

GŁÓWNY KOMITET TURYSTYKI
DEPARTAMENT RUCHU TURYSTYCZNEGO

Instytut Turystyki

rola usług zdrowotnych i usprawniających w turystyce

WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1980 R.

GŁÓWNY KOMITET TURYSTYKI
DEPARTAMENT RUCHU TURYSTYCZNEGO

Instytut Turystyki

rola usług zdrowotnych i usprawniających w turystyce

WARSZAWA . GRUDZIEŃ 1980 R.

Motto:

"ruch to zdrowie
a brak ruchu uspo-
sabia do chorób"^{1/}

Wstęp

Niekorzystne warunki życia współczesnego człowieka, zwłaszcza w środowisku wielkomiejskim, powodują konieczność poszukiwania skutecznych środków i rozwiązań w celu umożliwienia mu regeneracji sił. Środowisko życia człowieka, jak zwraca na to uwagę raport sekretarza generalnego ONZ U Thanta z 1969 r., jest w dobie współczesnej poważnie zagrożone. Raport ten, będący sygnałem alarmowym, wskazywał m.in. na przyczyny zarysowującego się kryzysu środowiska życia człowieka, które wynikają z bardzo szybkiego wzrostu liczby ludności świata oraz z braku koordynacji między rozwojem techniki a potrzebami środowiska.

Problemy te znajdują również odzwierciedlenie w naszym kraju i mają związek z szybkim przyrostem ludności oraz z jeszcze szybszym wzrostem urbanizacji i industrializacji.

Między 1950 a 1979 r. liczba ludności Polski wzrosła z ok. 25 mln do ok. 35,5 mln. W świetle danych prognostycznych ludności Polski liczyć będzie w 1990 r. około 39 mln^{2/}.

^{1/} Hasło wczasów czynnego wypoczynku w Łądku Zdroju.

^{2/} Ekspertyza pt.: "Stosunki demograficzne kraju". Warszawa 1978
PAN, Komitet Badań i Prognoz "Polska 2000".

O tym, jak szybki jest w Polsce proces urbanizacji, świadczy poniższe zestawienie:

Ludność Polski w mln^{3/}

	1946	1978
Miasta	7,8	20,2
Wieś	16,0	14,9

Dynamika globalnej produkcji przemysłowej w Polsce przedstawia się następująco:

1960 = 100 %

1970	1975	1978
223	366,1	449

Szczególnie wyraźny wzrost produkcji przemysłowej występuje w dziedzinie pojazdów mechanicznych: w 1960 r. produkcja polska wyniosła ok. 13 tys. samochodów osobowych, a w 1978 r. zaś ok. 340 tys.^{4/}.

Urbanizacja, industrializacja i mechanizacja, niezależnie od pozytywów, mają liczne skutki negatywne; problem sprowadza się głównie do zanieczyszczenia powietrza, gleby i wody, a także do pogorszenia całokształtu warunków życia,

^{3/} Rocznik statystyczny GUS 1979, s. XXXIII

^{4/} Rocznik statystyczny GUS 1979, s. 502

zwłaszcza w środowiskach wielkomiejskich, z licznymi źródłami napięć i stresów. Warunki te powodują stany zmęczenia, przemęczenia, wyczerpania i mogą prowadzić do powstania masowo dziś występujących chorób cywilizacyjnych, zwłaszcza chorób układu nerwowego i układu krążenia, których udział wśród przyczyn absencji chorobowej jest znaczny i stale wzrasta^{5/}.

Opisany stan wymaga stosowania skutecznych środków zaradczych. Aby prawidłowo funkcjonować, ustrój człowieka powinien "bilansować":

- energię fizyczną i nerwową zużywaną w procesie pracy,
- energię fizyczną i nerwową uzupełnianą w procesie odtwarzania zasobu sił.

Zagadnienie polega więc na utrzymaniu względnej równowagi obu wymienionych postaci energii: wydatkowanej i uzupełniającej.

Zjawiska dotyczące niekorzystnego wpływu dzisiejszej cywilizacji na stan psychiczny i zdrowie człowieka mogłyby nasunąć pesymistyczne refleksje, gdyby nie środki prewencyjne.

Jednym z podstawowych środków sprzyjających zachowaniu dobrej kondycji, nawet do późnych lat życia, jest aktywność ruchowa, będąca istotnym elementem zapobiegania chorobom

^{5/} Rozwinięcie tematu zob. J. Wolski: Profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne funkcje turystyki. W: Potrzeby społeczne a kształtowanie ruchu turystycznego w Polsce. Część I, Warszawa, GKT Instytut Turystyki 1979

cywilizacyjnym^{6/}. Liczne badania potwierdzają słuszność tej tezy. Problemem tym zajmowali się w Polsce m.in. Stanisław Kozłowski, Krystyna Nazar, Halina Moszczyńska i Halina Szward. Charakterystyczne pod tym względem są badania opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia, które wykazały, że nie tylko śmiertelność jest większa u ludzi prowadzących mało aktywny tryb życia, ale także większa jest w tej grupie częstość występowania zmian miażdżycowych^{8/}.

Stanisław Kozłowski zwraca uwagę, że w nadchodzącym świecie realnym zagrożeniem dla zdrowia staje się niedostatek ruchu^{9/}. Jest to więc zupełnie inna sytuacja niż w minionych, niezbyt odległych latach. Jej paradoksalność polega na tym, że postęp techniczny i poprawa warunków życia eliminując wysiłek fizyczny czynią pracę zawodową, i nie tylko zawodową, coraz złejszą. Zdawałoby się, że jest to ze wszech miar korzystne. Konsekwencje tego zjawiska są jednak nie tylko pozytywne, ale i negatywne, zmniejsza się bowiem aktywność ruchowa współczesnego człowieka, niezbędna do podtrzymywania jego wydolności fizycznej. Można przewidzieć, że w przyszłości liczba osób wykonujących czynności manipulacyjno-techniczne i pracę siedzącą będzie wzrastała w sto-

^{6/} Por. Analizy i opinie. Medyczne problemy wychowania fizycznego i sportu. Rada Naukowa przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Warszawa 1978, s.1.

^{7/} Rozwinięcie tematu zob. J.Wolski: Charakterystyka sytuacji zdrowotnej ludności III wieku w Polsce a problem uczestnictwa w rekreacji i turystyce. Warszawa. Instytut Turystyki, 1980, masz.

^{8/} Stanisław Kozłowski, Krystyna Nazar: Aktywność ruchowa a zdrowie człowieka. W: Analizy i opinie, op.cit. s. 23.

^{9/} Stanisław Kozłowski: Człowiek i środowisko zmienne. W: R.Wroczyński i S.Kozłowski. Edukacja permanentna. Warszawa PWN. 1973.

sunku do liczby ludzi ciężko pracujących fizycznie^{10/}. Powstaje więc obawa, że ludzie o małej aktywności ruchowej będą się zdobywać z trudem na niewielkie nawet wysiłki, to zaś będzie niekorzystnie wpływać na wydajność pracy zawodowej i w ogóle na aktywność życiową.

Dostrzegając związane z tym stanem niebezpieczeństwa poświęcono w maju 1980 r. plenarne posiedzenie Głównego Komitetu Turystyki, Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu oraz Związkowej Rady Kultury Fizycznej i Turystyki CRZZ sprawom aktywnego wypoczynku w środowisku miejskim. Uwzględniając duże znaczenie rekreacji fizycznej w utrzymaniu odpowiedniej kondycji psychofizycznej i w regeneracji sił, przyjęto dzienne normy /podstawowe/ aktywnego wypoczynku, które wynoszą 3 godz. dziennie dla dzieci i młodzieży, godzinę dziennie dla osób w wieku aktywności zawodowej i 2 godziny dziennie dla osób w wieku emerytalnym^{11/}.

Do aktywnych form wypoczynku powinno się przygotowywać dzieci już od najmłodszych lat, kształcąc odpowiednie postawy, zamiłowania i nawyki. Istotne dla sprawy znaczenie może mieć wprowadzenie do programu szkoły podstawowej przedmiotu: "Propedeutyka kultury zdrowotnej i fizycznej", ze szczególnym zaakcentowaniem aktywności ruchowej i turystyki zdro-

10/ Por. Stanisław Kozłowski, Krystyna Nazar: Aktywność ruchowa, op.cit., s. 12

11/ Por. Zbigniew Mikołajczak: Kwantyfikacja potrzeb ludności w zakresie wypoczynku codziennego i turystyki. Biuletyn Informacyjny Instytutu Turystyki 1980 nr 3 oraz Alina Sobieszak: Aktywny wypoczynek codzienny składnikiem jakości życia, Biuletyn Informacyjny Instytutu Turystyki 1980 nr 3.

wotnej^{12/}.

Turystyka w licznych swoich postaciach - zwłaszcza turystyka kwalifikowana np. piesza, kajakowa, żeglarska, narciarska - jest formą aktywności ruchowej^{13/} o szczególnych walorach, głównie dzięki temu, że umożliwia przenoszenie się w inne, zwykle atrakcyjne środowisko. Rekreacyjne walory turystyki silnie akcentują liczni autorzy, m.in. Zygmunt Filipowicz, Zbigniew Mikołajczak i Stanisław Sobolski. Rekreacji fizycznej towarzyszy z reguły rekreacja psychiczna. Jakkolwiek więc turystyka w swoich różnorodnych postaciach sprzyja odnowie sił - to jednak w opracowaniu tym zwrócona będzie szczególna uwaga na jej specyficzne, zdrowotno-rekreacyjne formy i związane z nimi usługi.

Rozwój tych specyficznie zdrowotnych form jest uwarunkowany potrzebą dostosowania charakteru turystyki do zmieniających się warunków życia. Nowoczesny model życia ukształtował nowe potrzeby społeczne, wśród których istotna rola przypada aktywnym formom turystyki, stanowiącymi antidotum na niekorzystne warunki współczesnego życia. Można przewidywać, że w miarę wzrostu procesów urbanizacji i me-

^{12/}Opinia autora w tej sprawie zob.: Propedeutyka kultury zdrowotnej i fizycznej w systemie edukacji narodowej. Opinie i propozycje konsultantów, Warszawa, AWF, 1979, s. 159-162.

