związanej z naturą oraz impresja i ekspresja emocji, rozbudzanie wyobraźni pod wpływem emitowanych obrazów i dźwięków itp.). Zróżnicowane zaangażowanie pacjenta w tego rodzaju terapii pozwala na podział hortikuloterapii na bierną i czynną. Bierną – związaną z odbiorem ogromnego spektrum bodźców obecnych w ogrodzie; czynną – koncentrującą się na takim konstruowaniu sytuacji, aby pacjent zaangażował się w aktywności, działania. Potencjał hortikuloterapii daje możliwości aktywizowania pacjentów o zróżnicowanej charakterystyce oraz o różnej dynamice zachodzących procesów chorobowych.

Hortikuloterapia w opiece i terapii osób starszych

Hortikuloterapia potencjalnie stanowi doskonałą, naturalną formę aktywizacji osób starszych. Przyczyn tego jest wiele. Najważniejsze z nich przedstawiono poniżej:

- ogród, wraz z poszczególnymi zasobami, nadaje życiu ludzkiemu rytmizowanie w oparciu o cykliczność procesów sprzężonych z porami roku. Rytmizowanie to może wpłynąć korzystnie na procesy fizjologiczne, psychiczne i społeczne osoby starszej, a także rozbudzić lub podwyższyć motywację do podejmowania różnorodnych aktywności,
- ogród jest naturalną przestrzenią dającą poczucie bezpieczeństwa. Dynamika zmian zachodzących w naturalnym środowisku jest łagodna. Wiele zjawisk można przewidzieć. Ogród nie wymaga od osób starszych bycia czujnym, nastawionym na pilną obserwację przejawów zmian, nagłego, raptownego reagowania. Drzewa, krzewy rosną w ustalonych miejscach, ścieżki przebiegają w określonych kierunkach, masywne meble ogrodowe i ławki od lat nie zmieniają swojej lokalizacji,
- istnieje swoista „tradycja” przebywania w ogrodach, parkach i uprawiania ogrodów w czasie wolnym przez osoby starsze. Ich „świat życia” (*life-world*) zmienia się bowiem wraz z upływającymi latami życia. Radykalna zmiana w tej sferze następuje po przejściu na emeryturę. W sensie przestrzennym „świat życia” osób starszych „obkurcza się” – niekiedy do przestrzeni mieszkania. Dlatego uprawianie ogrodów działkowych, przydomowych lub spotkanie się w parkach, na skwerach dla wielu spośród nich stanowi możliwość poszerzenia „świata życia” lub wręcz stworzenia własnego „mikroświata” w rozumieniu przestrzeni zarówno fizycznej, jak i społecznej,
- prace ogrodowe są stosunkowo proste, nie wymagają opanowania bardzo zaawansowanych umiejętności lub użycia ogromnej siły. Można podejmować je z różnym, stopniowalnym zaangażowaniem i nakładem wysiłku. Niektóre z prac można wykluczyć lub powierzyć osobom mającym większe zasoby lub wyższą sprawność. W innych można użyć narzędzi (także specjalistycznych, np. uwzględniających leworęczność osoby, wykonywanie czynności w pozycji siedzącej lub leżącej itp.) lub urządzeń ułatwiających ich wykonanie. W pracach grupowych możliwe jest wyspecjalizowanie się osoby

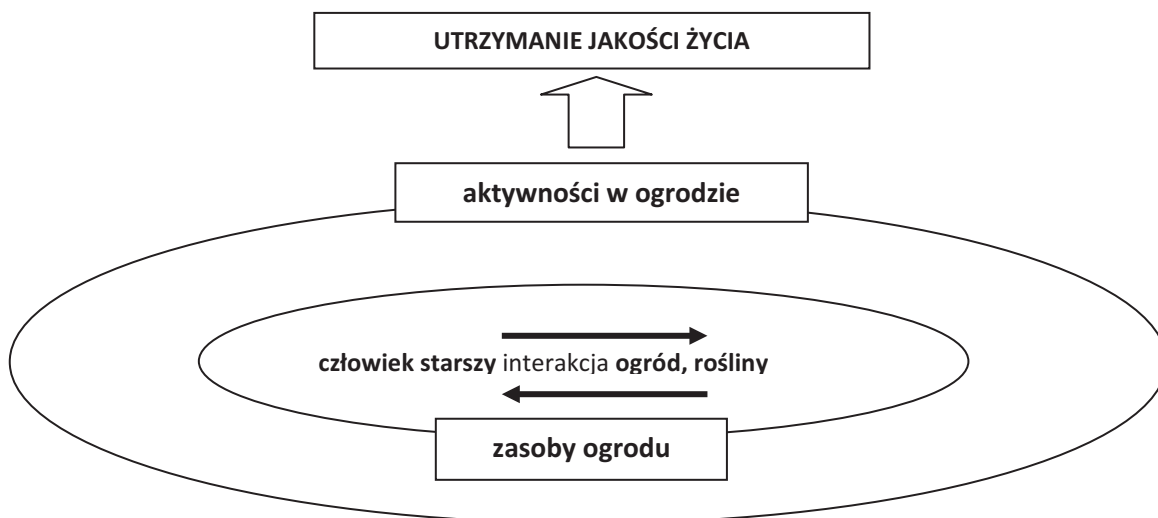
w takiej aktywności, która jej nie obciąża oraz sprawia satysfakcję,

