

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І
СПОРТУ УКРАЇНИ

Кафедра терапії та реабілітації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр
за спеціальністю 227 – Терапія та реабілітація
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО САДІВНИЦТВА
ЕРГОТЕРАПЕВТОМ В ПРОГРАМАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПТСР»**

Здобувач вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Дюльгерова Анастасія Леонідівна

Науковий керівник: Виноградова М.С.
Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри (протокол № 20 від 02.04.2025 р.)

Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.
д.фіз.вих., професор



Київ - 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1	7
ЗАСТОСУВАННЯ САДІВНИЧОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ВІЙСЬКОВИМИ З ПТСР	7
1.1 Загальне поняття ПТСР у військових	7
1.2 Садівнича терапія як метод реабілітації	11
1.3 Досвід застосування садівничої терапії в реабілітації військовослужбовців	14
1.4 Ерготерапія та садівництво	22
Висновок до 1 розділу	29
РОЗДІЛ 2	31
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ	31
2.1 Методи дослідження	31
2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури	32
2.1.2 Клінічно-інструментальні методи	34
1.42.1.3 Методи математичної статистики	41
2.2 Організація дослідження	41
РОЗДІЛ 3	43
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	43
3.1 Аналіз результатів обстеження на першому етапі оцінки пацієнтів з ПТСР	43
3.2 Алгоритм застосування садівничої терапії в ерготерапії військових з ПТСР	45
3.3 Ефективність розробленого алгоритму та обговорення результатів	53
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

ГТ - гарденотерапія

DT - дистрес-термометр

MAAS - Шкала усвідомленої уваги та усвідомленості (Mindful Attention Awareness Scale)

PEO - модель "Людина-Середовище-Заняття"

DSM-5 - Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, п'яте видання

SAM - Шкала самооцінки емоційного стану (Self-Assessment Manikin)

лЧМТ - легка черепно мозкова травма

СТМ - струс головного мозку

NSI - Опитувальник нейроповедінкових симптомів (Neurobehavioral Symptom Inventory)

PCL-5 - Перелік контрольних ознак ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5)

ADL - активність повсякденного життя (activity daily living)

IADL - інструментальна активність повсякденного життя (Instrumental activity daily living)

МКФ - міжнародна класифікація хвороб

ЕГ - експериментальна група

КГ - контрольна група

ВСТУП

Актуальність теми пов'язана зі збільшенням кількості людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та важливістю розширення ефективних методів реабілітації.

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну в 2022 році призвело до значної гуманітарної кризи, яка з часом поглиблюватиметься в умовах тривалої війни. Наслідки конфлікту, такі як вимушена міграція, насильство, дефіцит продуктів, руйнування інфраструктури та припинення основних послуг, можуть негативно вплинути на психічне здоров'я українців. Одним з найпоширеніших психогенних розладів серед населення є ПТСР. Дослідження показують, що військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, та ветерани мають підвищений ризик розвитку ПТСР. Цей стан, зазвичай хронічний, впливає на всі сфери життя людини. На відміну від гострої стресової реакції, ПТСР може виникнути через деякий час після травмуючої події, коли людина вже вийшла з надважкого стресу. Він суттєво впливає на психічний стан військовослужбовця, знижуючи якість життя, викликаючи постійну активацію бойового стресу, що проявляється у формі підвищеної конфліктності або ж втоми й апатії. Багато учасників бойових дій, у яких розвинувся ПТСР, відчують негативне ставлення до соціальних інститутів і організацій, нестійкість психіки, почуття провини та схильність до суїциду. Життя в бойових умовах часто призводить до кризи ідентичності, яка проявляється у втраті цілісності та віри у власну соціальну роль, порушуючи здатність ветеранів до складних соціальних взаємодій і заважаючи їхньому інтересу до громадського життя. Часто спостерігається втрата здатності до співпереживання та потреба в близькості з іншими людьми.

Оскільки ПТСР пов'язаний із труднощами в соціальній та професійній участі, дослідження ефективності ерготерапевтичних втручань для осіб з ПТСР стає все більш актуальним. Такі втручання можуть допомогти

залучити людей до значущих занять, сприяти формуванню позитивних соціальних зв'язків і відновленню сенсу життя, незважаючи на виклики, пов'язані з психічним здоров'ям. Традиційні методи, хоча й ефективні, але не завжди повністю задовольняють потреби військовослужбовців з ПТСР. Багато ветеранів відчують труднощі з вербалізацією своїх переживань, що ускладнює процес терапії. Садівнича терапія є невербальним методом, який дозволяє пацієнтам виражати свої емоції та переживання через взаємодію з природою. Цей метод має комплексний вплив на фізичне та психологічне здоров'я, сприяє зниженню рівня стресу, покращенню настрою, розвитку почуття контролю над своїм життям, а також зміцненню соціальних зв'язків. Садівнича терапія є відносно недорогим і доступним методом реабілітації, який не вимагає спеціального обладнання.

Отже, садівнича терапія, як інструмент ерготерапії, може дозволити індивідуально підійти до кожного пацієнта, враховуючи його унікальні потреби та можливості. Вона пропонує нові перспективи в реабілітації, дозволяє військовим відволіктися від травматичних спогадів, розвинути відчуття контролю над своїм життям, дозволяє відновити зв'язок із собою та навколишнім світом, розвиваючи при цьому когнітивні, фізичні та соціальні навички. Проте, існує невелика кількість наукових статей, які описують ефективність застосування садівничої терапії ерготерапевтом. Тому, в цьому дослідженні ми детальніше розглянемо це питання.

Об'єкт дослідження: процес ерготерапії військовослужбовців з ПТСР.

Предмет дослідження: Особливості використання садівничої терапії як методу ерготерапії для реабілітації військовослужбовців з ПТСР.

Мета дослідження: виявити особливості застосування методів садівничої терапії ерготерапевтом в роботі з військовослужбовцями з ПТСР

Завдання дослідження:

1. Набрати 2 групи пацієнтів з ПТСР (експериментальну та контрольну) та оцінити їх фізичні показники та якість життя.

2. Розробити програму групової садівничої терапії для сприяння соціальній адаптації та покращення якості життя військовослужбовців з ПТСР.

3. Порівняти динаміку показників у групі пацієнтів, які проходили садівничу терапію, та контрольної групи та оцінити ефективність використання садівничої терапії.

Теоретична значущість. Це дослідження демонструє ефективність нетрадиційних методів лікування. Воно детальніше розкриває важливість взаємодії людини з природою та може підтвердити існуючі гіпотези про терапевтичний ефект природи, а також сформулювати нові. Дослідження може сприяти розробці нових теоретичних моделей, які пояснюють, як садівнича терапія впливає на процес реабілітації та відновлення військових з ПТСР. Воно може демонструвати можливість використання садівничої терапії ерготерапевтом та впровадження цього напрямку в реабілітаційний процес.

Практична значущість: Отримані в ході дослідження результати відкривають перспективи для практичного застосування. Зокрема, вони можуть стати основою для розробки нових, більш ефективних програм реабілітації, які інтегрують елементи садівничої терапії. Це дозволить не лише покращити якість життя ветеранів, а й оптимізувати існуючі програми реабілітації. Крім того, отримані дані можуть бути використані для підготовки фахівців, розробки рекомендацій для державної політики у сфері охорони здоров'я та популяризації ефективних методів лікування ПТСР серед фахівців та громадськості. Результати дослідження можуть бути використані у розробці програм для мультидисциплінарних команд з використанням елементів садівничої терапії, створенні спеціалізованих терапевтичних садів, формуванні спільнот підтримки для ветеранів, які цікавляться садівництвом, тощо.

РОЗДІЛ 1

ЗАСТОСУВАННЯ САДІВНИЧОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ З ПТСР

1.1 Загальне поняття ПТСР у військових

На сьогоднішній день питання реабілітації військовослужбовців та ветеранів є надзвичайно актуальним. Після закінчення війни кількість ветеранів значно зросте. Тому, багато людей потребуватиме реабілітації як фізичної так і психологічної. Питання психологічного здоров'я буде залишатися актуальним ще довгою час після закінчення війни, оскільки сама військова служба може бути дуже стресовою та може призвести до довгострокових проблем для ветеранів, особливо для тих, хто пережив травматичні події, такі як бойові дії [1]. У звіті Deployment Health Clinical Center [2] встановлено, що 20% військовослужбовців дійсної служби у 2016 році відповідали критеріям розладу психічного здоров'я в усіх родах служби, причому в армії був найвищий відсоток психічних захворювань (приблизно 27%) [3].

Військовослужбовці, які зазнали стресу в зоні бойових дій, мають значний ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. ПТСР вивчався серед військовослужбовців протягом понад 30 років, і може розвинутися після того, як людина пережила або стала свідком травматичної події, такої як стихійне лихо або насильницький напад, події, що загрожують життю, як-от терористичні атаки, насильницькі злочини та жорстоке поводження, військові дії, серйозні нещасні випадки або тривалі бойові дії, вплив певних токсинів навколишнього середовища [4].

Травма (від грецьк. «τράυμα» – «рана») – надзвичайно стресова життєва подія, суб'єктивна безпомічність, безпорадність, незахищеність; відчуття, що це неможливо пережити – «рана в душі» [5].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це комплексне порушення психічної діяльності, сукупність реакцій на травму, яка може змінити те, як людина думає, почуває себе та поводить, і спричиняє значні негаразди або впливає на її здатність до нормального функціонування. Психологічна травма, через яку розвивається ПТСР, завжди пов'язана з надзвичайно загрозливою або катастрофічною ситуацією [5].

Симптоми посттравматичного стресового розладу можна розділити на три основні категорії [6]:

- нав'язливі (повторне переживання події з повторюваними та тривожними думками, почуттями, спалахами та кошмарами);
- уникнення (уникнення місць, подій та/або стимулів, які викликають спогади про подію, притуплення загальної реакції, відхід, заперечення почуттів та розвиток фобій);
- збудження (підвищені рефлекси, тривога, порушення сну, дратівливість, погана концентрація, гіперпильність та/або агресія).

З огляду на це, немає сумнівів, що ПТСР має значний вплив на життя людини.

У 2015 році Центр досліджень військової охорони здоров'я Великобританії показали, що принаймні 10% ветеранів, які служили протягом останніх 20 років, мають психічні розлади, які потребують лікування. Серед проблем психічного здоров'я був ПТСР, який визначався, як психіатричний розлад, який є наслідком досвіду або спостереження за травматичними або небезпечними для життя подіями, які, таким чином, погіршують повсякденне життя людини та можуть становити загрозу для життя [7]. Крім того, дослідження пояснює, що ПТСР може спричинити значні порушення та вплинути на особисту та соціальну продуктивність, що згодом призводить до соціальної замкнутості, гніву та агресії.

Дослідження [8] продемонстрували, що ПТСР у військовослужбовців має широкий вплив на військову готовність і досягнення військових цілей. Дж. Сарін висвітлює наукові докази та емпіричні дослідження, які свідчать

про те, що військовослужбовці з ПТСР піддаються більшому ризику виникнення проблем із фізичним здоров'ям, погіршення стану здоров'я та більшого використання медичних послуг [9].

Посттравматичний стресовий розлад часто супроводжується іншими захворюваннями. Найпоширенішими супутніми психічними розладами є депресія, тривожні розлади та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Також визнано, що хронічні проблеми з фізичним здоров'ям, соматичні симптоми без медичних причин і хронічний біль є маркерами ризику розвитку ПТСР. Однак характер і напрямок причинно-наслідкових зв'язків між ПТСР і фізичним здоров'ям залишаються недостатньо вивченими [10].

Крім того, багато ветеранів відчують труднощі з реінтеграцією в цивільне життя після військової служби, що може призвести до соціальної ізоляції та втрати відчуття мети [11]. Багато досліджень вказують на негативний вплив ПТСР на різні аспекти заняттєвої активності, включаючи повсякденне життя (догляд за здоров'ям і харчування), відпочинок і сон, продуктивність (роботу), соціальну участь і дозвілля. Особливо часто в літературі згадуються порушення сну у військових з ПТСР, такі як кошмари, погана якість сну та труднощі із засинанням, що може додатково знижувати продуктивність через проблеми з концентрацією. Люди з ПТСР часто відчують зниження інтересу та мотивації до діяльності і хобі, які раніше приносили їм задоволення. У більшості таких осіб спостерігаються міжособистісні труднощі у дружніх і романтичних стосунках, що призводить до соціальної ізоляції. Сімейні та громадські відносини можуть ускладнюватися через стигматизацію ПТСР у суспільстві та недостатнє розуміння цього стану [12].

Військові, які страждають від ПТСР, часто стикаються з проблемами у професійній сфері, включаючи неможливість повернення до роботи. Для багатьох ветеранів військова служба є основною частиною їхньої ідентичності, і втрата можливості повернутися до неї після діагностування

ПТСР сприймається як значна втрата. Це відчуття може негативно впливати на реінтеграцію у цивільне життя [13]. Тому, в США безробіття та бездомність є поширеними проблемами для ветеранів, приблизно 4,3% ветеранів з усіх сфер обслуговування є безробітними [14]. Ветерани також становлять понад 10% бездомного населення країни. Рівень самогубств серед ветеранів є ще одним показником серйозних проблем психічного здоров'я, з якими стикаються ветерани, причому на самогубства ветеранів припадає 18% усіх самогубств у США [15]. Крім того, Кемп виявив, що у трьох із п'яти ветеранів, які померли внаслідок самогубства, були діагностовані психічні розлади [3].

Як вже зазначалося вище, люди з ПТСР можуть відчувати порушення у своїй повсякденній діяльності. Ерготерапевти можуть допомогти повернутися до значущих активностей. Для військових ветеранів з ПТСР важливо знайти сенс і мету в житті після служби [16]. Ерготерапевти займаються так званим «лікуванням наслідків хвороби чи травми, оскільки вони впливають на незалежність у функціонуванні людини». Залежно від тяжкості ПТСР функції людини можуть бути мінімально або суттєво порушені. Почуття провини, сорому, страху та втрати зазвичай відчуються разом із зменшенням інтересу до звичайної повсякденної діяльності, соціальною відчуженістю та самонехтуванням. Також можуть бути присутніми неадаптивні механізми подолання, такі як зловживання алкоголем і психоактивними речовинами. Ерготерапевти, в свою чергу, зосереджуються на розширенні можливостей і сприяють відновленню здоров'я та благополуччя особи [17].

