


Hortiterapia

jako
element
wspomagający
leczenie
tradycyjne

Pod redakcją
Agnieszki Krzywińskiej

 **rhythmos**

PIOTR LEWANDOWSKI

Instytut Melioracji, Kształtowania Środowiska i Geodezji
Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Uwarunkowania społeczno-formalne hortiterapii w Unii Europejskiej i Polsce

Część 2. Psychologia starości i polityka senioralna

Streszczenie W pracy zaprezentowano uwarunkowania psychologii starzenia oraz polityki społecznej w stosunku do seniorów w krajach Unii Europejskiej i Polsce. Wskazano, jak mogą one wpływać na możliwości rozwoju hortiterapii w perspektywie czasowej. W świetle zmian demografii w krajach Unii Europejskiej oraz sytuacji ekonomicznej seniorów – szczególnie w Polsce – rola hortiterapii jest dotychczas niedoceniana. Jako relatywnie tania może wspomagać inne metody terapeutyczne. Istotne jest również to, że pełni ona bardzo ważną funkcję integracyjną, mogącą włączać seniorów w życie społeczne. Dlatego też w ramach różnych programów unijnych obejmujących inkluzję społeczną hortiterapia mogłaby być promowana jako tania i efektywna forma wspierania tego procesu.

Słowa kluczowe hortiterapia, społeczeństwo, starzenie się społeczeństwa, psychologia starości, społeczna polityka senioralna, Unia Europejska

Wprowadzenie

Szeroki przegląd literatury opisującej hortiterapię jako metodę wspomagającą inne rodzaje terapii leczniczych zaprezentowano w części pierwszej (LEWANDOWSKI 2017). Zawiera ona uwarunkowania demograficzne oraz ekonomiczne Unii Europejskiej i Polski wpływające na możliwości rozwoju hortiterapii w perspektywie czasowej, w stosunku do seniorów. Jak wskazano, osoby w jesieni życia są grupą demograficzną, która w krajach Unii Europejskiej będzie dynamicznie powiększała swój udział w ich społeczeństwach. Szczególnie odnosi się to do Polski,

której populacja, według prognoz statystycznych, będzie jedną z najszybciej starzejących się.

Terapia ogrodnicza wpływa korzystnie nie tylko na zdrowie fizyczne, ale ułatwia także psychiczne przystosowanie się do niepełnosprawności fizycznej, akceptację choroby, stwarza poczucie przydatności, rozwija kreatywność i pomaga opanować stres (NOWAK 2008). W przypadku jej realizacji istotna jest znajomość psychologii przez prowadzących zajęcia, a szczególnie psychologii starzenia się. Dlatego jest to miejsce pracy dla odpowiednio przygotowanych, profesjonalnych instruktorów. Ich obecność niejako warunkuje możliwość realizacji hortiterapii (NOWAK 2008).

Wartością dodaną działań hortiterapeutycznych są nawiązane i zacieśniające się relacje społeczne podopiecznych, poczucie bycia potrzebnym, kreatorem własnego małego szczęścia i sukcesu. Jest to zatem istotna rola socjalizująca. Takie działanie hortiterapii dostrzeżono w ośrodkach przymusowego (np. więzienia, areszty śledcze), jak i dobrowolnego odosobnienia (np. szpitale, ośrodki odwykowe, domy pomocy społecznej) (LATKOWSKA 2008, NOWAK 2008, PŁOSZAJ-WITKOWSKA 2014). Te drugie mają swój historyczny początek w izolowanych wspólnotach dawnych klasztorów i szpitali, którym najczęściej towarzyszyły ogrody (LATKOWSKA I MIERNIK 2012, PUDELSKA I IN. 2016). Pamiętać jednak należy, że pierwsze pozytywne oddziaływanie roślin i ogrodów na zdrowie człowieka odnotowano już w starożytnej Mezopotamii około 2000 lat p.n.e. (CYLKOWSKA-NOWAK I TOBIS 2014).

Rola socjalizująca jest szczególnie istotna dla seniorów, czujących wyobcowanie w społeczeństwie podążającym za szybkim rozwojem cywilizacji cyfrowej, z wszechobecnym w mediach „kultem młodości”. Zajęcia mogą też być okazją do przełamywania barier międzypokoleniowych poprzez udział w nich dzieci (np. wnucząt). Ich uczestnictwo przynosi cenne korzyści – wpływa na rozwój poznawczy i poprawia rozwój psychiczny i emocjonalny najmłodszych (SZEWCZYK-TARANIEK 2012).

Na powyższe nakłada się wspólnotowa polityka społeczna oraz mechanizmy poszczególnych krajów służące aktywizacji fizycznej i włączeniu społecznemu obywateli. Należy pamiętać, że poza działaniem terapeutycznym w stosunku do osób chorych oraz z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi, hortiterapia pełni również funkcje profilaktyki prozdrowotnej. Działa włączająco w społeczeństwo poprzez bezpośrednie kontakty międzyludzkie i nie wymaga specjalnej (poza nielicznymi wyjątkami) sprawności fizycznej.

Charakterystyka psychologii starzenia się

Ze względu na stosunkowo nowy problem społeczny w historii społeczeństw, jakim jest ich starzenie się, psychologia człowieka starego jest dziedziną młodą. Jej początek datuje się dopiero na rok 1969, kiedy to zorganizowano pierwszą kon-

ferencję na ten temat na uniwersytecie w Zachodniej Wirginii (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009). Wzrost zainteresowania tą tematyką wynika z postępującego starzenia się społeczeństw najwyżej rozwiniętych krajów świata. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 7 kwietnia 1999 roku, na świecie żyło wówczas 580 milionów ludzi powyżej 60 roku życia, z czego 355 milionów w krajach wysoko rozwiniętych (WHO 1999). Prognozy wskazują, że w 2020 roku liczba ludzi w wieku 65 lat i więcej osiągnie 1 miliard, co stanowić będzie około 30% populacji świata. Podobny trend odnosi się do Polski, gdzie według danych GUS (2014 i 2016), po 2025 roku liczba ludzi po 65 roku życia będzie przewyższać liczbę ludzi młodych do 15 lat. Z tego powodu też współczesne społeczeństwa bywają określane mianem postemerytalnych (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009). Znaczenia nabiera pogląd, że starość jest tak samo istotnym etapem życia jak każdy inny. Poznanie psychologicznych procesów starzenia się pogłębia wiedzę o człowieku starym i jego potrzebach, nie tylko o jego ograniczeniach, ale i możliwościach rozwojowych. Podyktowane to jest zapotrzebowaniem społecznym na wiedzę o tym, jak opóźnić proces starzenia i jak pomóc w maksymalnym wykorzystywaniu rezerw psychicznych seniorów, oraz jak uczynić starość satysfakcjonującym okresem życia.

