

RANGA DAWNYCH I WSPÓŁCZESNYCH OGRODÓW TERAPEUTYCZNYCH

Krystyna Pudelska, Margot Dudkiewicz, Wojciech Durlak,
Marzena Parzymies

Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

Streszczenie. Człowiek od najdawniejszych czasów poszukiwał ratunku dla swego zdrowia w świętych gajach czy nad uzdrawiającymi rzekami i źródłami. Wówczas przyczyny choroby upatrywano w nieprzychylności duchów i bogów, a pośrednikami między nimi a ludźmi byli czarownicy, magowie. Powszechne było ziołolecznictwo. W Grecji lekarze skupiali się wokół świątyni Asklepiosa – boga sztuki lekarskiej. Świątynie, sanktuaria ze źródłami, studniami i ołtarzami otoczone gajami pełniły rolę kultowo-leczniczą. Za najwcześniejsze ogrody terapeutyczne można uznać średniowieczne ogrody klasztorne. Tam potrzebujący otrzymywali pomoc zarówno cielesną, jak i duchową. Przy klasztorach powstawały przytułki, szpitale i hospicja. W XVIII wieku w Europie zachodniej zaczęły powstawać miejskie szpitale w otoczeniu ogrodów, m.in. w Paryżu, Marsylii, Florencji, Pizie i w Wiedniu. Rozwój medycyny, higieny i rola kontaktu chorego z przyrodą w procesie leczenia oraz idee romantyzmu przyczyniły się do tworzenia uzdrowisk. Na polskiej wsi duże znaczenie w kształtowaniu świadomości medycznej miał dwór szlachecki. Posiadanie własnego zapasu lekarstw i ziół (kwiat lipowy, rumianek, mięta, suszone owoce, konfitury, miód) było naturalnym wynikiem dawnych potrzeb, ale i braku szerszego dostępu do lekarzy i aptek. Przełom XVIII i XIX wieku to początki rozwoju ogrodów przeznaczonych do czynnej terapii. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej ważnym elementem leczenia stał się kontakt z naturą i praca w ogrodzie lub na farmie. W Anglii w latach 30. XX wieku ogrodnictwo zostało oficjalnie uznane za metodę terapii dla fizycznie i psychicznie chorych. Czterdzieści lat później pojawiła się koncepcja ogrodu sensorycznego odpowiadającego na potrzeby ludzi niedowidzących. Pozytywne oddziaływanie przyrody na chorych i rekonwalescentów, potwierdzone w latach 80. badaniami Rogera Ulricha – niemieckiego behawiorysty i architekta krajobrazu – stało się ważnym etapem i kierunkiem leczenia w różnorodnych terapiach. Obecnie ranga ogrodów terapeutycznych wzrasta. To nie tylko miejsce uprawy roślin, w tym drzew, krzewów i gatunków ozdobnych z zastosowaniem określonych zasad kompozycyjnych, ale

Adres do korespondencji – Corresponding authors: dr hab. Krystyna Pudelska prof. UP, dr inż. Margot Dudkiewicz, dr inż. Wojciech Durlak, dr inż. Marzena Parzymies, Katedra Roślin Ozdobnych i Architektury Krajobrazu, Wydział Ogrodnictwa i Architektury Krajobrazu, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, ul. Głęboka 28, 20-912 Lublin, e-mail: margotdudkiewicz@o2.pl.

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie, Kraków 2016

również ogród dydaktyczny prezentujący właściwości lecznicze roślin, miejsce uczące współczucia i zrozumienia dla choroby i starości.

Słowa kluczowe: ogrody terapeutyczne, ogrody zmysłów, ogrody klasztorne, ogrody przy-szpitalne, hortiterapia

WSTĘP

Ogrody są miejscem uprawy drzew, krzewów i roślin ozdobnych, głównie w celach dekoracyjnych, z zastosowaniem określonych zasad kompozycyjnych [Siewniak i Mitkowska 1998]. Każdy z nich dzięki różnorodnym barwom i kształtom roślin, zapachowi, obecności zwierząt i owadów czy wybranych elementów architektonicznych posiada właściwości terapeutyczne [Pudelska i Mirosław 2013]. Już samo przebywanie w otoczeniu przyrody wywiera korzystny wpływ na samopoczucie i zdrowie ludzi. Zgodnie z definicją, jaką proponuje Eckerling [1996], ogród terapeutyczny jest przestrzenią zaprojektowaną przede wszystkim po to, by poprawiać samopoczucie ludzi. Rola takiego ogrodu polega na zapewnianiu użytkownikom poczucia bezpieczeństwa, komfortu, odprężenia. Ogrody te tworzone są przy szpitalach, ośrodkach rehabilitacji, sanatoriach, domach opieki i placówkach spokojnej starości. Ideą ich tworzenia jest umożliwienie chorym i niepełnosprawnym kontaktu z naturą, jak również aktywny udział w pracach zgodnych z możliwościami pacjenta, np. udział przy pielęgnacji czy uprawie roślin. Na definicję terapii ogrodniczej, którą opracowali Relf i Dorn [1995], składają się cztery elementy: osoba z określoną diagnozą, wykwalifikowany terapeuta, określona procedura terapeutyczna wykorzystująca zajęcia ogrodnicze oraz wyznaczony cel terapii, np. poprawa kondycji ruchowej. Rehabilitacja na świeżym powietrzu, w naturalnym otoczeniu, przynosi często lepsze efekty niż w warunkach konwencjonalnych [Latkowska 2014]. Ogrody przyszpitalne stwarzają możliwość obserwacji krajobrazu oraz odbierania wrażeń słuchowych (szum wiatru i liści, śpiew ptaków), węchowych (aromaty) i wzrokowych (barwy i kształty liści, kwiatów, owadów). Daje to sposobność oddziaływania na wszystkie zmysły pacjenta, na jego przeżycia wewnętrzne, a także możliwość rozładowania napięć [Nowak 2008, Olewicz-Cieślak i Cholewa 2012, Dzida i in. 2013]. Zieleń jako podstawowy element kompozycji ogrodu wnosi wartości ekologiczne, a poprzez ujemną jonizację powietrza odpręża układ nerwowy i normuje ciśnienie krwi, wzbogaca powietrze w fitoncydy o silnym działaniu bakterio- i grzybobójczym [Szulc 2013]. Rośliny stwarzają komfortowe warunki w sensie fizycznym: oczyszczają powietrze, zwiększają jego wilgotność, hamują wiatr, zasłaniają mało atrakcyjne widoki, jak również kierują wzrok na wybrane elementy ogrodu – rzeźby, altany, czy na interesujące obiekty położone w sąsiedztwie ogrodu, np. wieżę kościoła, las, łąkę [Nighswonger 1975, Nowak 1997]. Kondycję psychiczną człowieka poprawia obserwacja naturalnego rytmu dobowego roślin i zmienności sezonowej w ciągu roku. Ważny jest łatwy dostęp do roślin oraz umożliwienie wykonywania prac ogrodniczych poprzez zastosowanie np. podniesionych rabat czy posadzenie roślin w pojemnikach [Latkowska i Miernik 2012]. Obserwowany z budynku ogród powinien zachęcać pacjentów do wyjścia na zewnątrz, a osoby przebywające na jego terenie skłonić do aktywności fizycznej, np. spacerów. W ogrodach terapeutycznych warto stosować rośliny wykazujące właściwości lezni-