Як вже розглянули вище, питання психологічного здоров'я, а особливо ПТСР, є наразі та буде залишатися ще довго актуальним. Посттравматичний стресовий розлад має значний негативний вплив на життя людини, охоплюючи як професійну сферу, так і повсякденні аспекти. Проблеми з концентрацією, соціальна замкнутість, гнів та агресія, які часто супроводжують ПТСР, ускладнюють реінтеграцію в цивільне життя та

призводять до труднощів у виконанні повсякденних завдань, таких як догляд за здоров'ям, відпочинок і робота. Таким чином, ПТСР може суттєво погіршити якість життя людини. Для того, щоб подолати всі негативні наслідки та прояви і допомогти ветерану відновити нормальне функціонування у повсякденній діяльності необхідно застосовувати мультидисциплінарний підхід. Також, важливо, крім традиційних методів впроваджувати нові підходи, які можуть допомогти відновити психічне здоров'я та покращити якість життя.

1.2 Садівнича терапія як метод реабілітації відступу

Одним із інноваційних методів в реабілітації можна вважати садівничу терапію. В Україні застосування цього методу ще не набуло поширення, тому його можна вважати новим для країни, проте в інших країнах вже є достатньо джерел, які підтверджують можливість та ефективність застосування цього методу для відновлення психічного здоров'я.

Дослідження показують, що занурення в природу зменшує стрес, відновлює та відроджує розум і сприяє одужанню вцілому. Перебування в зелених насадженнях було визнано захисним [18]. Широкі дослідження зелених насаджень і купання в лісах демонструють їх вплив на зниження стресу та їхній потенціал сприяти фізичному та психічному зціленню [19; 20]. Інші роботи показують, що взаємодія з рослинами та природою позитивно впливає на загальне самопочуття людини. Наприклад, нещодавнє дослідження вказує на те, що якість природної території впливає на посилення психологічного відновлення. Крім того, припускають, що взаємозв'язки між життям, таким як рослини, люди та тварини, позитивно впливають на людину [19].

За даними Американської асоціації садівничої терапії [21], «садівнича терапія — це процес, за допомогою якого учасники працюють над покращенням свого загального самопочуття шляхом активної чи пасивної

участі в діяльності, пов'язаній з рослинами та садами, за сприяння зареєстрованого садівничого терапевта» або «участь у садівничій діяльності, для досягнення конкретних цілей у рамках встановленого плану лікування, реабілітації або професійного навчання». Канадійська Гарденотерапевтична Асоціація визначає гарденотерапію, як формальну практику, яка використовує рослини, садівничу діяльність і ландшафт саду для підвищення благополуччя осіб, що беруть участь у програмі [22].

Було проведено значний обсяг досліджень, починаючи з 1800-х років, які продемонстрували, що перебування в природних умовах, робота з рослинами та втручання на основі садівництва можуть принести користь людям, які мають низку проблем із психічним здоров'ям. Основною метою терапевтичного садівництва є зменшення стресу, тривожності, поліпшення настрою, збільшення самовпевненості та підтримка соціальної взаємодії [23; 24].

Терапевтичне садівництво як метод реабілітації може бути досить корисним для окремих людей. Основними його перевагами можна визначити:

- поліпшення фізичного здоров'я завдяки вправам і зміцненню м'язів через активну рухливість;
- поліпшення психічного здоров'я (через відчуття мети);
- можливість спілкуватися з іншими, зменшуючи відчуття ізоляції чи відчуження;
- можливість отримати нові навички, що підвищить впевненість у собі та може сприяти самореалізації;
- посилення зв'язку з природою, яка сама по собі покращує психічне здоров'я [25; 26; 27].

Вже описані вагомі докази позитивного впливу садівництва на здоров'я та благополуччя людей серед цивільного населення. Наприклад, було виявлено, що участь у садівництві покращує задоволеність життям, енергійність, психологічне благополуччя, відчуття спільності та когнітивні

функції [28], зменшує стрес, гнів, втому, симптоми депресії та тривоги і було визначено як економічно ефективне втручання в охорону здоров'я. Навіть пасивне проведення часу в садових просторах може мати позитивний ефект [10].

Наступне дослідження підтверджує ефективність використання садівництва як терапевтичного втручання для людей з психічними розладами, оскільки це покращує якість їхнього життя та загальне благополуччя [29]. Смідл та ін. створили проект терапевтичного садівництва в громадському центрі психічного здоров'я. Вони виявили, що учасники повідомили про значне покращення настрою та впевненості до і після участі в садівничій діяльності. Шкала «Енергійність» з візуально-аналогової шкали настрою показала, що люди, які брали участь більше одного разу, відчували себе більш енергійними після садівництва. Дані, отримані зі щоденників, які учасники вели під час роботи в саду показали, що проект сприяв емоційному благополуччю учасників, підвищуючи їхню гордість, та почуття власної гідності та щастя. Для деяких учасників можливість спілкуватися з іншими була проблемою через їхні психічні розлади. Однак, участь у роботі в громадському саду надала їм можливість взаємодіяти один з одним, беручи участь у садово-городніх роботах і працюючи в саду, таким чином сприяючи кращому почуттю приналежності до спільноти [30].

Нещодавно, в огляді альтернативної медицини для людей із психічними захворюваннями у Швеції виявили, що 14% респондентів використовували садівничу терапію як доповнення до призначеного лікування [31; 32].

Хоча садівнича терапія не вважається лікуванням першої лінії для людей, які живуть з ПТСР, у ширшій літературі є багато досліджень, які демонструють покращення загального стану здоров'я [33; 29]. Дослідження, проведене в Швейцарії, залучало пацієнтів із хронічним неспецифічним болем у спині для участі в 4-тижневій програмі з гарденотерапії (ГТ). Особи, які брали участь, помітили покращення балів, які оцінювали біль та його

наслідки з точки зору активності, поведінки, настрою та соціальних стосунків. Пацієнти також продемонстрували значне зниження втоми та збільшення участі у фізичній та соціальній активності, а також покращення в лікуванні болю. Проте, оскільки втручання ГТ є частиною комплексу мультимодальних втручань, можливо, що покращені результати симптомів не є повністю результатом ГТ. Але висновки щодо гострого ефекту ГТ поздовжньо в групі пацієнтів групи ризику є дуже переконливими [34].

Отже, вплив навколишнього природного середовища та участь у ньому забезпечують психологічні переваги, зокрема «зменшення стресу та тривоги, покращення настрою, покращення відчуття благополуччя, покращення концентрації, уваги та відновлення когнітивних функцій [14]. Садівнича діяльність може запропонувати відчуття спокою, цілеспрямованості та самоцінності, а також допомогти покращити фізичне та психічне здоров'я. Але виникає питання, чи може ця форма терапії вирішити дуже серйозні, хронічні та часто непереможні симптоми у ветеранів, багато з яких мають численні супутні медичні та психічні захворювання та значні соціально-економічні проблеми.

1.3 Досвід застосування садівничої терапії в реабілітації військовослужбовців

У 19 столітті доктор Бенджамін Раш, першим задокументував позитивний вплив роботи в саду на людей з психічними захворюваннями [35]. Далі, з часів Першої світової війни ветеранів направляли на програми садівництва після військової служби, саме тоді лікарні почали надавати сади та теплиці для ветеранів, які лікуються від ПТСР [36]. У США професійні програми навчання сільському господарству та садівництву для ветеранів почали з'являтися в 2007 році. Такі програми, як «ветеран-фермер» надавали можливість для професійного навчання сільському господарству. Крім того, програми терапії за допомогою природи для ветеранів приймали різноманітні

форми, включаючи терапію в дикій природі [37], терапевтичні сади для тиші та медитації, а також як структуроване, так і неструктуроване терапевтичне садівництво [38].

У висновках дослідження впливу садівничої терапії на людей з психічними розладами, зазначено, що садівництво може забезпечити фізичну, неврологічну та психологічну реабілітацію, одночасно покращуючи рухові навички, а також силу та витривалість [27]. Вони припустили, що перебування на вулиці в природному середовищі знижує стрес і покращує концентрацію та когнітивні функції. Це було відомо вже деякий час у допомозі військовослужбовцям, які повернулися до цивільного життя [32].

Протягом останніх років зросла кількість програм на свіжому повітрі, які пропонують різні терапевтичні можливості спеціально для ветеранів, щоб зануритися в природне середовище [39]. Важливим виміром багатьох із цих програм є поєднання фізичних, соціальних та експериментальних елементів, які сприяють позитивним результатам. Громадські сади та інші зелені зони все частіше визнаються безпечними терапевтичними громадськими просторами, які підтримують реінтеграцію, заохочуючи ветеранів взаємодіяти та спілкуватися з іншими ветеранами та членами громади, займаючись особистісно та фізично задовільною діяльністю [40].

Дослідження показують, що ветерани з можливими потребами психічного здоров'я, такими як депресія та ПТСР, можуть мати більш негативні переконання щодо традиційного лікування психічного здоров'я. Враховуючи цю стигматизацію щодо традиційних форм лікування, потреба використання додаткових методів лікування у ветеранів постійно зростає. Існуючі дані свідчать про те, що садівнича терапія забезпечує фізичні, когнітивні, соціальні та психологічні переваги для різних груп населення, включаючи людей, які мають проблеми з психічним здоров'ям, такі як травми, ПТСР, депресія, тривога, шизофренія, а також зловживання алкоголем і наркотичними речовинами [23].

У пілотному дослідженні фізичного здоров'я та ПТСР у ветеранів виявили, що садівнича терапія є активним нефармацевтичним втручанням, яке може допомогти людям покращити настрій, зменшити ожиріння та активізувати соціальні взаємодії, що часто спричинено ізоляцією ветеранів. Крім того, вони виявили помітне покращення балів за показниками результатів, такими як якість життя та анкети щодо тяги до алкоголю [33].

Орієнтовані на садівництво програми для ветеранів можуть забезпечити відчуття мети, зменшити стрес, підвищити самооцінку, посилити соціальну активність, збільшити фізичну активність і покращити кар'єрні результати. Ван Ден Берг і Кастерс виявили, що садівництво сприяє відновленню від стресу; садівництво всього за 30 хвилин зменшує стрес і покращує настрій [28]. Детвейлер повідомив, що програми садівничої терапії допомагають ветеранам модулювати стрес і покращувати загальну якість життя. В обох дослідженнях кортизол використовувався як біомаркер для зниження стресу, що є стандартним підходом до вимірювання стресу у людей. Ці результати вказують на позитивні переваги програм садівничої терапії для психічного здоров'я та загального благополуччя ветеранів [3; 33; 41].

Серед ветеранів з історією суїцидальних думок або спроб у США було проведене дослідження впливу садівничої терапії. Основна мета програми полягала в тому, щоб навчити учасників терапевтичними інструментами, для того, щоб виховати відчуття стійкості та допомогти їм на шляху до загального здоров'я. Учасники були зараховані до 4-тижневої програми в якій окрім основних терапевтичних видів лікування була включена садівничої терапія. Для ветеранів встановили доступні грядки, щоб сприяти активній участі всіх учасників і забезпечити доступність для ветеранів будь-якого віку та здібностей. Заняття включали заходи, які посилюють групову згуртованість і взаємозв'язок або вправи, зосереджені на самовираженні, такі як мистецькі вправи. У цих ветеранів групи високого ризику спостерігалось значне зменшення стресу, депресивного настрою, болю,

самотності та зниження суїцидальних думок після ГТ. У сукупності ці результати підкреслюють потенційний терапевтичний ефект природної терапії для покращення загального самопочуття ветеранів [42].

Ще одне пілотне дослідження, проведене за участю ветеранів, виявило, що ГТ суттєво призвела до покращення симптомів ПТСР і депресії, а також до зниження рівня кортизолу в слині, пов'язаного зі зниженням стресу. Крім того, особи, які завершили 12-тижневу програму ГТ, змогли підтримувати показники покращення депресії протягом 3-місячного спостереження, відповідно до висновків про те, що переваги ГТ можуть зберігатися [43].

В іншому дослідженні ветерани займалися активним та/або пасивним садівництвом під час відвідування саду. Частота візитів зазвичай була від 3 разів на тиждень, час перебування в саду коливався від 10 хв до 2 год. Ветерани повідомили, що відчували «спокій», «безтурботність» і «оновлення» під час відвідування саду та після виходу з нього. Часто вважається, що ГТ включає будь-яку програму, яка заохочує до активної та пасивної участі в таких заходах, як садівництво або споглядання природи в лікарняному середовищі [44].

Тривалість, частота та інтенсивність впливу природи пов'язані з різними фізичними та психологічними перевагами. Наступне дослідження мало на меті визначити, як час на свіжому повітрі вплинув на симптоми посттравматичного стресового розладу у ветеранів під час лікування. Гіпотези щодо часу перебування на свіжому повітрі та впливу тривалості програми на симптоми ПТСР досліджувалися за допомогою багаторівневих моделей. Дане дослідження показало, що час, проведений на свіжому повітрі, корелює зі зниженням симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників: чим більше часу учасники проводять на відкритому повітрі, тим більше зменшуються їхні симптоми ПТСР. Вплив перебування на свіжому повітрі був значним всередині людини, а не між людьми, що свідчить про те, що вплив на природу можна використовувати як доповнення до традиційного

лікування психічного здоров'я, де вплив або дозування повинні залежати від людини[45].

Дослідження на основі пілотного проекту 5-ти тижневої програми «Ветерани, які розвиваються завдяки інтерактивним досвідом у саду» (VEGGIE) також довело користь садівничої терапії. Ветерани самі повідомляли про покращення здоров'я та неодноразово повідомляли про зміни в загальному стані. До прикладу, історія одного ветерана: “У моєму випадку, і я твердо вірю, що це стосуватиметься багатьох інших, мені відчайдушно потрібен був безпечний простір, де я міг би поміркувати над порадою, яку мені давав психолог та зрозуміти, як вона справді пов'язана з моїм життєвим досвідом... Природа надала такий простір. У садах, парках, лісах і диких місцях я знайшов свій притулок, свій тихий безпечний простір. Місця, де я міг би почати лікування. Спочатку це був дуже самотній досвід, але природа має потужну цілющу здатність, і я навчився перебувати в таких місцях разом з іншими. Я отримав інформацію та підтримку від інших, і, сподіваюся, надав трохи їм.” [46]

Доведено, що програми садівництва мають важливий вплив на психічне благополуччя ветеранів, включаючи покращення настрою і зниження рівня депресії. Після участі в програмах терапії за допомогою природи, ветерани демонструють зниження рівня симптомів ПТСР і депресії, а також збільшення надії та самоефективності. Садівництво сприяє покращенню соціальної підтримки, соціальної згуртованості та психічного здоров'я учасників. Ці програми особливо корисні в умовах постконфліктного відновлення, де вони можуть слугувати місцем зустрічі та взаємодопомоги [47].

Інше дослідження, опубліковане в *New Horizons and Advancements in Horticulture*, виявило, що участь у громадських садах сприяє підвищенню рівня стресостійкості, суб'єктивного благополуччя, оптимізму та самооцінки серед учасників. Результати показують, що спільне садівництво може бути ефективнішим за індивідуальне садівництво або інші види активностей на

свіжому повітрі для покращення психічного здоров'я та соціальної інтеграції [48].

