

Katedra Warzywnictwa i Roślin Leczniczych, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie
ul. S. Leszczyńskiego 58, 20-068 Lublin
e-mail: grazyna.zawislak@up.lublin.pl

GRAŻYNA ZAWIŚLAK

Hortiterapia jako narzędzie wpływające na poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego człowieka

Horticultural therapy as a tool influencing the improvement of human mental
and physical health

Streszczenie. Hortiterapia (terapia ogrodnicza, ogrodolecznictwo) to jedna z form terapii niekonwencjonalnej wykorzystująca rośliny w celu poprawy kondycji fizycznej i psychicznej człowieka. Polecana jest bardzo szerokiej grupie odbiorców (m.in. osobom niepełnosprawnym ruchowo, upośledzonym umysłowo, osobom z chorobą psychiczną, osobom starszym, dzieciom z zaburzeniami rozwojowymi). Osoby z upośledzeniem umysłowym potrzebują bardziej wszechstronnej aktywności niż jednostki będące w normie intelektualnej. Praca i przebywanie w ogrodzie gwarantują im intensywny dopływ wrażeń zmysłowych, przez co poprawia się ich samopoczucie. Terapia ogrodnicza może być prowadzona w ogrodach przy szkołach, przy placówkach służby zdrowia, przy domach pomocy społecznej, ośrodkach poprawczych, zakładach karnych, w ogrodach botanicznych i parkach. Nowo powstające ogrody terapeutyczne muszą uwzględniać wymagania różnych grup pacjentów, w szczególności ogrody budowane na potrzeby osób niepełnosprawnych mają być nie tylko przystosowane do zwiedzania (hortiterapia bierna), ale również powinny umożliwiać aktywne uczestnictwo w uprawie i pielęgnacji roślin (hortiterapia czynna).

Słowa kluczowe: terapia ogrodnicza, hortiterapia czynna, hortiterapia bierna

WSTĘP

Pozytywne oddziaływanie natury na zdrowie i życie człowieka znane było od dawna [Latkowska 2013]. Kontakt z przyrodą działa odprężająco i wywołuje pozytywne emocje [Ulrich 1984].

Hortiterapia (terapia ogrodnicza, ogrodolecznictwo, od łac. *hortus* – ogród) to jedna z najnowszych form terapii niekonwencjonalnej, wykorzystująca rośliny w celu poprawy kondycji fizycznej i psychicznej człowieka [Kurzawińska 2012]. Pomimo że ogrodolecznictwo nie jest oficjalnie uznaną w Polsce formą terapii i rehabilitacji, zajęcia ogrodnicze są włączane w programy realizowane w domach pomocy społecznej, ośrodkach odwy-

kowych, na warsztatach terapii zajęciowej oraz w szpitalach, które posiadają zaplecze ogrodnicze w postaci ogrodu, szklarni, a nawet parku [Latkowska 2008]. Terapia ogrodnicza może mieć charakter bierny, taka forma hortiterapii polega na spacerowaniu, przebywaniu w ogrodzie wśród roślin, ich oglądaniu, wężaniu, dotykaniu. Hortiterapia może przybierać także formę czynną, polegającą na aktywnym udziale człowieka w pracach ogrodniczych (przygotowanie podłoża, siew nasion, pikowanie rozsady, sadzenie roślin i cebul, pielenie chwastów, podlewanie, zbieranie owoców, warzyw i kwiatów) [Płoszaj-Witkowska 2014]. Terapia ogrodnicza powinna być prowadzona przez profesjonalnych terapeutów w odpowiednio przystosowanych ogrodach lub parkach [Nowak 2012].

Naukowcy wykazali, że przebywanie na łonie natury, uprawianie ogrodu, zbieranie warzyw i owoców powoduje uwalnianie przez mózg dopaminy, czyli tzw. hormonu szczęścia, substancji, która jest odpowiedzialna m.in. za dobre samopoczucie i koncentrację [www.naturalnews.com/035985_gardening_depression_health.html].

Badania naukowe z zakresu hortiterapii są bardzo wskazane w celu podniesienia statusu terapii ogrodniczej oraz zaakceptowania tej metody leczenia w placówkach służby zdrowia [Nowak, 2008]. W wielu krajach prowadzi się badania nad przydatnością programów terapeutycznych do poprawy zdrowia różnych grup pacjentów [Nowak 2009].

Celem pracy było przedstawienie stanu wiedzy z zakresu terapii ogrodniczej oraz wskazanie grup odbiorców działań hortiterapeutycznych.