cze. Aby umożliwić obserwację dzikich zwierząt, należy wkomponować elementy małej architektury i gatunki roślin stanowiące ich pożywienie lub mogące być miejscem na założenie gniazda. Należy unikać roślin trujących i odmian podatnych na choroby, aby ograniczyć stosowanie środków chemicznych [Dudkiewicz i in. 2015]. Przy doborze prac ogrodniczych należy uwzględnić stan zdrowia uczestnika zajęć oraz cel terapii, np. dzieci z upośledzeniem w stopniu lekkim i umiarkowanym na terenie szkolnego zieleńca, ogrodu warzywnego czy sadu porządkują kwietniki i rabaty z przekwitających roślin, plewią chwasty, przycinają żywopłoty, wygrabiają z trawników liście. Te wszystkie czynności wymagają od dzieci zachowania określonych zasad, np. przestrzegania zasad BHP, właściwych postaw społecznych (np. uszanowanie pracy własnej i innych) i kultury osobistej podczas współpracy z innymi uczniami i z nauczycielem. Bardzo ważnym aspektem zajęć praktycznych w ogrodnictwie jest dla uczniów upośledzonych możliwość nabycia doświadczenia, które będą mogli wykorzystać w przyszłości w pracy, np. przy pielęgnacji miejskich terenów zielonych, w szkółkach ogrodniczych itp. Podczas pracy z dziećmi i młodzieżą z upośledzeniem zarówno intelektualnym, jak i ruchowym, należy mieć na uwadze, że bardzo wiele czynności osoby pełnosprawne wykonują automatycznie i są to dla nich sprawy oczywiste i proste, natomiast te same czynności dla osób niepełnosprawnych okazują się nieraz niemalże nieosiągalne albo bardzo trudne. Dla niepełnosprawnych sukcesem może być ujęcie w dwa palce okrągłego i gładkiego kasztana, policzenie płatków na kwiatku lub zapamiętanie trudnej nazwy rośliny [Heppner 2014]. Ogród jako bezpieczna i przyjazna przestrzeń doskonale nadaje się do prowadzenia różnego rodzaju zajęć terapeutycznych, obejmujących zarówno fizyczną, jak i psychiczną sferę zdrowia.

OGRÓD TERAPEUTYCZNY NA PRZESTRZENI DZIEJÓW – RYS HISTORYCZNY

Starożytność

Człowiek od najdawniejszych czasów poszukiwał ratunku dla swego zdrowia w świętych gajach czy nad uzdrawiającymi rzekami i źródłami. Przyczyny choroby upatrywano wówczas w nieprzychylności duchów i bogów, a pośrednikami między nimi a ludźmi byli czarownicy i magowie [Latkowska i Miernik 2012]. W najstarszych dokumentach z ok. 3000 lat p.n.e. odkrytych w Mezopotamii znajdują się informacje dotyczące roślin zielarskich o działaniu terapeutycznym lub stosowanych do wytwarzania pachnidel, takich jak rumianek, szafran, lulek. W Egipcie uprawiano w tym czasie m.in. biedrzyńce, anyż, kolendrę, miętę, rącznik, mak i sezam [Rumińska 1983]. Początkowo zioła zbierane były ze stanowisk naturalnych, z czasem zaczęto je świadomie uprawiać i wytwarzać z nich leki [Dzida i in. 2014]. Często te same lub blisko spokrewnione gatunki były używane do leczenia podobnych dolegliwości we wspólnotach plemiennych zamieszkujących w różnych miejscach kuli ziemskiej. W starożytnych Chinach, Egipcie i Indiach niezależnie od siebie tworzono podobne mikstury z roślin leczniczych, np. w starochińskim „kanonie ziół” opracowanym przez cesarza Shen Nunga, opisano 252 rośliny lecznicze i szczegółowo określono ich wpływ na ludzki organizm. Mniej więcej w tym samym czasie charakterystykę owych roślin i związane z nimi magiczne zaklęcia zamieszczono w świętej hinduskiej księdze Ajurweda [Lewkowicz-Mosiej 2012].

W Grecji lekarze skupiali się wokół świątyń Asklepiosa (boga sztuki lekarskiej), tzw. *asklepieia*, do których przychodzili osoby z odległych nieraz miejsc szukające pomocy medycznej. Dla osób oczekujących na przyjęcie wyznaczano specjalne noclegownie [Lipiński 2010]. Były to budowle wznoszone przy źródłach, studniach czy miejsca przy ołtarzach w świętych gajach, które z czasem przekształciły się w zespoły architektoniczne o charakterze kultowo-leczniczym. W Rzymie taką rolę pełniły *valetudinaria* – forma szpitala przeznaczona dla żołnierzy, gladiatorów i cennych niewolników [Gerlach-Spriggs in. 1998, Marcus i Barness 1999].