В наступному проекті досліджували ролі природи в добробуті ветеранів на військовому об'єкті. Дослідження передбачало дві сесії прогулянок за двома різними маршрутами. Зелена дорога отримала переважно позитивні відгуки, такі як насолода природою, відпочинок, відчуття приватності та безпеки. Міська дорога викликала значно більше негативних тем, таких як занепокоєння безпекою, нелюбов до шуму та інші шкідливі враження. Кількісна оцінка дистресу та усвідомленості за допомогою дистрес-термометра (DT) і версії шкали стану уважної уваги (MAAS) продемонструвала, що прогулянка Зеленою дорогою значно зменшила дистрес і підвищила усвідомленість порівняно з прогулянкою міською дорогою. Результати підтверджують уявлення про те, що навмисне середовище, засноване на природі, може створити значно більше позитивного досвіду та призвести до переваг для зміцнення здоров'я у військовій медичній установі порівняно з міським середовищем. Вплив зеленого середовища може бути посилений добре розробленими інструкціями як для рекреаційного, так і для терапевтичного використання[49].

В 2010-2011 роках реалізувалося дослідження на основі 6-тижневого лікування на основі терапевтичного садівництва, проведеного Gonzalez (2010, 2011), яке виявило, що під час 12-тижневої програми терапевтичного садівництва тяжкість депресії значно зменшувалася після кожного 4-тижневого періоду терапевтичного садівництва. У рамках дослідження учасники повинні були відвідувати сеанси ГТ принаймні раз на тиждень протягом 1-годинних групових сеансів. Сеанси були зосереджені на створенні маленької саджанці гіпертюфу, розмноженні кактусів і сукулентів, розробці дизайну контейнерів і створенні подальшого плану догляду за рослинами для саду кактусів і сукулентів. Крім того, були включені інші заходи, такі як вирощування мікрозелені, розмноження місцевих рослин на

відкритому повітрі, розмноження кімнатних рослин і фруктів. Результати цього дослідження показали, що ветерани, які брали участь у класі догляду за рослинами, помітили зниження рівня депресії та стресу. У самооцінці терапевтичної групи наприкінці дослідження вони відзначили помітне покращення емоційних станів [36].

Інші дослідження показали, що ветерани, які проводять час у садах, можуть відчувати зниження стресу та підвищення стійкості, відчуття мети, підвищення самооцінки та впевненості в собі, підвищення енергії та концентрації і загальне покращення якості життя [50]. Існують також програми, розроблені для допомоги в реабілітації та реінтеграції ветеранів і для сприяння взаємній підтримці серед ветеранів, які ризикують соціальною ізоляцією, сприяючи соціалізації та почуттю зв'язку з іншими [51].

Ветерани, які брали участь у проекті садівничої терапії GROW, часто описували програму як корисну підтримку для психічного та емоційного благополуччя. Садівництво описувалося учасниками, як спосіб практикувати усвідомленість шляхом зосередження на виконуваному завданні. Один учасник, який почав займатися садівництвом удома пояснив подібну ідею, коли сказав: «Коли я займався своїм садом, я був як вільний птах. Мені було байдуже до всього на світі. Я просто був там, зосереджуючи свій розум на цьому, і мені це дуже, дуже подобалося. Це тримало мене вільним». Збільшення рухів і фізичних вправ у саду забезпечило деяким учасникам психічні та фізичні переваги. Садівництво описувалося як ефективна мотивація для того, щоб вийти з дому, щоб поспілкуватися з іншими ветеранами та ширшою спільнотою. Один учасник наголосив на здатності садівництва об'єднувати людей для досягнення спільної мети, що створювало позитивні способи спілкування з іншими. Він сказав: «Коли я пішов з армії, я відчув ізоляцію, про яку мені зараз говорять багато інших. Коли ми збираємося разом, щоб працювати над чимось хорошим, як-от вирощування їжі, зв'язок замінює ізоляцію». Цей проект забезпечив різні переваги для учасників, включаючи підвищення спокою та усвідомленості;

можливість навчатися та застосовувати нові навички; налаштування для позитивних роздумів; розширення доступу до свіжих і корисних продуктів; і можливість участі в заходах, які були корисними, задовільними та виховними. Загалом проект підтримував зусилля учасників щодо реінтеграції завдяки посиленню почуття власної ефективності, цілеспрямованості та товариськості [52; 53].

Лонгітюдне дослідження впливу садівництва на здоров'я показало, що переваги включають покращення здоров'я, покращення доступу до якісної їжі, розвиток або поглиблення мереж громад, позитивний вплив на психічне здоров'я учасників і згуртованість громади а також сприяння зціленню та трансформації [54].

У 1940-х і 1950-х роках реабілітаційна допомога госпіталізованим ветеранам війни значно розширила визнання цієї практики. Більше не обмежуючись лікуванням психічних захворювань, практика ГТ здобула довіру та була прийнята для набагато ширшого спектру діагнозів і терапевтичних варіантів. Сьогодні ГТ прийнято вважати корисним і ефективним терапевтичним методом. В інших країнах він широко використовується в широкому діапазоні реабілітаційних, професійних та громадських установ. Методи ГТ використовуються, щоб допомогти учасникам навчитися нових навичок або відновити втрачені. ГТ допомагає покращити пам'ять, когнітивні здібності, ініціацію виконання завдань, мовні навички та соціалізацію. У фізичній реабілітації ГТ може допомогти зміцнити м'язи та покращити координацію, рівновагу та витривалість [55].

У зв'язку з накопиченням доказів користі для психічного здоров'я від побудови садівничої терапії останніми роками розширилися зусилля щодо збільшення її використання серед ветеранів. Дослідження показують, що орієнтовані на садівництво програми для ветеранів можуть забезпечити відчуття мети, зменшити стрес, підвищити самооцінку, посилити соціальну активність, збільшити фізичну активність і покращити кар'єрні результати.

Отже, садівнича терапія є перспективним методом реабілітації військових, оскільки вона забезпечує комплексний вплив на фізичне, когнітивне та психологічне здоров'я. Для військових, які зазнали травматичних подій, ГТ може бути особливо ефективною. ГТ сприяє комплексному оздоровленню, включаючи фізичну, когнітивну та психологічну сфери. Фізичні переваги ГТ полягають у зміцненні м'язів, покращенні координації, рівноваги та витривалості. Когнітивні наслідки проявляються у покращенні пам'яті, когнітивних здібностей, концентрації та уваги. Психологічні аспекти відіграють ключову роль у реабілітації ветеранів. Взаємодія з природою сприяє зниженню рівня стресу, тривоги та депресії, допомагає відновити емоційний баланс, зменшити симптоми ПТСР, а також підвищити самооцінку, впевненість у собі та надію на майбутнє. Крім того, садівництво сприяє розвитку соціальних навичок та почуттю спільноти. Завдяки своїй доступності та універсальності, ГТ може бути інтегрована в різноманітні реабілітаційні програми для ветеранів та військовослужбовців, зокрема ерготерапію.

1.4 Ерготерапія та садівництво

В попередньому підрозділі докладно описано позитивний вплив садівничої терапії на реабілітацію військових з ПТСР. Тепер перейдемо до більш візького контексту і розглянемо, як цей метод перетинається з іншою важливою галуззю реабілітації - ерготерапією.

Ерготерапія – це галузь охорони здоров'я, яка фокусується на відновленні, підтримці та покращенні здатності людини виконувати повсякденні завдання та займатися діяльністю, яка має для неї значення. Головна мета ерготерапії – допомогти людям досягти максимальної самостійності та незалежності в житті. Всесвітня федерація ерготерапії (WFOT) визначає ерготерапію, як галузь охорони здоров'я, яка займається сприянням здоров'ю та добробуту людей через заняття. Застосовуючи

заняття, ерготерапевти допомагають людям всіх вікових категорій займатися значущими для них видами діяльності, що впливають на їхнє здоров'я, добробут і участь у житті. Фахівець з ерготерапії допомагає пацієнтам відновити повсякденні навички, адаптуватися до змін у житті та підвищити якість життя [56].

Серед усіх терапевтичних підходів ерготерапія є найефективнішою для відновлення участі у заняттях, зокрема професійної діяльності військових з ПТСР. Її клієнтоцентричність і особливий акцент на заняттєво-орієнтованих втручаннях роблять ерготерапію ідеальним методом для роботи з військовими, які прагнуть відновити контроль над своїм життям [57; 58].

У 2015 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оцінила, що у всьому світі 264 мільйони людей страждають від тривожних розладів, включаючи посттравматичний стресовий розлад. ПТСР є відносно поширеним станом, який включає психологічне повторне переживання первинної травматичної події/подій, уникнення людей або місць, які можуть викликати симптоми, а також переживання негативних когнітивних настроїв і настрою [59]. Літературні дані показують, що ПТСР пов'язаний із порушенням роботи, а результати Всесвітнього опитування психічного здоров'я ВООЗ свідчать про те, що ПТСР призвів до другої за величиною частки «днів поза роботою» на рік із середньою кількістю 42,7 пропущених днів [60].

Вплив травми та станів, пов'язаних зі стресом, викликає занепокоєння у ерготерапевтів, оскільки участь у значущих заняттях, таких як робота, впливає на здоров'я та благополуччя [61]. Робота дає низку переваг, таких як економічна незалежність, сенс, участь у суспільстві та реалізація; це може бути шкідливим для загального добробуту, якщо втрачено роботу. Травма може вплинути на здатність людини виконувати роботу. Нещодавній загальний огляд ерготерапії з клієнтами з діагнозом ПТСР виявив, що збереження або повернення до роботи є загальною проблемою професійної ефективності. Порушення роботи, пов'язані з ПТСР, можуть включати

когнітивні та міжособистісні труднощі (наприклад, порушення концентрації та проблеми з контролем емоційних реакцій) і проблеми з керуванням часом і робочим навантаженням. Загальний огляд ерготерапевтичних втручань для ПТСР визначив ефективними оцінку ерготерапії та методи лікування, спрямовані на самообслуговування, дозвілля та продуктивні професії [57].

В наступному дослідженні розглядалися результати 8-тижневої програми лікування для ветеранів із ПТСР та черепно-мозковою травмою (ЧМТ) в анамнезі. Двадцять шість ветеранів заповнили канадське вимірювання професійної ефективності, шкалу посттравматичних стресових розладів, керовану лікарем, перелік депресій Бека – 2-е видання та контрольний список посттравматичних стресових розладів до та після лікування. Окрім групових занять з соціальним працівником та психологами в методі КПТ, ветерани отримували індивідуальну ерготерапію 1-2 рази на тиждень. Ерготерапія була зосереджена на унікальному наборі цілей кожного ветерана, які СОРМ допоміг визначити. Лікування включало підготовчі методи (наприклад, біологічний зворотний зв'язок, сенсорне введення), цілеспрямовані дії (наприклад, моделювання бюджету, рольові ігри) і самостійні заняття (наприклад, подання заявки на волонтерську посаду або освітню програму). Конкретні індивідуальні втручання включали освіту та керовані можливості для відпрацювання навичок подолання та соціальної взаємодії, інструментів самосвідомості та регуляції, а також когнітивних компенсаторних стратегій під час виконання складних функціональних завдань у різних середовищах. Ветерани продемонстрували значні покращення у професійній діяльності та задоволенні своєю роботою, а також у вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу та депресії після лікування ПТСР у стаціонарі. Крім того, покращення професійної продуктивності та задоволеності були пов'язані зі зменшенням тяжкості симптомів депресії. Незважаючи на попередні результати, результати свідчать про те, що у ветеранів із ПТСР та травмою в анамнезі спостерігалось значне зменшення вираженості симптомів ПТСР та депресії та покращення

самосприйняття продуктивності та задоволеності проблемними професійними сферами. Ці зміни в професійних сферах і тяжкості симптомів депресії підкреслюють важливість міждисциплінарного лікування [62].

Роль ерготерапевта в лікуванні осіб із ПТСР полягає в оцінці заняттєвої історії особи із ПТСР, складанні заняттєвого профілю, підборі та застосуванні різних терапевтичних методів для уможливлення заняттєвої активності. Найчастіше для військових із ПТСР застосовують методи та техніки, які включають саморефлексію, техніки самоусвідомлення (mindfulness), релаксаційні практики. Терапевтичне втручання має бути сфокусованим водночас на наслідках травми та на створенні безпечного середовища для запобігання повторній травматизації, використовуючи втручання, орієнтовані на поточне функціонування [63].

Канадські ерготерапевти в своєму дослідженні зазначили, що найбільш ефективним є лікування, сфокусоване на поточних функціях і бар'єрах, з акцентом на повсякденну діяльність та розвиток життєвих навичок [16]. Дослідження Plach і Sells (2013) [64] виявило труднощі у професійній діяльності у 30 ветеранів, які мали проблеми з водінням, сном і соціалізацією, а 93% учасників повідомили про труднощі з концентрацією. Для військовослужбовців найбільш пропонованими втручаннями були повернення до служби, навички вирішення проблем і методи релаксації, включаючи прогресивне розслаблення м'язів і дихальні техніки. Для військовослужбовців також були запропоновані фізична підготовка, гігієна сну, керування стресом і гнівом, спілкування та вирішення конфліктів, а також біологічний зворотний зв'язок. Найбільш рекомендованими втручаннями для військових ветеранів були навички подолання стресу та гніву, консультування щодо дозвілля та вправи на розслаблення, включаючи медитацію [64].

Оскільки участь у житті суспільства відіграє важливу роль у відновленні, спеціалісти з ерготерапії повинні здійснювати втручання, які підтримують розвиток стосунків і спілкування з однолітками, друзями,

сім'єю та домашніми тваринами, які є дуже важливими для соціальної участі. Огляд літератури показав, що нефармакологічне лікування є кращим варіантом лікування для більшості людей з депресією. Щоб впоратися з депресією та покращити психічне та соціальне здоров'я, люди повинні працювати самостійно та співпрацювати з іншими людьми в громаді та суспільстві. Результати чотирьох програм показали позитивні зміни в соціальній активності. По-перше, програма ААТ показала, що взаємодія з тваринами покращує відчуття функціонування, спілкування та задоволення. Учасники стали більш балакучими і відкритими, що пов'язано з їхньою самооцінкою. Вони зазначали, що спілкування з іншими стало приємнішим, зменшився страх перед новими ситуаціями, і це сприяло більшій соціальній активності, особливо в присутності тварин. По-друге, програма SEP показала, що уникнення активності пов'язане зі зниженням участі, але водночас підтримує бажання займатися активними справами. Серфінг (який практикували в цій програмі) виявився більш ефективним в порівнянні з іншими видами спортивних занять. Можу припустити, що в цьому випадку додатковим терапевтичним фактором слугувало саме природне середовище. Ці програми спрямовані на боротьбу з депресією і сприяють створенню справжнього сприятливого фізичного та соціального середовища, що в результаті підвищує рівень участі людини. Дослідники зазначають, що варто більше підкреслювати важливість цих програм лікування та інтегрувати їх у практику ерготерапії, щоб сприяти виразним поведінковим змінам у соціальній участі та заохочувати любов до себе, власну гідність і почуття приналежності. Водночас ці програми зміцнюють психічне та соціальне здоров'я як стимул для благополуччя [65].