O ile łatwo jest wskazać koniec starości, którym jest śmierć, ściśle zdefiniowanie początku starzenia się, charakteryzującego okres późnej dorosłości jest niezwykle trudne (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009). Próg ten u poszczególnych osób waha się w zakresie 30 lat i może wystąpić już w 45 lub dopiero w 75 roku życia. W opinii wielu badaczy, wiekiem granicznym jest 70 rok życia. Z kolei według klasyfikacji WHO, starość rozpoczyna się w 60 roku życia. Wskazuje się także na 55 rok życia jako przełomowy dla późnej dorosłości, podkreślając płynność tej granicy i przesunięcia o ± 3 lata. Trudności te wynikają również ze zmian pokoleniowych w zakresie biologicznych cech człowieka. Antropolodzy twierdzą, że w XX wieku proces starzenia się opóźniono o około 10 lat. Przejrzystość w uściśleniu granic uzasadniają też cechy współczesnej kultury społecznej. Zwiększa się rola samopoczucia, stylu życia, rodzaju wykonywanych zajęć, zaangażowania w pracę i organizację czasu wolnego. Według Straś-Romanowskiej (2009), istnieją dwa najmniej sporne kryteria starości. Są nimi kryterium biologiczne, określone przez zmiany fizjologiczne organizmu oraz socjoekonomiczne (okres poprodukcyjny i emerytura). Dlatego niekiedy rozróżnia się trzy kategorie wieku seniora: chronologiczny (kalendarzowy i socjoekonomiczny), biologiczny oraz psychologiczny.

Z medycznego punktu widzenia biologiczny wymiar starzenia się dzieli się na dwa typy zmian. Należą do nich obniżenie sprawności fizycznej oraz tzw. mnoga patologia (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009). Obniżenie sprawności fizycznej objawia się ograniczeniem zdolności do wysiłku, zwiększoną męczliwością, obniżoną aktywnością oraz spadkiem wigoru. Terminem „patologii mnogiej” definiuje się natomiast występowanie równocześnie kilku dolegliwości u tej samej osoby. Wpływają one na jej codzienną aktywność.

Starość biologiczna jest efektem starzenia się pomyślnego, zwyczajnego lub patologicznego. Starzenie się pomyślne rozumiane jest jako „najbardziej optymalny z możliwych przebiegów starzenia, wolny od patologii, kształtowany pozytywnie przez uwarunkowania zewnętrzne, o minimalnych deficytach fizjologicznych, psychologicznych i społecznych przypisywanych wiekowi chronologicznemu”. Starzenie się zwyczajne polega na widocznych i odczuwalnych stratach, a patologiczne przebiega z wyraźnym spadkiem funkcji narządów, nakładania się chorób i prowadzi do przedwczesnej śmierci. W polskich warunkach dominuje niestety patologiczny rodzaj starości (BIEŃ 1997).

Według Straś-Romanowskiej (2009), w wymiarze psychospołecznym starości kategorią opisu sytuacji społecznej człowieka jest pojęcie „strata” albo koszty starzenia się (aging losses). Następuje przewartościowanie celów i zmiana stylu życia, prowadząca nierzadko do przyjęcia nowej koncepcji, czy filozofii życia. Jest to nowa forma adaptacji. Często towarzyszą jej zdarzenia krytyczne. Najczęściej są to: pogorszenie zdrowia i kondycji, obniżenie atrakcyjności fizycznej, utrata bliskich, zmiana na gorsze statusu społecznego i ekonomicznego, poczucia przydatności i prestiżu, a także zbliżająca się perspektywa śmierci. Poczucie niskiej atrakcyjności fizycznej jest efektem stereotypowego postrzegania człowieka starego jako brzydkiego, niesprawnego i posępnego. W rezultacie obniża ono samoocenę i wpływa negatywnie na relacje z innymi ludźmi. Utrata bliskich to kolejny krytyczny element starości. Wdowieństwo dotyczy szczególnie kobiet. Ponad połowa kobiet po 65 roku życia w Polsce jest wdowami. Około $\frac{1}{3}$ z nich mieszka samotnie. Wdowcy częściej zawierają nowe związki małżeńskie (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009). Krytycznym zdarzeniem jest też utrata dotychczasowego statusu zawodowego i materialnego wynikająca z przejścia na emeryturę. Wydarzenie to stanowi dramatyczne przeżycie i zmusza do zmiany trybu życia, zagospodarowania czasu wolnego i ogranicza kontakty z ludźmi. W polskich realiach wiąże się ze znacznym pogorszeniem warunków materialnych. Konsekwencją jest głównie utrata poczucia znaczenia, prestiżu oraz wzrost poczucia bezużyteczności. Często aktualne oczekiwania rodziny (np. zajęcie się wnukami) znacznie odbiegają od planów samych emerytów, którzy po wychowaniu swych dzieci i ograniczeniu zasobów finansowych, chcieliby wreszcie zająć się swoimi pasjami i realizacją części marzeń. Staje się to szczególnie istotne na etapie poczucia przemijającego czasu i zbliżającej się śmierci.

Krytyczne zdarzenia mogą być przyczyną kryzysu starości. Badacze tego problemu podkreślają głównie wpływ stanu zdrowia na adaptację do starości. Podają oni prostą regułę, według której reakcje na starość zależą od pogorszenia stanu fizycznego oraz stopnia obniżenia statusu ekonomicznego (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009). Osoby starzejące się optymalnie to takie, które pozostają aktywne, są obecne w życiu społecznym, będąc na emeryturze, znajdują zastępcze zajęcia, substytuty utraconej młodości, nawiązują też nowe więzi przyjacielskie. Formą aktywności może być realizacja prostych zajęć z zakresu hortiterapii. Na gruncie

funkcji terapeutycznych i społecznych, jakie bierny i aktywny kontakt z roślinami może pełnić w życiu człowieka, powstało socjoogrodnictwo (ang. human issues in horticulture, socio-horticulture). Zajmuje się ono m.in. zależnościami między roślinami i ogrodnictwem a człowiekiem i społecznością (NOWAK 2001, LATKOWSKA 2008).

Wyłączenie się z życia społecznego stanowi naturalną i funkcjonalnie ważną potrzebę rozwojową człowieka w późnej dorosłości. W ocenie osób starszych odbierane jest jako coś nieuniknionego i zapewniającego pożądany spokój. Z drugiej strony wyrażają one żal z utraty poczucia własnej wartości, traktując ją jako negatywną konsekwencję wycofania się z aktywnego życia. Wykazano jednak, że sposób adaptacji do nowych warunków spowodowanych emeryturą zależy od typu osobowości (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009).

Zmiany w sferze percepcyjno-motorycznej starości odnoszą się także do zmysłów. Od około 40–50 roku życia powoli podwyższa się próg wrażliwości dla wzroku, słuchu oraz smaku. Jedynie wrażliwość bólu pozostaje na względnie podobnym poziomie. Następuje osłabienie selektywności uwagi i zdolności koncentracji. Wydłuża się czas reakcji na bodźce wzrokowe i słuchowe oraz wykonywania czynności prostych i złożonych. Postępuje ogólne spowolnienie sprawności psychomotorycznej (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009).

Pomocna dla osób starszych może okazać się hortiterapia. Kontakt z naturą i roślinami, permanentnie dostarcza bodźców dotykowych, zapachowych, smakowych, dźwiękowych i wzrokowych. Takie stymulowanie zmysłów podnosi percepcję i spowalnia proces starzenia się. Samo przebywanie na łonie przyrody wywiera korzystny wpływ na samopoczucie i zdrowie. Dzięki różnorodnym barwom i kształtom roślin, zapachowi, obecności zwierząt i owadów czy elementów architektonicznych, ogród wpływa korzystnie na zdrowie. Jego rola polega na zapewnianiu użytkownikom poczucia odprężenia, komfortu i bezpieczeństwa (PUDELSKA I IN. 2016).