HISTORIA TERAPII OGRODNICZEJ

Początki terapii ogrodniczej odnaleźć można w starożytności, kiedy znany i doceniany był leczniczy wpływ natury (ogrodu) na człowieka [Szulińska 2008, Kurzawińska 2012]. Egipcscy lekarze zalecali spacerować po ogrodach członkom rodziny królewskiej cierpiącym na zaburzenia umysłowe [Latkowska 2013]. Jednak dopiero na przełomie XVIII i XIX w. dostrzeżono, że ogród może być miejscem prowadzenia terapii różnych schorzeń, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci [Kurzawińska 2012]. Ważną rolę w rozwoju hortiterapii odegrał amerykański psychiatra Benjamin Rush, pionier wykorzystania ogrodnictwa w terapii osób chorych umysłowo. Dostrzegając on możliwości oddziaływania terapeutycznego pracy na farmie. Zostało to wykorzystane w Hiszpanii (pocz. XIX w.), gdzie osobom z zaburzeniami umysłowymi zalecano prace ogrodnicze. W 1817 r. w Stanach Zjednoczonych utworzono jako otoczenie jednej z klinik psychiatrycznych park z lasem oraz łąki. Przebywających tam pacjentów zachęcano do pracy w ogrodzie. Ogród postrzegany był również jako miejsce stymulacji sensorycznej w procesie uczenia się dzieci z zaburzeniami umysłowymi [Davis 1998].

W Anglii w 1936 r. ogrodnictwo zostało uznane za metodę terapii chorych psychicznie i fizycznie [Latkowska 2013], a po II wojnie światowej nastąpił znaczny rozwój terapii ogrodniczej w tym kraju [Nowak 2012]. Orodnictwo jako środek rehabilitacji zostało wprowadzone w amerykańskich szpitalach dla weteranów powracających z II wojny światowej [Brown i in. 2011]. W 1951 r. terapia ogrodnicza stała się oficjalną metodą leczenia w szpitalu geriatrycznym Michigan State Hospital [Latkowska 2008].

W USA w latach 60 i 70 XX w. hortiterapia rozwijała się bardzo prężnie, przede wszystkim w czasie wojny w Wietnamie, gdyż istniała wówczas olbrzymia potrzeba leczenia żołnierzy [Nowak 2012]. Wczesne lata 70 XX w. to początki rozwoju hortitera-

pii we Włoszech. Osobom niepełnosprawnym oraz zagrożonym marginalizacją proponowano udział w pracach rolniczych [Di Iacovo i Pieroni 2006].

W Polsce hortiterapia jest jedną z najnowszych i najmniej rozpowszechnionych metod wspierających proces rehabilitacji [Kurzawińska 2012].

Popularyzowaniem terapii ogrodniczej zajmują się na świecie liczne organizacje: American Horticultural Therapy Association (działa od 1973 r.), Canadian Horticultural Therapy Society, Australian Horticultural Therapy Association, Japan Horticultural Therapy Society, Korea Horticultural Therapy Society, Trive (Wielka Brytania) [Górska-Kłęk i in. 2009] oraz Hong Kong Horticultural Therapy Centre [Fung i Shum 2010].

SOCIAL FARMING

Społecznie zaangażowane rolnictwo (social farming, care farming) określane jest jako działalność gospodarstw rolnych, których celem jest wspieranie:

- rehabilitacji osób niepełnosprawnych intelektualnie i fizycznie oraz osób chorych,
- edukacji i opieki ukierunkowanej na integrację ludzi o „mniejszych możliwościach” („low capacity”), np. osób niepełnosprawnych, uzależnionych,
- działalności na rzecz dzieci oraz osób starszych.

Gospodarstwa tego typu kierują swoje usługi do różnych grup docelowych. Są otwarte na osoby, które potrzebują opieki i wsparcia.

W każdym z krajów europejskich, w których rozwinął się social farming, funkcjonuje on zazwyczaj inaczej. Różne formy tego typu rolnictwa łączy natomiast wspólna idea – wykorzystanie rolnictwa i zasobów natury w promowaniu zdrowia, wspieraniu edukacji, terapii i rehabilitacji różnych grup użytkowników [Elings 2013].

GOSPODARSTWA I OGRODY TERAPEUTYCZNE

W wielu krajach Europy spotyka się gospodarstwa wielofunkcyjne. Ich działalność polega na równoległym prowadzeniu produkcji roślinnej i zwierzęcej oraz zajęć terapeutycznych skierowanych do różnych grup pacjentów [Nowak 2008].

Wyróżnia się kilka typów gospodarstw terapeutycznych (social farms), które różnią się celem działania i sposobem organizacji, a także grupą docelową. Granica między poszczególnymi typami takich gospodarstw nie zawsze jest wyraźnie widoczna.

Gospodarstwa terapeutyczne mogą być ukierunkowane na:

- opiekę,
- pracę (zatrudnienie),
- edukację i działalność pedagogiczną.