^{13/}Poza aktywnością ruchową o charakterze rekreacyjnym, będącą jednym z głównych wątków tego opracowania, występują również inne jej postacie jak np. aktywność ruchowa ujęta w ramy sportu wyczynowego/por. Analizy i opinie, op.cit., s. 1/. Praktyczne wskazówki dotyczące orientacyjnego rozkładu godzinowego dnia turysty na wczasach zimowych zawiera praca: Polska stacja sportów zimowych. Koncepcja modularna. Warszawa Instytut Turystyki 1975, s. 21-23. Proponowane przez autorów elementy programu dnia obejmują: 1/narciarstwo, łyżwiarstwo, saneczkarstwo; 2/gry i sporty halowe; 3/lekturę, muzykę, TV, film, zabawy towarzyskie; 4/wypoczynek bierny.

chanizacji rola i znaczenie zdrowotnych form turystyki będą coraz większe - z korzyścią dla milionów ludzi uprawiających różne formy aktywności ruchowej warunkujące ich kondycję, radość życia i, co jest również bardzo ważne - sprawność zawodową.

Definicja i perspektywy rozwojowe turystyki zdrowotnej

Turystyka zdrowotna doczekała się kilku definicji wykazujących zbieżność tematyczną. Plawisic przez turystykę zdrowotną rozumie zmianę stałego miejsca pobytu na pobyt w miejscowości klimatycznej w celu fizycznej i psychicznej poprawy zdrowia^{14/}. Jego zdaniem nie chodzi tu o zajęcie się ludźmi wyraźnie chorymi, ale tymi, u których nie ma uchwytnej granicy pomiędzy zadowalającym stanem zdrowia i chorobą. Nie są to więc ludzie chorzy w klasycznym pojęciu tego słowa, ale tacy, którzy wymagają poprawy kondycji wskutek ujemnych warunków współczesnej cywilizacji. Szamborski określa turystykę zdrowotną jako jedną z podstawowych form odnowy sił człowieka; jest to turystyka, której intencja, czas i formy uprawiania wybrane są w sposób dobrowolny i świadomy przez zainteresowanego w celu poprawy stanu zdrowia i temu celowi podporządkowane jest wszystko inne^{15/}.

^{14/} Notatki Stanisława Sobolskiego z Konferencji z Opatii w 1963 r. nt.: turystyki zdrowotnej.

^{15/} Zdzisław Szamborski: Turystyka zdrowotna uzdrowiskowa jako istotny element odnowy sił człowieka. Zeszyty Naukowe Instytutu Turystyki 1978 nr 6.

Podane definicje mają elementy wspólne, którymi są:

- odnowa sił jako główny cel turystyki zdrowotnej; temu celowi podporządkowany jest tryb życia w miejscu czasowego pobytu;

- stan zdrowia uczestnika turystyki zdrowotnej; osoba w zasadzie zdrowa, u której mogą występować stany wyczerpania lub przemęczenia, powodujące potrzebę spędzenia urlopu w określony, wskazany przez lekarza sposób w miejscu i porze roku najbardziej odpowiednich;

- aktywny charakter wypoczynku, którego formy powinny być dostosowane do indywidualnych możliwości danej osoby; warunkiem korzystania z aktywnych form wypoczynku jest odpowiednie zagospodarowanie miejscowości turystycznych, zwłaszcza zapewnienie odpowiednich usług oraz urządzeń rekreacyjno-sportowych /baseny kąpielowe, korty tenisowe, trasy narciarskie, lodowiska itd./^{16/}.

Terenami o szczególnych walorach dla turystyki zdrowotnej są uzdrowiska, które w myśl ustawy z 1966 r. pełnią zarówno funkcję leczniczo-rehabilitacyjną, jak i wypoczynkowo-turystyczną^{17/}. Wynika to z bardzo dogodnych warunków do odnowy sił, ukształtowanych głównie dzięki walorom naturalnym uzdrowisk i ich zagospodarowaniu rekreacyjnemu.

^{16/} Dokładne dane dotyczące urządzeń rekreacyjno-sportowych w uzdrowiskach patrz J.Wolski: Działalność wypoczynkowo-turystyczna uzdrowisk polskich a potrzeby współczesnego człowieka. "Problemy Uzdrowiskowe 1979 nr 12/146 s.87-180.

^{17/} Ustawa o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym z 17.VI.1966 r. Dz.U. Nr 23/66, poz. 150.

Nie ma pełnych danych dotyczących rozmiarów turystyki zdrowotnej w Polsce; ich ustalenie wymagałoby odpowiednich badań. Turystyka zdrowotna jest w dużym stopniu turystyką masową przyszłości, co warunkują zwłaszcza następujące czynniki:

- wzrastające uświadomienie społeczeństwa co do potrzeby wyboru najkorzystniejszych dla zdrowia form spędzania wolnego czasu, szczególnie w zakresie rekreacji oraz turystyki zdrowotnej;

- procesy urbanizacji, industrializacji i motoryzacji oraz ich ujemne konsekwencje,

- wzrost ilości czasu wolnego,

- wzrost zamożności społeczeństwa.

Podane zjawiska i tendencje znajdują odzwierciedlenie w prognozach. Charakterystyczny jest przykład uzdrowisk. Liczba uczestników turystyki zdrowotnej /wczasów zdrowotnych/ w uzdrowiskach statutowych i w miejscowościach, na które rozciągnięto niektóre przepisy o uzdrowiskach, w świetle danych prognostycznych wynosić będzie ^{18/}:

w 1990 r. - ok. 1040 tys. osób

w 2000 r. - ok. 1600 tys. osób.

W stosunku do ogólnej liczby korzystających z uzdrowisk jest to wzrost odsetka uczestników turystyki zdrowotnej z 39 % w 1990 r. do 44 % w 2000 r.

^{18/} Lecznictwo uzdrowiskowe, Stan obecny i kierunki rozwoju do 1990 r. Warszawa, Naczelna Rada Uzdrowisk i Wczasów Pracowniczych 1979

Wzrost ten wymagać będzie m.in.:

- wykorzystania bazy w miejscowościach wczasowych, przewidzianych jako przyszłe uzdrowiska,
- pełniejszego wykorzystania istniejącej bazy wczasowo-wypoczynkowej w uzdrowiskach statutowych, nieczynnej dotąd w okresach pozasezonowych,
- korzystania, w miarę istniejących rezerw, z urządzeń leczniczych uzdrowisk przez uczestników turystyki zdrowotnej, co traktowane jest tylko jako element poprawy kondycji oraz uatrakcyjnienia pobytu.

Wykaz obiektów wczasowo-wypoczynkowych na terenie uzdrowisk i miejscowości uzdrowiskowych, które po wybudowaniu zakładów przyrodoleczniczych mogą być wykorzystane na cele turystyki zdrowotnej, zawiera załącznik nr 3.

Wody termalne i ich wykorzystanie do rekreacji^{19/}

Stosowanie wód termalnych do celów profilaktyki zdrowotnej ma w świecie bogate tradycje. Przykładem jest Budapeszt, w którym do dziś zachowały się kąnie z czasów panowania Turków. Ludność tego miasta korzysta obecnie masowo z term w sześciu zakładach przyrodoleczniczych i blisko czterdziestu basenach, głównie o charakterze rekreacyjnym. W 1979 r. Budapeszt otrzymał supernowoczesny obiekt do celów leczniczo-rehabilitacyjnych i regeneracyjnych. Jest nim "Hotel Termalny" na wyspie Sw. Małgorzaty.

^{19/} Por. Koncepcja wykorzystania wód termalnych dla celów rekreacyjnych. Warszawa, Rada Turystyki, GKFiT, 1975

Wyjątkowo korzystna lokalizacja hotelu wynika:

- z jego usytuowania na malowniczo położonej wyspie na Dunaju o bogatej szacie roślinnej,
- z wyzyskania obficie występujących wód termalnych do celów leczniczych i regeneracyjnych.

Węgierskie wzory wyzyskania źródeł wód termalnych do rekreacji i lecznictwa uzdrowiskowego wydają się godne uwagi. Węgry, obficie wyposażone w źródła wód termalnych, mają pod tym względem bogate doświadczenie. Warto podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia /WHO/ wybrała przykład węgierski jako podstawę do wprowadzenia uniwersalnych wskazówek i wytycznych do programowania ośrodków termalnych. Z 2200 miejscowości na Węgrzech dysponujących źródłami wód termalnych wytypowano 300 do dalszych badań, dzieląc je na trzy klasy w zależności od takich czynników jak: jakość i wydajność wód, ukształtowanie pobliskiego terenu, rodzaj szaty roślinnej, infrastruktura techniczna, możliwości jej rozwoju itd. Tytułem przykładu jako miejscowości ze źródłami wód termalnych można wymienić: Heviz w pobliżu Balatonu, gdzie znajduje się nowoczesny zakład przyrodoleczniczy, oraz Eger, który przed kilku laty uznany został za uzdrowisko.

Innym przykładem zastosowania wód termalnych, wody morskiej i miejscowych walorów klimatycznych do celów leczniczo-regeneracyjnych jest bułgarskie uzdrowisko Družba. Nowo wybudowany hotel "Warna" w Družbie na około 800 miejsc odgrywa podobną rolę jak "Hotel Termalny" w Budapeszcie. W hotelu istnieje kompleks urządzeń balneologicznych. Baseny z wodą termalną i morską /odkryte i zakryte/ oraz inne urządzenia

zakładu balneologicznego tworzą korzystne warunki do odnowy sił. Stosuje się tu m.in. masaż wodne, gimnastykę leczniczą, inhalacje. Określenie "turystyka zdrowotna" jest odpowiednie w odniesieniu do pobytu w tym obiekcie.

Charakterystyczny jest również przykład szwajcarskiej miejscowości Zurzach, w której również występują źródła wód termalnych. Przed ok. 30 laty nawiercono w tej miejscowości termę nadającą się zarówno do celów leczniczych, jak i profilaktyczno-zdrowotnych. Początkowo powstała tam otwarta pływalnia typu rekreacyjnego, a przy niej baza usług towarzyszących z parkingiem i polem dla karawaningu. Już wkrótce urządzenia te były w pełni wykorzystywane. W tej sytuacji rozpoczęto budowę zaplecza hotelarsko-gastronomicznego, a po kilku latach - zakładu przyrodoleczniczego z dwoma basenami otwartymi; dzięki odpowiednim urządzeniom kąpiący się w okresie chłodu przedostają się z ogrzewanego pomieszczenia bezpośrednio do basenu z ciepłą wodą. Równolegle z zakładem przyrodoleczniczym powstały w uzdrowisku sanatoria termalne.

Charakterystyczne są również przykłady z innych krajów:

- w RFN istnieje już ok. 5500 kąpielisk, częściowo termalnych,

- w Austrii powołano komitet zagospodarowania term do celów energetycznych i rekreacyjno-leczniczych.

Również w Japonii istnieje tradycja kąpieeli termalnych.