W zakresie strategii potrzeb, ludzi starszych cechuje bierność oraz zależność od otoczenia. Mają oni niższą niż osoby młode motywację osiągnięć oraz małą pewność siebie, natomiast podwyższoną potrzebę spokoju i bezpieczeństwa. Ponadto cechuje ich wysoki poziom lęku przed osamotnieniem. Ludzie starzy nastawieni są obronnie i zachowawczo wobec otoczenia, unikają innowacji i zmian. Posiadają silną potrzebę akceptacji przy jednocześnie niskiej ocenie możliwości sprostania wymogom otoczenia. Wywołuje to poczucie nierozwiązalności sytuacji, w której znalazła się osoba starsza. Stąd wycofująca i obronna postawa ludzi starych interpretowana jest jako przejaw instynktu samozachowawczego, uruchamianego w wyniku zachwiania poczucia bezpieczeństwa, najczęściej z powodu niekorzystnej sytuacji zdrowotnej i socjoekonomicznej (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009).

Podsumowując osobowość człowieka starego, należy stwierdzić, że nie ma przekonujących dowodów na to, że zmienia się ona w istotny sposób w miarę

starzenia się. Mimo wszystko starość stwarza warunki i szanse do dalszego rozwoju duchowego i mądrości transcendentnej człowieka (STRAŚ-ROMANOWSKA 2009). Rozwój w sferze psychomotorycznej, socjo-społecznej oraz absorpcji czasu wolnego na realizację zainteresowań i hobby mogą zapewnić zajęcia terapeutyczne w ogrodzie. Opierają się one na naturalnym związku człowieka z przyrodą i wrodzoną pozytywną reakcją na środowisko naturalne (GÓRSKA-KŁĘK I IN. 2009).

Polityka społeczna Unii Europejskiej i Polski wobec osób starszych

Polska będąc członkiem Unii Europejskiej, jest zobligowana do realizacji działań priorytetowych, odnoszących się do różnych dziedzin życia społeczeństwa. Działania takie obejmują dalekosiężne plany i przewidywania w zakresie demografii, struktury społecznej, funkcjonowania gospodarki oraz jakości życia obywateli. Powyższej koncepcji Unii Europejskiej służy Strategia „Europa 2020” (KOMISJA EUROPEJSKA 2010). W podtytule zawiera ona zapis „Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”. Komisja zaproponowała pięć celów na rok 2020, które miały być przełożone na cele krajowe. Obejmują one zatrudnienie, badania i innowacje, zmiany klimatu i energię, edukację oraz walkę z ubóstwem. Wskazano, że kryzys zniweczył wyniki wielu lat postępu gospodarczego i społecznego, a długofalowe problemy, m.in. starzenie się społeczeństw, stały się coraz bardziej naglące. Wykazano to także w pierwszej części publikacji (LEWANDOWSKI 2017).¹⁷

Liczba osób w wieku powyżej 60 lat rośnie aktualnie w UE w tempie dwa razy szybszym niż przed rokiem 2007, tj. o około 2 mln osób rocznie. Wraz z odchodzeniem na emeryturę osób z pokolenia wyżu demograficznego, począwszy od 2013/2014 roku zaczęło ubywać osób aktywnych zawodowo. Mniejsza liczba czynnych zawodowo i wzrost liczby emerytów będzie dodatkowym obciążeniem dla systemów opieki społecznej. Aby poradzić sobie z problemami starzejącego się społeczeństwa i światowej konkurencji, Europa musi w 100% wykorzystać potencjał siły roboczej. Dużego wysiłku wymagać będzie walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz nierównościami w obszarze zdrowia. Ważne będzie wspieranie zdrowia i aktywności osób starszych, aby umożliwić osiągnięcie wyższej spójności i integralności społecznej (KOMISJA EUROPEJSKA 2010). Jednym z narzędzi służących wcieleniu w życie Strategii Europa 2020 jest program ramowy Unii Europejskiej Horyzont 2020 (ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY UNII EUROPEJSKIEJ 2013). W obrębie wyzwań społecznych przewiduje on działania w zakresie m.in. ochrony zdrowia i zmian demograficznych.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą musiały propagować walkę z ubóstwem i wyłączeniem społecznym, opracować i przeprowadzić działania dla rozwiązania konkretnych problemów grup szczególnie zagrożonych (m.in. osób starszych i niepełnosprawnych), w pełni wykorzystywać systemy

ochrony socjalnej i emerytalnej, aby zapewnić wsparcie dochodu i dostęp do opieki zdrowotnej (KOMISJA EUROPEJSKA 2010).

Szczególnie istotne w tym dokumencie są słowa odnoszące się nie do „wyłączenia”, a „włączenia społecznego”. Inkluzja społeczna, czyli właśnie społeczne włączenie i integracja jest procesem włączania jednostek, grup czy kategorii społecznych w funkcjonowanie szerszego społeczeństwa. Jest zjawiskiem odwrotnym do ekskluzji, czyli wykluczenia społecznego i marginalizacji. Kraje członkowskie Unii Europejskiej od dawna starają się przeciwdziałać ekskluzji poprzez szereg działań inicjowanych przez rządy, organizacje pozarządowe i przedsiębiorstwa prywatne. Wskaźniki statystyczne związane z tym zagadnieniem są zbierane i publikowane przez Eurostat.

Szeroki opis zagadnienia ekskluzji i inkluzji opisali GINDRICH (2015) i MAKAREWICZ-MARCINKIEWICZ (2015). Przyczyny i skutki tych zjawisk oraz ich cechy pierwszy autor w swej publikacji odniósł wprawdzie do osób niepełnosprawnych, jednak przedstawione spostrzeżenia są niezwykle uniwersalne i doskonale odnoszą się także do innych grup „wrażliwych”, w tym do osób w wieku poprodukcyjnym. Jak podaje cytowany autor, „pojęcie wykluczenia społecznego w sensie socjologicznym odnosi się do niepełnego uczestnictwa lub jego braku nie tylko w życiu społecznym, ale i w wymiarze gospodarki oraz kultury z powodu niepełnosprawności, choroby, orientacji seksualnej, płci, rasy, wyznania, wieku oraz pochodzenia społecznego”. Zjawisko to cechuje pełne odcięcie lub ograniczenie dostępu do społecznych, gospodarczych, kulturowych i politycznych systemów pomagających jednostce w integracji, które sprawia, że ludzie są bardziej narażeni na ubóstwo i izolację społeczną (deprywację). Jest to także niepełny zakres przedmiotowy i podmiotowy praw socjalnych, nieskuteczna ich realizacja oraz różne przeszkody tego stanu. Formy wykluczenia społecznego obejmują wiele jego aspektów. Jest to nieuczestniczenie (niekorzystanie) lub uczestniczenie (korzystanie) w bardzo ograniczonym zakresie obejmujące wykluczenie: ekonomiczne (w gospodarczych aspektach życia), socjalne (w zakresie dóbr publicznych i infrastruktury społecznej), polityczne, kulturowe, cyfrowe (w społeczeństwie informacyjnym, świecie komputerów, multimediiów, Internetu), strukturalne (związane z zamieszkiwaniem w dzielnicy nędzy i posiadaniem dochodów poniżej granicy ubóstwa), fizyczne (związane z wiekiem osoby, jej niepełnosprawnością, poziomem wykształcenia), normatywne (powodowane przez konflikty z prawem, patologią społeczną, brakiem legislacji) (GINDRICH 2015). Poza ostatnią formą wykluczenia wszystkie wcześniejsze doskonale odpowiadają czynnikom wpływającym na ekskluzję osób w wieku 65+ w warunkach polskich.