Celem gospodarstwa ukierunkowanego na opiekę jest zapewnienie beneficjentom usług opiekuńczych. Wiele gospodarstw prowadzi też edukację zawodową i indywidualne wsparcie użytkowników, ale nie przygotowuje ich na rynek otwarty i nie proponuje zatrudnienia. Przykładem takiej inicjatywy jest ośrodek działający w Polsce, „Farma Życia”.

Gospodarstwa ukierunkowane na pracę (zatrudnienie) stawiają sobie za cel integrację zawodową lub zatrudnienie ludzi z grup marginalizowanych na otwartym rynku pracy. Dla takich osób organizowane są też profesjonalne szkolenia. Przykładem takiej

działalności są „Solid Action” we Francji, społeczne kooperatywy we Włoszech oraz spółdzielnie socjalne w Słowenii.

Gospodarstwa ukierunkowane na edukację i działalność pedagogiczną działają dwukierunkowo: prowadzą edukację dzieci ze szkół podstawowych (klasy odwiedzają gospodarstwo raz lub kilka razy w tygodniu) bądź oferują edukację specjalną na farmie dla dzieci z problemami w uczeniu się, zachowaniu, z problemami rodzinnymi. W Holandii różne rodzaje szkół specjalnych współpracują z gospodarstwami w ramach programu opiekuńczo-pedagogicznego [Elings 2013].

„Green care” („zielona opieka”) to forma wykorzystania gospodarstw komercyjnych do promowania zdrowia psychicznego i fizycznego [Haubenhofner i in. 2010]. Jest ona realizowana przez gospodarstwa rolnicze i ogrodnicze, w których zwierzęta, rośliny, ogrody, a także otaczająca je dzika przyroda wykorzystywane są do prowadzenia terapii dla różnych grup pacjentów. Formy „zielonej opieki” są bardzo zróżnicowane, a jedną z nich jest ogrodnictwo terapeutyczne [Sempik i in. 2010].

„Zielona terapia” prowadzona jest zarówno w gospodarstwach dużych, nowoczesnych (Holandia, Belgia), jak i w gospodarstwach małych, rodzinnych (Norwegia, Włochy) [Nowak 2008]. Liczba gospodarstw oferująca ten rodzaj terapii stale wzrasta. Szacuje się, że wynosi około: 1000 gospodarstw w Norwegii [Elings 2012], 430 w Holandii, 300–350 we Włoszech, 300 w Niemczech, 250 w Austrii, 140 w Belgii, 14 w Słowenii [Braastad i in. 2007]. W Szwajcarii i Wielkiej Brytanii gospodarstwa nie są ewidencjonowane, dlatego ich liczba nie jest podawana. Gospodarstwa terapeutyczne istnieją też w Szwecji i Finlandii [Nowak 2008]. W Polsce terapia ogrodnicza dopiero zaczyna się rozwijać [Latkowska 2010]. „Zielona terapia” jest wielką szansą dla przyspieszenia rozwoju obszarów wiejskich [Nowak 2008].

Gospodarstwa terapeutyczne w Europie różnią się sposobem finansowania oraz rodzajem prowadzonych zajęć. Obserwuje się również różnice w proporcji między produkcją ogrodniczą, rolniczą a działalnością terapeutyczną. Gospodarstwo może być miejscem pobytu w ciągu dnia, miejscem zamieszkania na pewien czas lub na stałe. Zajęcia na farmie muszą być prowadzone w sposób bezpieczny i dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów [Nowak 2008].

Terapia ogrodnicza może być prowadzona w ogrodach placówek służby zdrowia (np. szpitale), w ogrodach przy domach pomocy społecznej, ośrodkach poprawczych, zakładach karnych, ogrodach botanicznych i parkach. Ogrody terapeutyczne są projektowane i zakładane z uwzględnieniem wymagań różnych grup pacjentów [Nowak 2012]. Ogrody budowane na potrzeby osób niepełnosprawnych mają być nie tylko przystosowane do zwiedzania, ale również powinny umożliwiać aktywne uczestnictwo w uprawie i pielęgnacji roślin [Gawryszewska 2004]. W Wielkiej Brytanii i Szwecji hortiterapia prowadzona jest przede wszystkim w ogrodach terapeutycznych. Ogrody takie funkcjonują również w Austrii i Niemczech [Hassink i Dijk 2006, Latkowska 2010]. W Stanach Zjednoczonych, Korei i Japonii zajęcia terapeutyczne odbywają się w ogrodach znajdujących się przy obiektach opieki [Górska-Kłęk i in. 2009]. W naszym kraju istnieją już ogrody spełniające funkcje terapeutyczne.