W roku 369 w Azji Mniejszej znane były ośrodki o *xenodochium* (hospicjum) przeznaczone dla wszystkich potrzebujących – bezdomnych chorych czy wędrowców. Po raz pierwszy wybudowane przez biskupa Bazyla Wielkiego na przedmieściach Cezarei Kapadockiej jako „Miasto Miłosierdzia”, zwane były dlatego inaczej „bazylejami” [Woźniak 2009]. Pełniły rolę lecznic, szpitali, z salami dla chorych, z apteką. Nie wiadomo czy towarzyszyły im ogrody, przestrzenie dla rekonwalescentów. Podobne kompleksy wznoszono w Bizancjum, Bagdadzie, Damaszku, Aleksandrii, Kairze. Posiadały odrębne oddziały dla pensjonariuszy chorujących na ten sam rodzaj choroby. W każdym szpitalu znajdowała się apteka, biblioteka naukowa oraz sale wykładowe dla adeptów sztuki lekarskiej [Szumowski 1961].

W starożytnym Egipcie, Grecji, Chinach, Indiach po raz pierwszy dostrzeżono właściwości terapeutyczne kolorów [Couwenbergh 2008]. W Egipcie powstawały świątynie z kolorowymi salami, w których umieszczano pacjentów w zależności od ich dolegliwości. Starożytni Chińczycy mającego chore jelita malowali na żółto, a w oknach zawieszali żółte zasłony, epileptyków otaczano kolorem fioletowym, a chorego na szkarłatynę ubierano w czerwone szaty oraz otaczano światłem i sukniami w tym kolorze. Wybiegając w przyszłość, warto przypomnieć, że w Europie prekursorem w badaniu i opisywania wpływu barw na organizm człowieka był Johann Wolfgang Goethe. W 1810 r. wydał *Die Farbenlehre* (‘Nauka o barwach’), którą uważał za dzieło swojego życia, bardziej znaczące od swoich dzieł literackich. Istota chromoterapii polega na tym, iż w momencie postrzegania barwy, ta rejestrowana jest w mózgu, który następnie w wyniku tego zdarzenia wysyła przekaznik nerwowy do konkretnego narządu dokrewnego – może to być tarczyca, nadnercze lub trzustka – efektem czego jest zainicjowanie odpowiedniej reakcji hormonalnej narządu. Pobudzony narząd zaczyna produkować i wydzielać hormon dostający się do krwiobiegu, oddziałujący na wszystkie narządy wewnętrzne [Gośliński 2012].

Średniowiecze

Za najwcześniejsze ogrody terapeutyczne można uznać średniowieczne ogrody klasztorne. Do Europy ideę szpitala sprowadzili krzyżowcy. Do najbardziej znanych pierwszych europejskich szpitali należą szpital św. Bartłomieja (założony w Londynie, 1123 r.), Hôtel Dieu (ufundowany przez Ludwika XII w Paryżu, 1231 r.) czy Santa Maria Nuova (Florencja, 1288 r.). W klasztorach często zgromadzona była wiedza medyczna w postaci starożytnych ksiąg, z których zakonnicy korzystali, lecząc współbraci, a czasami okoliczną ludność. Ten rodzaj szpitali określa się jako tzw. infirmerie. Równolegle funkcjonowały przytulki noclegowe, czyli *xenodochium* dla utrudzonych, chorych pielgrzymów i podróżnych. Istniały również specjalne domy – *leprozoria* dla chorych na trąd lub inne zaraź-

liwe choroby [Lipiński 2010]. W budowie i prowadzeniu szpitali najczęściej zasług miały zakony joannitów i cystosów. Natomiast rozwój europejskich ogrodów klasztornych wiąże się z klasztorami benedyktyńskimi, gdyż w regule zakonnej był zapisany obowiązek posiadania ogrodu [Siewniak i Mitkowska 1998]. Dbanie o chorych było jednym z sześciu aktów miłosierdzia wspomnianych w Ewangelii św. Mateusza (25,35–36). Przy klasztorach powstały przytulki, szpitale i hospicja, w których potrzebujący otrzymywał pomoc cielesną i duchową. W skład zabudowań klasztornych oprócz kościoła wchodziło szereg innych budowli o charakterze użytkowym. Wokół klasztorów zakładano ogrody, w których uprawiono zioła, warzywa, znajdował się tam też sad i winnica. Klasztorny szpital zajmował oddzielny budynek połączony z ogrodem przeznaczonym dla chorych. W części założeń był to oddzielny wirydarz, powiązany bezpośrednio ze szpitalem. Przystawia to m.in. pochodzący z IX wieku plan opactwa Sankt Gallen z kilkoma ogrodami, w tym ogrodem ziołowym (*herbularius*) zlokalizowanym obok szpitala. Rośliny uprawne służyły do wytwarzania leków, olejków aromatycznych i przypraw. Ogród zielny oprócz walorów użytkowych miał wysokie walory dekoracyjne wynikające z barw i zapachów roślin leczniczych. W średniowiecznych ogrodach klasztornych wydzielona część służąca do uprawy roślin leczniczych to *hortus medicus* lub *herbularius* [Pudelska i Mirosław 2013]. Ogrody klasztorne i wirydarze osłonięte od słońca i deszczu przez krużganki służyły również starszym mnichom jako miejsce odpoczynku i kontemplacji [Landsberg 1995]. Mnisi mogli również spacerować pośród sadów i pobliskich gajów [Majdecka 2003, Pudelska i Mirosław 2013]. XII-wieczny mnich opisujący opactwo Clairvaux (klasztor cystersów w północno-wschodniej Francji, założony przez św. Bernarda) podaje, że na terenie ogrodu rosły różnorodne drzewa owocowe. Na terenie można było odpoczywać w zacienionych miejscach, wdychając przyjemny zapach świeżej trawy, obserwując piękno kwiatów i słuchając śpiewu ptaków [Comito 1979]. W 1462 r. ogród przyklasztorny Westminster łączył w sobie funkcję miejsca uprawy ziół i roślin użytkowych oraz rekreacji, w zakresie której wchodziło np. strzelanie z łuku przez rekonwalescentów [Harvey 1992]. Europejskie szpitale katolickie naśladowały swoją architekturą kościoły – posiadały wysokie okna z widokiem na ogrody formalne na zewnątrz. Średniowieczne szpitalne ogrody przetrwały do czasów dzisiejszych w szczególności na terenie Hiszpanii, gdzie posiadały dziedzińce przyjęte z arabskiej tradycji [Gerlach-Spriggs i in. 1998]. Do najstarszych szpitali w Polsce należą obiekty założone przez zakon cystersów przy kościele Najświętszej Marii Panny we Wrocławiu (1108) i w Jędrzejowie (1152).