Praca MAKAREWICZ-MARCINKIEWICZ (2015) wskazuje, że uprzednio znane zjawiska ubóstwa, nierówności społecznych, marginalizacji i dyskryminalizacji ewaluowały na tyle, że nowa jakość wymagała nowego nazewnictwa jako ekskluzji społecznej. Jest to jednak termin kategoriyczny bez względu na układ odniesienia i zawsze taki sam – osoba wykluczona pozostaje poza systemem.

Współczesne definicje sytuują wykluczenie społeczne jako kontekst: uczestnictwa/partycypacji w życiu społecznym lub zbiorowym; dostępu do zasobów, dóbr, instytucji i systemów społecznych; ubóstwa i deprivacji potrzeb oraz praw społecznych i ich realizacji.

Odpowiedzią na potrzeby włączenia grup społecznych w krajach Unii Europejskiej jest m.in. *Atlas dobrych praktyk inkluzji społecznej i zawodowej. Finanse publiczne na rzecz aktywnej Europy* Europejskiej Federacji Banków Etycznych i Alternatywnych FEBEA (Fédération Européenne des Finances et Banques Éthiques et Alternatives) z 2011 roku (BERTONCELLO I IN. 2011). W obszernej, liczącej 176 stron publikacji, zawarto informację o projektach systemowych inkluzji społecznej w Polsce i Unii Europejskiej z rozwiązaniami prawnymi i przykładami. Zaprezentowane dobre praktyki pochodzące z kilkunastu krajów są różnorodne. Pogrupowano je na obszary działalności (np. dla długotrwale bezrobotnych lub chorych psychicznie). Niestety, w tej publikacji zagadnienie inkluzji społecznej seniorów potraktowane jest marginalnie.

Przełożeniem Strategii Europa 2020 na uwarunkowania polskie jest Strategia Rozwoju Kraju 2020 opracowana przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego w 2011 roku, a wdrożona rok później (M.P. 2012, POZ. 882). Mimo znacznej objętości (łącznie 239 stron) tylko w niewielkim stopniu wskazuje ona na problematykę osób starszych. Nastąpiły jednak wyraźne zmiany w polityce społecznej na szczeblu resortu. Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z 16 sierpnia 2012 roku utworzono Departament Polityki Senioralnej (M.P. 2012, POZ. 590). Odpowiada on za tworzenie i rozwój działań skierowanych do seniorów, warunków dla poprawy systemu ich wsparcia, realizację zadań w obszarze aktywnego starzenia się i innych form współpracy wewnątrz- i międzypokoleniowej z udziałem seniorów oraz ich monitorowanie. Departament prowadzi też współpracę z organizacjami i instytucjami kierującymi działania do seniorów, w tym współpracę międzynarodową w obszarze aktywnego starzenia się. Ponadto odpowiedzialny jest za koordynację realizacji Rządowego Programu Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2020 (PROGRAM ASOS) i Programu wieloletniego „Senior-WIGOR” (aktualnie „Senior +”) na lata 2015–2020. Na bazie Instytutu Reumatologii powstał także w 2015 roku Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji oraz powołano Radę ds. Polityki Senioralnej. Działają kilka programów aktywizujących seniorów w ramach Programu Senior +, powstają dzienne domy opieki, w których osoby w wieku 60+ mogą aktywnie spędzać czas, działa sieć uniwersytetów trzeciego wieku. Swoje pomysły powoli realizują też samorządy. Jednak polityka senioralna w Polsce musi nabrać większego znaczenia.

Przełożeniem unijnej Strategii „Europa 2020” w zakresie polityki dla osób 65+ w warunkach polskich są także *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (ZDPS) (M.P. 2014, POZ. 118). Zapisano w nich, że „polityka senioralna to ogół celowych działań organów administracji publicznej

wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się”. Adresaci tych działań oraz ich ścisła współpraca będą stanowiły o skuteczności realizacji głównego celu polityki senioralnej – poprawy sytuacji osób starszych, dla godnego starzenia się w dobrym zdrowiu (M.P. 2014, poz. 118). Po przedstawieniu sytuacji demograficznej w punkcie drugim (*Uwarunkowania rozwiązań medyczo-opiekuńczych dla osób starszych*), wymienia się trzy główne priorytety. Są to: stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych; promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna oraz rozwój usług społecznych i opiekuńczych dla potrzeb osób starszych. W punkcie czwartym (*Aktywność społeczna*) uwzględniono zaś m.in. priorytety: rozwój aktywności obywatelskiej oraz rozwój wolontariatu osób starszych. We wszystkie powyższe doskonale wpisuje się koncepcja i idea hortiterapii.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (ZDPS) są wykonaniem zobowiązania przewidzianego w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych pierwotnie na lata 2012–2013, a obecnie 2014–2020 (Program ASOS). Jest on pierwszym ogólnopolskim programem przygotowanym na taką skalę dla osób starszych i współpracy międzypokoleniowej. Realizacja Programu ASOS pozwoliła na stworzenie podstaw polityki senioralnej w Polsce (M.P. 2014, poz. 52). Przejęcie ZDPS miało nie powodować dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. W pracach nad założeniami polityki senioralnej wykorzystano koncepcję aktywnego starzenia się. Jest ono definiowane jako proces umożliwiający zarówno jednostkom, jak i grupom społecznym zagospodarowanie ich potencjału, zachowania zarówno dobrostanu psychicznego i fizycznego, jak i aktywności zawodowej, społecznej oraz niezależności i samodzielności. Wyzwaniem jest także zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające pracującym w wieku 50+ na godzenie życia zawodowego z rodzinnym (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi). Wśród kierunków rekomendacji Programu ASOS przewiduje się zwiększenie dostępności istniejących obiektów sportowych dla seniorów, rozwój otoczenia przyjaznego dla ich aktywności fizycznej, np. w miejscu zamieszkania, użyteczności publicznej (np. parki, osiedla mieszkaniowe) oraz rozwijanie i wspieranie systemu zorganizowanych, aktywnych zajęć fizycznych dla osób dorosłych i starszych (M.P. 2014, poz. 52). Tu należy wskazać, że zajęcia hortiterapeutyczne nie tylko zapewniają aktywność fizyczną, wpływają na socjalizowanie powyższej grupy, ale także motywują do obu powyższych form aktywności.

Zapewnienie wymienionych działań ma wynikać z rozwoju usług społecznych adresowanych do powyższej grupy docelowej. Rozumiane są one (zgodnie z definicją OECD) jako usługi świadczone na rzecz gospodarstw domowych, głównie o nierynkowym charakterze. Ich dostarczycielem jest przede wszystkim sektor publiczny, organizacje non-profit oraz organizacje o charakterze prywatnym.