Ogrody przystosowane do prowadzenia hortiterapii w Polsce:

– Terapeutyczny Ogród Zimowy w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu dla pacjentów przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych [www.torun.pl/pl/terapeutyczny-ogrod-zimowy],

- Ogród Terapeutyczny w DPS w Nasielsku – funkcjonuje od 2011 r. [www.dpsnasielsk.pl/informacje_podstawowe.html],
- Park Terapeutyczny na terenie zespołu pałacowo-parkowego przy DPS w Ruskich Piaskach (gm. Nielisz, woj. lubelskie) z ogrodem kwiatowym, ziołowym, sensorycznym, warzywnym, jagodnikiem oraz sadem. Inwestycja realizowana dzięki grantowi ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy [www.powiatzamojski.pl/zamosc.php?get=page,263,4, www.tygodnikzamojski.pl/artykul/37086/ruskie-piaski-beda-leczyc-ogrodem-placa-za.html],
- Ogród Hortiterapii w Jadownikach Mokrych w Ośrodku Opiekuńczo-Rehabilitacyjnym dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Caritas Diecezji Tarnowskiej [http://www.caritas.diecezja.tarnow.pl/przetarg_06.php, 7.08.2013],
- Ogród Botaniczny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie – w 2011 r. zrealizowano pilotażowy projekt „Hortiterapia metodą wspomagania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami narządów ruchu – pacjentów szpitala św. Ludwika w Krakowie” [Pawłowska i in. 2012].

TERAPEUTYCZNA ROLA OGRODNICTWA

Bliskość przyrody ma dobroczynny wpływ na człowieka [Adamczyk 2009a]. Wiedza na temat oddziaływania roślin na człowieka w naszym społeczeństwie jest niewielka [Nowak 2003, Zaraś-Januszkiewicz i Wałęza 2011]. Człowiek może nieświadomie lub świadomie poddawać się pozytywnemu wpływowi natury. Aktywny udział w pracach ogrodniczych oraz bierne obcowanie z naturą powodują poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego [Relf 1992]. Istnieje wiele dowodów na to, że kontakt z roślinami, naturalnym krajobrazem, a nawet kontakt z pustynią pozytywnie działają na zdrowie [Frumkin 2004]. Ludzie odnajdują ukojenie w kontakcie z przyrodą – ich samopoczucie staje się lepsze, są zdrowsi, silniejszy psychicznie, co jest potwierdzone badaniami naukowymi [Sempik i in. 2010]. Skrócenie czasu hospitalizacji oraz zmniejszenie zużycia leków były widoczne u pacjentów przebywających w szpitalach, gdzie okna pokoju wychodziły na ogród [Ulrich 1984, Ulrich 2002]. Zieleń przy kompleksach mieszkaniowych, wewnątrz budynków, w mieszkaniach także oddziałuje na zdrowie i życie człowieka [Kim i Ohara 2010]. Tereny zieleni w miastach odgrywają dużą rolę w polepszeniu samopoczucia osób niepełnosprawnych, chorych i starszych. Udowodniono również, że obecność świeżych roślin w pomieszczeniach biurowych zmniejsza występowanie bólu głowy, zmęczenia, podrażnienia oczu (albo wpływa na zmniejszenie nasilenia niektórych chorób) [Nowak 2003]. Poprawa samopoczucia jest widoczna też w wyniku kontaktu z roślinami podczas warsztatów florystycznych [Wojciechowska 2012].

Wrodzona potrzeba kontaktu człowieka z przyrodą stała się podstawą założeń terapii ogrodniczej [Adamczyk i Górską-Klęk 2012]. Dzisiaj terapia ogrodnicza ma rangę ogólnoswiatowej metody terapii, uznana jest jej skuteczność w leczeniu pacjentów w każdym wieku. Badania wykazały, że stosując ogrodolecznictwo, można osiągnąć korzyści w czterech obszarach:

- a) fizycznym:
 - poprawa kondycji fizycznej,
 - wytrzymałość,
 - usprawnienie motoryki;

b) społecznym:

- zachęta do utrzymywania kontaktów międzyludzkich,
- zwiększenie samodzielności, zaradności życiowej,
- budowanie dobrych nawyków przydatnych w pracy;

c) psychologicznym:

- zmniejszenie podatności na stres, lęk,
- zwiększenie optymizmu,
- stymulacja zmysłów;

d) poznawczym:

- poprawa koncentracji,
- umiejętność planowania,
- umiejętność rozwiązywania problemów,
- ćwiczenie pamięci [Brown i in. 2011].

Terapeuta, pracując z pacjentem, dąży do osiągnięcia postawionego celu. Musi zatem mieć wiedzę z zakresu ogrodnictwa oraz innych dziedzin. Powinien także dobrze znać problemy i trudności pacjentów, potrafić udzielić porad. Otoczenie (środowisko naturalne), w którym pracuje, służy mu za swoisty „gabinet lekarski” [Sempik i in. 2010].

Programy terapeutyczne są dostosowane do potrzeb i możliwości odbiorcy [Lunday 2009, Nowak 2009]. Uwzględniają też dostępność do zaplecza ogrodniczego [Latkowska 2008]. Celem programu może być również podniesienie kwalifikacji zawodowych i umożliwienie zdobycia zatrudnienia [Haller 2006].