- systematyczne podejmowanie aktywności fizycznej podczas prac ogrodniczych pozwala na utrzymanie lub przywracanie kondycji oraz ćwiczenie motoryki małej i dużej,
- środowisko ogrodu to także przestrzeń, w której nie trzeba pracować. Wystarczy być i doświadczać rzeczywistości. Biologiczne, fizyczne i chemiczne składniki środowiska stymulują intensywnie zmysły, „ćwiczą” sensory oraz procesy spostrzeżenia i poznawcze. Podczas przebywania w ogrodzie toczy się „dyskretny” trening odbioru rzeczywistości, a dalej przetwarzania pozyskanej informacji, jej umieszczenia w pamięci i dalszego poznawczego opracowania,
- ogród jest – jako realna rzeczywistość – odzwierciedlany w umyśle i może stać się źródłem odkrywania oraz nadawania nowych znaczeń zjawiskom, które są już znane osobom starszym. To z kolei może inspirować do rozwoju nowych zainteresowań i aktywności (malowanie, rysowanie, suszenie i barwienie roślin, wykonywanie kompozycji z materiału zebranego w ogrodzie, wykonywanie przedmiotów użytkowych lub ozdobnych z drewna itp.),
- wysiłek, aktywności na świeżym powietrzu, ekspozycja na promieniowanie słoneczne, wiatr, wahania temperatury wpływają na regulowanie procesu przemiany materii oraz ogólną odporność osoby starszej.

Wymienione aspekty wpływu przebywania w ogrodzie i podejmowania różnorodnych aktywności mają zastosowanie wobec osoby starszej w dobrym stanie zdrowia. W takich okolicznościach celem wszelkich propozycji hortikuloterapii jest wspieranie podopiecznych w utrzymaniu posiadanej sprawności funkcjonalnej (rycina 1). W tym kontekście ważne wydaje się także wzbudzenie na wcześniejszych etapach życia zainteresowań ogrodem i jego wpływem na zdrowie.

Nieco inaczej należy spojrzeć na wpływ hortikuloterapii na osoby starsze chore i niepełnosprawne. Terapia przy użyciu zasobów ogrodu nie może być utożsamiana z rozumieniem, jakie przypisuje się konwencjonalnemu leczeniu medycznemu. Jest to terapia wspomagająca, mobilizująca osobę starszą. Hortikuloterapia nakierowana na osoby starsze chore i niepełnosprawne koncentruje się na:

- tworzeniu warunków do podejmowania aktywności ruchowej i ćwiczeń fizycznych,
- umożliwieniu stymulacji zmysłów,



Rycia 1. Wpływ hortikuloterapii na jakość życia osób starszych z dobrą sprawnością funkcjonalną

Figure 1. The effect of horticultural therapy on the quality of life of elderly subjects with good functional status.

Źródło: adaptacja własna na podstawie: Yasukawa M. Horticultural therapy for the cognitive functioning of elderly people with dementia. W: *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer, New York 2009: 431-436.

- aranżowaniu sytuacji dokonywania wyboru, doświadczania poczucia kontroli oraz zaspokajania potrzeby prywatności,
- zrytmizowaniu codziennego funkcjonowania,
- stymulowaniu procesów psychicznych (emocji, myślenia, koncentracji uwagi, pamięci itd.),
- ośmieleniu do nawiązywania relacji interpersonalnych, komunikowania, doświadczania społecznego, podejmowania ról i odpowiedzialności,
- odkrywaniu potencjału ogrodu w łagodzeniu skutków choroby i niepełnosprawności [17].