W Polsce baseny termalne wyzyskiwane są dotychczas w niewielkim stopniu. Po wojnie, wskutek odkrycia wód termalnych na Antałowie, władze miejskie Zakopanego doprowadziły do wybudowania w czynie społecznym małego basenu termalnego.

Basen na Antałówce stanowi pewien zaczątek zagospodarowania podtatrzańskich źróz wód termalnych.

Należy podkreślić, że w odczuciu społecznym sprawa basenów z wodą termalną ma wysoką rangę. Badania na ten temat przeprowadził m.in. w warszawskiej AWF Marek Szpecht. Na podstawie wyników tych badań baseny z wodą termalną zostały wysunięte na pierwsze miejsce, jako najbardziej pożądane urządzenia sportowo-rekreacyjne.

W świetle materiałów zebranych na wspomniane już posiedzenie plenarne Rady Turystyki GKKFiT, w Polsce można by wyzyskać do celów rekreacyjnych następujące odwierty termalne:

Odwierty termalne w Polsce

Lp	Miejscowość	Temperatura na wypływie °C
1	Sopot	18,5
2	Krynica Morska	24
3	Marusza k.Grudziądza	42-44
4	Zaniemyśl	26
5	Rogoźno	35
6	Łabędź k. Koła	59

Byłby to wstęp do dalszego zagospodarowania turystyczno-uzdrowiskowego. Wymienione w tabeli obiekty można traktować jako pierwszo-planowe, a przecież oprócz nich istnieje w Polsce szereg innych miejscowości, których wyzyskanie do omawianych celów należałoby rozważyć. Są to: Zakopane, Sól k. Żywca, Fasty k.Białegostoku, Chłopy k.Koszaliny, Łagów Lubus-

ki i inne. Niektóre odwierty termalne znajdują się w obrębie lub na peryferiach aglomeracji wielkomiejskich, co może mieć szczególne znaczenie zdrowotne dla ludności tych miast.

Należy też podkreślić rolę basenów termalnych jako czynnika istotnej wagi w aspekcie częściowego uniezależnienia się od pogody, a co za tym idzie - wydłużenia sezonu turystycznego. Szczególnie znaczenie dla wydłużenia sezonu turystycznego mogą mieć źródła wód termalnych nad polskim morzem, charakteryzującym się krótkotrwałym sezonem kąpielowym. Baseny z wodą termalną w ośrodkach wielkomiejskich przybliżają miejsca rekreacji ludności miasta.

W celu realizacji zamierzeń wyzyskania wód termalnych do celów rekreacyjnych i leczniczych słuszne byłoby zastosowanie działania etapowego. Należałoby przy tym ustalić trzy stopnie lub trzy fazy rozwojowe, które były przedmiotem rozważań podczas posiedzenia Rady Turystyki w 1975 r.

I stopień - wymagający najmniej nakładów inwestycyjnych. Wielkość zagospodarowanego terenu dla 1-1,5 tys. użytkowników przy założeniu wskaźnika $150 \text{ m}^2/\text{os.}$ wynosi około 15-20 ha. Dla tej liczby użytkowników przewiduje się akwen składający się z kilku basenów-pływalni połączonych jednym ciekim wodnym, z wydzielonym brodzikiem dla dzieci. Niezbędne urządzenia towarzyszące to zwłaszcza: przebieralnie, urządzenia higieniczno-sanitarne, bufet i kioski z napojami i prowiantem paczkowanym, punkt opatrunkowy, punkt straży bezpieczeństwa oraz zadaszenia przeciwdeszczowe. Urządzenia terenowe ograniczają się do wyznaczonych polanek do gier dla dorosłych i zabaw dla dzieci oraz obszernych trawiastych plaż. Poza tym te-

tem powinny być zlokalizowane: przystanek środków transportu masowego oraz parking dla autokarów i samochodów indywidualnych.

II stopień - uwzględnia warunki i podstawowy program funkcjonalny właściwy dla I stopnia, lecz rozszerzone proporcjonalnie do większej liczby użytkowników - 2-5 tys. - przy podwyższonym standardzie zarówno w zakresie urządzeń, jak i wyposażenia. Urządzenia terenowe wzbogacone byłoby parkiem oraz boiskami do małych gier sportowych.

III stopień - wiąże się ściśle z programem i funkcją uzdrowiska wyposażonego w pijalnię wód, balneologiczne zakłady lecznicze itd.

Realizacja tych założeń jest dotychczas sprawą przyszłości.

Jako uzupełnienie należy dodać, że w dobie trudności energetycznych w krajach silnie uprzemysłowionych energia cieplna wód termalnych może mieć również istotne znaczenie gospodarcze; można ją m.in. wyzyskiwać do ogrzewania kąpielisk oszczędzając dzięki temu węgiel^{20/}.

Usługi turystyczno-zdrowotne Funduszu Wczasów Pracowniczych

Największą tradycję mają wczasy profilaktyczno-lecznicze organizowane od 1949 r. przez FWP. Idea powstania wczasów profilaktyczno-leczniczych wywodziła się z zasady, że nie

^{20/} Rozwinięcie tematu patrz: J. Wojski; Działalność wypoczynkowo-turystyczna uzdrowisk polskich a potrzeby współczesnego człowieka."Problemy Uzdrowiskowe 1979 nr 12/146/.

istnieje wyraźna granica między osobami jeszcze zdrowymi i już chorymi, bardzo często bowiem występują stany pośrednie, gdy nie można jeszcze stwierdzić uchwytnych objawów chorobowych. Wówczas wczesne stosowanie zabiegów w czasie urlopu może uchronić organizm przed zachorowaniem. Z wczasów profilaktyczno-leczniczych korzysta rocznie ok. 70-80 tys. osób^{21/}.

Charakterystyczne dla FWP jest poszukiwanie nowych form organizacyjnych, usług turystyczno-zdrowotnych odpowiadających potrzebom ludzi pracy. Jedną z tych form są wczasy czynnego wypoczynku prowadzone od 3 lat w Łądku Zdroju. W zasadzie nie ma specjalnych skierowań na turnusy wczasowe czynnego wypoczynku, nie ma też domu wczasowego, w którym byłyby one prowadzone. Jest to natomiast forma działalności zdrowotnej i kulturalno-rozrywkowej, w której mogą uczestniczyć wszyscy chętni wczasowicze z Łącka Zdroju.

Zajęcia rekreacyjno-sportowe są organizowane centralnie i podane do publicznej wiadomości. Działalności tej poświęca szeroko propagowane hasło: "Ruch to zdrowie, a brak ruchu usposabia do chorób". Zajęcia prowadzone są przez instruktorów przy wykorzystaniu urządzeń rekreacyjno-sportowych. Liczba osób biorących udział w zajęciach powiększa się, aczkolwiek nie jest dotychczas duża^{22/}.

Inną formą wczasów zdrowotnych są turnusy dla osób z nadwagą organizowane w Międzygórzu. Podczas tych turnusów,

^{21/} Mieczysław Klobucki: Zarys działalności lecznictwa FWP w latach 1949-1979. W: 30 lat działalności FWP. Warszawa 1979, s. 216-225.

^{22/} Jadwiga Pytlarz: Wczasy zainteresowań. Doświadczenia i perspektywy na przykładzie Zarządu Okręgu FWP w Łądku Zdroju. W: 30 lat działalności FWP, op.cit., s. 239-252.

w oparciu o naukowe metody leczenia otyłości pod kierunkiem lekarzy i przy zastosowaniu odpowiedniej diety, opracowano model wypoczynku polegający na wyrabianiu nawyku i umiejętności właściwego korzystania z dobrodziejstw płynących z uprawiania różnych form rekreacji ruchowej. Zainteresowanie tą formą wypoczynku jest duże. W 1979 r. wprowadzono turnusy również dla dzieci z nadwagą^{23/}. FWP organizuje wczasy dla osób otyłych także w Juracie.

Rozwój podanych form wczasów wymagać będzie zwrócenia szczególnej uwagi na:

- rozbudowę urządzeń rekreacyjno-sportowych^{24/},
- doskonalenie kadry instruktorskiej,
- powszechnie dostępną informację nt. wczasów specjalnych zainteresowań^{25/}.

Usługi turystyczno-zdrowotne wojewódzkich przedsiębiorstw turystycznych

Oferty wojewódzkich przedsiębiorstw turystycznych prezentowane na giełdach turystycznych charakteryzują się dużą skalą możliwości. W sposób sporadyczny przewijają się tam również oferty usług zdrowotno-turystycznych. Oto ich typowe przykłady:

- wczasy dietetyczne,
- " dla osób leczących nadwagę,
- " zdrowotno-lecznicze.

^{23/} tamże.

^{24/} Zbyt mała rozbudowa sieci urządzeń rekreacyjno-sportowych uwidacznia się na przykładzie uzdrowisk; zob. J. Wolski: Działalność wypoczynkowo-turystyczna uzdrowisk polskich, "Problemy Uzdrawiskowe" 1979 nr 12/146/, s. 161-162.

^{25/} Por. Jadwiga Pytlarz, op. cit.

Rodzaj zajęć i reżim związane są z charakterem wczasów, np. na wczasach dla osób odchudzających się istotną rolę odgrywa specjalistyczna opieka lekarska oraz usługi w zakresie masażu, kąpieli, zajęć ruchowych i odpowiedniej diety.

Warto podkreślić, że wojewódzkie przedsiębiorstwa turystyczne świadczą niekiedy usługi zdrowotne i usprawniające dzięki kooperacji z innymi jednostkami; np. Warszawskie Przedsiębiorstwo Turystyczne "Syrena" korzysta częściowo z pomocy kadrowej i urządzeń uzdrowiska w Konstancji.

Strona programowa imprez turystycznych o charakterze zdrowotnym obejmuje również zajęcia rozrywkowo-kulturalne, dostosowane do możliwości uczestników.

Ogólnie można określić, że oferowane przez przedsiębiorstwa turystyczne usługi typu zdrowotnego i usprawniającego mają niewielki udział w całej ofercie turystycznej^{26/}. Większy jest natomiast udział usług zdrowotnych o charakterze rekreacyjno-sportowym. Grupę tę odzwierciedlają następujące przykłady wczasów:

- rekreacyjno-sportowe i sportowo-kondycyjne oferujące usługi w zakresie jazdy konnej, pływania, tenisu itd.;
- z doskonaleniem umiętności pływania,
- wędkarskie,
- żeglarskie,
- tenisowe,

^{26/} Por. Katalog V Ogólnopolskiej giełdy turystycznej, Rzeszów 11-15 listopada 1979 Centrala Turystyczna "Orbis".