Ogrody w wirydarzach dzielono na kwatery za pomocą dwóch prostopadłych ścieżek na których przecięciu znajdowały się często rzeźby, fontanny, studnie. Taki podział placu symbolizował cztery cnoty: roztropność, wstrzeźliwość, sprawiedliwość i męstwo. Istotą średniowiecznych ogrodów klasztornych stanowiły uprawiane w nich rośliny użytkowe: jadalne, gospodarcze, lecznicze i symboliczne (używane do celów obrzędowych i ochrony przed złymi mocami) (ryc. 1) [Milecka 2012]. Istotny wkład w rozwój ziołolecznictwa miała św. Hildegarda (1098–1179), która w księgach medycznych *Causae et curae* i *Physica* zebrała całą ówczesną wiedzę dotyczącą ziół, opisując ponad tysiąc roślin i polecając surowce roślinne, takie jak pszenica orkisz, kasztan jadalny, jabłko, migdały, owoc pigwy, koper, fasola, groch, cebula, czosnek oraz szczypiorek, gałka muszkatołowa, szaflwia lekarska, macierzanka piaskowa, tymianek, galgant chiński, hyzop lekarski, koper ogrodowy, pokrzywa zwyczajna [Kania i in. 2012].



Ryc. 1. Współczesna impresja na temat ogrodu klasztornego w wirydarzu – Garten der Welt, Berlin, 2013 (fot. M. Dudkiewicz)

Fig. 1. Modern impression on the convent garden in close – Garten der Welt, Berlin, 2013 (photo M. Dudkiewicz)

W XVI wieku szpitale były innymi instytucjami niż obecnie. Pełniły wówczas funkcje dzisiejszych sierociniec czy domów opieki społecznej. Archidiakon wrocławski Teodor Lindan w 1579 r. pisał: „te wszystkie miejsca miłosierdzia chrześcijańskiego, w których ubodzy, pielgrzymi i niezdolni do pracy znajdą posiłek i odzież, a także niesprawni intelektualnie, starcy, sieroty pozbawione rodziców i samotni ubodzy, oraz wyrzucone dzieci, trędowaci, zarażeni, chorzy przewlekle i inne osoby godne miłosierdzia [...] te wszystkie miejsca nazywa się ogólnie szpitalami” [Chyła 2007].

XVII–XVIII wiek

Sekularyzacja szpitali rozpoczęła się na szeroką skalę po rewolucji francuskiej (1789), choć właściwie proces przejmowania kontroli nad szpitalami przez władze świeckie był charakterystyczny dla całego okresu oświecenia [Lipiński 2010].

Król Francji Ludwik XIV postanowieniem z dnia 24 listopada 1670 r. zainicjował projekt wzniesienia Pałacu Inwalidów jako domu i szpitala dla starszych i rannych żołnierzy. Budynek ten posiada 15 dziedzińców, z czego największy – *cour d'honneur* (dziedziniec honorowy) przeznaczony został dla parad wojskowych. Pałac Inwalidów nadal pełni funkcję rezydencji, szpitala i schroniska dla weteranów wojennych (ryc. 2) [Karbowy 2014].

Francuski lekarz Philippe Pinel (1745–1826), uważany jest za twórcę nowoczesnej psychiatrii i jako pierwszy zaczął stosować w leczeniu chorych psychicznie terapię zajęciową. Ogród i ogrodnictwo odgrywały ważną rolę terapeutyczną w leczeniu depresji. W przyległym do budynku szpitalnego ogrodzie pensjonariusze byli angażowani w prace pielęgnacyjne przy roślinach [Potter 2006]. John Howard (1726–790) opisał terapeutyczną rolę ogrodów przyszpitalnych w Marsylii, Pizie, Konstantynopolu, Trieście, Wiedniu i Florencji [Marcus i Barnes 1999]. Rozwój medycyny, higieny i rola kontaktu ze świeżym powietrzem w procesie leczenia oraz idee romantyzmu przyczyniły się do tworzenia uzdrowisk we Francji, Szwajcarii i na ziemiach polskich. Warunkami naturalnymi niezbędnymi do prowadzenia lecznictwa w uzdrowisku są właściwości lecznicze klimatu, walory przyrodnicze i estetyczne krajobrazu, naturalne zasoby wód mineral-



Ryc. 2. Ogrody przy Pałacu Inwalidów, Paryż, 2014 (fot. M. Dudkiewicz)