Більшість статей описували орієнтовану на відновлення терапію з груповими втручаннями. Ерготерапевти внесли свій внесок у профілактичні заходи, які здебільшого були спрямовані на одужання в мультипрофесійних втручаннях щодо зменшення стресу або повернення до роботи. Ерготерапія включає управління стресом, запобігання стресу та підтримує відновлення після

пов'язаного зі стресом виснаження. Ерготерапевти в усьому світі використовують ремесла, діяльність на природі або садівництво як заходи боротьби зі стресом [66].

Використання природи як потенційного терапевтичного середовища було апробовано за межами професії ерготерапії, але оскільки зосередженість на навколишньому середовищі та контексті цілком входить до сфери втручання ерготерапії, це підхід може бути легко прийнятий ерготерапевтами [67].

Слід зазначити, що за даними досліджень, терапевтичне садівництво впливає на здоров'я через кілька каналів:

- Покращення моторики та фізичного здоров'я: Фізична активність у саду сприяє підвищенню загальної фізичної форми та здоров'я [54].
- Когнітивні переваги: Садівництво вимагає планування та рішень, що підтримує когнітивну функцію [68].
- Емоційне відновлення: Зв'язок з природою та результати праці у власному саду сприяють зменшенню стресу та підвищенню самооцінки [23].

Тому, на мою думку, його цей метод роботи безпосередньо знаходиться в межах ерготерапевтичної практики. А враховуючи тривалу стигматизацію щодо традиційних форм лікування, використання додаткових та альтернативних методів лікування у ветеранів постійно зростає.

Результати досліджень демонструють тісний взаємозв'язок між садівничою терапією та ерготерапією. Ерготерапія, як клієнтоцентрична галузь, що фокусується на відновленні здатності людини до значущої діяльності, є ефективним підходом для роботи з військовими, зокрема з ПТСР, допомагаючи їм відновити контроль над життям. Ерготерапевти використовують різноманітні методи, включаючи саморефлексію, mindfulness та релаксаційні практики, створюючи безпечне середовище для відновлення. Дослідження підтверджують ефективність ерготерапевтичних

втручань, спрямованих на поточні функції, розвиток життєвих навичок та соціальну участь, включаючи використання терапії за допомогою тварин та активностей на природі. Враховуючи зростаючий інтерес до альтернативних методів лікування та фокус ерготерапії на контексті та навколишньому середовищі, садівнича терапія має значний потенціал для інтеграції в ерготерапевтичну практику як ефективний інструмент для боротьби зі стресом, покращення соціальної взаємодії та сприяння загальному відновленню.

Висновок до 1 розділу

Проблема психологічного здоров'я, і зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), є досить актуальною та матиме довготривалі наслідки. Вона глибоко впливає на всі сфери життя, включаючи професійну діяльність та повсякденне функціонування. Такі симптоми, як порушення концентрації, соціальна ізоляція, спалахи гніву та агресії, ускладнюють процес реінтеграції ветеранів у цивільне життя, призводять до труднощів у виконанні рутинних завдань та, зрештою, знижують загальну якість життя. Подолання багатогранних наслідків ПТСР та відновлення повноцінної життєдіяльності вимагає застосування комплексного, мультидисциплінарного підходу. У цьому контексті важливо не лише спиратися на традиційні методи лікування, а й активно впроваджувати інноваційні підходи, що сприяють відновленню психічного здоров'я та підвищенню якості життя.

Наукові дослідження свідчать, що вплив природного середовища та активна взаємодія з ним позитивно впливають на психологічний стан людини. Зокрема, спостерігається зменшення стресу та тривожності, покращення настрою та загального самопочуття, підвищення концентрації та уваги, а також відновлення когнітивних функцій. Садівнича діяльність, у свою чергу, здатна забезпечити відчуття спокою, цілеспрямованості та самоцінності, тим самим сприяючи покращенню як фізичного, так і психічного здоров'я. З огляду на це, садівнича терапія постає перспективним методом реабілітації військовослужбовців, оскільки забезпечує комплексний позитивний вплив на фізичний, когнітивний та психологічний аспекти їхнього здоров'я. Для ветеранів, які пережили травматичні події, ця форма терапії може виявитися особливо дієвою.

Садівнича терапія сприяє фізичному оздоровленню через зміцнення м'язів, покращення координації, відчуття рівноваги та підвищення загальної витривалості. Когнітивні переваги включають покращення пам'яті,

когнітивних здібностей, концентрації та уваги. Психологічні аспекти відіграють ключову роль у процесі реабілітації, оскільки взаємодія з природою сприяє зниженню рівня стресу, тривоги та депресії, допомагає відновити емоційний баланс, зменшити симптоми ПТСР, а також підвищити самооцінку, впевненість у собі та надію на майбутнє. Крім того, садівництво стимулює розвиток соціальних навичок та почуття спільноти.

Важливо підкреслити, що доступність та універсальність садівничої терапії роблять її придатною для інтеграції в різноманітні реабілітаційні програми, зокрема в контексті ерготерапії. Враховуючи поширену стигматизацію традиційних методів лікування, використання додаткових та альтернативних підходів, таких як садівнича терапія, набуває все більшої популярності. Результати відповідних досліджень підкреслюють тісний зв'язок між садівничою терапією та ерготерапією, яка, будучи клієнтоцентрованою галуззю, що зосереджується на відновленні здатності людини до значущої діяльності, є ефективним підходом для роботи з військовослужбовцями. Ерготерапевти використовують широкий спектр методів, включаючи саморефлексію та різноманітні техніки релаксації, з метою створення безпечного середовища для відновлення.

Дослідження підтверджують ефективність ерготерапевтичних втручань, спрямованих на відновлення поточних функцій, розвиток життєвих навичок та розширення соціальної участі, включаючи, зокрема, терапію за допомогою тварин та активності на природі. Зважаючи на зростаючий інтерес до альтернативних методів лікування та особливий акцент ерготерапії на контексті та навколишньому середовищі, садівнича терапія має значний потенціал для подальшої інтеграції в практику ерготерапії. Такий підхід не лише полегшує симптоми ПТСР, але й сприяє довготривалому відновленню та успішній адаптації ветеранів до цивільного життя, пропонуючи комплексний інструмент для боротьби зі стресом, покращення соціальної взаємодії та сприяння загальному добробуту.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1 Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань та досягнення встановленої мети були використані такі методи дослідження як: аналіз науково-методичної літератури; ерготерапевтична модель РЕО; клініко-інструментальні методи та шкали (опитувальник нейроповедінкових симптомів (NSI), Шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5); самоопитувальник Self-Assessment Manikin (SAM); порівняння, типологізація, класифікація, спостереження, анкетування, методи математичної статистики та обробки даних.

2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури

Серед проаналізованої науково-методичної літератури акцент був зроблений на сучасні зарубіжні та вітчизняні джерела, що висвітлюють аспекти використання садівничої терапії в реабілітації військових з ПТСР, а також досвід використання цього методу в роботі ерготерапевта. Для складання оптимального алгоритму ерготерапевтичного втручання, процесі дослідження вивчено наукові роботи, автори яких акцентують увагу на питаннях етіології та патогенезу ПТСР, клініко-фізіологічному обґрунтуванню застосування різноманітних методів реабілітації, в тому числі, садівничої терапії, при ПТСР у військових, принципах, механізмах та особливостях втручання.

Вивчено іноземну літературу, присвячену дослідженню результатів використання садівничої терапії в процесі реабілітації людей з ПТСР та іншими психічними розладами. Слід зазначити, що вітчизняної літератури з цього напрямку немає.

Загальний результат дослідження полягає в утворенні уявлення про прояви ПТРС у військових, методи реабілітації які застосовуються за кордоном та особливості ефективності садівничої терапії. Комплексний аналіз даних з літературних джерел дозволив сформулювати уявлення про досліджуване питання в контексті світового та вітчизняного досвіду, узагальнити дані щодо ефективності терапії, сформулювати специфічні завдання та мету дослідження, та підібрати відповідні методи.

Всього проаналізовано 75 джерел, серед них – 5 вітчизняних та 70 – зарубіжних.

2.1.2 Ерготерапевтична модель РЕО

Заснована в 1996 році в Сполучених Штатах Америки ерготерапевтична модель "Людина-Середовище-Заняття" (РЕО) концептуалізує "заняттєве виконання" як результат динамічної та взаємозалежної взаємодії трьох доменів: особи, середовища та заняття. Заняттєве виконання визначається як здатність індивіда до вибору, організації та задовільного здійснення бажаних, значущих та культурно обумовлених занять, що відповідають його віковим особливостям, потребам, цінностям та інтересам. Відповідно, заняттєве виконання розглядається як динамічний феномен, що виникає в процесі виконання певної діяльності в конкретному контексті [69;70].

Домен особи включає такі атрибути, як ролі: Я-концепція, культурна ідентичність, особистісні характеристики, стан здоров'я, когнітивні функції, фізична працездатність та сенсорні можливості. Середовище охоплює: фізичний, культурний, інституційний, соціальний та соціально-економічний контексти. Домен заняття включає сукупність завдань та діяльностей, що виконуються індивідом, зокрема самообслуговування, самовираження, продуктивну діяльність та безпосереднє здійснення активностей. Зазначені три домени є взаємозалежними та чинять взаємний вплив.

Особа розглядається як унікальна сутність, що виконує множинні соціальні ролі та є невіддільною від контекстуальних впливів. Індивід інтегрується в контекст через набір особистих атрибутів, навичок, знань та досвіду. Важливість ролей варіюється залежно від середовища та етапу життєвого циклу. Аналіз поведінки особи зосереджується на таких аспектах, як мотивація (інтереси, культурна релевантність діяльності), умови, що провокують емоційні реакції (невдачі, стрес, відволікання), та ступінь автономії. Середовище визначається як контекст, в якому відбувається заняттєва діяльність, та класифікується за культурними, соціально-економічними, інституційними, фізичними та соціальними параметрами. Воно розглядається з точки зору індивіда, домогосподарства, сусідства та/або громади. Заняття визначається як самостійно спрямовані, значущі завдання та види діяльності, що здійснюються протягом усього життя. Модель виділяє такі сфери занять, як самообслуговування, продуктивність та дозвілля. Виконання занять спрямоване на задоволення внутрішніх потреб у самозбереженні, самовираженні та отриманні задоволення. Важливим є врахування часових аспектів, зокрема професійних звичок індивіда. Аналіз занять передбачає дослідження їх характеристик, структури, тривалості, складності та вимог.

Ключовими припущеннями моделі є динамічна взаємодія особи та середовища, унікальність середовища для кожного заняття, потенційний позитивний та негативний вплив середовища на заняттєве виконання, зміна поведінки особи під впливом змін у середовищі, відносна легкість модифікації середовища порівняно з особою, та формування соціальної ролі особи через заняття, що складається з окремих завдань та дій.

У моделі РЕО область перетину трьох доменів відображає рівень конгруентності взаємодії між особою, середовищем та заняттям, що динамічно визначає заняттєве виконання індивіда. Вищий рівень конгруентності корелює з підвищенням якості заняттєвого виконання, і навпаки. Модель також враховує часову динаміку, оскільки всі три домени та

заняттєве виконання зазнають змін протягом життя. Ерготерапевти використовують цю модель як систематичний підхід до аналізу проблем заняттєвого виконання, враховуючи функціонування та досвід індивіда, а також як інструмент втручання для оптимізації заняттєвого виконання шляхом підвищення конгруентності між трьома доменами.

2.1.3 Клініко-інструментальні методи

Клініко-інструментальні методи включають оцінку досліджуваних функцій та тестування за допомогою специфічних шкал та тестів.

Збір анамнезу проводився перед застосуванням інших методів оцінки та включав в себе збір та аналіз медичної документації та інтерв'ю з пацієнтом.

Спостережний аналіз. Спостереження за поведінкою та мотивацією пацієнта під час проведення занять. Цей метод впливав на вибір середовища, формування алгоритму та заміну (за потреби) ерготерапевтичних втручань.

Опитувальник нейроповедінкових симптомів (NSI)

NSI – це багатовимірний опитувальник самооцінки, розроблений для оцінки широкого спектра фізичних, когнітивних та емоційних симптомів, які часто спостерігаються після стусу головного мозку (СГМ) або легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ), розроблений Cicerone K.D. і Kalmar K. NSI є формою самоопитувальника, що містить 22 твердження про соматичні, афективні, сенсорні та когнітивні симптоми посткомоційного синдрому [71]. На відміну від шкал, які зосереджуються на одному конкретному розладі (наприклад, PCL-5 для ПТСР), NSI розроблений для виявлення та кількісної оцінки різноманітних симптомів, що робить його корисним для: Скринінгу на наявність посткомоційного синдрому.

- Оцінки тяжкості та профілю симптомів.
- Моніторингу змін симптомів з часом або у відповідь на лікування.

- Допомоги в диференційній діагностиці з іншими станами, що можуть мати схожі симптоми (наприклад, депресія, тривожність).

Досліджуваний повинен оцінити кожне твердження за п'ятибальною шкалою Лікерта, що відображає частоту або інтенсивність симптому:

- 0 = Ніколи
- 1 = Рідко
- 2 = Іноді
- 3 = Часто
- 4 = Дуже часто

Підсумований загальний бал може варіюватися від 0 до 88.

Пункти NSI охоплюють три основні домени симптомів:

- *Соматичні (фізичні) симптоми:* головний біль, запаморочення, нудота, чутливість до світла/звуку, проблеми зі сном, втома.
- *Когнітивні симптоми:* проблеми з пам'яттю, увагою, концентрацією, уповільнене мислення, труднощі з прийняттям рішень.
- *Емоційні симптоми:* дратівливість, тривожність, депресія, емоційна лабільність.