- w siodło,
- narciarskie,
- wędrownie, polecane dla turystów zmotoryzowanych itd^{27/}

Podane rodzaje wczasów łączą się z reguły z aktywnością ruchową, istotną dla utrzymania kondycji i zdrowia fizycznego i psychicznego, i na tym polega ich doniosła rola społeczna.

Usługi turystyczno-zdrowotne biur podróży /na przykładzie PBP "Orbis"/

a/ Krajowe

PBP "Orbis" oferuje różnego rodzaju wczasy zdrowotne /profilaktyczno-wypoczynkowe i wypoczynkowo-lecznicze/ w następujących uzdrowiskach: Ciecnoch, Cieplicach Zdroju, Łądku Zdroju, Krynicy, Kołobrzegu, Polanicy, Swinoujściu. Wczasy te trwają 2-3 tygodnie. Typowe rodzaje schorzeń: choroby narządów ruchu /rehabilitacja/, reumatyczne, układu krążenia, nadciśnienie, choroby dróg oddechowych, nerwice,

W oparciu o odpowiednie umowy przedsiębiorstwa uzdrowiskowe zapewniają usługi lecznicze. Wczasowicze są zakwaterowani w wynajętych przez PBP "Orbis" obiektach należących do instytucji i zakładów oraz w kwaterach prywatnych.

Zdrowotne formy wczasów dla osób z nadwagą realizowane są również poza uzdrowiskami w następujących miejscowościach:

^{27/} Szczegóły patrz: Katalog V Ogólnopolskiej giełdy turystycznej, op. cit.

Chodzież, Wdzydze Kiszewskie, Zawady - Muszaki. Turnusy trwają 14 dni. Wczasy te przeznaczone są dla osób z nadwagą w wieku 18-60 lat, jak również dla osób ze złym samopoczuciem wskutek zbyt siedzącego trybu życia. Przewidziane są zajęcia rekreacyjne prowadzone przez instruktorów w wymiarze 6-8 godzin dziennie. Wyżywienie jest niskokaloryczne, w granicach 800-1000 kalorii dziennie.

Na tych wczasach świadczy się nie tylko usługi rekreacyjno i profilaktyczno-lecznicze, ale również rekreacyjno-poznawcze w postaci wycieczek, spacerów, ognisk itp.^{28/}

b/ Zagraniczne

PBP "Orbis" oferuje wyjazdy typu profilaktyczno-leczniczego do następujących krajów:

Czechosłowacja - pobyty kuracyjne w uzdrowiskach Karłowe Wary, Mariańskie Łaźnie i Piszczany;^{29/}

Rumunia - kuracja geriatryczna w klinice prof. A. Aslan w Bukareszcie;

Węgry - uzdrowisko Heviz^{30/};

ZSRR - uzdrowiska na Kaukazie.

Znaczenie wyjazdów turystycznych do podanych krajów polega na tym, że stwarzają możliwości przeprowadzenia kura-

^{28/} Por. Komunikaty Centralnej Dyspozycji Wczasów PBP "Orbis" z 1980 r. nr 93, 95, 103, 106, 107, 112, 175, 194, mat. powielane.

^{29/} Rodzaje schorzeń, które leczy się w podanych uzdrowiskach, patrz: Informator o wycieczkach zagranicznych PBP "Orbis" na lata 1979-1981, s. 17.

^{30/} Rodzaje schorzeń patrz j.w., s. 50

cji w uzdrowiskach o światowej sławie i szczególnie w korzystnych warunkach do regeneracji sił.

Z wyjazdów kuracyjnych do uzdrowisk w podanych krajach korzysta rocznie 600 - 1000 osób, nie licząc górników kierowanych przez oddział PBP "Orbis" w Katowicach do Karlowych Warów^{31/}.

Znacznie szersza aniżeli lecznicza jest oferta PBP "Orbis" dotycząca zagranicznych wycieczek grupowych i wyjazdów indywidualnych o charakterze wypoczynkowo-rekreacyjnym^{32/}. Wyjazdy te mogą mieć również, w ograniczonym zakresie, charakter profilaktyczno-leczniczy: np. turyści udający się na wypoczynek do Bułgarii mogą w uzdrowiskach Drużba i Złote Piaski, a także w Warnie korzystać z kąpieli mineralnych za niewielką opłatą w miejscowej walucie.

Usługi turystyczno-zdrowotne Polskiego Towarzystwa Turystyczno-Krajoznawczego

Turystyka kwalifikowana, szeroko propagowana przez PTTK^{33/}, ma wyraźne aspekty zdrowotne, związane z aktywnością ruchową, której z reguły towarzyszą elementy krajoznawcze. W 1979 r. liczba uczestników turystyki kwalifikowanej^{34/} w ramach działalności PTTK wyniosła około 2,6 mln, przy czym

^{31/} Rozmowa z dyrektorem Biura Turystyki Wyjazdowej PBP "Orbis"

^{32/} Szczegóły patrz Informator ..., op.cit.

^{33/} Por. Kierunki działania w zakresie turystyki kwalifikowanej w latach 1980-1981 oddziałów PTTK. Zarząd Główny PTTK Warszawa, listopad 1979 r.

^{34/} Są to jednostki statystyczne, ponieważ ta sama osoba może występować kilkakrotnie.

ponad połowę osób stanowiła młodzież. Liczba imprez i wycieczek wyniosła ok. 98 tys.^{35/}.

Najczęściej spotykane formy turystyki kwalifikowanej to: piesza, górską, narciarską, kolarską, motorową, żeglarską, kajakową. Rzadziej występującymi formami są: turystyka speleologiczna, turystyka płetwonurków oraz turystyka na orientację.

PTTK rozróżnia dwa rodzaje turystów biorących udział w turystyce kwalifikowanej, a mianowicie:

- stawiających pierwsze kroki na szlaku turystycznym lub uczestniczących w przedsięwzięciach turystycznych sporadycznie;
- uprawiających turystykę od wielu lat, mających utrwalone nawyki, sprecyzowane doświadczenia i potrzeby.

Programy szkolenia organizatorów i przewodników różnych dyscyplin turystyki kwalifikowanej zawierają elementy tematyki zdrowotnej w postaci m.in. następujących zagadnień:

- zdrowotnej roli turystyki;
- zasad bezpiecznego uprawiania turystyki;
- niebezpieczeństwa w górach, na wodzie, na drogach;
- przepisów o zdrowiu i bezpieczeństwie turystyki,
- współpracy z GOPR;
- higieny na wycieczkach popularnych i turystyki kwalifikowanej,
- higieny ubioru, doboru sprzętu;

^{35/} Arkusz TK-O, Dział 6: Turystyka Kwalifikowana GUS 1979

- żywienia na wycieczkach;
- sporządzania jadłospisów i samodzielnego przygotowywania posiłków;
- asenizacji w czasie wycieczek i imprez turystycznych.

Programy szkolenia obejmują również zagadnienia pierwszej pomocy, a więc takie sprawy jak:

- apteczka na wycieczce i w czasie imprez turystycznych;
- zasady udzielania pierwszej pomocy;
- współdziałanie ze służbą zdrowia;
- obsługa lekarska na dużych imprezach turystycznych^{36/}.

Usługi turystyczno-zdrowotne Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej

Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej prowadzi rozległą działalność rekreacyjną, związaną z wypoczynkiem codziennym, cotygodniowym oraz urlopowym. Ogniska TKKF koncentrują swoją aktywność na takich formach działalności rekreacyjnej jak systematycznie uprawiana gimnastyka grupowa, gry zespołowe, ćwiczenia profilaktyczno-wyrównawcze np. dla osób otyłych, osób z zaburzeniami układu krążenia, kobiet po porodzie itp.

Zgodnie z poruszonym tu tematem szczególnego uwypuklenia wymaga działalność rekreacyjna TKKF o charakterze tury-

^{36/} Organizator turystyki w środowisku akademickim, Warszawa. Zarząd Główny PTTK. Centralny Ośrodek Kształcenia Kadr Turystycznych 1978 oraz inne opracowania tego wydawnictwa np. Organizator turystyki w środowisku młodzieżowym, Warszawa 1978., i Organizator turystyki w zakładzie pracy, 1978.

stycznym. Istotną rolę odgrywa w tej dziedzinie ośrodek w Sierakowie Wlkp., w którym od czerwca do września organizuje się dwutygodniowe obozy sportowo-rekreacyjne.

Specjalistyczny charakter Towarzystwa sprawia, że współdziała ono w zakresie problematyki rekreacji z różnymi instytucjami prowadzącymi działalność wypoczynkowo-turystyczną. Jest to np. działalność typu programowego dla wczasów prowadzonych przez FWP. Współdziałanie to przejawia się również w takiej postaci jak kształcenie kierowników domów wczasowych FWP w zakresie działalności rekreacyjnej lub prowadzenie kursów doszkalających dla pracowników WPT, obejmujących programowanie zajęć rekreacyjnych.

W szkoleniu instruktorów rekreacji uwzględniona jest problematyka turystyczna. Program obejmuje blok zagadnień dotyczących turystyki i obozownictwa. Dużą uwagę zwraca się na to, by zajęcia rekreacyjne odbywały się nie tylko w miejscu zamieszkania, ale i w terenie.

W działalności TKKF zasługuje również na uwagę propagowanie indywidualnych form rekreacji zarówno w miejscu pobytu, jak i poza nim. Służą temu zwłaszcza foldery, wydawane przez TKKF, niekiedy wspólnie z wydawnictwami radia i telewizji. Tytułem przykładu można wymienić następujące pozycje:

- "Marsze i spacerowanie dla ciebie" - folder omawiający korzyści dla zdrowia, jakie daje aktywność ruchowa w postaci systematycznie uprawianych marszów i zawierający podstawowe zasady marszu;

- "Bieg po zdrowie" - folder mówiący o tym, jak, gdzie i kiedy biegać;

- "Ścieżka zdrowia" - broszurka omawiająca przeszkody, wymagające pokonania na trasie ścieżki zdrowia.

TKKF rozwija ponadto inne formy działalności rekreacyjnej jak np.:

- zloty o charakterze festynów rekreacyjnych;
- środowiskowe imprezy sportowo-rekreacyjne w ogniskach TKKF i międzyogniskowe;
- upowszechnianie programu aktywnego wypoczynku w ośrodkach wypoczynku świątecznego i urlopowego;
- upowszechnianie rekreacji fizycznej wśród osób w wieku poprodukcyjnym^{37/}.

Przykłady zagranicznych rozwiązań w zakresie usług rekreacyjno-turystycznych

W Bułgarii na uwagę zasługuje kompleksowy system zagospodarowania większych terenów na użytek turystów przybywających w celach rekreacyjno-zdrowotnych. Doskonałe warunki klimatyczne wybitnie temu sprzyjają. Pas nadmorski Warna - Złote Piaski to jeden wielki kompleks świadczący różnorodne usługi turystyczno-zdrowotne /kąpiele morskie, kąpiele termalne, sporty wodne, masaż, tenis, mini-golf itp./.