Fig. 2. Gardens des Invalides Palace, Paris, 2014 (photo M. Dudkiewicz)

nych, gazów i peloidów (borowin), lecznicze oddziaływanie morza oraz inne czynniki biofizyczne środowiska wywierające korzystny wpływ na organizm człowieka. Aby uzdrowisko pełniło swoją funkcję w sposób właściwy, musi posiadać na swoim terenie pijalnię wód mineralnych, kąpieliska (łazienki), inhalatornie, park zdrojowy. Kompozycja tych obszarów zazwyczaj bywała złożona, od geometrycznej przy obiektach i w głównych częściach parku, do bardziej swobodnych i naturalnych w odleglejszych strefach. Układy zielni komponowanej połączone były siecią licznych dróg, często poszerzane także o sąsiadujące tereny naturalne – lasy, góry czy plaże. W części reprezentacyjnej parki zdrojowe wyposażone były w liczne elementy małej architektury, tj. ławki, pergole, fontanny, rzeźby, kobierce i rabaty kwiatowe [Siewniak i Mitkowska 1998]. Tradycje uzdrowisk zdrojowych na terenie Polski sięgają jeszcze XIII wieku – w 1241 r. wzmiankowany jest Łądek Zdrój, w 1228 – Cieplice Śląskie, w 1357 – Stary Zdrój. Największy rozwój miejscowości o charakterze uzdrowiskowym przypada na przełom XVIII i XIX wieku, a więc okres przemian ekonomicznych, obyczajowych oraz naukowych, a także rozwój komunikacji [Łakomy 2012].

Ze względu na przynależność społeczną pacjentów można podzielić szpitale na przeznaczone dla szlachty i dla chłopstwa. W Poznaniu istniały odrębne placówki dla ubogich księży, w Krakowie i Lublinie dla księży inwalidów. W Poznaniu funkcjonowały także szpitale tylko dla młodych panien i osobne dla wdów [Lipiński 2010]. Ponadto w Polsce budowano szpitale dla górników – w Bochni, Olkuszu i Wieliczce. Szarszewski (2000) opisuje szpital św. Jakuba w Gdańsku, który przeznaczony był dla chorych i zniezdolnionych marynarzy. Funkcjonowały również placówki wojskowe, tzw. alumnaty – np. w Warszawie przy kościele św. Trójcy, w Tykocinie (1633), we Lwowie (1638) i w Kamieńcu (1667). Szpitale nadawano wówczas formę pawilonów – niskich budynków połączonych przejściami przez kolumnady, które zapewniały schronienie przed słońcem, a duże okna w budynkach dobrze wentylowały pomieszczenia [Potter 2006].

W XVII i XVIII wieku wśród polskiej ludności obok „zamawiania choroby” przez znachorów podstawowym lekiem był lek roślinny, dla którego surowce uprawiano głównie w ogrodach klasztornych, ale także w ogrodach przydomowych [Korpalska 2007]. Duże znaczenie w kształtowaniu świadomości medycznej na polskiej wsi miał dwór szlachecki. Jak wspominał Melchior Wańkiewicz [1972]: „Dwór był kasą chorych

i największą apteką na okolice”. W nim apteczką domową zajmowała się tzw. panna apteckowa, którą była zwykle dalsza krewna lub uboga sierota przygarnięta do dworu [Gloger 1902]. Posiadanie własnego zapasu lekarstw i ziół (kwiat lipowy, rumianek, mięta, suszone owoce, konfitury, miód) było naturalnym wynikiem dawnych potrzeb, z powodu braku szerszego dostępu do lekarzy i aptek.

XIX wiek – początek XX wieku

Początki rozwoju ogrodów przeznaczonych do czynnej terapii to przełom XVIII i XIX wieku, gdy nastąpiły zmiany w projektowaniu i funkcjonowaniu szpitali psychiatrycznych w USA. Ważnym elementem terapii stał się w nich kontakt z naturą i praca w ogrodzie lub na farmie [Potter 2006]. W Europie dwie wojny światowe sprawiły, że rośliny i prace ogrodnicze zaczęto wykorzystywać w leczeniu szpitalnym np. ofiar działań wojennych. Początkowo „zielona terapia” była elementem rekreacji i terapii zajęciowej, a później stała się integralną częścią leczenia [Benek 2012].

Lata 1918–1939 to w Polsce okres szczególnie ciężki dla ludności odbudowującego się państwa. Obok licznych konfliktów, także zbrojnych, później wybuchu II wojny światowej, i obok ogólnego niedostatku szerzyło się wówczas wiele epidemii groźnych chorób zakaźnych, powodujących masową śmiertelność również wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Ówczesni lekarze i pedagodzy wiele uwagi poświęcali kwestiom stanu zdrowia uczniów i sprawom związanym z higieną oraz profilaktyką w dziedzinie zdrowotności. O stanie wychowania fizycznego w roku 1932 w Łodzi – mieście, gdzie gruźlica i inne choroby społeczne występowały szczególnie często – informował artykuł A.F. Kowalskiego: „Idzie tu o wielką rzecz, o to, aby odciągnąć dzieci i młodzież od wpływu ulicy, podwórz, znad ścieków, śmietników i ustępów, a wprowadzić je na place zabaw, na boiska, do ogrodów, gdzie oprócz lepszego powietrza, prócz dobroczynnych promieni słonecznych zjawia się czynnik niezmiernie cenny – wychowawca czy wychowawczyni, kierując umiejętnie ruchami i zachowaniem się dziecka” [Felchner 2007].

W XIX wieku pojawiły się ogrody dziecięce – przestrzenie przeznaczone do zabaw na świeżym powietrzu, połączonych z edukacją. Problematykę tę podejmowali w wymiarze teoretycznym oraz realizacyjnym m.in. w Niemczech Friedrich Ludwig Jahn (1778–1852) i Moritz Schreber (1808–1861), w Austrii Gustav Meyer (1850–1900) oraz Henryk Jordan (1847–1907). Wzorcowym rozwiązaniem na skalę Polski stał się działający do dzisiaj Park Jordana w Krakowie. Program takiej przestrzeni, według wskazań projektowych, powinien obejmować: place dla dzieci do lat 7, w wieku 7–10 lat i w wieku 10–14 lat, plac z przyrządami do gimnastyki, piaskownicę, brodzik, plac dla matek, trawiasty plac dla niemowląt, murawy wypoczynkowe – polany, tor saneczkowy, lodowisko i inne [Majdecki 2010, Łakomy 2012].