Ogrodoterapia ma szeroką grupę odbiorców. Prowadzona jest dla osób z:

- niepełnosprawnością intelektualną [Lunday 2009],
- niepełnosprawnością ruchową [Relf 1995, Haller 2006, Szulińska 2008, Pawłowska i in. 2012],
- chorobą psychiczną [Elings 2006, Braastad i in. 2007, Latkowska 2008, Szulińska 2008],
- chorobą Alzheimera [Elings 2006, Szulińska 2008, Kurzawińska 2012, Latkowska 2012],
- autyzmem [Bolak 2012],
- ADHD [Szulińska 2008].
- demencją [Jarrott i in. 2002, Gigliotti i in. 2004, Elings 2006, Hernandez 2007, Elings 2012, Kurzawińska 2012],

Terapia ogrodnicza polecana jest także osobom:

- narażonym na stres [Rodiek 2002, Wichrowski i in. 2005],
- z depresją [Gonzalez i in. 2009, 2010, 2011],
- uzależnionym od alkoholu [Latkowska 2008] i narkotyków [Braastad i in. 2007, Latkowska 2008, Haubehofer i in. 2010],
- wykluczonym społecznie [Elings 2006, Latkowska 2008, Szulińska 2008],
- wypalonym zawodowo [Elings 2006, Millet 2009],
- będącym ofiarami przemocy i przestępstw [Braastad i in. 2007, Szulińska 2008],
- z trudnościami w uczeniu się [Elings 2006, Braastad i in. 2007, Haubehofer i in. 2010],
- otyłym [Kurzawińska 2012, Haubehofer i in. 2010].

W otoczeniu odpowiednio dobranych roślin aktywność psychiczna pacjenta może być pobudzana i stymulowana, nawet u osób całkowicie sparaliżowanych, mimo że nie następuje polepszenie stanu fizycznego chorego [Konarska 2012].

OGRÓD MIEJSCEM PRZYJAZNYM DLA UŻYTKOWNIKÓW

„Ogród to bezpieczna i przyjazna człowiekowi przestrzeń, wolna od czynników powodujących stres i niepokój. Przywraca poczucie ładu i bezpieczeństwa, chroni prywatność osób zmagających się z chaosem i niepokojem, które są następstwem choroby czy niepełnosprawności. Praca w ogrodzie pobudza uwagę i zainteresowanie światem, pozwala na odpoczynek i relaks w naturalnym otoczeniu” [Latkowska 2013]. Według Adamczyk [2009b] ogród pełni funkcję terapeutyczną, rehabilitacyjną oraz edukacyjną.

Powierzchnia ogrodu nie powinna być zbyt duża, aby w każdej chwili można było się w nim zorientować. Ponadto duży ogród jest bardzo pracochłonny i kosztowny w utrzymaniu. Ogród polecany niepełnosprawnym użytkownikom powinien charakteryzować się prostotą rozplanowania i różnorodnością roślin (ozdobne, warzywne, sadownicze), bogactwem barw, kształtów i faktur, zapachów oraz dźwięków (np. szum drzew). Wskazane jest przystosowanie ogrodu do pracy dla osób z różnymi schorzeniami [Latkowska 2009]. Rośliny polecane do ogrodu dla osób niepełnosprawnych możemy zakwalifikować do czterech grup: zapachowej, smakowej, dotykowej i działającej na zmysł wzroku i słuchu [Płoszaj-Witkowska i Rusek 2013].

Barwa roślin wpływa na nastrój człowieka. Może uspokajać, pobudzać lub relaksować. Kolor buduje atmosferę ogrodu. Za pomocą kolorów dokonuje się optycznej korekty odległości. Barwy jasne – biel, żółć powiększają optycznie przestrzeń, zaś czerwień, fiolet i czerń – pomniejszają. Barwy w tonacji zimnej (zielony, niebieski) sprawiają wrażenie oddalenia, a w tonacji cieplej (czerwony, pomarańczowy) – przybliżenia. Na odbiór barw ma wpływ faktura powierzchni. Na powierzchniach gładkich kolor sprawia wrażenie jaśniejszego, a na chropowatych – ciemniejszego i mniej intensywnego. Kolory na powierzchni matowej wydają się cieplejsze, a na polerowanej – zimne [Hortyńska i Dutkiewicz 2010]. Barwy roślin oddziałują na nastrój człowieka nieraz silniej niż towarzyszący im zapach, ale zazwyczaj nasadzenia aromaterapeutyczne znajdują swoje miejsce przy wejściu, wzdłuż ścieżek, w pobliżu okien [Rojek i Chyżewska 2012].

Obecność ptaków w ogrodzie dostarcza wrażeń słuchowych. Dlatego wskazane jest sadzenie drzew i krzewów, których owoce wabią ptaki oraz są dla nich pożywieniem [Latkowska 2009, 2014].