Na uwagę zasługują wskazówki zdrowotne dla turystów umieszczone przy wejściu na plażę, w celu racjonalnego korzystania ze słońca i kąpieli w morzu. Wskazówki te zawierają pożądany ze względów zdrowotnych czas trwania kąpieli powietrznych /na

^{37/} VII Krajowy Zjazd Delegatów TKKF Warszawa 22-23 maj 1977r. Materiały.

słońcu/ i morskich w zależności od temperatury, pory dnia oraz kolejnego razu korzystania z kąpieli /zał. nr 1 i 2/.

Wyraźne aspekty zdrowotne ma również szeroko stosowany w Bułgarii system drugich domów; np. pas nadmorski Warna - Drużba o długości ok. 10 km pokrywa gęsta sieć indywidualnych działek, wykorzystywanych zwłaszcza jako winnice i służących jednocześnie do rekreacji. Dozwolona wielkość domku wynosi 25 m².

W Jugosławii na uwagę zasługują ośrodki rekreacyjne aktywnego wypoczynku, w których czasowicze dzieleni są na odpowiednie grupy w zależności od stanu zdrowia /niedomagań organizmu/. W ośrodkach tych prowadzone są różnorodne zajęcia typu rekreacyjno-sportowego pod fachową opieką. Rodzaj i nasilenie aktywności ruchowej dostosowane są do stanu zdrowia i wydolności fizycznej uczestników w poszczególnych grupach.

W ośrodkach przeprowadza się badania mające wykazać, jakie są skutki zdrowotne pobytu w tych placówkach.

W NRD rozwinięty jest system parków rekreacyjnych, bogato wyposażonych w różnorodny sprzęt rekreacyjno-sportowy. Parki te są dostępne dla wszystkich.

W Rumunii warto podkreślić usługi zdrowotne w ramach hotelarstwa. Zespół hoteli bukaresztańskich /"Tourist", "Parc" i "Flora"/ położonych blisko siebie posiada ośrodek rekreacyjny z fachowym personelem świadczącym różnorodne usługi zdrowotne, takie jak gimnastyka lecznicza, pływanie w basenie,

masaże itp. Na miejscu są również urządzenia do gier sportowych.

Sprawą godną uwagi są również usługi typu geriatrycznego, prowadzone zwłaszcza w uzdrowiskach.

Na Węgrzech typową formą zagospodarowania źródeł termalnych jest park balneologiczny z basenami, indywidualnymi kabinami, natryskami i innymi rodzajami urządzeń, dysponujący przy tym częścią gastronomiczną i handlową. Na miejscu można zwykle korzystać z usług fryzjerskich, kosmetycznych itp. Głębokość basenu dochodzi do 1,5 metra. Niekiedy w basenach wytwarzane są sztuczne fale, co czyni kąpiel bardziej atrakcyjną. Specyficzną cechą węgierskich parków balneologicznych jest ich charakter nie tylko rekreacyjny, ale również towarzysko-rozrywkowy. Warto podkreślić możliwość wydłużenia sezonu turystycznego na terenach posiadających źródła wód termalnych.

Turystyka zdrowotna dzieci i młodzieży oraz osób starszych

Niniejsze opracowanie dotyczy głównie turystycznych usług zdrowotnych dla ludzi dorosłych - pracujących. Dla pełnego wszakże obrazu tych usług nie można również pominąć specyficznych zagadnień zdrowotnego wypoczynku dzieci i młodzieży, ludzi III wieku oraz inwalidów.

Kolonie i obozy zdrowotne dla dzieci i młodzieży - to domena działania Ministerstwa Oświaty i Wychowania, Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Związku Harcerstwa Polskiego itd.

Problem rekreacji ludzi starszych - to zwłaszcza sfera działania uniwersytetów III wieku, klubów emerytów i rencistów oraz Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej.

Turystyka inwalidów wiąże się w dużym stopniu ze sferą działania Zrzeszenia Sportowego Spółdzielczości Pracy "Start".

Zagadnienia te, jako związane tematycznie z problematyką usług zdrowotnych i usprawniających w turystyce, omówione zostały w aneksach /załączniki nr 3, 4 i 5/.

Usługi zdrowotne i usprawniające w turystyce a wypoczynek cotygodniowy i codzienny

Choć mowa tu głównie o turystyce zdrowotnej w postaci aktywnego wypoczynku poza miejscem stałego pobytu, ze względu na potrzebę ciągłości procesu odnowy sił nie można jednak pominąć zagadnienia wypoczynku krótkoterminowego, będącego przedłużeniem urlopowej regeneracji ustroju. W dobie obecnej, gdy bliski jest u nas termin dwóch dni wolnych od pracy w tygodniu sprawa ta nabiera szczególnego znaczenia.

Warto podkreślić, że niektóre urządzenia rekreacyjne mogą służyć zarówno turystom-urlopowiczom, jak i korzystającym z krótkotrwałego wypoczynku. Rolę tę mogą odgrywać np. baseny z wodą termalną położone w pobliżu wielkich miast.

W dziedzinie krótkotrwałego wypoczynku istotna rola przypada ośrodkom rekreacyjnym zlokalizowanym w miastach. Warto też podkreślić szczególną rolę Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej, mającego rozbudowaną sieć placówek miejskich.

Refleksje i wnioski

Przedstawiony materiał analityczno-opisowy nasuwa wnioski o charakterze wdrożeniowym. Podane propozycje mają charakter przykładowy. Wybór odpowiednich rozwiązań należy do organizatorów turystyki w zależności od warunków lokalnych związanych z walorami naturalnymi terenu, zagospodarowaniem turystyczno-rekreacyjnym, stanem kadr specjalistycznych itp.

W zakresie działalności programowej i organizacyjnej

1. Rozwijać wszystkie te formy turystyki, które służą odnowie sił fizycznych i psychicznych, głównie przez aktywność ruchową.

2. W zależności od warunków i możliwości lokalnych danego terenu organizować dla wszystkich grup naszego społeczeństwa wczasy zdrowotne. Oto przykłady różnych form takich wczasów:

- wędrowne /zwłaszcza dla posiadaczy samochodów/,
- pobytowo-wędrowne,
- rowerowe,
- z nauką pływania i doskonalenia tej umiejętności /możność uzyskania karty pływackiej/,
- kajakowe i doskonalenia nauki pływania /możność uzyskania karty pływackiej/,
- żeglarskie,

- z nauką ratownictwa /możność zdobycia żółtego czepka/,
- wędkarskie,
- tenisowe,
- w siodle /z nauką jazdy konnej/,
- narciarskie i saneczkowe /mało wykorzystywane możliwości terenów pojeziernych/,
- rekreacyjno-sportowe /m.in.biegi/,
- zdrowotne z nauką masażu,
- dla osób z nadmiarem wagi /wysiłek fizyczny i odpowiednia dieta/,
- hobbystyczne/z uwzględnieniem grzybobrania, zbierania kamieni półszlachetnych, majsterkowania itp./.

3. Organizować na podstawie dobrowolnych zgłoszeń różne formy aktywnego wypoczynku dla wczasowiczów przebywających w miejscowościach wypoczynkowych, bez względu na to, w jakim obiekcie są zakwaterowani. Są to przykładowo w dostosowaniu do warunków lokalnych:

- codzienna gimnastyka poranna,
- gry rekreacyjno-sportowe,
- turystyka piesza i rowerowa w pobliskie okolice,
- nauka pływania i doskonalenia pływania.

Pożądane jest oferowanie wczasowiczom kilku wersji programów rekreacyjnych za dodatkową opłatą. Prowizoryczne obliczenie wskazuje, że kwota 500 zł od jednego uczestnika turnusu byłaby wystarczająca na pokrycie wydatków związanych z uczestnictwem w programie rekreacyjnym /wynagrodzenie in-

truktora wf., badania lekarskie, zużycie sprzętu sportowo-rekreacyjnego itp./.

4. Opracowywać i realizować atrakcyjne programy zajęć ruchowych. Aktywny wypoczynek powinien nie tylko wynikać z przeświadczenia o potrzebie wzmacniania zdrowia, ale również dawać poczucie przyjemności, zadowolenia i odprężenia. Celowi temu służyć mogą gry terenowe, konkursy itp.

5. Ponieważ aktywny wypoczynek powinno się kontynuować również po zakończeniu turnusu - utrwałać na czasach nawyki korzystne dla zdrowia i w tym celu:

- organizować pogadanki specjalistów /lekarzy, magistrów wf./, na temat korzyści dla zdrowia związanych z aktywnością ruchową,

- organizować zajęcia instruktazowe, obejmujące np. wskazówki, w jaki sposób uprawiać codzienną gimnastykę w dostosowaniu do indywidualnego stanu fizycznego.

6. Ponieważ dobór grup ćwiczących jest istotnym czynnikiem efektywności aktywnego wypoczynku, podczas kompletowania zespołów uwzględniać następujące czynniki:

- zawód - ze zwróceniem szczególnej uwagi, czy praca zawodowa ma charakter siedzący, czy jest wykonywana w ruchu,

- wiek - nie tylko kalendarzowy, ale i biologiczny, ponieważ mogą występować znaczne rozpiętości,

- miejsce zamieszkania /miasto-wieś/,

- płeć i skład rodzinny /dla dzieci przewidzieć oddzielne zajęcia, np. tor przeszkód dostosowany do ich możliwości/.



7. W celu propagowania zasad turystyki zdrowotnej i aktywnego wypoczynku:

- opracować przy współudziale lekarzy i specjalistów od turystyki i rekreacji poradnik zdrowotnych usług turystycznych, zawierający ogólne wskazówki dotyczące aktywnego wypoczynku/szczegółowe ukierunkowanie według wytycznych lekarza w zależności od stanu zdrowia jednostki/ /konspekt poradnika w zał. nr 7/.

- w miejscach służących do rekreacji podawać w postaci ogólnie dostępnych tablic wytyczne zdrowotne, dotyczące takich spraw jak maksymalny czas trwania kąpieli wodnych w zależności od warunków atmosferycznych i liczby odbytych kąpieli, racjonalne korzystanie z kąpieli słonecznych itp. /patrz wzór bułgarski zał. nr 1 i 2./.

W zakresie zaplecza materialnego

1. Zainteresować się źródłami wód mineralnych na swoim terenie i poczynić starania o ich wykorzystanie, co stanowi istotny element wydłużenia sezonu turystycznego. W pierwszej fazie opracować założenia ich zagospodarowania na cele rekreacji we współdziałaniu ze Zjednoczeniem "Uzdrowiska Polskie".