Popularyzacja lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce zbiegła się z postulatami poprawy zdrowia w społeczności epoki industrialnej oraz modą wśród inteligencji na bywanie w kurortach. Najsłynniejsze miejscowości o statusie uzdrowisk to Krynica (1810), Busko Zdrój (1824), Szczawnica (1834–1865), Iwonicz Zdrój (ok. 1837), Ciecchocinek (1842), Rymanów (ok. 1876) oraz grupa uzdrowisk dolnośląskich. Parki zdrojowe pełnią tu rolę salonu reprezentacyjnego, miejsca spotkań towarzyskich oraz organizowania imprez artystycznych, ale przede wszystkim wykorzystują klimat tworzony przez starodrzew parkowy. Wyposażone są w obiekty lecznicze, tj. pijalnię wód i domy zdrojowe (ryc. 3),

ujęcia źródeł, ścieżki zdrowia poprowadzone przez leśne okolice, łącznie. Zieleń parkowa i sąsiadujące kompleksy leśne przyczyniają się do poprawy mikroklimatu uzdrowiska. Łagodny klimat, jakim charakteryzują się zazwyczaj miejscowości uzdrowiskowe, umożliwia często uprawę roślin egzotycznych, np. gledicji, tulipanowców, rododendronów [Siewniak i Mitkowska 1998].



Ryc. 3. Kwietniki przy Domu Zdrojowym, Sopot, 2014 (fot. M. Dudkiewicz)

Fig. 3. Flower beds at the Spa House, Sopot, 2014 (photo M. Dudkiewicz)

W 1936 r. w Anglii ogrodnictwo zostało uznane za oficjalną metodę terapii dla fizycznie i psychicznie chorych. W następnych latach jednak rozwijające się w XX w. farmakologia i technologie medyczne sprawiły, iż zapomniano że kontakt z naturą może wspomagać leczenie. W wielu placówkach leczniczych tereny zieleni uznawano jedynie za element dekoracyjny towarzyszący budynkom [Latkowska 2012].

Druga połowa XX wieku – początek XXI wieku

W 1970 r. w Wielkiej Brytanii opracowano koncepcję ogrodu sensorycznego odpowiadającego na potrzeby ludzi niedowidzących. Przełom nastąpił w latach 80. wraz z publikacjami Rogera Ulricha, behawiorysty i architekta krajobrazu. W swoich badaniach wykazał, że pacjenci umieszczeni w pokojach z oknami z widokiem na przyrodę krócej przebywali w szpitalu oraz potrzebowali mniej środków przeciwbólowych [Ulrich 1984].

Pierwsze współczesne ogrody sensoryczne były częścią parków i stanowiły próbę wdrożenia przez władze lokalne strategii integracji z niepełnosprawnymi. Były to niewielkie obiekty, często oznakowane jako Ogród dla Niewidomych, a składały się z kompozycji pachnących roślin posadzonych na podniesionych rabatach i podpisanych brajlowskimi etykietami [Hussein 2011]. Z biegiem czasu, stosunek społeczeństwa do niepełnosprawności uległ zmianie, podobnie jak funkcje i użytkownicy ogrodów terapeutycznych. Aktualnie coraz większym zainteresowaniem cieszą się realizowane na świeżym powietrzu programy ogrodnicze, które okazały się skutecznym sposobem pobudzania świadomości i postaw ekologicznych również dla zdrowych osób. Współczesne ogrody terapeutyczne mogą być poświęcone szczególnie wybranej sferze sensorycznej, np. zapachowi – Brooklyn Botanic Garden w Nowym Jorku, lub dźwiękom – Green Acre

Park w Nowym Jorku. W innych można doświadczyć wrażeń w oddzielnych sekcjach, z których każda odpowiada innemu zmysłowi. Trzeci rodzaj ogrodów sensorycznych to kompozycje mieszane, które dotyczą wszystkich zmysłów. Dobrze zaprojektowane ogrody terapeutyczne powinny jednocześnie stymulować do działania oraz zaoferować przestrzeń ciszy i relaksu.

Obecnie ranga ogrodów terapeutycznych wzrasta. To nie tylko miejsce uprawy roślin, w tym drzew, krzewów i roślin ozdobnych z zastosowaniem określonych zasad kompozycyjnych, ale również ogród dydaktyczny prezentujący właściwości lecznicze roślin. Warto pamiętać, jak pisze Bialek [2012], że nadal blisko 25% współczesnych leków pozyskuje się z roślin. Rozpowszechnianiem i rozwojem terapii ogrodniczej zajmują się organizacje takie jak American Horticultural Therapy Association (AHTA), Plant-People Council (PPC), Thrive UK, Australian Horticultural Therapy Association, Japan Horticultural Therapy Society. Organizacje te promują idee hortiterapii, opracowują programy edukacyjne i terapeutyczne, projektują ogrody sensoryczne, wspomagają badania ogrodników, psychologów i lekarzy, poprzez zbieranie informacji o relacjach człowieka z roślinami. Terapia ogrodnicza przybiera różne formy, np. gospodarstw terapeutycznych w Austrii, Belgii, Włoszech, Holandii i Norwegii; z kolei w Wielkiej Brytanii i Szwecji prym wiodą ogrody terapeutyczne. W Polsce zajęcia ogrodnicze mające na celu terapię odbywają się głównie w ramach warsztatów terapii zajęciowej, w Domach Opieki Społecznej, w ośrodkach dla osób uzależnionych. Zaczynają również działalność ośrodki o charakterze gospodarstw rolnych i ogrodniczych: EKO Szkoła Życia, Farma Życia, Gospodarstwo Wspólnoty „Chleb życia”, Osada Burego Misia [Płoszaj-Witkowska 2013]. Do największych ogrodów sensorycznych w Polsce należą ogrody w Bolestraszczykach (ryc. 4) i Powsinie.