Wśród usług społecznych można wyróżnić m.in. zdrowotne i edukacyjne jako część usług publicznych. W Unii Europejskiej termin ten odnosi się do ubezpieczeń społecznych związanych z ryzykiem życiowym, takim jak starzenie się czy wypadki w pracy. Są to również usługi nakierowane bezpośrednio na osobę w kryzysowych momentach życia pozwalające na jej reintegrację społeczną (M.P. 2014, POZ. 52).

Formą usług społecznych w obrębie opieki zdrowotnej, z której korzystają osoby starsze, jest leczenie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej. W 2014 roku pacjenci w wieku 65+ stanowili 38,6% spośród 794,5 tys. osób korzystających z leczenia w tych obiektach (GUS 2016). W powyższych jednostkach, na terenie ogrodów zdrojowych i parków, z powodzeniem mogłaby być realizowana forma rehabilitacji w postaci hortiterapii. GÓRSKA-KŁĘK I IN. (2009, 2013) podają, że szybciej zdrowieją pacjenci, których okna skierowane są na drzewa niż ceglana ścianę. Zieleni wpłynęła na redukcję stresu, obniżenie ciśnienia i zmniejszoną potrzebę środków przeciwbólowych. O roli zieleni w otoczeniu szpitali pisali także DĄBSKI I IN. (2015).

Osoby znajdujące się w trudnych sytuacjach życiowych i wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają wsparcia domów i zakładów pomocy społecznej zapewniających także opiekę medyczną. Na koniec 2014 roku w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej grupa pensjonariuszy w wieku 65+ liczyła 46,3 tys., z czego $\frac{2}{3}$ przebywało w placówkach prowadzonych przez organy publiczne (GUS 2016). Jest to kolejne miejsce, gdzie wykwalifikowana kadra dysponująca zapleczem ogrodniczym mogłaby realizować zajęcia hortiterapeutyczne. W USA, Kanadzie, Australii, RFN i Japonii hortiterapia jest często wykorzystywana w rehabilitacji poprzez zajęcia terapeutyczne w ogrodach przy obiektach opieki (GÓRSKA-KŁĘK I IN. 2009). W tym przypadku można nawet bezpośrednio mówić o realizacji „green care” – dobroczynnym działaniu terenów zieleni. Odnosi się to nie tylko do ich walorów przyrodniczych i estetycznych, ale również korzyści zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych (LIS I IN. 2012).

Bardzo obszerny dokument ilustrujący politykę społeczną wobec wyzwań starzenia się społeczeństwa opracował zespół Instytutu Spraw Publicznych dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (SZUKALSKI RED. I IN. 2008). Dokument ten (168 stron) szczegółowo zajmuje się uwarunkowaniami procesu senioryzacji polskiego społeczeństwa, w tym również demografią. Omówiono także kwestie przygotowania do starości (jako zadanie dla jednostek i zbiorowości), style życia współczesnych Polaków i ich stan zdrowia oraz aktywność zawodową i planowany wiek przechodzenia na emeryturę oraz opiekę nad ludźmi starszymi. Celem badań było poznanie oczekiwań osób znajdujących się na przedpolu starości odnośnie ich gotowości do: dłuższego pozostawania na rynku pracy, poddawania się rehabilitacji czy udzielania i otrzymywania wsparcia w postaci usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Badania skupione na preferencjach i potrzebach

przyszłych seniorów umożliwiają trafniejsze projektowanie polityki społecznej, w tym zmian w organizacji i finansowaniu systemu zabezpieczenia społecznego, rynku pracy i polityki rodzinnej (SZUKALSKI RED. I IN. 2008).

Badania wykazały tradycyjne podejście w zakresie form opieki nad osobami starszymi. Większość uważała, że opieka nad rodzicami w wieku starszym należy do obowiązków dzieci (58,8%) lub całej rodziny (39,6%). Najbardziej preferowaną formą pomocy seniorom jest możliwość pozostania we własnym mieszkaniu, przy korzystaniu z doraźnej pomocy osób bliskich, rodziny, przyjaciół i sąsiadów (55%). Wybór ten wskazuje na utrzymanie niezależności i samodzielności oraz oczekiwanie, że w razie potrzeby znajdą się osoby bliskie, które udzielą wsparcia. Zamieszkanie w domach pomocy społecznej jest przyzwolone, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić opieki seniorom lub są oni pozbawieni rodziny. Badania wskazały, że przyszli seniorzy nie uczestniczą w budowaniu sieci wsparcia, od której oczekują pomocy w przyszłości. Ich aktywność obejmuje podejmowanie indywidualnych działań na rzecz społeczności lokalnej, sąsiadów (22%) i wspólnot mieszkańców (17%) (SZUKALSKI RED. I IN. 2008).

W opracowanym w 2012 roku przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych Raportcie na temat osób starszych w Polsce obok kwestii demograficznych wskazano także na aspekty ekonomiczne. Uzupełniono go o uczestnictwo ludzi starszych w życiu środowiska lokalnego i politykę wobec ludzi starych. Tę ostatnią rozpisano na przykładowe zadania strategiczne wobec ludzi starych, realizowane przez samorząd terytorialny (BŁĘDOWSKI I IN. 2012).

Polityka senioralna jest złożonym problemem. W niektórych jej obszarach, dotyczących np. osób aktywnych i względnie zdrowych, udało się już stworzyć niezłe warunki do działania. Wzorów należy szukać na Zachodzie, gdzie na różne sposoby zaspokaja się potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Strategie zwykle organizowane są międzysektorowo, a usługi medyczne, opiekuńcze i socjalne traktowane kompleksowo. W Niemczech np. funkcjonuje obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne (LEWANDOWSKI 2017), a w Wielkiej Brytanii program określający standardy opieki finansowanej ze środków publicznych i ich współpracę z lokalnymi instytucjami. W Danii kilka resortów brało udział w opracowywaniu strategii opieki (i rehabilitacji) nad seniorami. Różne są też źródła finansowania polityki senioralnej. W systemie skandynawskim środki pochodzą z podatków. Szerokie spektrum powyższych zagadnień w krajach Europy zaprezentował DRIEST (2006).

Krytycy polskiej polityki senioralnej wskazują, że jest ona tworem zaczątkowym, niedokończonym i niejasnym nawet dla decydentów. Eksperci i praktycy czekają na konkrety. Wskazują, że nie wszystkie obszary związane z polityką senioralną są dobrze rozpoznane, w działaniu zaś brakuje determinacji. Lokalne strategie gmin, powiatów i regionów często przypominają listy problemów uniwersalnych, nieprzystających do uwarunkowań lokalnych np. wieku mieszkańców osiedla i ich oczekiwań (ROSOCHACKA-GMITRZAK I RACŁAW 2015). Inni eksperci wskazują

jeszcze na mylne utożsamianie polityki senioralnej jedynie z zagwarantowaniem opieki medycznej, rozproszoną odpowiedzialnością za jej prowadzenie i niskie finansowanie. Problem ten zauważyła również Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, zbierająca już od kilku lat środki na „godną starość”, głównie w aspekcie całodobowej opieki geriatrycznej.