2. Wytypować najważniejszą lokalizację w województwie dla ośrodków turystyki zdrowotnej, biorąc pod uwagę zwłaszcza warunki naturalne sprzyjające aktywnemu wypoczynkowi.

3. Zbadać zagospodarowanie terenu województwa w urządzeniach sportowo-rekreacyjnych /ścieżki zdrowia, baseny, lodowiska,



tory saneczkowe i narciarskie, przystanie i sprzęt wodny, boiska sportowe, oznakowanie szlaków turystycznych itp^{38/}.
i w pierwszej fazie opracować koncepcję najkonieczniejszych uzupełnień, nie wymagających większych nakładów finansowych.

4. Wczasy zdrowotne organizować zwłaszcza na terenach mających urządzenia rekreacyjne np. boiska do gier.

5. Rozwijać serwis usług sportowo-rekreacyjnych, rozbudowując:

- punkty wynajmu sprzętu turystyczno-rekreacyjnego,
- zaplecze rekreacyjne w obiektach wypoczynkowych, hotelach itp. /np. pływalnie oraz urządzenia do gier i ćwiczeń korektywnych/.

W z a k r e s i e k a d r i n a u k i

1. W kształceniu studentów na uczelniach wychowania fizycznego /magistrowie turystyki/ położyć szczególny akcent na zdrowotne aspekty turystyki oraz usługi turystyczno-zdrowotne dostosowane do odpowiednich faz życia i w tym celu rozszerzyć możliwość praktyk wakacyjnych w uzdrowiskach /kontakt ze Zjednoczeniem "Uzdrowiska Polskie"/.

2. Prowadzić badania, mające na celu bliższe sprecyzowanie najważniejszych form aktywnego wypoczynku. Badania te

^{38/} Współczesną tendencją jest łączenie sportów i rekreacji zimowej z innymi formami rekreacji np. z pływaniem w basenie /Por. Andrzej Ziemiński: Stacje sportów zimowych w krajach alpejskich, Warszawa Instytut Turystyki 1973, s.87-89/.

powinny dać zwłaszcza odpowiedź na następujące pytania:

a. Jakie jest zapotrzebowanie społeczne na poszczególne formy aktywnego wypoczynku turystycznego w różnych grupach społecznych ?

b. Jakie urządzenia rekreacyjno-sportowe i turystyczne są najbardziej pożądane przez poszczególne grupy naszego społeczeństwa /porównanie z faktycznym zagospodarowaniem/ ?

c. Jak ocenić nasze możliwości kadrowe w aspekcie świadczenia turystycznych usług zdrowotnych ?

d. W jaki sposób zróżnicować zdrowotne i usprawniające usługi turystyczne ze względu na zawód, tryb życia, wiek, płeć, stan zdrowia itp. uczestników turystyki zdrowotnej ?

e. Jakie są efekty zdrowotne uzyskiwane na wczasach aktywnego wypoczynku, określone przy zastosowaniu następujących metod badawczych:

- badań medycznych i fizycznych,
- obserwacji działania osobnika,
- subiektywnego samookreślenia^{39/}.

W z a k r e s i e w s p ó ł d z i a ł a n i a o r g a -
n i z a t o r ó w t u r y s t y k i i w y p o c z y n -
k u z e s ł u ż b ą z d r o w i a

Ustalić zasady współdziałania organizatorów turystyki ze służbą zdrowia, której zadania w zakresie aktywnych form wypoczynku polegałyby głównie na:

^{39/} Por. metody podane przez Jerzego Piotrowskiego. Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. Warszawa PWN. 1973, s. 44-45.

1. Ukierunkowaniu przez lekarza osoby udającej się na wypoczynek zdrowotny pod względem właściwego wyboru miejsca wypoczynku i odpowiedniej pory roku oraz trybu spędzania czasu, zwłaszcza w turystyce indywidualnej, nie zorganizowanej; rolę tę mogliby odgrywać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej^{40/}.

2. Świadczeniu usług medycznych w czasie urlopu zdrowotnego /na wczasach zdrowotnych/.

3. Wzmoczeniu kontroli państwowej inspekcji sanitarnej nad stanem higieniczno-sanitarnym terenów o specjalnych walorach turystycznych, a zwłaszcza nad obiektami turystyki zdrowotnej.

4. Organizowaniu i doskonaleniu form szkolenia i doskonalenia lekarzy w celu podnoszenia poziomu świadczeń w zakresie aktywnych form wypoczynku^{41/}.

5. Udzielaniu konsultacji dotyczących głównie programowania urządzeń rekreacyjnych; rolę tę powinny odgrywać zwłaszcza ogniwa oświaty sanitarnej woj. stacji san.-epid. oraz państwowe przedsiębiorstwa uzdrowiskowe.

W zakresie współdziałania z resortem Oświaty i Wychowania

Potrzeby, nawyki i umiejętności racjonalnego wykorzystania czasu wolnego z pożytkiem dla zdrowia należy kształtować

40/ Por. Stanisław Kozłowski, Krystana Nazar: Aktywność ruchowa a zdrowie człowieka, op.cit., s.12-31

41/ Por. Analizy i opinie, Aneks - program działania op.cit. s.107-110 oraz Stefan Krzepkowski: Organizacja opieki zdrowotnej w wychowaniu fizycznym. Analizy i opinie, op.cit. s. 98-102.

od najmłodszych lat, ażeby w późniejszym okresie życia, były one w pełni przyswojone. W procesie tym istotna rola przypada szkole. Duże znaczenie dla sprawy może mieć wprowadzenie do programu szkoły podstawowej przedmiotu "Propedeutyka kultury zdrowotnej i fizycznej", ze szczególnym zaakcentowaniem aktywności fizycznej i turystyki zdrowotnej^{42/}.

Podane propozycje nie wyczerpują szerokich możliwości zdrowotnego wypoczynku. Opracowanie zgodnie z podanym w tytule tematem, ogranicza się do usług zdrowotnych i usprawniających w turystyce, a więc przy czasowej zmianie miejsca pobytu, która ma miejsce głównie w czasie urlopu. Istnieje ponadto równie poważne zagadnienie zdrowotnego wypoczynku cotygodniowego i codziennego. Perspektywa dwóch dni wolnych od pracy w tygodniu czyni tę sprawę szczególnie aktualną.

Stale nasilające się tempo współczesnego życia, powoduje konieczność stworzenia systemu racjonalnego wypoczyniania, w którym wypoczynek urlopowy, cotygodniowy i codzienny umożliwiałby utrzymanie dobrej sprawności fizycznej i psychicznej naszego społeczeństwa, dzięki szerokiej skali ogólnie dostępnych usług zdrowotnych i usprawniających.

Opracował: doc.dr hab. Jerzy Wolski
- Instytut Turystyki

Zatwierdził: Zbigniew Nikołajczak
- dyrektor DRT GKT

^{42/}Opinia autora w tej sprawie patrz: Propedeutyka kultury zdrowotnej i fizycznej w systemie edukacji narodowej, op.cit., s. 159-162.

Piśmiennictwo

1. Kłobucki M.,
 - Zarys działalności lecznictwa FWP w latach 1949-1979. W: 30 lat działalności FWP. Warszawa FWP . 1979
2. Kozłowski S.
Nazar K.,
 - Aktywność ruchowa a zdrowie człowieka. W: Analizy i opinie. Medyczne problemy wychowania fizycznego i sportu, Warszawa, Rada Naukowa przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, 1978 s.13-37.
3. Kozłowski S.
Nazar K.,
 - Fizjologiczne podstawy organizacji wypoczynku. W: Potrzeby społeczne a kształtowanie ruchu turystycznego. Cz. I. Warszawa. GKT - Instytut Turystyki. 1979, s. 25-33.
4. Mikołajczak Z.,
 - Problemy kwantyfikacji turystyczno-wypoczynkowych potrzeb społeczeństwa. Biuletyn Specjalny. GKT "Rynek Turystyczny". 1980 nr 1.
5. Mikołajczak Z.,
 - Kwantyfikacja potrzeb ludności w zakresie wypoczynku codziennego i turystyki. Biuletyn Informacyjny Instytutu Turystyki 1980 nr 3.
6. Mikołajczak Z.,
 - Społeczne funkcje turystyki. Zeszyty Naukowe Instytutu Turystyki 1976 nr 4, s. 21-33.
7. Moszczyńska H.,
 - Usprawnienia fizyczne i psychospołeczne w domu rencistów. W: Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Roczniki Gerontologiczne 1975.
8. Piotrowski J.,
 - Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. Warszawa. PWN. 1973.

9. Polska stacja sportów zimowych. Koncepcja modularna. Praca zbiorowa. Warszawa. Instytut Turystyki 1975.
10. Propedeutyka kultury zdrowotnej i fizycznej w systemie edukacji narodowej. Opinie i propozycje konsultantów. Warszawa. AWF 1979.
11. Pytlarz J.,
 - Wczasy zainteresowań. Doświadczenia i perspektywy na przykładzie Zarządu Okręgu FWP w Łądku Zdroju. W: 30 lat działalności Funduszu Wczasów Pracowniczych 1949-1979. Warszawa. Dyrekcja Naczelna Funduszu Wczasów Pracowniczych. 1980. s. 239-252.
12. Rocznik Statystyczny GUS 1979.
13. VII Krajowy Zjazd Delegatów TKKF. Warszawa. 22-23 maj. 1977 r. Materiały.
14. Sobieszak A.,
 - Aktywny wypoczynek codzienny składnikiem jakości życia. Biuletyn Informacyjny Instytutu Turystyki. 1980. nr 3.
15. Szwarec H.,
 - Miejsce rekreacji ruchowej we wszechnej profilaktyce gerontologicznej. Monografie AWF w Poznaniu nr 93.
16. Szwarec H.,
 - Aktywność ruchowa ludzi starszych. W: Analizy i opinie op.cit., s.79-84.
17. Turystyka i wypoczynek wakacyjny rodzin z dziećmi. Warszawa. Główny Komitet Turystyki . 1980.
18. Wolski J.,
 - Profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne funkcje turystyki. W: Potrzeby społeczne, op.cit., s. 34-48.
19. Wolski J.,
 - Turystyka w uzdrowiskach. "Problemy Uzdrowiskowe" 1979 nr 12, s. 87-153.