№	Твердження	0 (Ніколи)	1 (Рідко)	2 (Іноді)	3 (Часто)	4 (Дуже часто)
1	Головний біль					
2	Запаморочення або відчуття нестійкості					
3	Нудота або розлад шлунку					
4	Чутливість до яскравого світла					
5	Чутливість до гучних звуків					
6	Проблеми зі сном (засинання, пробудження, неспокійний сон)					
7	Відчуття втоми або виснаження					

№	Твердження	0 (Ніколи)	1 (Рідко)	2 (Іноді)	3 (Часто)	4 (Дуже часто)
8	Проблеми з пам'яттю (запам'ятовування згадування подій)					
9	Труднощі з концентрацією уваги					
10	Уповільнене мислення					
11	Відчуття розгубленості					
12	Труднощі з прийняттям рішень					
13	Дратівливість					
14	Відчуття тривоги або занепокоєння					
15	Відчуття депресії або пригніченості					
16	Емоційна лабільність					
17	Проблеми з організацією завдань					
18	Відчуття тиску або напруги в голові					
19	Погіршення зору або розмитість					
20	Зниження статевого потягу					
21	Зміни апетиту					
22	Відчуття загальної слабкості					

Дослідження факторної структури NSI виявили кілька факторів, що відображають різні кластери симптомів, такі як:

- Головний біль/вестибулярні симптоми
- Когнітивні порушення
- Емоційні симптоми
- Симптоми втоми

NSI пройшов валідацію в різних дослідженнях і показав прийнятну надійність та валідність для оцінки посткомоційних симптомів.

Шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Розроблена Blevins та ін., PCL-5 має гарну внутрішню узгодженість, надійність та валідність [72]. Опитувальник PCL-5 містить 20 тверджень,

кожне з яких досліджуваний оцінює по 5-бальній шкалі від 0 (зовсім не турбувало) до 4 балів (дуже турбувало). Оцінки усіх тверджень підсумовуються та вираховується загальний бал: мінімальний можливий — 0 балів, максимальний — 80 балів. Симптоми вважаються клінічно значущими, якщо при підрахунку загального балу результат становить 33 бали або вище.

Отже, шкала містить 20 пунктів, кожен пункт відповідає одному з 20 симптомів ПТСР, визначених у DSM-5. Пункти PCL-5 згруповані відповідно до чотирьох кластерів:

- *Кластер В (Вторгнення):* (Пункти 1-5) - нав'язливі спогади, сни, флешбеки, дистрес при нагадуванні, фізіологічні реакції на нагадування.
- *Кластер С (Уникнення):* (Пункти 6-7) - уникнення думок, почуттів або нагадувань про травму.
- *Кластер D (Негативні зміни в когніціях та настрої):* (Пункти 8-14) - проблеми з пам'яттю про травму, негативні переконання про себе, інших або світ, звинувачення себе або інших, негативні емоції, втрата інтересу, відчуження, нездатність відчувати позитивні емоції.
- *Кластер Е (Збудження та реактивність):* (Пункти 15-20) - дратівливість, агресія, ризикована поведінка, гіперпильність, надмірна реакція переляку, проблеми з концентрацією, проблеми зі сном.

Пацієнт оцінює, наскільки сильно кожен із наведених нижче симптомів турбував його протягом останнього місяця, використовуючи 5-бальну шкалу Лікерта:

0 = Зовсім ні

1 = Трохи

2 = Помірно

3 = Досить сильно

4 = Надзвичайно сильно

Опитувальник містить такі питання:

1. Повторювані, тривожні та небажані спогади про стресову подію з минулого?
2. Повторювані, тривожні сни про стресову подію?
3. Раптове відчуття або діяння так, ніби стресова подія знову відбувається (наче ви знову переживаєте це)?
4. Сильне засмучення, коли щось нагадує вам про стресову подію з минулого?
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадує вам про стресову подію (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, пітливість)?
6. Уникнення спогадів, думок або почуттів, пов'язаних зі стресовою подією?
7. Уникнення певних видів діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам про стресову подію з минулого?
8. Труднощі зі згадуванням важливих моментів стресової події з минулого?
9. Наявність сильних негативних переконань про себе, інших людей або світ (наприклад, думки на кшталт: "Я поганий", "Зі мною щось серйозно не так", "Нікому не можна довіряти", "Світ абсолютно небезпечний")?
10. Звинувачення себе або когось іншого у стресовій події або в тому, що сталося після неї?
11. Наявність сильних негативних почуттів, таких як страх, жах, гнів, провина або сором?
12. Втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення?
13. Відчуття віддаленості або відрізаності від інших людей?
14. Нездатність відчувати позитивні емоції?
15. Дратівливість або спалахи гніву?
16. Ризикована або саморуйнівна поведінка?
17. Постійна настороженість, відчуття небезпеки?

18. Легке здригання або переляк?
19. Труднощі з концентрацією?
20. Труднощі зі сном (наприклад, засинання, пробудження серед ночі або раннє пробудження)?

Сумуються бали за всі 20 пунктів. Діапазон балів становить від 0 до 80, де вищі бали вказують на більшу тяжкість симптомів ПТСР. Загальний бал 31-33 і вище часто розглядається як поріг для можливого ПТСР, але клінічна оцінка є обов'язковою.

PCL-5 має доведену надійну валідність для оцінки симптомів ПТСР відповідно до DSM-5.

SAM, Self-Assessment Manikin

Для оцінки емоційних реакцій учасників використали невербальну техніку оцінки зображень Self-Assessment Manikin (SAM). Ця методика дозволяє безпосередньо вимірювати суб'єктивні позитивні чи негативні емоції та рівень збудження учасника. SAM включає п'ятибальну шкалу, де кожне зображення представляє діапазон від неприємних відчуттів до приємних почуттів (Рис. 2.1.1). Методика є високонадійною та валідною і оскільки є графічною [73], то не потребує і додаткової адаптації та валідації.

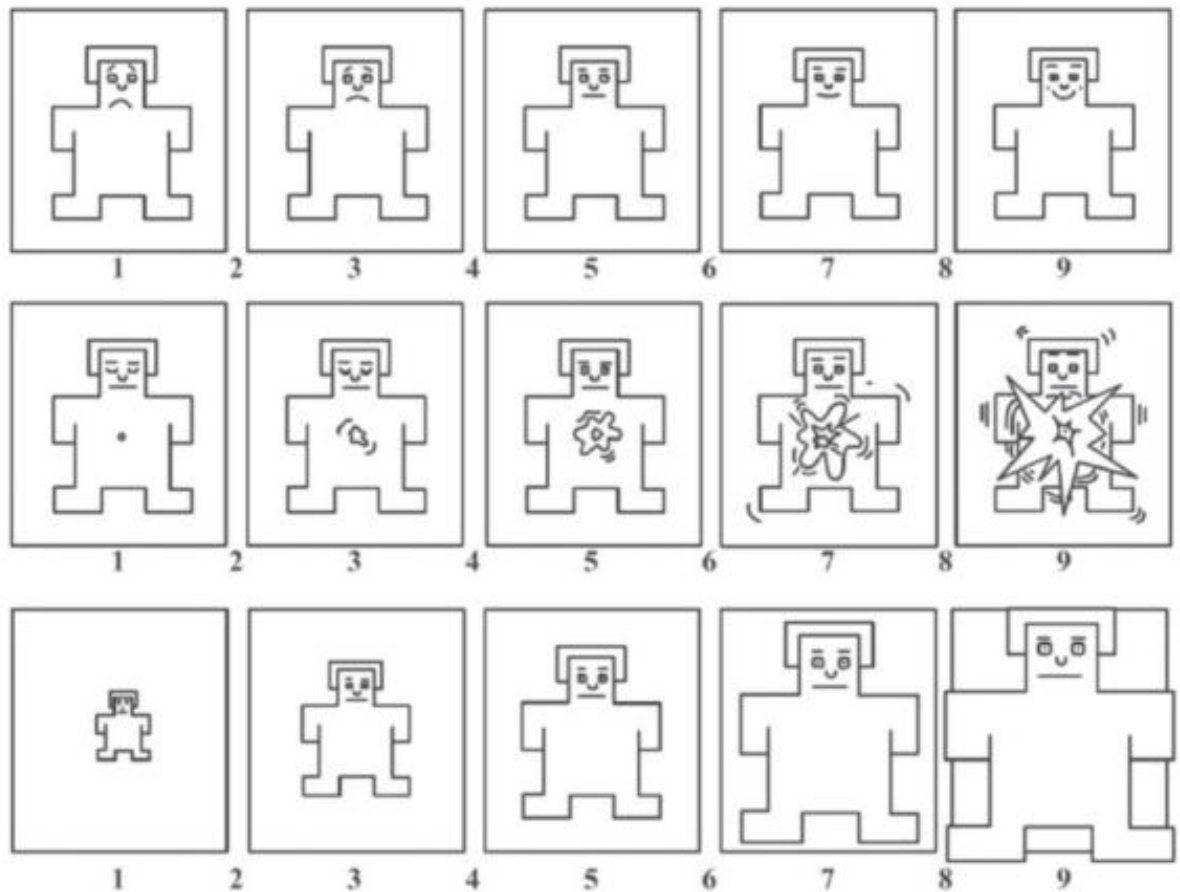


Рисунок 2.1.1 - Шкала Self-Assessment Manikin (SAM)

Вона дозволяє швидко та легко виміряти три основні виміри емоцій:

- **Настрій:** оцінює ступінь приємності або неприємності емоційного стану, вимірюється за шкалою від "дуже неприємно" до "дуже приємно".
- **Збудження:** оцінює ступінь збудження або спокою емоційного стану. Вимірюється за шкалою від "дуже спокійно" до "дуже збуджено".
- **Включеність:** оцінює ступінь включеності або відчуття приналежності до групи. Вимірюється за шкалою від "повністю відсторонений" до "повністю включений". (В класичному варіанті елемент інтерпретують як "домінування", проте в даному дослідженні більш актуальним був показник включеності)

2.1.4 Методи математичної статистики

Для математичної обробки числових даних кваліфікаційної роботи використовувались методів варіаційної статистики. Аналіз відповідності виду розподілу кількісних показників закону нормального розподілу перевіряли за критерієм Шапіро-Уїлка (W).

Більшість показників не відповідали закону нормального розподілу на всіх етапах дослідження. Для кількісних показників, які мали нормальний розподіл, визначали середнє значення (\bar{x}) та порівнювали зміни між групами за допомогою незалежного t-тесту.

З метою оцінки значущості різниці, при наявності нормального розподілу результатів досліджень, використовували t-критерій Стюдента для парних вибірок. Математична обробка числових даних кваліфікаційної роботи виконувалась у Microsoft Excel.

2.2 Організація дослідження

Матеріали роботи отримано в процесі дослідження ефективності програм із садівничої терапії в реабілітації пацієнтів з ПТСР.

Дослідження проведено на базі “Центру психічного здоров'я та реабілітації ветеранів “Лісова поляна” МОЗ України” в місті Києві. В даному центрі проходять лікування пацієнти з психологічними розладами та ЧМТ. Кожен пацієнт має індивідуально розроблений план реабілітації з урахуванням можливих особливостей та супутніх захворювань кожного. Загальний курс комплексної реабілітації, розрахований на 3-4 тижні стаціонарного лікування. Програма дослідження передбачала введення для пацієнтів додаткового курсу занять з ГТ. В даному дослідженні взяли участь 32 пацієнтів в віці від 21 до 53 років з вираженою симптоматикою ПТСР за шкалами PSL-5 та NSI. Середній вік учасників дослідження - 36 років. Серед

них чоловіків - 100%. Пацієнти були розподілені на дві групи. До експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) груп входило по 16 пацієнтів. Включення пацієнтів у дослідження відбувалося з погодженням лікаря-куратора та психолога, який веде пацієнта, а також поінформованою згодою учасників дослідження.

Дослідження проведено в 4 етапи протягом 2024-2025 рр.

Перший етап (липень-жовтень 2024 р.) передбачав аналіз зарубіжної та вітчизняної науково-методичної літератури щодо питань реабілітації військових з ПТСР та застосування ГТ в лікуванні психічних розладів. Вивчено та проаналізовано актуальний стан проблеми в Україні.

На **другому етапі** (листопад-грудень 2024) визначено та обґрунтовано мету, об'єкт, предмет, завдання, методи дослідження та принципи побудови ерготерапевтичного втручання. Сформовані цілі та встановлені терміни проведення дослідження.

На **третьому етапі** (січень-лютий 2025) розроблено декілька варіантів 2-тижневої програми занять з ГТ, з урахуванням особливостей групи, наявних ресурсів та забезпечення центру. Спланована адаптація занять за потреби під особливості учасників. Прописані варіанти додаткові заняття на випадок потреби замінити основні.

На **четвертому етапі** (березень-квітень 2025) проведена програма для експериментальної групи зі щоденними додатковими заняттями, завершене дослідження, визначена ефективність програми в контексті ерготерапевтичного втручання, проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів, дані оброблено методами математичної статистики, здійснене кінцеве оформлення кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Аналіз результатів обстеження на першому етапі оцінки пацієнтів з ПТСР

Первинна оцінка пацієнтів проводилась за допомогою інструментальних методів, описаних у Розділі 2 кваліфікаційної роботи, після проведення інтерв'ю з майбутніми учасниками, базуючись на моделі РЕО. Завдяки моделі РЕО та інформації, зібраної під час інтерв'ю можна було виокремити фактори, що впливають на виконання тої чи іншої діяльності повсякденного життя (Табл. 3.1.1).

Результати інтерв'ю допомогли при розробці індивідуалізованих програм садівничої терапії, що враховують сильні та слабкі сторони пацієнтів, їх потреби та цілі; аспекти середовища, які потребують адаптації для забезпечення оптимальних умов для проведення садівничої терапії; а також допомогло з вибором конкретних видів садівничої діяльності, які відповідають індивідуальним потребам та інтересам.

Таблиця 3.1.1 – Компоненти та складові РЕО моделі

Компонент	Складові
Особа (P – Person)	Біологічні, фізичні, психологічні, когнітивні, емоційні та духовні фактори, навички, досвід, цінності та інтереси, мотивація, звички, рутини
Середовище (E – Environment)	Фізичне, культурне, соціальне, інституційне, економічне, законодавче
Заняття (O – Occupation)	ADL, IADL, продуктивна діяльність, хобі, сон, відпочинок

На наступному етапі проводився збір даних отриманих з оцінювань по обраним шкалам (шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), опитувальник нейроповедінкових симптомів (NSI).

До дослідження були запрошені пацієнти з високими показниками за опитувальником NSI та шкалою PCL-5 (Табл. 3.1.2). Для NSI високою вважається показник, коли загальна сума балів перевищує 43 бали. Це може говорити про наявність значних порушень в окремих шкалах, таких як: когнітивні порушення (пам'ять, увага, концентрація); соматичні симптоми (головний біль, запаморочення, втома); емоційні порушення (дратівливість, тривога, депресія). За шкалою PCL-5 загальний бал 31-33 і вище часто розглядається як поріг для можливого ПТСР.