Ryc. 4. Ogród sensoryczny w Bolestraszczykach w 2014 r. (fot. M. Dudkiewicz)

Fig. 4. Sensory garden in Bolestraszczyce in 2014 (photo M. Dudkiewicz)

PODSUMOWANIE

Za najwcześniejsze ogrody terapeutyczne można uznać średniowieczne ogrody klasztorne, choć pozytywna fizyczna i psychiczna reakcja organizmu człowieka na przyrodę znana była już w starożytności. W XVIII-wiecznych szpitalach w Paryżu, Marsylii, Florencji, Pizie czy w Wiedniu pacjenci mogli nie tylko oglądać ogrody ze swoich pokoi,

ale również spacerować w nich. Na przełomie XVIII i XIX wieku ludzie poszukiwali zdrowia w miejscowościach uzdrowskich, później zaś ogródki jordanowskie stanowiły ważny element zespołów szkół. Niestety, rozwijające się w XX wieku technologie medyczne spowodowały, że kontakt z naturą wspomagającą leczenie został odsunięty na dalszy plan. W wielu placówkach leczniczych tereny zieleni przestały pełnić funkcje terapeutyczne, stając się już tylko uzupełnieniem modernistycznej architektury budynków. W Europie XXI wieku zielona terapia ponownie staje się integralną częścią procesu leczenia i rehabilitacji.

PIŚMIENNICTWO

- Ewangelia św. Mateusza. [W:] Biblia Tysiąclecia. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2003.
- Benek, I. (2015). Ogrody terapeutyczne dla osób starszych. [W:] Badania interdyscyplinarne w architekturze: monografia konferencyjna. T. 3: Badania przedprojektowe i okołoprojektowe w kształtowaniu środowiska zbudowanego. Red. B. Komar, J. Biedrońska, A. Szewczenko. Wydział Architektury Politechniki Śląskiej, Gliwice, CD-ROM, 139–149.
- Białek, E. (2012). Perspektywy medycyny zintegrowanej w Polsce – uwagi i refleksje własne. *Sztuka Leczenia*, 24(1–2), 23–48.
- Chyła, D. (2007). Opieka kleru nad szpitalami w archidiecezji wrocławskiej w latach 1577–1598. [W:] *Dawna medycyna i weterynaria*. Red. M.Z. Felsmann, J. Szarek, M. Felsmann. Rekpol, Chełmno, 11–26.
- Comito, T. (1976). *The Idea of the Garden in the Renaissance*. Harvester Press, Hassocks (Sussex).
- Couwenbergh, J. (2008). *Chromoterapia i światłoterapia*. Videograf, Chorzów.
- Dudkiewicz, M., Dąbski, M., Durlak, W., Konopińska-Mamej, A. (2015). Rola i kształtowanie zieleni w otoczeniu szpitali. *Przestrzeń i Forma*, 24(1), 7–40.
- Dzida, K., Nurzyńska-Wierdak, R., Smyk, P., Nowak, L., Konopińska, J. (2013). Możliwości zastosowania wybranych gatunków roślin zielarskich przy obiekcie uzdrowskim. *Annals UMCS, sec. EEE*, 23(3), 20–32.
- Eckerling, M. (1996). Guidelines for Designing Healing Gardens. *J. Therap. Horticult.*, 8, 21–25.
- Felchner, A. (2007). Rola czasopisma „Zdrowie” w rozwoju medycyny polskiej po pierwszej wojnie światowej. [W:] *Dawna medycyna i weterynaria*. Red. M.Z. Felsmann, J. Szarek, M. Felsmann. Rekpol, Chełmno, 27–42.
- Gerlach-Spriggs, N., Kaufman, R., Warner, S. (1998). *Restorative Garden: The Healing Landscape*. Yale University Press, New Haven.
- Gośliński, W. (2012). Definicja koloru, <http://www.abartremonty.pl/kolory-we-wnetrzach/definicja-koloru/> [dostęp 10.08.2015].
- Gloger, Z. (1902). *Encyklopedia staropolska ilustrowana*. T III. P. Lauskaer i S-ka, Warszawa.
- Harvey, J.H. (1992). Westminster Abbey: The Infirmary's Garden. *Garden History*, 20(2), 97–104.
- Heppner, J. (2014). Program zajęć dodatkowych z elementami hortiterapii, <http://www.sosw-slubice.pl/files/hortiterapia.pdf> [dostęp 10.08.2015].
- Hussein, H. (2011). The Influence of Sensory Gardens on the Behaviour of Children with Special Educational Needs. *Asian J. Environ.-Behav. Studies*, 2(4), 77–93.
- Kania, M., Baraniak, J., Derebecka, N., Mrozikiewicz, P. (2012). Ziółolecznictwo i zalecenia żywieniowe według św. Hildegardy z Bingen. *Cz. I. Postępy Fitoter.*, 2, 124–129.
- Karbowy, A. (2014). Pałac Inwalidów, <http://artursac.blogspot.com/2014/02/paac-inwalidow.html> [dostęp 10.08.2015].