Materiały źródłowe

1. Analiza ekonomiczna działalności branżowych ośrodków lecznictwa uzdrowiskowego za rok 1979. Warszawa. Zjednoczenie "Uzdrowiska Polskie" 1980.
2. Arkusz TK-0, Turystyka kwalifikowana. GUS 1979.
3. Informacja z działalności Zrzeszenia Sportowego Spółdzielczości Pracy "Start" w zakresie turystyki inwalidów z 5.XII.1979 r.
4. Informator PBP "Orbis" o wycieczkach zagranicznych na lata 1979-1981. Warszawa. "Sport i Turystyka" 1979.
5. Katalog V Ogólnopolskiej Giełdy Turystycznej 11-15 listopada 1979. Wyd. Centrala Turystyczna "Orbis".
6. Kierunki działania w zakresie turystyki kwalifikowanej w latach 1980-1981 oddziałów PTTK. Warszawa Zarząd Główny PTTK. 1979.
7. Kolonie zdrowotne - materiały metodyczno-organizacyjne. Warszawa Zarząd Główny TPD, Komisja Zdrowia. 1979.
8. Komunikaty PBP "Orbis" 1980 nr 93, 103, 135, 194, 95, 107, 106, 112, 175.
9. Koncepcja wykorzystania wód termalnych dla celów rekreacji. Warszawa. Główny Komitet Kultury Fizycznej i Turystyki. Rada Turystyki. 1975.
10. Lecznictwo Uzdrowiskowe - stan obecny i kierunki rozwoju do 1990 r. Warszawa Naczelna Rada Uzdrowisk i Wczasów Pracowniczych. 1979.
11. VIII Zjazd Krajowy TPD 15-16 listopada 1979 r. Warszawa Zarząd Główny TPD. 1979.

12. Sobolowski Stanisław - Notatki z Konferencji w Opatowie w 1963 r. nt. turystyki zdrowotnej.
13. Stosunki demograficzne kraju. PAN. Komitet Badań i Prognoz "Polska 2000", Warszawa maj 1978.
14. Wypoczynek i rehabilitacja - wywiad z mgr L. Gomółką, dyrektorem Dep. w Min. Oświaty i Wychowania. "Życie Warszawy" 1980 nr 199.
15. Zarządzenie ministrów: Oświaty i Wychowania oraz Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zasad organizacji kolonii i obozów zdrowotnych dla dzieci i młodzieży szkolnej. Dz.Urz. Min. Oświaty i Wychowania Nr 5/79.

Maksymalny czas trwania kąpieli słonecznych w uzdrowiskach
Złote Piaski w Bułgarii

Kolejne dni	G o d z i n y					
	7 - 8 16 - 17	8 - 9 15 - 16	9 - 10 14 - 15	10 - 11 13 - 14	11 - 12 12 - 13	
1	20; min	14; min	12; min	10; min	8; min	
2	26 "	18 "	16 "	13 "	10 "	
3	34 "	24 "	20 "	17 "	14 "	
4	44 "	30 "	26 "	26 "	18 "	
5	58 "	40 "	35 "	29 "	23 "	
6	74 "	52 "	44 "	37 "	30 "	
7	96 "	67 "	58 "	48 "	38 "	

Czas maksymalny w dalszych dniach
2,5-3 godziny

Maksymalny czas trwania kąpieeli morskich w uzdrowisku
Złote Piaski w Bułgarii

Temperatura wody morskiej	18° - 20°	21° - 24°	powyżej 24°
Czas trwania kąpieeli	10 min.	20 min.	30 min.

Wykaz sezonowych obiektów wczasowo-wypoczynkowych, które po wybudowaniu zakładów przyrodoleczniczych mogą być wykorzystane na cele turystyki zdrowotnej^{1/}.

Lp	Uzdrowisko Miejscowość uzdrowskowa	Ilość obiektów	Ilość łóżek
1	Pogorzelnica - Niechorze	12	2030
2	Międzywodzie	1	120
3	Kołobrzeg	3	428
4	Dźwirzyno	2	400
5	Ustronie Morskie	3	1044
6	Augustów	5	831
7	Swinoujście	26	2130
8	Międzyzdroje	2	400
9	Ustka	6	1386
10	Łeba	4	1048
11	Polanica ^{x/}	1	200
12	Dziewica ^{x/}	2	60
R a z e m		67	10077

^{x/} Obiekty, które przy istniejących mocach zabiegowych mogłyby być wykorzystane na cele lecznictwa uzdrowskiego.

^{1/} Por. Analiza ekonomiczna branżowych ośrodków lecznictwa uzdrowskiego za rok 1979. Warszawa. Zjednoczenie "Uzdrowiska Polskie", 1980 tab. 5.

TURYSTYKA ZDROWOTNA DZIECI I MŁODZIEŻY

Kolonie i obozy zdrowotne dla dzieci i młodzieży szkolnej

Jakkolwiek pierwsze eksperymentalne kolonie zdrowotne zorganizowano w Polsce już w latach pięćdziesiątych^{1/}, to jednak prawne uregulowanie zasad organizacji kolonii i obozów zdrowotnych miało miejsce w 1979 r.^{2/} Zarządzenie ministrów Oświaty i Wychowania oraz Zdrowia i Opieki Społecznej określa, że kolonie zdrowotne przeznaczone są w zasadzie dla dzieci od 7 do 16 lat, a obozy zdrowotne dla dzieci w wieku 16-18 lat, wykazujących odchylenia od normy w stanie zdrowia i rozwoju. Zadaniem kolonii i obozów zdrowotnych jest zapewnienie dzieciom wypoczynku wakacyjnego dostosowanego do ich potrzeb zdrowotnych oraz prowadzenie w miarę możliwości działań leczniczo-rehabilitacyjnych.

Organizatorami kolonii i obozów zdrowotnych mogą być:

- terenowe organy administracji państwowej,
- uspołecznione zakłady pracy,
- organizacje społeczne.

Kolonie i obozy zdrowotne w Polsce charakteryzują się dynamicznym rozwojem w sensie ilościowym i organizacyjnym. W bieżącym roku kolonie i obozy zdrowotne objęły opieką ponad 80 tys. dzieci i młodzieży, co stanowi wzrost o ok.

^{1/} Kolonie zdrowotne. Materiały metodyczno-organizacyjne. Warszawa. Zarząd Główny TPD. 1976, s. 2.

^{2/} Zarządzenie ministrów Oświaty i Wychowania oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z 1.VII.79 r. /Dz.Urz.Min.Oświaty i Wychowania nr 5/79/.

10 % w stosunku do roku ubiegłego. W poprzednich latach prowadzone były tylko kolonie zdrowotne, natomiast obozy zdrowotne są innowacją bieżących wakacji^{3/}.

Pomimo intensyfikacji działalności, organizowane kolonie i obozy zdrowotne nie zaspokajają potrzeb. W świetle orientacyjnych danych TPD, potrzeby są kilkakrotnie większe niż aktualne liczby korzystających z tej formy zdrowotnej i wyrażają się liczbą około 300 tysięcy osób rocznie^{4/}.

W organizowaniu kolonii i obozów zdrowotnych istotną rolę przypada TPD, z którego usług skorzystało w czasie tegorocznych wakacji ok. 28 tys. dzieci i młodzieży w osiemnastu typach placówek rekreacyjno-zdrowotnych. Tytułem przykładu można podać, że są to kolonie i obozy zdrowotne dla dzieci i młodzieży odznaczających się:

- niedoborem wzrostu i ciężaru ciała oraz wagi ogólną,
- przewlekłymi chorobami dróg oddechowych,
- nieprawidłową postawą ciała,
- otyłością,
- wadami wzroku.

^{3/} Por. Wypoczynek i rehabilitacja, rozmowa z mgr Leszkiem Gomółką, dyrektorem Departamentu Kształcenia Specjalnego, Profilaktyki i Resocjalizacji w Ministerstwie Oświaty i Wychowania, "Życie Warszawy" z 26.VIII.1980 r.

^{4/} Na podstawie rozmowy ze Sławomirem Izakiem, sekretarzem Komisji Czasu Wolnego i Komisji Zdrowia Zarządu Głównego TPD.

Obozy rehabilitacyjne dla studentów

Obozy dla studentów organizowane są od ok. 15 lat i dotyczą głównie następujących schorzeń:

- narządów ruchu,
- układu nerwowego,
- układu krążenia,
- przewodu pokarmowego,
- wzroku /przy współpracy z Polskim Związkiem Niewidomych/.

W 1980 r. zorganizowano jedenaście takich obozów dla 680 osób. Turnus trwał ok. 4 tygodni.

Założenia programowe obozów rehabilitacyjnych dla studentów są w głównych zarysach następujące:

- poprawa ogólnej wydolności organizmu,
- rozwój cech motorycznych,
- kształcenie płynności i estetyki ruchu.

W celu realizacji tych założeń stosuje się:

- ćwiczenia ogólnokondycyjne,
- ćwiczenia indywidualne,
- ćwiczenia przyrządowe,
- zabiegi fizykoterapeutyczne,
- zajęcia sportowo-rekreacyjne,
- gry i zabawy ruchowe,
- zajęcia turystyczne, zwłaszcza w zakresie turystyki pieszej, rowerowej i autokarowej.

Turystyka autokarowa ma szczególne znaczenie dla studentów tak dalece niesprawnych, że nie mogą się samodzielnie poruszać.

Podkreślenia wymagają usługi świadczone przez Akademickie Centrum Rehabilitacji Studentów w Zakopanem, czynne przez cały rok. Centrum to przeznaczone jest dla studentów mających poważniejsze schorzenia.

Charakter obozów rehabilitacyjnych dla studentów obrazuje przykład obozu w Wiktorowie /woj.bydgoskie/, który organizowany jest przez warszawski Zespół Opieki Zdrowotnej dla studentów. W 1980 r. obóz prowadzony był dla 80 studentów, przeważnie cierpiących na schorzenia narządów ruchu. Usługi medyczne i usprawniające świadczy liczny personel, m.in. trzech lekarzy specjalistów, psycholog, czterech magistrów wf. - specjalistów od rehabilitacji oraz pielęgniarki, studenci AWF itp. Leczenie usprawniające jest prowadzone za pomocą sprzętu zabieranego z Warszawy. Wykorzystuje się ponadto do spacerów i wycieczek o charakterze rekreacyjnym korzystne warunki naturalne w postaci lasów, wody itp. Badań efektów zdrowotnych pobytu na obozie nie prowadzono. Ułatwieniem dla tego typu badań byłoby karty zdrowia, prowadzone dla poszczególnych studentów przez cały okres studiów.

W świetle opinii uzyskanej w Zespole Opieki Zdrowotnej dla studentów w Warszawie, rozmiary akcji obozów rehabilitacyjnych dla studentów całkowicie pokrywają potrzeby w tym zakresie.