Таблиця 3.1.2 - Початкові показники двох груп за PSL-5 та NSI

	Середній бал ЕГ	Середній бал КГ
PSL-5	56,7	57,8
NSI	54,6	56,2

На основі даних, представлених у таблиці можна зробити висновок, що різниця між первинними показниками ПТСР в експериментальній групі (ЕГ) та контрольній групі (КГ) є не суттєвою. Середні значення показників для обох груп варіюються в межах показників вище середнього, на основі яких можна зробити висновок про наявність симптомів ПТСР. Це вказує на те, що між ЕГ та КГ немає виразних відмінностей у первинних показниках, які були оцінені в цьому дослідженні.

3.2 Алгоритм застосування садівничої терапії в ерготерапії військових з ПТСР

Після аналізу отриманих результатів оцінки пацієнтів, було створено алгоритм ерготерапевтичного втручання, який гармонійно вписувався в індивідуальний графік пацієнтів та не перетинався з рештою реабілітаційної програми. Алгоритм був затверджений мультидисциплінарною командою, яка складалась із лікаря ФРМ, фізичних терапевтів, психологів, терапевта мови та мовлення, неврологів, психіатрів та кейс-менеджерів.

При розробці алгоритму ерготерапевтичного втручання для військовослужбовців з ПТСР, мультидисциплінарна команда керувалась принципами Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я МКФ. Цей підхід дозволяє комплексно оцінити та врахувати всі аспекти функціонування пацієнтів, включаючи їхні фізичні, психологічні та соціальні потреби. МКФ охоплює всі аспекти здоров'я людини та деякі складові добробуту, пов'язані зі здоров'ям, та описує їх в термінах доменів здоров'я та доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Вона забезпечує єдиний підхід до розуміння та оцінки впливу різних станів на функціонування особистості, відходячи від традиційного зосередження лише на наслідках захворювань [74].

З 1980 року МКФ використовується як важливий клінічний інструмент для оцінки потреб пацієнтів, порівняння ефективності різних методів втручання, оцінки професійної придатності та реабілітації. МКФ поділяється на дві основні частини: "Функціонування та обмеження життєдіяльності" та "Контекстуальні фактори". Перша частина включає в себе оцінку "Організму" (функції та структури організму) та "Активності та участі" (здатність до виконання завдань та участі в житті). Друга частина охоплює "Фактори середовища" (вплив зовнішніх умов) та "Особистісні фактори" (внутрішні характеристики особистості, які, однак, не класифікуються в МКФ через їхню велику різноманітність). Застосування принципів МКФ у

формуванні алгоритму ерготерапевтичного втручання дозволяє комплексно підійти до процесу реабілітації військових з ПТСР, враховуючи всі аспекти їхнього функціонування та середовища, що сприяє більш ефективному відновленню та адаптації до повсякденного життя [75].

На основі запиту та потреб пацієнтів, а також показників попереднього оцінювання за психологічними шкалами, було сформовано основну ціль - знизити рівень вираженості симптомів депресії, стресу, тривоги та покращити психологічне благополуччя досліджуваних. Очікувалося, що після проходження програми садівничої терапії у військовослужбовців з ПТСР спостерігатиметься зниження рівня сприйнятого стресу (за шкалою PSL), зменшення вираженості симптомів ПТСР (за шкалою NSI) та посиляться відчуття єдності з іншими.

Програма садівничої терапії була розроблена з метою комплексного впливу на різні аспекти функціонування військовослужбовців з ПТСР, включаючи відновлення фізичних, психологічних та соціальних навичок. Вона містила різноманітні види діяльності, що сприяли:

- розвитку дрібної моторики (через догляд за рослинами, використання дрібних насінин, роботою що вимагала точності та координації рухів);
- розвитку творчості (через створення композицій, дозволяючи виражати себе та розвивати творчі здібності);
- розвитку соціальних навичок (через групову роботу, що сприяло покращенню комунікації та встановленню зв'язків з іншими учасниками);
- сенсорній стимуляції (через тактильні відчуття від роботи з землею, рослинами, насінням та травами сприяють сенсорній стимуляції, що може мати додатковий терапевтичний ефект).
- забезпеченню фізичної активності (через роботу в саду на свіжому повітрі);

- відновленню відчуття контролю (через догляд за рослинами, що важливо для людей, які пережили травматичні події);
- створенню безпечного та підтримуючого середовища, де військовослужбовці можуть вільно ділитися своїми думками, почуттями та переживаннями.

Під час сеансів садівничої терапії проводилася психоедукація, надаючи інформацію про травму, способи подолання стресу та емоційної саморегуляції. Ці складові програми були спрямовані на відновлення фізичного та психологічного благополуччя військовослужбовців з ПТСР.

Програма тривала 2 тижні та складалася з 10 занять по 1,5 години. Учасники експериментальної групи були розділені на 2 підгрупи з можливістю вибору часу відвідування занять. Перед початком програми була підписана інформована згода та кожен з учасників був проінформований про план та години проведення занять. Перші заняття були направлені на знайомство з учасниками, формування правил роботи в групі, інформування щодо особливостей садівничої терапії та досвіду її використання в інших країнах. Кожне наступне заняття поступово учасникам пропонувалося більше зануритися у власні відчуття та пробувати говорити про них. Кожне заняття відрізнялося від попереднього метою, практикою, яка використовувалася та темою рефлексії. Нижче наведено перелік та короткий опис кожної сесії.

1. Знайомство та заземлення “Коріння і опора”

Метою цього заняття було створити безпечний простір, сформувати контакт із ґрунтом і групою. Найперше були встановлені правила роботи в групі та проведене знайомство учасників між собою. Під час заняття учасники самостійно замішували ґрунт, обирали ароматну рослину (сантоліну або лаванду) та вкорінювали живці. Як символ створення ґрунту під ногами та пошуку опори для себе зараз, а також як можливість дати шанс на відновлення та нове життя.

2. Планування та зростання “Початок і надія”

Заняття мало на меті символічно відзначити початок нового етапу та

працювати з темами росту й надії. Практикою було вирощування мікрозелені, що символізувало початок нового. Це дало можливість військовослужбовцям відчувати себе причетними до процесу створення чогось нового, розвиваючи дрібну моторику та стимулюючи сенсорні відчуття. Під час заняття проводилося обговорення на тему "Що я хочу, щоб проросло в мені за ці 2 тижні?", що спонукало до саморефлексії та визначення особистих цілей на 2 тижні та в довгостроковій перспективі, сприяючи емоційному відновленню та відчуттю надії.

3. Чаювання з рефлексією

Метою заняття було створення безпечного простору для вербалізації відчуттів. Сесія включала приготування та споживання трав'яного чаю з свіжих, сушених трав та також ароматних чаїв. Кожен учасник міг самостійно підібрати рослини за ароматом або властивістю і створити свій чай. Це сприяло відчуттю тепла та затишку серед учасників. Активність створювала умови для соціальної взаємодії і забезпечувала обмін культурними досвідами, сімейними звичаями та емоційними спогадами, пов'язаними з чаєм та чаюванням.

4. "Догляд і відповідальність"

Заняття складалося з двох частин: укорінення сукулентів та створення насінневих бомб. Воно було спрямоване на розвиток терпіння та уваги до деталей, стимуляцію відчуття контролю та відповідальності, а також заохочення до довготривалого планування та догляду, до того ж забезпечуючи тактильну стимуляцію. Учасники висаджували в ґрунт сукуленти, доглядали за ними, обговорюючи особливості догляду та паралелі з турботою про себе, а також свої почуття під час процесу. Створення насінневих бомб мало на меті розвиток відчуття причетності до створення нового, заохочення до дій, спрямованих на покращення навколишнього середовища, та розвиток дрібної моторики. Учасники готували суміш з глини, ґрунту та насіння, формували кульки, дізнавалися про різні види насіння, обговорювали можливість озеленення та символізм цього процесу, а

також вплив на оточення. Обидва заняття поєднували практичну діяльність із символічним значенням, сприяючи емоційному та психологічному відновленню, даючи можливість відчувати надію, контроль та стимулюючи до особистого зростання.

5. *Колаж-мандала "Мій внутрішній сад"*

Дане заняття було спрямоване на візуалізацію психоемоційного стану учасників та роботу з їхньою уявою. Учасники використовували клей, аркуші та різні типи насіння для створення візуального образу свого внутрішнього саду, який міг бути як реальним, так і фантазійним. Після завершення колажів відбулася дискусія, під час якої учасники ділилися своїми роботами, обговорюючи, що "росте" в їхньому саду та що потребує особливого догляду або захисту, а що хотілося би виростити. Це заняття сприяло саморефлексії, творчому самовираженню та розвитку навичок спілкування.

6. *"Закладання насіння на майбутній врожай"*

Це заняття було зосереджене на практичній роботі в теплиці, де учасники займалися посівом насіння зелені та овочів. Процес посіву насіння символізував початок нового, ріст та розвиток. Спільна робота в теплиці також сприяла розвитку соціальної взаємодії та покращенню комунікації між учасниками. Після завершення практичної частини заняття відбулося обговорення, під час якого учасники ділилися своїми враженнями, попереднім досвідом, обговорювали особливості догляду за різними видами рослин та ділилися очікуваннями від майбутнього врожаю.

7. *"Закладання терапевтичного саду"*

На цьому занятті ми виготовляли маркери для грядок та садили сад. Учасники використовували дерев'яні палички, маркери, фарби та наклейки для створення індивідуальних маркерів для грядок. Кожен учасник створював таблички з написами, які відображали їхні внутрішні ресурси, емоції, наприклад, "Тут зростає спокій", "Не чіпай – тут гнів!" або назву власної рослини. Це заняття стимулювало творче мислення та дозволяло учасникам виразити свої почуття через гумор та метафори. Після

виготовлення маркерів відбулася посадка дерев та встановлення табличок, що символізувало процес зростання та розвитку. Цим було створене символічне місце, куди хочеться повертатися.

8. *Відновлення зв'язку з природою “Зцілення в обіймах лісу”*

Зустріч була спрямована на підвищення тілесної усвідомленості, відчуття меж та присутності учасників через відновлення їхнього зв'язку з природою. Практична частина заняття складалася з прогулянки лісом, під час якої учасникам пропонувалося спостерігати за своїми тілесними відчуттями, звертаючи увагу на зміни, що відбувалися в їхньому тілі під впливом оточуючого середовища. Додатково, було проведено чаювання та медитативну вправу "Сканування тіла", яка допомагала учасникам більш глибоко усвідомити свої тілесні відчуття та межі. Це заняття сприяло відновленню зв'язку з природою, покращенню тілесної усвідомленості свого тіла та відчуття “тут і тепер”.

9. *Пошук підтримки “Рослина, яка мене підтримує”*

Заняття складалося з двох частин. У першій частині учасникам пропонувалося намалювати або вигадати рослину, яка символізує для них підтримку, після чого відбулося обговорення якостей цієї рослини та того, як вона підтримує кожного з учасників. Це завдання було спрямоване на активацію уяви та ідентифікацію власних ресурсів. У другій частині заняття учасники створювали міні-сад сукулентів, який вони потім могли забрати з собою, як додаткову підтримку. Ця символізувало певну стійкість та здатність до адаптації, тренувало терпіння та дрібну моторику. Обидві частини заняття були спрямовані на те, щоб допомогти учасникам усвідомити власні ресурси та розвинути навички самопідтримки.

10. *Рефлексія*

Кінцеве заняття було присвячене рефлексії та підбиттю підсумків програми садівничої терапії. Учасники разом готували зелений борщ, використовуючи свіжо зібрану зелень, що стало символічним завершенням циклу, від посіву насіння до збору врожаю. Приготування спільної страви

сприяло створенню теплої та дружньої атмосфери, даючи можливість поділитися спогадами та враженнями від програми. Після приготування відбулася загальна рефлексія та обговорення програми, де кожен учасник міг висловити свої думки, почуття та спостереження щодо впливу садівничої терапії на їхнє емоційне та психологічне благополуччя. Це заняття стало не лише смачним завершенням програми, але й важливим етапом у процесі відновлення та соціальної адаптації військовослужбовців.

На початку та в кінці кожного заняття проводилася оцінка SAM для моніторингу змін стану та настрою під час заняття, яка включала самооцінку настрою, рівня тривожності/збудженості та включеності, див. розділ 2.1.3. Це дозволило відстежувати динаміку їхнього стану протягом програми. Протягом тижня та наприкінці занять, збиралися якісні відгуки учасників щодо їхніх емоцій, відчуттів та вражень від заняття. Це дозволило отримати безпосереднє розуміння їхнього досвіду. Також, на початку та наприкінці кожного тижня проводилося додаткове оцінювання за персоналізованою шкалою (табл. 3.2.1). Воно проводилося для проміжкового моніторингу результативності та фінальної оцінки.

Після завершення останнього заняття було проведене оцінювання, учасники повторно заповнили шкали PSL та NSI, та підведені підсумки занять. Окрім, загальних відгуків була зібрана інформацію про побажання учасників щодо можливості удосконалення програми.

Таблиця 3.2.1 - Опитувальник змін стану та ефективності занять

Опитування ДО/ПІСЛЯ занять - Досвід учасника та результати														
Ім'я:					Дата:									
Будь ласка, оберіть відповідне число для того, щоб оцінити рівень вашого стану до та після занять, відповідаючи на кожне питання нижче.					1. Дуже низький									
					2. Низький									
					3. Задовільний									
					4. Високий									
					5. Дуже високий									
Заняття з садівничої терапії в програмі реабілітації в Лісовій поляні														
Як би ви оцінили...					ДО ЗАНЯТЬ					ПІСЛЯ ЗАНЯТЬ				
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ваше відчуття фізичного благополуччя					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рівень фізичної напруги та болю у вашому тілі?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ваше відчуття емоційного благополуччя?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рівень ментальної тривоги/стресу					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Відчуття єдності з іншими?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бажання ділитись своїми думками з іншими?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ваші сподівання на майбутнє?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ваша спроможність подолати фізичний та емоційний стрес за допомогою занять пов'язаного з контактом з природою?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дякуємо за участь в цьому опитуванні!														

3.3 Ефективність розробленого алгоритму та обговорення результатів

Для оцінки результативності програми використовувалися опитувальники описані в розділі 2. З отриманих даних проведено порівняльний аналіз результатів первинного та фінального тестування за шкалами PSL та NSI за допомогою статистичних методів та порівняні показники ЕГ та КГ. Первинні дані та дані отримані наприкінці занять, а також порівняння початкових та кінцевих даних наведені в таблиці 3.3.1.