PODSUMOWANIE

Hortiterapia dostosowana do potrzeb pacjenta jest źródłem wielu bodźców zewnętrznych (m.in. zapach, dotyk). Przebywanie w otoczeniu roślin (hortiterapia bierna) dostarcza wrażeń estetycznych, pobudza i stymuluje aktywność psychiczną, a odpowiednio dobrane prace ogrodnicze (hortiterapia czynna) przekładają się na poprawę stanu zdrowia. W pracy hortiterapeutycznej należy zaczynać od czynności najprostszych, najłatwiejszych i stopniowo przechodzić do zajęć bardziej skomplikowanych. Dobrze zorganizowane zajęcia mogą być „ucieczką od niepełnosprawności, choroby, uzależnienia” i „najlepiej spędzonym czasem w tygodniu”. Hortiterapia ma poprawiać jakość życia człowieka we współczesnym świecie, dlatego kierowana jest do bardzo szerokiego kręgu odbiorców.

PIŚMIENNICTWO

- Adamczyk K., 2009a. Wieś jako miejsce życia, pracy i rehabilitacji osób niepełnosprawnych na przykładzie Fundacji w Attle, Niemcy. Pr. Kom. Kraj. Kult. Pol. Tow. Geogr. 12 (Polskie krajobrazy dawne i współczesne), 100–108.
- Adamczyk K., 2009b. Zagospodarowanie terenu jako czynnik stymulacji zmysłowej osób niepełnosprawnych intelektualnie. *Acta Sci. Pol., Adm. Locorum* 8 (1), 31–42.
- Adamczyk K.M., Górska-Klęk L., 2012. Elementy zagospodarowania terenu pomocne w prowadzeniu hortiterapii i terenoterapii. W: *Mat. konf. I Ogólnopolskiej Konferencji „Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych”*, Kraków, 15 marca 2012, 8.
- Bolak E., 2012. Terapia i rehabilitacja osób z autyzmem przez aktywny kontakt a naturą i pracą z roślinami. W: *Mat. konf. I Ogólnopolskiej Konferencji „Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych”*, Kraków, 15 marca 2012, 10.
- Braastad B.O., Gallis Ch., Sempik J., Senni S., Elsen T. van, 2007. COST Action 866 „Green Care in Agriculture” – a multi-disciplinary scientific network. W: Gallis C. (red.), 1st European COST Action 866 Conference „Green care in agriculture: Health effects, Economics and Policies”. *Proceedings. Vienna, Austria, 20–22 June 2007*, University Studio Press, Thessaloniki, 13–24.
- Brown S.P., Worden E.C., Frohne T.M., Sullivan J., 2011. Horticultural Therapy ENH 970 University of Florida, 1–3, www.edis.ifas.ufl.edu/ep145 (23.12.2012).
- Davis S., 1998. Development of the profession of horticultural therapy. W: S.P. Simson, M.C. Straus (red.), *Horticulture as Therapy. Principles and Practice*, Food Products Press, Binghamton, NY, 3–18.
- Di Iacovo F., Pieroni P., 2006. Between agriculture and social work, non for profit and entrepreneurship. State of the art of „social farming” in Italy. State of the Art – „So Far” Project (Social Services in Multifunctional Farms) EU FP VI. 5 April 2006, Pisa.
- Elings M., 2006. People – plant interaction. W: J. Hassink, M. van Dijk (red.), *Farming for Health. Green-Care Farming Across Europe and the United States of America*, Springer, The Netherlands, 43–55.
- Elings M., 2012. Effects of care farms. Scientific research on the benefits of care farms for clients. *Plant Research International. Wageningen UR*, 4–8, 34–35.
- Elings M., 2013. Social farming national contexts in Europe, 1–5, www.projectdiana.eu/IMG/pdf/social_farming.pdf (20.07.2013).
- Frumkin H., 2004. White coats, green plants: Clinical epidemiology meets horticulture. *Acta Hort.* 639, 15–26.
- Fung C.Y.Y., Shum E.T.Y., 2010. Development of horticulture therapy in Hong Kong. *Acta Hort.* 954, www.actahort.org/books/954/954_22.htm (8.05.2013).
- Gawryszewska B.J., 2004. Od hortiterapii do architektury partycypacyjnej – konieczność zachowania struktury przestrzeni społecznej w modernizacji osiedli mieszkaniowych. *Mat. II Sympozjum „Architektura i technika a zdrowie”*, Gliwice, 5 października 2004, 79–85.
- Gigliotti Ch.M., Jarrott S.E., Yorgason J., 2004. Effect of Three Types of Horticultural Therapy Activities for Persons with Dementia. *Dementia* 3 (2), 161–180.
- Gonzalez M.T., Hartig T., Patil G.G., Martinsen E.W., Kirkevold M., 2009. Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study. *Res. Theory Nurs. Pract.* 23 (4), 312–328.
- Gonzalez M.T., Hartig T., Patil G.G., Martinsen E.W., Kirkevold M., 2010. Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of components. *J. Adv. Nurs.* 66 (9), 2002–2013.
- Gonzalez M.T., Hartig T., Patil G.G., Martinsen E.W., Kirkevold M., 2011. A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 20 (2), 119–129.