Z jednej strony są programy oraz ważne i potrzebne inicjatywy, które skupiają się na przedłużeniu aktywności osób starszych. Zupełnie jednak brak programów, które przygotowałyby społeczeństwo do starości. Nikt nie tłumaczy, jak proces starzenia przebiega, jak się do niego osobiście przygotować i jak przygotować infrastrukturę społeczno-gospodarczą i rynek pracy (w tym usługi opiekuńcze). Należy też wskazać, że niewystarczająca liczba specjalistów i nikłe zainteresowanie niektórymi specjalizacjami nie gwarantują zabezpieczenia realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym rehabilitacyjnych i prewencyjnych.

Tymczasem wyzwania są olbrzymie. Jesteśmy jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw Unii Europejskiej. Krytykowany jest program WIGOR. W opinii WIŚNIEWSKIEGO (2015), jest rozwiązaniem źle zaprojektowanym i pochopnie wdrażanym. Nie pokrywa potrzeb większości gmin i nakłada na samorzady bardzo wysokie koszty. Odpowiednie działania nie powstaną tam, gdzie są potrzebne, tj. w biedniejszych gminach wiejskich i miejsko-wiejskich.

W ramach reformy edukacji w Unii Europejskiej zapoczątkowany w 1999 roku proces boloński wysuwał, m.in. postulat ustawicznego kształcenia i doskonalenia zawodowego, podnoszenia kwalifikacji zawodowych, dostosowania form i treści kształcenia do lokalnych oczekiwań rynku pracy i struktury społecznej mieszkańców krajów członkowskich. Niebagatelną rolę w powyższym procesie mają pełnić uczelnie wyższe, które swoją ofertą edukacyjną powinny dostosowywać się do oczekiwań społeczno-gospodarczych poszczególnych krajów Unii.

Jakość kształcenia można zdefiniować jako stopień spełnienia wymagań dotyczących procesu kształcenia i jego efektów, formułowanych przez interesariuszy (stakeholders), przy uwzględnieniu uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych. Równocześnie podczas ostatnich dwudziestu lat można było zaobserwować w Polsce wiele zmian w zakresie kształcenia wyższego, jednak nie wszystkie one uwzględniały potrzeby rynku pracy (GRUDOWSKI I LEWANDOWSKI 2012). Kształcenie specjalistów z zakresu hortiterapii może być zatem przygotowaniem kadry specjalistów do świadczenia w perspektywie czasowej relatywnie taniej formy usługi opiekuńczo-rehabilitacyjnej, stanowiącej komplementarne uzupełnienie tradycyjnej terapii medycznej. Niestety, w warunkach polskich jej rola i potencjał są niedostrzegane i marginalizowane. Być może wynika to także z nieuznawania tej formy za oficjalną metodę terapii, w przeciwieństwie np. do Wielkiej Brytanii, gdzie od lat 30. XX wieku cieszy się ona uznaniem (GÓRSKA-KŁĘK 2009, PUDELSKA I IN. 2016).

Zorganizowane zajęcia ogrodoterapeutyczne powinny zostać dostrzeżone przez decydentów projektowania i realizacji projektów senioralnych na szcze-

blu centralnym i lokalnym w Polsce jako poszerzenie istniejącej oferty. Szerzej również powinna ona wchodzić do szpitali, sanatoriów i domów opieki długoterminowej oraz klubów seniora i uniwersytetów trzeciego wieku. Instytucje te są swego rodzaju prekursorami i naturalnymi promotorami nowych rozwiązań będących odpowiedzią na potrzeby osób starszych. Należy także pamiętać, że istnieje olbrzymie przyzwolenie społeczne na aktywizację seniorów właśnie poprzez kontakt z naturą. Równocześnie, jak podają LIS I IN. (2012), można wypracować metody i drogi postępowania oraz modele rozwiązań przestrzenno-formalnych dla projektowanego parku rehabilitacyjnego w warunkach ograniczenia, czy nawet minimalizacji kosztów jego realizacji. Założenie niskobudżetowości potwierdziło możliwość realizacji takiego obiektu.

Polityka senioralna realizowana w sposób kompleksowy powinna w warunkach polskich uwzględniać także potencjał hortiterapii. O ile zadaniem państwa jest przede wszystkim stworzenie odpowiednich ram prawnych i instytucjonalnych dla realizacji polityki społecznej wobec ludzi starych i realnych oraz efektywnych zasad jej finansowania na szczeblu samorządowym, o tyle najważniejszym do realizacji tej polityki jest poziom lokalny (miasta, gminy i powiaty). Organy te wraz z organizacjami pozarządowymi powinny stworzyć lokalne programy aktywizacji i wsparcia dla osób starszych, uwzględniające lokalną specyfikę, strukturę potrzeb i możliwości ich zaspokojenia (BŁĘDOWSKI I IN. 2012). Przeprowadzone badania pokazują, że Polacy w małym stopniu traktują aktywne przygotowanie do starości jako zadanie własne, adresując oczekiwania do służb publicznych. Przede wszystkim zaś liczą na wsparcie ze strony najbliższych, co jednak wyostreza problem demograficzny związany z postępującą zmianą proporcji między liczebnością starszego i młodszego pokolenia Polaków (SZUKALSKI RED. I IN. 2008).

Do tej pory rola instytucji państwa ograniczała się jedynie do dwóch etapów życia – zapewnienia odpowiedniej jakości szkolnictwa w dzieciństwie oraz usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych osobom najstarszym. Grupy będące w pozostałych fazach życia znajdują się w zainteresowaniu instytucji lokalnych sporadycznie. Tymczasem to właśnie organy samorządu lokalnego mogą stanowić rozsądny punkt nowych praktyk i sposobu myślenia o sobie za 10–30 lat wśród dzisiejszych 40- i 50-latków (SZUKALSKI RED. I IN. 2008). Tu należałoby prowadzić także szeroką kampanię promującą dobroczynne działanie hortiterapii. Paradoks sytuacji polega na tym, że właśnie obecni 30–50-latkowie, jako decydenci kreują na szczeblu centralnym lub wdrażają na szczeblu lokalnym założenia polityki senioralnej. Perspektywa ich własnej starości wydaje im się odległa i nierealna. Mówienie zaś o roli hortiterapii w procesie aktywizacji społecznej seniorów przypomina omawianie kwestii złożonych pojęć abstrakcyjnych. Niestety, również polskie media nie skupiają się na potrzebach „siwiejącego społeczeństwa”, zaś temat hortiterapii traktowany jest niszowo i hobbystycznie. Nie ułatwia to promocji zagadnienia. Sami zaś zainteresowani nie są poinformowani o istnieniu takiej

możliwości jako opcji zagospodarowania wolnego czasu z korzyścią dla własnego zdrowia. Temat ten nie jest także szerzej promowany w klubach seniora. Biorąc pod uwagę duże zainteresowanie uniwersytetami trzeciego wieku, pomimo płatnego uczestnictwa w zajęciach, można spodziewać się podobnego zainteresowania terapią ogrodniczą, także przy wprowadzeniu ewentualnych niewielkich opłat. Przy uwzględnieniu uwarunkowań ekonomicznych polskich seniorów, opisanych szerzej w części pierwszej publikacji (LEWANDOWSKI 2017), musiałyby być to jednak kwoty symboliczne. Ich główną rolą byłby czynnik motywujący do systematycznego udziału w zajęciach. Poza tym pokrywałyby niewielką część bieżących kosztów realizacyjnych.