Таблиця 3.3.1 - Порівняння показників двох груп за PSL-5 та NSI

	Середній бал ЕГ			Середній бал КГ		
	Первинні дані	Кінцеві дані	Різниця	Первинні дані	Кінцеві дані	Різниця
PSL-5	56,7	41,7	15	57,8	49,8	8
NSI	54,6	40,7	14	56,2	50,8	5

З наведених даних, помітна, різниця результатів в ЕГ та КГ. Можна стверджувати, що результати проведеного експерименту демонструють позитивний вплив садівничої терапії на рівень психологічної травматизації, виміряний за допомогою шкали PSL-5. В ЕГ, яка проходила додатковий курс, спостерігається значне зниження середнього балу за шкалою PSL-5 на приблизно 24%. У КГ також спостерігається зниження середнього балу PSL-5, але значно менше – на приблизно 13,84%. Різниця у відсотковій зміні є досить суттєвою. Зниження рівня проявів симптомів ПТСР в ЕГ майже вдвічі більше, ніж у КГ.

Щодо показника за шкалою NSI, різниця тут також помітна, середній бал в ЕГ знизився на значно більший відсоток (приблизно на 25,46%), ніж у КГ (приблизно на 9,61%). Результати проведеного експерименту чітко демонструють позитивний вплив занять із садівничої терапії на нейроповедінкові симптоми. У ЕГ, яка проходила додаткові заняття із садівничої

терапії, спостерігається суттєве та статистично значуще зниження середнього балу NSI після завершення занять. Це вказує на те, що садівнича терапія ефективно сприяла зменшенню рівня стресу, тривожності або покращенню психологічного благополуччя учасників цієї групи. У той же час, у КГ, яка проходила звичну програму реабілітації також спостерігається певне зниження середнього балу NSI, але це зниження є значно меншим за величиною (див. рис. 3.3.1).

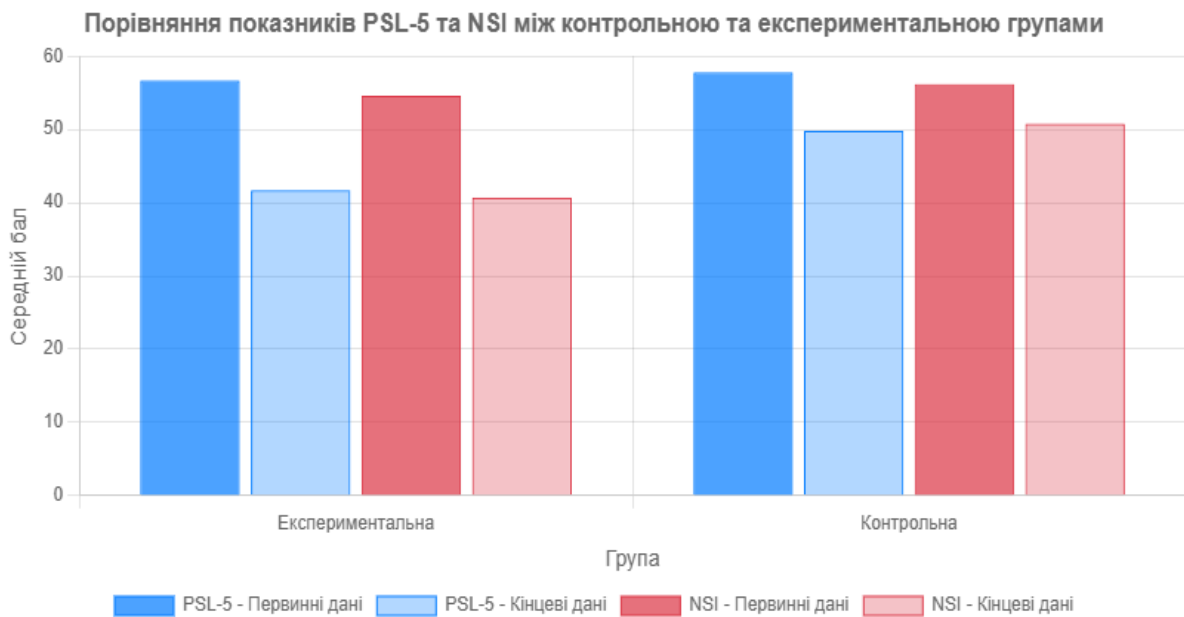


Рисунок 3.3.1 – Порівняння показників PSL-5 та NSI

Дані результати дають підстави стверджувати, що додаткові заняття з ерготерапевтом з елементами садівничої терапії мали значно більший позитивний вплив на зменшення симптомів психологічної травми порівняно з відсутністю такого втручання.

Порівняльний аналіз результатів обох груп чітко демонструє значну позитивну роль садівничої терапії як ерготерапевтичного інструменту у зниженні показників NSI та PSL, оскільки більш виражене зменшення цих показників спостерігалось саме в експериментальній групі. Отримані дані обґрунтовують інтеграцію садівничої терапії як цінної складової ерготерапевтичної підтримки психологічного благополуччя.

На початку та наприкінці кожного тижня учасники заповнювали додатково розроблений опитувальник, оцінюючи власний стан до, під час та після програми. Середні бали за кожною шкалою та різниця між ними внесені до таблиці 3.3.2. Відсоткові дані враховувалися для порівняння результатів на початку програми та по її завершенню.

Таблиця 3.3.2 - Результати змін стану та ефективності занять $M \pm SD$

Параметр оцінки	Перший тиждень			Другий тиждень		
	До занять	Після занять	Результат	До занять	Після занять	Результат
Ваше відчуття фізичного благополуччя	2,6±0,6	2,8±0,7	Збільшилося на 8%	2,7±0,4	3,2±0,7	Збільшилося на 18%
Рівень фізичної напруги та болю у вашому тілі?	3,1±0,6	2,6±0,6	Зменшився на 16%	2,7±0,4	2,3±0,6	Зменшився на 15%
Відчуття емоційного благополуччя?	1,8±0,4	2,6±0,6	Збільшилося на 40%	2,3±0,7	3±0,6	Збільшилося на 30%
Рівень ментальної тривоги/стресу	3±0	2,3±0,7	Зменшився на 23%	2,5±0,6	2±0,5	Зменшився на 20%
Відчуття єдності з іншими?	1,8±0,5	2,5±0,6	Збільшилося на 38%	2,5±0,6	3,5±0,5	Збільшилося на 40%
Бажання ділитись своїми думками з іншими?	1,8±0,4	2,5±0,6	Збільшилося на 38%	2,3±0,7	3±0,6	Збільшилося на 30%
Ваші сподівання на майбутнє?	2,6±0,5	2,5±0,6	Зменшилися на 8%	2,5±0,6	2,8±0,6	Збільшилися на 12%
Спроможність подолати фізичний та емоційний стрес за допомогою заняття пов'язаного з контактом з природою?	2,3±0,7	3±0,3	Збільшилася на 30%	2,8±0,6	3,6±0,7	Збільшилася на 28%

Примітка. $p_1 < 0.08$, проте в показнику “сподівання на майбутнє” $p_1 = 0,3$; $p_2 < 0.02$.

Порівнюючи результати з опитувальника оцінки занять та досвіду учасника, на початку програми та після фінального заняття можна зробити висновок, що програма демонструє значний позитивний вплив на різні аспекти благополуччя учасників. Далі наведені дані з порівняння та описаний кожен показник детальніше.

- **Відчуття фізичного благополуччя (збільшення на 23%).**

Зростання фізичного благополуччя, не зважаючи на те, що заняття не передбачали особливих фізичних тренувань, може свідчити про те, що програма позитивно впливає на загальний фізичний стан учасників. Це може проявлятися у підвищенні рівня енергії, покращенні самопочуття або відчутті більшої легкості та бадьорості, про що учасники зазначали в якісних інтерв'ю.

- **Рівень фізичної напруги та болю (зменшення на 25%)**

Суттєве зниження фізичної напруги та болю вказує на те, що програма сприяє розслабленню організму, що може зменшувати і м'язову напругу і дискомфорт загалом. Це може бути пов'язано з фізичною активністю на природі, яка є частиною програми, або ж із загальним розслаблюючим ефектом від перебування в природному середовищі.

- **Емоційне благополуччя (збільшення на 67%)**

Значне зростання емоційного благополуччя є одним з найсильніших показників ефективності програми. Це свідчить про значний позитивний вплив на емоційний стан учасників, що може проявлятися у покращенні настрою, зменшенні почуття страху чи тривоги та зростанні задоволення від процесу та вцілому.

- **Рівень ментальної тривоги/стресу (зменшення на 33%)**

Помітне зниження рівня ментальної тривоги та стресу підтверджує, що програма ефективно допомагає учасникам розслабитися, заспокоїти розум та зменшити відчуття напруженості. Контакт з природою часто має заспокійливий вплив на психіку, що приносить позитивний результат, не зважаючи на сторонні стресові фактори.

- **Відчуття єдності з іншими (збільшення на 94%)**

Надзвичайно високий показник зростання відчуття єдності з іншими свідчить про те, що програма успішно сприяє налагодженню соціальних зв'язків та поглибленню почуття спільності серед учасників. Серед решти групових занять, саме заняття на природі можуть створювати додаткову сприятливу атмосферу для спілкування та взаємопідтримки. Учасники групи створили певну спільноту та продовжували спілкуватися і після занять, що не було на стільки вираженим після інших групових взаємодій.

- **Бажання ділитись своїми думками з іншими (збільшення на 67%)**

Значне зростання бажання ділитися думками з іншими може бути наслідком підвищеного рівня емоційного благополуччя та відчуття єдності в групі. Учасники відчували підтримку оточуючих, тому стали більш відкритими до спілкування та обміну власним досвідом з іншими.

- **Сподівання на майбутнє (збільшення приблизно на 7,69%)**

Хоча зростання сподівань на майбутнє є меншим порівняно з іншими показниками, воно все ж є позитивним. Це може свідчити про те, що програма сприяє оптимістичному настрою та вірі у власні можливості. Але, враховуючи, що більшість учасників були діючими військовослужбовцями, відсутність стабільності та актуальний стан бойових дій, не дозволяв будувати якісь плани на майбутнє. Тому, даний показник на першому тижні навіть був негативним.

- **Спроможність подолати фізичний та емоційний стрес за допомогою заняття, пов'язаного з контактом з природою (збільшення на 56%)**

Значне зростання спроможності долати стрес підкреслює ефективність використання елементів садівничої терапії, як інструменту для відновлення та зміцнення психологічної стійкості. Як зазначали учасники, вони навчилися переключатися, стали більш спокійнішими та доглядаючи за рослинами їм

вдається зосередитися на процесі та не відволікатися на зайві думки, тому і стали менше стресувати.

Порівняння показників змін стану до початку програми та після занять свідчать про ефективність такої програми. Результати відображені в діаграмі на рисунку 3.3.2



Рисунок 3.3.2 – Зміни показників стану пацієнтів до та після занять

Отже, результати свідчать про те, що програма має комплексний позитивний вплив на фізичне та емоційне благополуччя учасників, сприяє зниженню рівня стресу та посилює соціальну участь. Особливо помітними є зміни у сфері емоційного благополуччя та відчуття єдності з іншими. Зростання спроможності долати стрес за допомогою контакту з природою підкреслює цінність використання підходу.

Ще одним методом перевірки та моніторингу результативності програми був опитувальник SAM, який учасники заповнювали перед та після кожного заняття. Згідно з результатами самооцінювання за шкалою SAM, протягом занять спостерігалася виражена позитивна динаміка за всіма трьома показниками: настрою, збудження та включеності учасників. Якщо на початку курсу оцінки могли залишатися відносно стабільними або демонструвати незначне зростання після заняття, то вже на другому тижні занять було зафіксовано значне, майже дворазове збільшення початкових показників. Важливо відзначити, що задоволення учасників після кожного заняття стало стабільно високим, що свідчить про зростаючий позитивний емоційний відгук на заняття. Таке стійке зростання оцінок за шкалою SAM вказує на прогресуючий позитивний вплив занять на емоційний стан та рівень залученості учасників.

Застосування елементів садівничої терапії в рамках ерготерапевтичних втручань мало значний позитивний вплив на зменшення симптомів, пов'язаних з психологічною травмою, серед учасників дослідження. Результати експерименту підтверджують ефективність садівничої терапії як важливого доповнення до ерготерапевтичних підходів у роботі з психологічною травмою, адже залучення до садівництва сприяло помітному зниженню рівня симптомів травматичного стресу в експериментальній групі порівняно з контрольною групою, яка не отримувала цього втручання.

Результати цього дослідження можуть надати цінні дані щодо потенційної користі використання садівничої терапії як допоміжного інструменту в програмах реабілітації військовослужбовців, які мають ПТСР чи інші психічні травми. Позитивні результати можуть обґрунтувати включення садівничої терапії до комплексних програм підтримки та відновлення ветеранів та військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

1. Актуальність проблеми ПТСР серед військових вимагає комплексного підходу до реабілітації. Садівнича терапія, що поєднує вплив природи та активну діяльність, виявляється перспективним методом. Вона не лише покращує фізичне та когнітивне здоров'я, але й сприяє емоційному відновленню, знижуючи рівень стресу та тривожності, що є надзвичайно актуальним для даної категорії пацієнтів. Садівнича терапія, як додатковий та альтернативний підхід, має потенціал для довготривалого відновлення та успішної адаптації ветеранів до цивільного життя. Враховуючи універсальність та доступність цього методу, він є ефективним для інтеграції в ерготерапевтичні програми різних спрямувань.

2. У дослідженні були використані сучасні моделі, шкали та тести, які застосовуються в світовій практиці. Інтерв'ю та збір первинних даних були виконані за допомогою ерготерапевтичної РЕО моделі та валідизованих шкал для оцінки психологічного стану при можливому ПТСР (опитувальника нейроповедінкових симптомів (NSI) та шкали PCL-5). Додатково були застосовані самоопитувальник SAM та спеціально розроблена анкета-шкала, що забезпечило об'єктивну оцінку психоемоційного стану пацієнтів та динаміки змін у процесі проведення саденотерапевтичних занять. Організація дослідження включала чотири етапи, що охоплювали період з липня 2024 року по квітень 2025 року. На кожному етапі було здійснено послідовні кроки, від аналізу літератури до розробки та реалізації програми садівничої терапії, а також обробки та інтерпретації отриманих результатів. Описані в цьому розділі методи та організація дослідження забезпечили наукову обґрунтованість та надійність отриманих результатів, що є важливим для оцінки ефективності садівничої терапії в реабілітації військовослужбовців з ПТСР.

3. Узагальнюючи отримані дані, можна зробити висновок про значний позитивний вплив застосованої програми, що включала елементи садівничої

терапії в рамках ерготерапевтичних втручань, на фізичне та емоційне благополуччя учасників. Експеримент чітко продемонстрував ефективність садівничої терапії у зменшенні нейро-поведінкових симптомів та симптомів ПТСР, зокрема, суттєве та статистично значуще зниження рівня стресу та тривожності в експериментальній групі порівняно з контрольною, яка отримувала стандартну реабілітаційну програму. Порівняльний аналіз показників NSI та PSL підтверджує важливу роль садівничої терапії як дієвого ерготерапевтичного інструменту для покращення психологічного стану.