- Górska-Klęk L., Adamczyk K., Sobiech K., 2009. Hortiterapia – metodą uzupełniającą w fizjoterapii. *Fizjoterapia* 17 (4), 71–77.
- Haller R.L., 2006. The Framework. W: R.L. Haller, Ch.L. Kramer (red.), *Horticultural Therapy Methods. Making Connections in Health Care Human Service, and Community Programs*. CRC Press Taylor & Francis Group, Boca Raton–London–New York, 1–22.
- Hassink J., Dijk M. van, 2006. Farming for health across Europe. W: Hassink J., Dijk M. van (red.), *Farming for Health*, Springer, The Netherlands, 347–357.
- Haubenhofner D.K., Blom-Zandstra M., Kattenbroek I., Brandenburg W., 2010. Green Care as opportunity for knowledge systems, learning and collective action across Europe. W: Mat. konf. 9th European IFSA Symposium, 4–7 July 2010, Vienna (Austria), 315–320.
- Hernandez R.O., 2007. Effect of Therapeutic Gardens in Special Care Units for People with Dementia. *J. Hous. Elderly* 21 (1–2), 117–152.
- Hortyńska P., Dudkiewicz M., 2010. Barwa i faktura – środki plastyczne w architekturze krajobrazu. *Teka Kom. Arch. Urb. Stud. Krajobr. – OL PAN* 6, 27–38.
- Jarrott S.E., Kwack H.R., Relf D., 2002. An Observational Assessment of a Dementia-specific Horticultural Therapy Program. *HortTechnology* 12 (3), 403–410.
- Kim D., Ohara K., 2010. A Study on the Role of Gardening and Planning of Green Environments for Daily Use by Residents in Senior Housing. *J. Asian Archit. Build. Eng.* 9 (1), 55–61.
- Konarska J., 2012. Terapeutyczna, psychologiczna i edukacyjna funkcja kontaktu z roślinami dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych. W: Mat. konf. I Ogólnopolskiej Konferencji „Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych”, Kraków, 15 marca 2012, 4.
- Kurzawińska M., 2012. Hortiterapia. *Biuletyn Informacyjny Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 w Krakowie-Nowej Hucie*, kwiecień–czerwiec, 3.
- Latkowska M.J., 2008. Hortiterapia – rehabilitacja i terapia przez pracę w ogrodzie. *Zesz. Probl. Postęp. Nauk Rol.* 525, 229–235.
- Latkowska M.J., 2009. Ogród bez barier – jak urządzić ogród dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową i sensoryczną. W: B. Gawryszewska, B. Rothimel (red.), *Ogród za oknem – w poszukiwaniu formy, Sztuka Ogrodu. Sztuka Krajobrazu*, Warszawa.
- Latkowska M.J., 2010. Terapia ogrodnicza w Austrii i Włoszech – ogólne zasady funkcjonowania i studia wybranych przypadków. *Zesz. Probl. Postęp. Nauk Rol.* 551, 165–173.
- Latkowska M.J., 2012. Ośrodki „Zielonej Terapii” w Polsce. W: Mat. konf. I Ogólnopolskiej Konferencji „Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych”. Kraków, 15 marca 2012, 6.
- Latkowska M.J., 2013. Hortiterapia – zdrowie z ogrodu. *Panacea* 4 (45), 28–33.
- Latkowska M.J., 2014. Ogrody terapeutyczne. *Panacea* 1 (46), 32–33.
- Lunday L.C., 2009. A Report: Developing an introduction to horticultural therapy course for college students. Kansas State University.
- Millet P., 2009. Integrating Horticulture into the Vocational Rehabilitation Process of Individuals with Fatigue, Chronic Fatigue, and Burnout: A Theoretical Model. *J. Ther. Hortic.* 19, 11–22.
- Nowak J., 2003. Rośliny ozdobne – możliwości rozwoju produkcji i oddziaływanie na jakość życia. *Folia Hortic. Supl.* 1, 29–31.
- Nowak J., 2008. Terapia ogrodnicza w krajach europejskich. *Zesz. Probl. Postęp. Nauk Rol.* 525, 271–276.
- Nowak J., 2009. Programy terapii ogrodniczej. *Zesz. Probl. Postęp. Nauk Rol.* 539, 545–550.
- Nowak J., 2012. Hortiterapia na świecie: badania, nauczanie, praktyka. W: Mat. konf. I Ogólnopolskiej Konferencji „Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych”, Kraków, 15 marca 2012, 2.