Można wnioskować, że zainteresowanie i zapotrzebowanie na terapię ogrodniczą byłoby znacznie wyższe, gdyby zaistniały czynniki szerzej propagujące jej dobroczynne działanie i jak wspomniano wcześniej, dobra wola decydentów, łącznie z wpisaniem jej jako jednej z form społecznej polityki senioralnej. Rynek potencjalnych odbiorców jest szeroki i będzie się sukcesywnie zwiększać wraz ze starzeniem społeczeństw Unii Europejskiej, a szczególnie Polski.

Podsumowanie

Proces starzenia się ludności z punktu widzenia gospodarki i zasad życia społecznego postrzegany jest jako jedno z najważniejszych zjawisk w XXI wieku. Starość odkrywana jest na nowo jako faza życia, która staje się etapem w mniejszym lub większym stopniu dotyczącym każdego. Dzięki odpowiedniemu przygotowaniu nie musi być w nieunikniony sposób związana z brakiem zdrowia i zależnością od innych (SZUKALSKI RED. I IN. 2008).

Proces starzenia się populacji jest od dawna w ognisku debat publicznych i politycznych. Służą one kreowaniu polityki społecznej wobec seniorów. Ekonomia społeczna ma jednak sens tylko wówczas, jeżeli radzi sobie z konkretnymi problemami oraz pokazuje skuteczność i efektywność w rozwiązywaniu trudnych kwestii społecznych, używając przy tym narzędzi ekonomicznych. Nic jednak nie zastąpi dobrych przykładów. Takim w przypadku polityki senioralnej jest relatywnie tania hortiterapia.

Warunkiem bezpiecznego, aktywnego i zdrowego starzenia się jest przeciwdziałanie głównym czynnikom ryzyka w czasie wszystkich faz życia, a szczególnie w okresie okołoemerytalnym i poprodukcyjnym. Uzyskany dzięki temu większy potencjał zdrowia w starszym wieku ma istotne znaczenie. Aktywny zdrowy senior to wsparcie dla gospodarki poprzez odciążenie systemu ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zaangażowania rodziny w pomoc dla seniora. Dlatego kluczowe znaczenie ma promocja związana m.in. z prawidłowymi nawykami dotyczącymi wysiłku fizycznego czy diety. Hortiterapia wpisuje się w jedno z istotnych działań, jakim jest wspieranie i rozwój opieki nad seniorami w Polsce. Ponadto może być formą promocji zdrowia i profilaktyki zdrowot-

nej oraz rozwoju i wspierania aktywności fizycznej osób 60–65+. Poza bardzo istotną funkcją socjalizującą grupę wysokiego ryzyka wykluczenia społecznego, jaką są seniorzy, oferuje zajęcia terapeutyczne i kontakty społeczne w miejscu ich zamieszkania. Ma to niebagatelne znaczenie ze względu na psychologię procesu starzenia. Seniorzy mają wysoką potrzebę bezpieczeństwa i znajomości najbliższego otoczenia. Z wiekiem potrzeba ta się nasila, prowadząc często do izolacjonizmu i ekskluzji społecznej. Jeśli na tym etapie życia, osobom w wieku poprodukcyjnym nie zapewni się odpowiednich programów „wychodzenia” z domu i kontaktów międzyludzkich, można doprowadzić do bezpowrotnej utraty możliwości włączenia społecznego licznej części tej zwiększającej się dynamicznie grupy społecznej.

Siwieje cała Europa. Na Zachodzie podejmuje się różne inicjatywy, żeby zaspokoić potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Strategie zwykle organizowane są międzysektorowo, a usługi medyczne, opiekuńcze i socjalne traktowane kompleksowo. Czekają więc nas demograficzna rewolucja, przez niektórych nazywana „srebrnym tsunami”, które może stać się jednym z filarów gospodarki (tzw. srebrna gospodarka). To nie tylko usługi opiekuńcze i zdrowotne, ale też produkty i usługi ułatwiające seniorom życie codzienne. Są to też oferty kulturalne, czy związane z rekreacją i przede wszystkim aktywnością zawodową. Rola szeroko rozumianej hortiterapii i jej funkcje jest zdecydowanie bardziej doceniana w zachodniej Europie. Jej udział odnosi się nie tylko do placówek ochrony zdrowia i opieki geriatrycznej, ale także obejmuje szerokie spektrum tzw. terapii zajęciowej organizowanej jako forma socjalizacji grupy seniorów, wpływającej prewencyjnie na zdrowie i utrzymanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej tej populacji. W warunkach polskich być może poprzez brak uregulowań formalnych, a może także brak świadomości decydentów, jej rola jest niedoceniana. Odnosi się to zarówno do polityków kreujących założenia polityki senioralnej, jak i różnych szczebli administracji wdrażających jej założenia w realia lokalne. Jak wskazano, realizacja działań hortiterapeutycznych nie musi wiązać się z wysokimi kosztami. Odnosi się to zarówno do procesu budowy ogrodów, jak i późniejszej realizacji zajęć. Uczelnie i szkoły są już w Polsce przygotowane do kształcenia i/lub doskonalenia zawodowego przyszłej kadry specjalistów. Brak chyba jedynie dobrej woli politycznej, szerokiej promocji i przyzwolenia dla tego typu działań postrzeganych dalej w naszym kraju jako „niszowa oferta i zajęcie grupy zapalonych fascynatów-hobbystów”. Nie dostrzega się gigantycznego potencjału drzemącego w zajęciach hortiterapeutycznych szeroko oferowanych seniorom. Potencjał ten odnosi się do ich inkluzji i aktywności społecznej oraz prewencji i rehabilitacji zdrowia. Co najważniejsze może być ona oferowana w warunkach lokalnych i przy relatywnie niskich kosztach partycypacyjnych samorządów. Można nawet stwierdzić, że tzw. usługi „srebrnej gospodarki” nie są w Polsce jeszcze dostrzegane i oferowane dla własnych seniorów. Rozwijają się one w naszym kraju dla zamożniejszych starszych osób z Europy Zachodniej.

To jednak w naszym kraju populacja osób w wieku poprodukcyjnym będzie jedną z najliczniejszych w Unii Europejskiej w nieodległym czasie (LEWANDOWSKI 2017). W dużym uproszczeniu za 20 lat co czwarty Polak ukończy 65 lat, w 2050 roku już co trzeci. Nieunikniona kontynuacja tego procesu (potwierdzają to prognozy liczby i struktury ludności), będzie prowadzić do dalszego wzrostu potrzeb w zakresie świadczeń placówek opieki zdrowotnej i opiekuńczej oraz środków na programy ochrony zdrowia (GUS 2016).

Nie ma odwrotu, po prostu musimy sprostać demograficznym wyzwaniom, a polityka senioralna musi stać się priorytetem. Trzeba jednak pamiętać, że mimo zachwyty nad trwającym od pokoleń postępem cywilizacyjnym, nigdy nie brakowało ludzi urzeczonych pięknem otaczającej ich przyrody. Jej wartość zaś najlepiej doceniają ci, którzy mają najwięcej czasu na jej kontemplowanie wobec własnego „dużego bagażu podróży życia”, która nieuchronnie zbliża się do ostatecznego celu.