Таким чином, результати цього дослідження надають вагомі підстави для розгляду садівничої терапії як цінної складової комплексних програм підтримки та відновлення, зокрема для військовослужбовців з психологічними травмами, підтверджуючи її потенційну користь як допоміжного ерготерапевтичного інструменту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Currier JM, et al. Mental health treatment-related stigma and professional help seeking among student veterans. *Psychol Serv.* 2017;14(3):341–349.
2. Atkinson J. An Evaluation of the Gardening Leave Project for Ex-Military Personnel with PTSD and Other Combat-Related Mental Health Problems. Glasgow: The Pears Foundation; 2009.
3. Stowell DR, Owens GP, Burnett A. A pilot horticultural therapy program serving veterans with mental health issues: Feasibility and outcomes. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;32:74–78. doi:10.1016/j.ctcp.2018.05.007.
4. Iribarren J, Prolo P, Neagos N, et al. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2005;2(4):503–512. doi:10.1093/ecam/neh127.
5. Возніцина К, Литвиненко Л, редактори. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? 2-ге вид., доповнене. Київ; 2023.
6. Kaplan HI, Sadock BJ, редактори. Comprehensive textbook of psychiatry. 6-те вид. Williams & Wilkins; 1995.
7. Reisman M. PTSD Treatment for Veterans: What’s Working, What’s New, and What’s Next. *P T.* 2016;41(10):623–634.
8. Fear NT, Jones M, Murphy D. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *Lancet.* 2010;375(9728):1783–1797. doi:10.1016/S0140-6736(10)60672-1.
9. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry.* 2014;59(9):460–467. doi:10.1177/070674371405900902.

10. Forbes D, et al. Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31(1):95–110. doi:10.1080/09540261.2019.1595545.
11. Wilson C, Hill AJ, Kiernan MD. Loneliness and social isolation of military veterans: systematic narrative review. *Occup Med (Lond)*. 2019;69(1):9–17. doi:10.1093/occmed/kqy160.
12. Saguin E, Gomez-Merino D, Sauvet F, Leger D, Chennaoui M. Sleep and PTSD in the Military Forces: A Reciprocal Relationship and a Psychiatric Approach. *J Clin Med*. 2021;10(20):4805. doi:10.3390/jcm10204805. PMID: 34679375. PMCID: PMC8533994.
13. Балаж М. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: огляд літератури. *Health Educ*. 2023;(2):46-52. doi:10.32782/health-2023.2.8.
14. Bratman GN, Anderson CB, Berman MG, et al. Nature and mental health: an ecosystem service perspective. *Sci Adv*. 2019;5(7).
15. Simon NM, Hoepfner SS, Lubin RE, Robinaugh DJ, et al. Understanding the impact of complicated grief on combat related posttraumatic stress disorder, guilt, suicide, and functional impairment in a clinical trial of post-9/11 service members and veterans. *Depress Anxiety*. 2020 Jan 9;[DOI: 10.1002/da.22911].
16. Gerardi S. Development of a consensus-based occupational therapy treatment template for veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: A Delphi study [магістерська дисертація]. Texas Woman's University; 2017. Доступно за: <https://twu-ir.tdl.org/items/d33b55a3-a754-47c5-969a-6ddea4e76c32>.
17. Clarke C. Treating Post-Traumatic Stress Disorder: Occupational Therapist or Counsellor? *Br J Occup Ther*. 1999;62(3):121–125. doi:10.1177/030802269906200313.

18. Tost H. Neural correlates of individual differences in affective benefit of real-life urban green space exposure. *Nat Neurosci.* 2019;22(9):1389–1393. doi:10.1038/s41593-019-0451-y.
19. Doimo I. Forest and Wellbeing: Bridging Medical and Forest Research for Effective Forest-Based Initiatives. *Forests.* 2020;11(8):791. doi:10.3390/f11080791.
20. Kotera Y, Richardson M, Sheffield D. Effects of Shinrin-Yoku (Forest Bathing) and Nature Therapy on Mental Health: a Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Ment Health Addiction.* 2022 Feb;[DOI: 10.1007/s11469-020-00363-4
21. American Horticultural Therapy Association. Доступно за: <https://www.ahta.org/>.
22. Glasspoole H. Horticultural Therapy: Promoting health and wellness through plants and gardens. Canadian Horticultural Therapy Association. Доступно за: <https://www.chta.ca/>.
23. Gonzalez MT, Kirkevold M. Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *J Clin Nurs.* 2014;23(19–20):2698–2715. doi:10.1111/jocn.12388.
24. Wang D, MacMillan T. The benefits of gardening for older adults: a systematic review of the literature. *Act Adapt Aging.* 2013;37(2):153–181. doi:10.1080/01924788.2013.784942.
25. Lee MJ, Oh W, Jang JS, Lee JY. A pilot study: horticulture-related activities significantly reduce stress levels and salivary cortisol concentration of maladjusted elementary school children. *Complement Ther Med.* 2018;37:172–177. doi:10.1016/j.ctim.2018.01.004.
26. Howarth M, Brettle A, Hardman M, et al. What is the evidence for the impact of gardens and gardening on health and well-being: a scoping review and evidence-based logic model to guide healthcare strategy decision making on the use of gardening approaches as a social prescription. *BMJ Open.* 2020;10:e036923. doi:10.1136/bmjopen-2020-036923.

27. Cipriani J, Benz A, Holmgren A, Kinter D, McGarry J, Rufino G. A systematic review of the effects of horticultural therapy on persons with mental health conditions. *Occup Ther Ment Health*. 2017;33(1):47–69. doi:10.1080/0164212X.2016.1231602.
28. Van Den Berg AE, Custers MHGC. Gardening promotes neuroendocrine and affective restoration from stress. *J Health Psychol*. 2011;16(1):3–11. doi:10.1177/1359105310365577.
29. McCaffrey R, Liehr P, Gregersen T, Nishioka R. Garden walking and art therapy for depression in older adults: a pilot study. *Res Gerontol Nurs*. 2011;4(4):237–242. doi:10.3928/19404921-20110201-01.
30. Arabaca P. The impacts of therapeutic gardening: perspectives from veterans and professionals [магістерська дисертація]. Stanbridge University; 2020. Доступно за: <https://repository.stanbridge.edu/91/1/MSOT010.06.pdf>.
31. Wemrell M, Olsson A, Landgren K. The Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Psychiatric Units in Sweden. *Issues Ment Health Nurs*. 2020;41(10):946–957. doi:10.1080/01612840.2020.1744203.
32. Mottershead R. Horticultural therapy, nutrition and post-traumatic stress disorder in post-military veterans: developing non-pharmaceutical interventions to complement existing therapeutic approaches. *F1000Res*. 2018;7:Article 168. doi:10.12688/f1000research.70643.1.
33. Detweiler MB, Self JA, Lane S, et al. Horticultural therapy: A pilot study on modulating cortisol levels and indices of substance craving, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in veterans. *Altern Ther Health Med*. 2015;21(4):36–41.
34. Meore A. Pilot evaluation of horticultural therapy in improving overall wellness in veterans with history of suicidality. *Complement Ther Med*. 2021;61:102728. doi:10.1016/j.ctim.2021.102728.
35. American Horticultural Therapy Association. History of Horticultural Therapy. *J Ther Hortic*. Доступно за:

https://www.ahta.org/index.php?option=com_content&view=article&id=85:history-of-horticultural-therapy&catid=20:site-content.

36. Kelley RJ, Waliczek TM, Le Duc FA. The Effects of Greenhouse Activities on Psychological Stress, Depression, and Anxiety among University Students Who Served in the U.S. Armed Forces. *HortScience*. 2018;53(1):64–69. doi:10.21273/HORTSCI12372-17.

37. Gelkopf M. Nature adventure rehabilitation for combat-related posttraumatic chronic stress disorder: a randomized control trial. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):464–469. doi:10.1016/j.psychres.2013.01.026.

38. Poulsen DV, Stigsdotter UK, Refshauge AD. Whatever happened to the soldiers? Nature-assisted therapies for veterans diagnosed with post-traumatic stress disorder: A literature review. *Urban For Urban Green*. 2015;14(4):982–992. doi:10.1016/j.ufug.2015.03.009.

39. Derrien MM. Outdoor Programs for Veterans: Public Land Policies and Practices to Support Therapeutic Opportunities. *J For*. 2020;118(5):534–547. doi:10.1093/jofore/fvaa023.

40. Havlick D, et al. Therapeutic landscapes, outdoor programs for veterans, and public lands. *Soc Sci Med*. 2021;270:113540. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113540.

41. Bureau of Labor Statistics. Employment situation of veterans – 2016 (Research Report USDL-17-0354). U.S. Department of Labor; 2017.

42. Sempik J. Green care and mental health: gardening and farming as health and social care. *Mental Health and Social Inclusion*. 2010;14(3).

43. Eichholz C. Therapeutic Horticulture as a Healing Tool for Veterans [дисертація]. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania; 2020. Доступно за: https://repository.upenn.edu/edissertations_sp2/142.

44. Lehmann LP. Veterans in substance abuse treatment program self-initiate box gardening as a stress reducing therapeutic modality. *Complement Ther Med*. 2017;35:152–156. doi:10.1016/j.ctim.2017.10.013.

45. Bettmann JE. The effect of time outdoors on veterans receiving treatment for PTSD. *J Clin Psychol.* 2021;77(1):178–192. doi:10.1002/jclp.23139.
46. Poulsen DV, Stigsdotter UK, Sidenius U. ‘Everything just seems much more right in nature’: How veterans with post-traumatic stress disorder experience nature-based activities in a forest therapy garden. *Health Psychol Open.* 2016;3(1):2055102916637090.
47. Coventry PA, Brown JVE, Pervain J, et al. Naturebased outdoor activities for mental and physical health: Systematic review and 49 meta-analysis. *SSM - Population Health.* 2021;16:100934. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100934.
48. Devrani N, Tiwari C. Community gardens and horticulture therapy. In: *New horizons and advancements in horticulture.* Vol. 1. Stella International Publication; 2024.
49. An M, Lee HJ, Kim W. A nature-based health intervention at a military healthcare center: a randomized, controlled, cross-over study. *PeerJ.* 2021;9:e10519. doi:10.7717/peerj.10519.
50. Duvall J, Kaplan R. Enhancing the well-being of veterans using extended group-based nature recreation experiences. *J Rehabil Res Dev.* 2014;51(1):1–12. doi:10.1682/jrrd.2013.08.0190.
51. Дацюк Ю. Роль терапевтичного садівництва у психологічному благополуччі молоді в умовах війни [магістерська робота]. Львів: Український католицький університет, факультет наук про здоров’я, кафедра психології та психотерапії; 2024.
52. Fleming LL. Veteran to Farmer Programs: An Emerging Nature-Based Programming Trend. *J Ther Hortic.* 2015;25(1):27-48.
53. Wise J. *Digging for Victory: Horticultural Therapy with Veterans for Post-Traumatic Growth.* 1st ed. London: Routledge; 2015. doi:10.4324/9780429473746.
54. Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, et al. Effectiveness of horticultural therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* 2014;22(5):930–943. doi:10.1016/j.ctim.2014.08.009.

55. American Horticultural Therapy Association. History of Horticultural Therapy. J Ther Hortic. Доступно за: https://www.ahta.org/index.php?option=com_content&view=article&id=85:history-of-horticultural-therapy&catid=20:site-content.
56. WFOT. Definitions of Occupational Therapy [Інтернет]. Оновлено червень 2017. Доступно з: <file:///Users/admin/Downloads/Definitions-of-Occupational-Therapy-from-Member-Organisations-20-12-2023.pdf>.
57. Edgelow M. Occupational therapy return to work interventions for persons with trauma and stress-related mental health conditions: A scoping review. *Work*. 2021;69(4):1183–1196. doi:10.3233/WOR-203134.
58. Edgelow MM, MacPherson M, Arnaly F, Tam-Seto L, Cramm H. Occupational therapy and posttraumatic stress disorder: A scoping review. *Can J Occup Ther*. 2019;86(2):148–157. doi:10.1177/0008417419831438.
59. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
60. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*. 2011;16(12):1234–1246.
61. Dorsey J, Ehrenfried H, Finch D, et al. Occupational Therapy Services in Facilitating Work Participation and Performance. *Am J Occup Ther*. 2017;71(6):7112410040p1–7112410040p13.
62. Speicher SM, Walter KH, Chard KM. Interdisciplinary residential treatment of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: Effects on symptom severity and occupational performance and satisfaction. *Am J Occup Ther*. 2014;68(6):668–676.
63. Снігур Ю, Кумашевський Р. ВАЖЛИВІСТЬ ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ. У: Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми фізичної культури, спорту та здоров'я людини». 2024. С. 161-164. Доступно за:

<https://fr.kpnu.edu.ua/wp-content/uploads/2024/02/zbirnyk-mat.-mizhnar-.konf-15.02.2024-kopiia.pdf#page=161>.

64. Plach HL, Sells CH. Occupational performance needs of young veterans. *Am J Occup Ther.* 2013;67(6):658–666. doi:10.5014/ajot.2013.003871.

65. Phadsri S. Nonpharmacological Treatment for Supporting Social Participation of Adults with Depression. *Behav Neurol.* 2021;2021:Article ID 8850364. doi:10.1155/2021/8850364.

66. Hogan L-M. Occupational therapy and stress-related exhaustion – a scoping review. *Scand J Occup Ther.* 2023;30(7):597–610. doi:10.1080/11038128.2023.2207802.

67. Kerr NC. Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder: A scoping review. *Aust Occup Ther J.* 2020;67(5):411–424. doi:10.1111/1440-1630.12684.

68. Clatworthy J, Hinds J, Camic PM. Gardening as a mental health intervention: A review. *Ment Health Rev J.* 2013;18(4):214–225. doi:10.1108/MHRJ-02-2013-0007.

69. Metzler MJ, Metz G. Analyzing the Barriers and Supports of Knowledge Translation Using the PEO Model. *Can J Occup Ther.* 2010;77(2):151–158.

70. McKye A, Shin J, Letts L. Cultural sensitivity of the Person Environment Occupation (PEO) Model. 12th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists. 1998; Montreal, Quebec.

71. Cicerone KD, Kalmar K. Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1995;10(3):1–17.

72. Blevins TA, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA, Jha AK. Global surgery: a comprehensive review and research agenda. *World J Surg.* 2015;39(1):3–11.

73. Bradley MM, Lang PJ. Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1994;25(1):49-59.

74. МОЗ України. Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Київ: МОЗ України; 2022. URL: https://moz.gov.ua/uploads/8/44015-nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedial_nosti.pdf.

75. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. 2018;1048 с.