Przed zapoczątkowaniem hortikuloterapii konieczne jest dokonanie precyzyjnej oceny stanu funkcjonalnego i zdefiniowanie posiadanych zasobów pacjenta – terapeuta powinien wykorzystać dane zgromadzone przez innych członków zespołu multiprofesjonalnego oraz prowadzić własne obserwacje. Kolejny etap to określenie potrzeb i preferencji osoby starszej. Zgromadzony materiał pozwala dalej na przygotowanie planu interwencji terapeutycznej w zakresie hortikuloterapii. Istotnym elementem wprowadzania propozycji działań hortikuloterapeutycznych jest informowanie i przygotowanie pacjenta przed ich wdrożeniem. Wprowadzaniu planu towarzyszyć powinna ciągła obserwacja i ocena formatywna wpływu interwencji hortikuloterapeutycznych. W sytuacji niekorzystnych reakcji pacjenta na proponowane aktywności lub pogorszenia się stanu zdrowia należy zrezygnować z kontynuowania planu hortikuloterapii lub zweryfikować jej dalszy przebieg. Po zrealizowaniu całego programu dokonać należy oceny sumarycznej i podjąć próbę sporządzenia kolejnego planu.

Do potencjalnych aktywności, które może podejmować w ogrodzie osoba starsza z różnymi ograniczeniami sprawności funkcjonalnej zaliczyć można:

- przebywanie w ogrodzie w pozycji leżącej w łóżku (ze stałą obecnością osoby asystującej i obserwacją reakcji pacjenta),
- obserwowanie ogrodu przez okno,
- obserwowanie ogrodu przez okno z próbami inicjowania rozmowy na temat zachodzących w nim zjawisk,
- siedzenie lub leżenie w oddaleniu od roślin (np. na tarasie),
- siedzenie lub leżenie w oddaleniu od roślin (np. na tarasie) połączone z dokumentowaniem obserwacji w dzienniku,
- siedzenie lub leżenie w bliskim kontakcie z roślinami i z możliwością ich dotykania,
- drzemanie, relaksowanie się, medytowanie, odmawianie modlitwy,
- ćwiczenia oddechowe,
- przemieszczanie się na wózku inwalidzkim (z osobą asystującą i bez),
- przemieszczanie się z balkonikami, chodzikami, czwórnogami, trójnogami, kulami inwalidzkimi (z osobą asystującą i bez),
- spacerowanie w towarzystwie osoby asystującej,
- samodzielne spacerowanie bez wspomaganie i asystowania innych osób,
- jedzenie posiłków, czytanie, pisanie listów, rozwiązywanie krzyżówek, rysowanie, malowanie, wykonywanie innych czynności,

- uczestniczenie w spotkaniach z innymi pacjentami, rodziną,
- energiczne spacerowanie z wydłużaniem dystansu,
- uczestniczenie w zabawie ruchowej (np. chwytanie i rzucanie piłki),
- wysiewanie lub sadzenie roślin w pojemnikach z zachowaniem pozycji siedzącej,
- selekcja materiału roślinnego z zachowaniem pozycji siedzącej,
- grabienie niedużej powierzchni (pozycja siedząca lub stojąca),
- podlewanie niedużej powierzchni (pozycja siedząca lub stojąca) z użyciem węża,
- odmierzenie i wyznaczenie grządek (pozycja stojąca, kucanie lub pochylanie się),
- grabienie większych powierzchni,
- podlewanie większych powierzchni z użyciem węża ogrodniczego,
- wysiewanie lub sadzenie roślin do gruntu,
- zrywanie kwiatów, liści (pozycja siedząca lub stojąca),
- cięcie roślin (pozycja siedząca lub stojąca),
- zbieranie owoców (pozycja siedząca lub stojąca),
- uczestniczenie w zabawach ruchowych wymagających większego zaangażowania (np. gra w kręgle, gra w bule, tańce w kręgu itp.),
- wrywanie chwastów lub plewienie,
- przekopywanie, grabienie niewielkiej powierzchni ogrodu,
- instalowanie małej architektury ogrodowej (np. drewnianych kołków jako obrzeżenia grządek itp.),
- projektowanie, budowanie i udział w instalowaniu budek lęgowych, karmników dla ptaków, budek dla owadów.

Rozważając wdrożenie planu hortikuloterapii wobec osób starszych z demencją należy wziąć pod uwagę, że być może będzie to wyłącznie uczestnictwo bierne, wynikające z ograniczeń bądź fizycznych, bądź psychicznych. Często jest też ujawnianie przez tę grupę chorych różnorodnych zachowań awersyjnych, związanych np. z kontaktem z ziemią, wodą, roślinami czy zapachami. Niekiedy ważny może okazać się wybór pory dnia, czasu w ciągu doby, podczas której osoba starsza z demencją wyraża zainteresowanie ogrodem i podejmowaniem jakiegokolwiek aktywności w nim [18].