Literatura

- Bertoncello B., Boni Z., Czmyr-Kaczanowska A., Huszcza M., Kubin K., Rościszewska E., Sachs K., Sienicka A., Sikorska-Michalak A. 2011. Atlas dobrych praktyk inkluzji społecznej i zawodowej. Finanse publiczne na rzecz aktywnej Europy. Fédération Européenne des Finances et Banques Éthiques et Alternatives FEBEA. Wydane przez FISE na zlecenie FEBEA. Brussels-Warszawa-Paris.
- Bień W. 1997. Starzenie pomyślne versus zwyczajne. *Gerontologia Polska* 5(4): 40-44.
- Błądowski P. 2002. Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych. Monografie i Opracowania. Szkoła Główna Handlowa 510.
- Błądowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P. 2012. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Cylkowska-Nowak M., Tobis S. 2014. Zastosowanie hortikuloterapii w gerontologii. *Gerontologia Polska* 4: 185-191.
- Dąbski M., Dudkiewicz M., Durlak W., Konopińska-Memej A. 2015. Rola i kształtowanie zieleni w otoczeniu szpitali. *Przestrzeń i Forma* 24(1): 41-56.
- Driest P.F. 2006. Long-term care in Europe. W: Hassink J. and van Dijk M. (eds.). *Farming for health: Green-care farming across Europe and the United States*. Springer, Dordrecht: 101-106.
- Gindrich P.A. 2014. Od ekskluzji do inkluzji osób z niepełnosprawnościami – edukacja włączająca szansą na lepsze jutro? <http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/fromexclusion toinclusion.html>. (Dostęp: 10.03.2017).
- Górska-Kłęk L., Adamczyk K., Sobiech K. 2009. Hortiterapia – metodą uzupełniającą w fizjoterapii. *Fizjoterapia* 17(4): 71-77.
- Górska-Kłęk L., Zagała M., Adamczyk K., Czerniak A., Jarosik M., Sobiech K.A. 2013. „Zielona opieka” we wrocławskich ogrodach przyszpitalnych. *Fizjoterapia* 21(2): 36-42. DOI 10.2478/physio-2013-0018.
- Grudowski P., Lewandowski K. 2012. Pojęcie jakości kształcenia i uwarunkowania jej kwantyfikacji w uczelniach wyższych. *Zarządzanie i Finanse*, 10(3): 397-406.

- GUS 2014. Prognoza ludności na lata 2014–2050. Studia i analizy statystyczne. GUS Warszawa. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,15.html>. (Dostęp 10.03.2017).
- GUS 2016. Notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (w dniu 19.02.2016 r.). http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60_struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf. (Dostęp 10.03.2017).
- Komisja Europejska 2010. Europa 2020 Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu. Komunikat Komisji. Bruksela, 3.3.2010 KOM(2010) 2020 wersja ostateczna. Numer CELEX: 52010DC2020. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>. (Dostęp 10.03.2017).
- Latkowska M.J. 2008. Hortiterapia – rehabilitacja i terapia przez pracę w ogrodzie. *Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych* 525: 229–235.
- Latkowska M.J., Miernik M. 2012. Ogrody terapeutyczne – miejsca biernej i czynnej „zielonej terapii”. *Architektura. Czasopismo Techniczne* 30: 245–251.
- Lewandowski P. 2017. Uwarunkowania społeczno-formalne hortiterapii w Unii Europejskiej i Polsce. Część 1. Ekonomia i demografia senioralna. W: Krzyżmińska A. (red.). *Hortiterapia jako element wspomagający leczenie tradycyjne*. Wydawnictwo Rhythmos, Poznań: 177–192.
- Lis A., Podhajska E., Górska-Kłęk L., Sobiech K.A. 2012. Park rehabilitacyjny a problem wpływu niskobudżetowości na rozwiązania strukturalno-przestrzenne. *Fizjoterapia* 20(1): 28–37. DOI 10.2478/v10109-012-0005-2.
- M.P. 2012, poz. 882. Uchwała Rady Ministrów Nr 157 z dnia 25 września 2012 roku w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020.
- M.P. 2014, Nr 0, Poz. 52. Uchwała Rady Ministrów Nr 237 z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020.
- M.P. 2014, Nr 0, Poz. 118. Uchwała Rady Ministrów Nr 238 z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020.
- Makarewicz-Marcinkiewicz A. 2015. Ekskluzja społeczna – zjawisko społeczne czy „temat zastępczy”? *Wrocławskie Studia Politologiczne* 18: 149–159.
- Nowak J. 2001. Socjoogrodnictwo. *Postępy Nauk Rolniczych* 3: 57–69.
- Nowak J. 2008. Terapia ogrodnicza w krajach europejskich. *Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych* 525: 271–276.
- Płoszaj-Witkowska B. 2014. Wstęp. W: Płoszaj-Witkowska B. (red.). *Hortiterapia*. Wydawnictwo UWM, Olsztyn: 7–9.
- Pudelska K., Dutkiewicz M., Durlak W., Parzymies M. 2016. Ranga dawnych i współczesnych ogrodów terapeutycznych. *Acta Scientiarum Polonorum, Formatio Circumietus* 15(1): 125–137.
- Rosochacka-Gmitrzak M., Raclaw M. 2015. Słowo wstępne. *Polityka Senioralna* 1(1): 3–4.
- Rozporządzenie PE i Rady UE 2013. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1291/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. ustanawiające „Horyzont 2020” – program

- ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1982/2006/WE. (Tekst mający znaczenie dla EOG). Dz.U. UE L 347/104 z 20.12.2013, str. 104–173. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2013:347:FULL&from=PT>. (Dostęp 10.03.2017).
- Straś-Romanowska M. (opr.) 2009. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa: 263–284.
- Szewczyk-Taranek B. 2012. Hortiterapia. Cz. 2. Kwitnące dzieci. Działkowiec 07: 28–31.
- Szukalski P. (red.), Oliwińska I., Bojanowska E., Szweda-Lewandowska Z. 2008. To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski. Praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Warszawa Instytut Spraw Publicznych.
- WHO 1999. The World Health Report 1999. World Health Organization. Geneva. http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1#page=1&zoom=auto,122,712. (Dostęp 10.03.2017).
- Wiśniewski P. 2015. WIGOR bez pałera. Polityka Senioralna 1(1): 6–7.
- Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów Nr 68 z dnia 16 sierpnia 2012 roku w sprawie nadania statutu Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej. M.P. 2012, Nr 0, poz. 590.

Socio-formal conditions of the hortitherapy in the European Union and in Poland

Part 2. Psychology of aging and the senior policy

Key words hortitherapy, society, social policy, population aging, psychology of old age, the senior social policy, European Union

Abstract The paper presents conditions of aging psychology and social policy in relation to seniors in the European Union and in Poland. The effect of these conditions on the potential for hortitherapy development has been also identified. In view of changes in the demographics of the European Union countries and the economic situation of seniors, especially in Poland, the role of hortitherapy is far underestimated. As a relatively cheap method it can support other traditional therapeutic methods. Hortitherapy plays also a very important role of integration, which might involve seniors to the social life. Therefore, within the framework of various European Union programs, including the social inclusion it could be promoted as its cheap form for this growing in the term demographic group.