- Korpalska, W. (2007). Leki dla zwierząt i leki pochodzenia zwierzęcego na przykładzie zapisów z kronolo rodziny Komierowskich z Komierowa koło Sępólna z XVIII wieku. [W:] Dawna medycyna i weterynaria. Red. M.Z. Felsmann, J. Szarek, M. Felsmann. Rekpol, Chełmno, 81–94.
- Landsberg, S. (1995). *The Medieval Garden*. British Museum Press, London
- Latkowska, M. (2014). Ogrody terapeutyczne. *Panacea*, 1(46), 32–33.
- Latkowska, M.J., Miernik, M. (2012). Ogrody terapeutyczne – miejsca bierniej i czynnej „zielonej terapii”. *Czas. Techn.*, sek. Architektura, 8-A, 245–251.
- Lewkowicz-Mosiej, T. (2012). *Leksykon roślin leczniczych*. Świat Książki, Warszawa.
- Lipiński, S. (2010). *Zakłady dobroczynne i domy poprawy w dawnej Polsce*. Wyd. Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej, Łódź.
- Łakomy, K. (2012). Ogrody w krajobrazach miast. Cz. II. *Czas. Techn.*, sek. Architektura, 19: 17–26.
- Majdecka-Strzeżek, A. (2003). Zieleń obiektów sakralnych w Polsce – tradycja i współczesność. *Semin. Nauk. „Ogrody przyświątynne i klasztorne – rekonstrukcja, rewaloryzacja, pielęgnacja”*, Wrocław, 87–101.
- Majdecki, L. (2010). *Historia ogrodów*. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa
- Marcus, C.C, Barnes, M. (1999). *Healing Gardens, Therapeutic Benefits and Design Recommendations*. John Wiley & Sons, New York.
- Milecka, M. (2012). Średniowieczne dziedzictwo sztuki ogrodowej klasztorów europejskich. *Hereditas Monasteriorum*, 1, 31–56.
- Nighswonger, J.J. (1975). *Plants, man and environment*. Coop. Ext. Serv. Publ. C-448. Kansans State University, Manhattan (KA).
- Nowak, J. (1997). Oddziaływanie roślin na samopoczucie, zachowanie i zdrowie człowieka. *Zesz. Probl. Post. Nauk Roln.*, 449, 13–22.
- Nowak, J. (2008). Terapia ogrodnicza w krajach europejskich. *Zesz. Probl. Post. Nauk Roln.*, 525, 271–276
- Olewicz-Cieślak, D., Cholewa, M. (2012). „Miasto ogród” – historia i terażniejszość ogrodnictwa w Szpitalu specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. [W:] *Hortiterapia – stan obecny i perspektywy rozwoju terapii ogrodniczych*. Mat. I Konferencji Ogólnopolskiej, Kraków, 15.03.2012, 7.
- Płoszaj-Witkowska, B. (2013). *Hortiterapia*, <http://dziedzictwo-kip.blogspot.com/2013/09/hortoterapia.html> [dostęp 10.08.15].
- Potter, J. (2006). *Gardens for healing – a personal view of recent initiatives in greening the hospital environment*, <http://planningexchange.foundation.org.uk/reports/Gardens%20for%20healing%206D2681.pdf> [dostęp 10.08.2015].
- Pudelska, K., Mirosław, A. (2013). Symbolika średniowiecznych ogrodów przyklasztornych i ich roślinność. *Teka Kom. Arch. Urb. Stud. Krajoobr. – OL PAN*, 9/2, 49–56.
- Relf, P.D., Dorn, S. (1995). Horticulture: Meeting the needs of special populations. *HortTechnology* 5(3), 93–105.
- Rumińska, A. (1983). *Rośliny lecznicze. Podstawy biologii i agrotechniki*. PWN, Warszawa.
- Siewniak, M., Mitkowska, A., (1998). *Tezaurus sztuki ogrodowej*. Rytm, Warszawa.
- Szarszewski, A. (2000). *Szpital i kościół św. Jakuba: 600 lat fundacji gildii szyprow w Gdańsku*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń
- Szulc, A. (2013). *Zielone miasto. Zieleń przy ulicach*. Agencja Promocji Zieleni, Warszawa
- Szumowski, W. (1961). *Historia medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224: 420–421
- Wańkiewicz, M. (1972). *Szczeniące lata*. Czytelnik, Warszawa.
- Woźniak, B. (2009). Biedak w średniowiecznym przytulku. *HistMag.org*, <http://histmag.org/Biedak-w-sredniowiecznym-przytulku-3056> [dostęp 10.08.15].

AN IMPORTANCE OF THE FORMER AND PRESENT THERAPEUTIC GARDENS

Abstract. Since the earliest times a man has been seeking help for health problems in holy groves or at healing rivers and springs. At that time, any illness was believed to result from a disapproval of spirits and gods, and magicians or wizards were the intermediaries between them and people. Herbal medicine was widely used. In Greece, the medics concentrated around the temples of Asclepius, the god of medicine. Temples, sanctuaries with springs, wells and altars had a cult-medicinal function. The medieval cloister gardens might be considered as the earliest therapeutic gardens. The monasteries established asylums, hospitals and hospices where those in need could get help, both physical and spiritual. In the 18th century in the West Europe the first city hospitals with accompanying gardens were established, for example in Paris, Marseilles, Florence, Pisa or Vienna. The development of medicine, hygiene and a role of a patient contact with nature in the process of healing as well as the ideas of Romanticism contributed to establishment of health resorts. In a Polish countryside, manor houses had a big importance in shaping the medical awareness. Possessing own stock of medicines and herbs (lime flos, chamomile, mint, dried fruits, jams, honey) resulted naturally from former needs and a lack of wider access to doctors and pharmacies. The development of gardens intended for active therapy in the USA is dated to the 18th and 19th century, when the contact with nature and working on a farm or in a garden was an important element of a treatment. In the 30s of the 20th century, in England, gardening became officially recognized as a method of therapy for physically or mentally ill. Fifty years later, a concept of a sensory garden appeared as a response to the needs of partially sighted. An article by Roger Ulrich, a German behaviorist and landscape architect, concerning a positive influence of nature on the ill and convalescents. At present, the importance of a therapeutic garden increases. It is not only a place for cultivation of plants, such as trees, shrubs and ornamentals plants, composed according to a specific design, but it is also a didactic garden presenting medical properties of plants as well as a place teaching compassion and understanding for sickness and old age.

Key words: therapeutic gardens, the gardens of the senses, history, monastery gardens, hospital gardens, horticultural therapy

Zaakceptowano do druku – Accepted for print: 8.03.2016

Do cytowań – For citation: Pudelska, K., Dudkiewicz, M., Durlak, W., Parzymies, M. (2016). Ranga dawnych i współczesnych ogrodów terapeutycznych. *Acta Sci. Pol., Formatio Circumiectus*, 15(1), 125–137.