- Pawłowska M., Wilczyńska A., Nowotarska E., Lamański H., 2012. Realizacja projektu pilotażowego „Hortiterapia metodą wspomaganą rehabilitacji dzieci z zaburzeniami narządu ruchu – pacjentów Szpitala św. Ludwika w Krakowie”. W: Mat. konf. I Ogólnopolskiej Konferencji „Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych”, Kraków, 15 marca 2012, 13.
- Płoszaj-Witkowska B., Rusek S., 2013. Rozwój i promocja obszarów wiejskich na przykładzie koncepcji ogrodu dla osób niepełnosprawnych. *Barom. Reg.* 11 (1), 81–86, www.br.wszia.edu.pl/zeszyty/pdfs/br31_08_ploszaj.pdf (18.08.2013).
- Płoszaj-Witkowska B., 2014. Hortiterapia. Wyd. UWM w Olsztynie, 7–9.
- Rojek K., Chyżewska R., 2012. Ogród ubrany w zapach. W: J. Rylke, B.J. Gawryszewska (red.), *Ogród za oknem. Ogród kobiety*. SGGW, Sztuka ogrodu. Sztuka krajobrazu, Warszawa, 71–79.
- Relf D., 1992. Human issues in horticulture. *HortTechnology* 2 (2), 159–171.
- Relf D., 1995. Gardening in Raised Beds and Containers for Older Gardeners and Individuals with Physical Disabilities. <http://pl.scribd.com/doc/64441627/Gardening-in-Raised-Beds-and-Containers-for-Older-Gardeners> (20.07.2013).
- Rodiek S., 2002. Influence of an Outdoor Garden on Mood and Stress in Older Persons. *J. Ther. Hortic.* 13, 13–21.
- Sempik J., Hine R., Wilcox D., 2010. Green Care: A Conceptual Framework. A Report of the Working Group on the Health Benefits of Green Care. COST 866, Green Care in Agriculture, Loughborough University.
- Szulińska K., 2008. Ogrodoterapia – uzdrawiająca moc ogrodu. *Głos Uczel. (Wroc.)* 174.
- Ulrich R.S., 1984. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224, 420–421.
- Ulrich R.S., 2002. Health Benefits of Gardens in Hospitals. W: Mat. konf. Plants for People, International Exhibition Floriade.
- Wichrowski M., Whiteson J., Haas F., Mola A., Rey M.J., 2005. Effect of Horticultural Therapy on Mood and Heart Rate in Patients Participating in an Inpatient Cardiopulmonary Rehabilitation Program. *J. Cardiopulm. Rehabil.* 25, 270–274.
- Wojciechowska Z., 2012. Program „Zielone Warsztaty”, czyli ekoflorystyka w terapii przez kontakt z przyrodą. W: Mat. konf. I Ogólnopolskiej Konferencji „Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych”, Kraków, 15 marca 2012, 9.
- Zaraś-Januskiewicz E.M., Wałęza W., 2011. Wykorzystanie drzew i krzewów w psychoterapii i wspomaganie leczenia psychiatrycznego. W: E. Drozdek (red.), *Rośliny do zadań specjalnych*, Oficyna Wydawnicza Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Sulechowie, Sulechów–Kalsk, 379–396.
- www.caritas.diecezja.tarnow.pl/przetarg_06.php (7.08.2013).
- www.dpsnasielsk.pl/informacje_podstawowe.html (7.08.2013).
- www.naturalnews.com/035985_gardening_depression_health.html (6.08.2013).
- www.powiatzamojski.pl/zamosc.php?get=page,263,4 (12.6.2013).
- www.tygodnikzamojski.pl/artukul/37086/ruskie-piaski-beda-leczyc-ogrodem-placa-za.html (7.08.2013).
- www.torun.pl/pl/terapeutyczny-ogrod-zimowy (16.06.2013).

Summary. Hortitherapy (horticultural therapy, gardening therapy) is one of the forms of unconventional therapy which uses plants to improve the physical and mental condition of people. It is recommended for a wide group of patients (among others, disabled, handicapped, mentally ill or elderly people as well as children with developmental disorders). Mentally handicapped persons need more versatile activity than intellectually normal people. Gardening and being in a garden

guarantee a rich source of sensory impressions for them, thereby improving their mood. Horticultural therapy can be conducted in the gardens of schools, health care institutions, nursing homes, juvenile correctional facilities and prisons as well as in botanical gardens and parks. Newly established therapeutic gardens must take into account the requirements of different groups of patients, in particular gardens built for the needs of disabled people should be suitable not only for visiting (passive hortitherapy), but they should also enable active participation in growing and tending plants (active hortitherapy).

Key words: horticultural therapy, active hortitherapy, passive hortitherapy