Proces hortikuloterapii osób starszych chorych i niepełnosprawnych powinien być tak skonstruowany, aby poprzez doskonalenie funkcjonowania prowadzić do poprawy jakości życia, która w wyniku choroby lub ujawnienia się niepełnosprawności uległa pogorszeniu (ryc. 2).

Reasumując, rozwijanie procesu hortikuloterapii wobec osób starszych chorych i niepełnosprawnych wymaga od terapeutów większego zaangażowania, opracowania szczegółowego planu terapii i systematycznego monitorowania funkcjonowania chorego.



Rycina 2. Wpływ hortikuloterapii na jakość życia osób starszych chorych i niepełnosprawnych

Figure 2. The effect of horticultural therapy on the quality of life of elderly with comorbidities and those who are disabled

Źródło: adaptacja własna na podstawie: Yasukawa M. Horticultural therapy for the cognitive functioning of elderly people with dementia. W: *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer, New York 2009: 431-436.

Podsumowanie

We współczesnym świecie hortikuloterapia ma do spełnienia szereg ról, głównie jako nefarmakologiczna terapia uzupełniająca. Ma ona szerokie spektrum zastosowania – w odniesieniu do osób terapeutyzowanych, ich sprawności funkcjonalnej oraz istniejących jednostek chorobowych. Może być wykorzystywana w interwen-

cjach aktywizujących lub relaksujących i uspokajających, w celu mobilizacji zasobów, a także polepszenia komfortu życia i funkcjonowania osób starszych w grupach społecznych.

Konflikt interesów

Brak.

Piśmiennictwo

1. Relf P. D. Horticulture: Meeting the needs of special populations. *HortTechnology* 1992, 5: 94-103.
2. Sempik J., Hine R., Wilcox D. Green Care: A Conceptual Framework, A Report of the Working Group on the Health Benefits of Green Care, COST Action 866, Green Care in Agriculture, Loughborough: Centre for Child and Family Research, Loughborough University 2010: 40.
3. Messer Diehl E.R. American Horticultural Therapy Association Definitions and Positions. 2007: 1.
4. Haller R., Kramer C. Horticultural therapy methods: Making connections in health care, human service, and community programs. Binghamton. The Haworth Press, New York 2006: 6.
5. Szulc W. Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki. Difin, Warszawa 2011: 174-189.
6. Simson S., Straus M.C. Horticulture as therapy: principles and practice. Taylor Francis, London 2008: 6-7.
7. Majdecki L., Majdecka-Strzeżek A. Historia ogrodów. T. 1. PWN, Warszawa 2007: 29-30.
8. McDowell M.J. The Role and Application of Horticultural Therapy With Institutionalized Older People, National Library of Canada Acquisitions and Bibliographies Services. Ottawa 1997: 21.
9. Gerlach-Spriggs N., Kaufman R.E., Warner S.B. Restorative gardens: the healing landscape. Yale University Press, New Haven – London 1998.
10. Adhemar A.J. Nature as clinical psychological intervention: evidence, applications and implications. University of Arthus, 2008: 7.
11. Cooper Marcus C. Healing Gardens in Hospitals. *Interdisciplinary Design and Research e-Journal*, 2007, January, vol. 1, issue 1.
12. Rush B. Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind. Philadelphia 1812 (<http://delta.dickonson.edu/theirownwords/title/0034.htm>): 226.
13. Friends' Asylum for the Insane, 1813-1913: a descriptive account from its foundation, list of managers and officers from the beginning, facts and events in its history with appendix (<https://archive.org/details/friendsasylumfor00frie>).
14. Watson D.P., Burlingame A.W. Therapy through horticulture. Macmillan. New York 1960.
15. Ewert A., Mitten D., Overhot J., Natural environments and human health, CABI, London 2014: 51-52.
16. Relf P.D. Agriculture and health care: the case of plants and animals for therapy and rehabilitation in the United States. W: Farming for health. Eds J. Hassink, M. van Dijk. Springer, The Netherlands: 309-343.
17. Cooper Marcus C. Healing Gardens in Hospitals. *Interdisciplinary Design and Research e-Journal*, 2007, January, vol. 1, issue 1.
18. Chalfent G. Design for nature in dementia care, University of Bradford, Bradford 2008: 41.