Podany materiał dotyczący turystyki zdrowotnej dzieci i młodzieży nasuwa następujące refleksje:

1. Istnieje potrzeba rozwijania kolonii zdrowotnych o zasięgu międzywojewódzkim w celu udostępnienia tej formy wypoczynku i leczenia także dzieciom z województw które nie dysponują odpowiednią kadrą specjalistów i nie posiadają warunków naturalnych wskazanych przy określonych rodzajach schorzeń^{5/}.
2. Potrzebny jest wzmożony nadzór w zakresie prawidłowej kwalifikacji młodzieży na kolonie i obozy zdrowotne. Istnieją bowiem w tym zakresie nieprawidłowości.
3. Sprawa istotnej wagi jest modelowanie struktury profilowej kolonii w celu lepszego zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Według danych TPD, największe zapotrzebowanie występuje aktualnie na kolonie i obozy o następujących profilach:
 - przewlekłe choroby układu oddechowego,
 - wady wzroku,
 - kolonie dla dzieci specjalnej troski,
 - kolonie dla dzieci z reakcjami nerwicowymi.Natomiast w świetle tychże danych, najwyższe liczby uczestników wykazują kolonie nastawione na korektę niedoborów wzrostu i ciężaru ciała oraz wad budowy i postawy.
4. Przy kierowaniu na kolonie o profilu korekcyjnym /wady budowy i postawy, wady mowy, wady wzroku, wady zgryzu/ należałoby dać priorytet dzieciom wiejskim, które nie

^{5/} W świetle opinii Zarządu Głównego TPD rozwój kolonii o zasięgu międzywojewódzkim jest niewystarczający w stosunku do potrzeb.

mogą korzystać z leczenia korekcyjnego w trakcie roku szkolnego /nie mogą dojeżdżać do miasta na systematyczne ćwiczenia/.

5. Powinno się interweniować w sprawie przestrzegania zasady priorytetu zaopatrzenia dla kolonii zdrowotnych. Przy leczeniu np. cukrzycy, skutków żółtaczki zakaźnej, niedoborów wzrostu i ciężaru ciała, zaopatrzenia placówek w odpowiednią ilościowo i jakościowo żywność, zwłaszcza mięso i jego przetwory, jest warunkiem osiągnięcia odpowiednich efektów zdrowotnych /przydział 1/2 kg cukru na dziecko na turnus trwający ok. 30 dni jest zbyt mały^{6/}.

^{6/} W świetle opinii Komisji Zdrowia Zarządu Głównego TPO.

TURYSTYKA ZDROWOTNA OSOB STARSZYCH

Szczególna rola turystyki zdrowotnej w późniejszym wieku

Turystyka zdrowotna ma szczególne znaczenie dla osób starszych ze względu na potrzebę ukierunkowania wypoczynku przez lekarza w późniejszej fazie życia, charakteryzującej się osłabieniem funkcji organizmu. Dodatkową okolicznością jest wzrost ilości czasu wolnego u emerytów i rencistów, możliwego do wykorzystania zgodnie z upodobaniami i z pożytkiem dla zdrowia, w czym dużą rolę może odgrywać element ruchu. Potwierdzają to wyniki badań.

Przeprowadzone u nas w kraju badania wykazały, że osoby III wieku uprawiające aktywność ruchową zachowują długo dobrą kondycję, co wyraża się poprawą czynności układu krążenia i oddychania oraz ogólnej wydolności fizycznej^{1/}.

Turystyka w wielu swoich postaciach, a zwłaszcza ukierunkowana turystyka zdrowotna, będąca jedną z form aktywności ruchowej, stanowi istotny czynnik sprzyjający zachowaniu kondycji do późnych lat życia.

^{1/} Por. Halina Hozdzyńska: Usprawnienie fizyczne i psychospołeczne w domu rencistów. W: Starzenie się, op.cit., s. 223-234; Stanisław Kozłowski, Krystana Nazar: Fizjologiczne podstawy organizacji wypoczynku. W: Potrzeby społeczne a kształtowanie ruchu turystycznego w Polsce. Cz. I. Warszawa GKT Instytut Turystyki. 1979; Halina Szware: Aktywność ruchowa ludzi starszych. W: Analizy i opinie, op.cit., s. 79-84.

Usługi rekreacyjno-turystyczne uniwersytetów III wieku
oraz Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej.

W aktywizowaniu starszych ludzi doniosła rola przypada uniwersytetom III wieku oraz klubom emerytów i rencistów. Wielokierunkowa działalność tych placówek obejmuje m.in. imprezy turystyczno-krajoznawcze, dostosowane do możliwości starszych osób. Tytułem przykładu można podać, że uniwersytet III wieku w Warszawie organizuje co tydzień wędrowki po atrakcyjnych szlakach turystycznych m.in. w Puszczy Kampinoskiej. Liczba przebytych kilometrów ma tendencję do wzrostania w miarę postępu treningu. Maksymalna dzienna trasa liczy ok. 15 kilometrów^{2/}.

TKKF organizuje w 20-osobowych zespołach ćwiczebnych zajęcia rekreacyjne, które są prowadzone pod stałą opieką lekarza.

Specyficzną formą są organizowane przez TKKF w Warszawie obozy rekreacyjne dla grupy 40 emerytów /dwa turnusy po 20 osób/.

Inną formą działalności TKKF na rzecz ludzi III wieku jest organizowanie zajęć rekreacyjnych na dwutygodniowych wczasach na działkach^{3/}.

^{2/} Por. Program pieszych wycieczek czwartkowych /dla seniorów/ w okresie 4.VI.-31.XII.1980 r. Zespół Turystyczno-Krajoznawczy Uniwersytetu III wieku w Warszawie met.pow.

^{3/} Turystyka osób w wieku emerytalnym. Warszawa. GKT Dep. Ruchu Turystycznego. 1979.

Uzdrowiskowe kuracje geriatryczne

Specyficzną formą turystyki w jej szerokim pojęciu stanowią kuracje geriatryczne, przeprowadzane najczęściej w uzdrowiskach. Przodującym ośrodkiem geriatrycznym w Europie jest klinika prof. Any Aslan w Bukareszcie, która następnie rozszerzyła swoją działalność na najbardziej znane uzdrowiska rumuńskie. Oprócz kuracji indywidualnej, zależnej od schorzeń przeprowadza się w tych ośrodkach kurację prokainową.

Również u nas w kraju zapoczątkowano prowadzenie uzdrowiskowych kuracji geriatrycznych. W 1956 r. powstało sanatorium geriatryczne w uzdrowisku Inowrocław. Kuracja ma wielokierunkowy charakter, wykorzystuje się element ruchu, balneoterapię, farmakoterapię i psychoterapię. Sanatorium w Inowrocławiu dysponuje ok. 50 łózkami, a w tej liczbie 20 łózkami dysponuje Ośrodek Naukowo-Konsultacyjny w Białymstoku.

Drugi uzdrowiskowy ośrodek geriatryczny, na ok. 60 łózek, będzie uruchomiony w 1980 r. w uzdrowisku Swinoujście. Ośrodek ten jest przeznaczony dla kuracjuszy z północnych rejonów kraju i będzie czynny tylko w okresach posezonnowych^{4/}.

Rekapitulując można określić, że mimo pewnego postępu w dziedzinie uzdrowiskowych kuracji geriatrycznych w Polsce, potrzeby ogólnokrajowe w tym zakresie są szersze niż aktualne możliwości ich zaspokojenia.

^{4/} Informacja Wydz. Lecznictwa Zjednoczenia "Uzdrowiska Polskie".

Pobyt w "drugim domu" jako istotny element aktywności ruchowej osób starszych

Problem drugiego domu, mający szczególne znaczenie dla osób starszych ze względu na ich możliwości czasowe - nadal propagowany i realizowany w różnych krajach - występuje również w Polsce w formach prawnie zorganizowanych i nie zorganizowanych. Z pobylem w "drugim domu" wiąże się zwykle praca na roli /w ogrodzie/. Jest to forma aktywności ruchowej i na tym polega aspekt zdrowotny zagadnienia.

Formą wyraźnie zorganizowaną w ujęciu prawnym są domki indywidualnych właścicieli, zwykle na podmiejskich terenach rekreacyjnych. Podobną rolę odgrywają podmiejskie ogrody działkowe.

Formą mniej ujętą w wyrazne ramy organizacyjne jest umiejscowienie "drugich domów", zwykle całorocznych, na wsi, często w wolnych /opuszczonych/ domostwach. Nabycie domku na wsi wraz z otaczającą go niewielką działką jest ułatwione wskutek odpływu ludności ze wsi do miast i silnego ruchu budowlanego na terenach wiejskich. Jakkolwiek na czoło wysuwa się tu czynnik zdrowia - to jednak zagadnienie jest wieloaspektowe^{5/}.

^{5/} Problem pracy na roli /działko/ w granicach uwarunkowanych wiekiem i stanem zdrowia ma liczne aspekty korzystne dla ludzi starszych, a mianowicie:

- stworzenie nowej sfery zainteresowań, co jest szczególnie ważne wobec zaprzestania/ograniczenia/ pracy zawodowej,
- lepsze wykorzystanie ziemi, głównie nieużytków /aspekt społeczno-gospodarczy/,
- wpływ na budżety rodzinne ludzi starszych,
- zwiększony kontakt ludności miast i wsi, wzajemnie na wpływow kulturowych.

Na tle tych uwag nasuwają się następujące wnioski:

1. Podjąć starania zmierzające do tego, aby obozy rekreacyjne dla ludzi III wieku były organizowane we wszystkich większych miastach, zwłaszcza w dużych aglomeracjach^{6/}.
2. Rozszerzyć możliwości korzystania z kuracji geriatrycznych przez wydzielenie na ten cel większej niż dotychczas liczby łóżek sanatoryjnych.

^{6/}por. Turystyka osób w wieku emerytalnym, op.cit.

TURYSTYKA ZDROWOTNA INWALIDÓW^{1/}

Zrzeszenie Sportowe Spółdzielczości Pracy "Start" prowadzi w środowisku inwalidów działalność w zakresie wychowania fizycznego, sportu i turystyki. Turystyka i sport zajmują ważną pozycję w kompleksowym programie rehabilitacji inwalidów.

Różne formy turystyczne, obok regeneracji sił fizycznych i umysłowych, sumy nowych wrażeń i spostrzeżeń, działających pobudzająco na rozwój osobowy, są sprawdzianem możliwości ruchowych inwalidy, jego przygotowania kondycyjnego. Nie można również pominąć pozytywnego oddziaływania turystyki na psychikę inwalidy; niesie ona możliwość uwolnienia się od stanów lękowych, frustracji, sytuacji stresowych.

Tak widziana turystyka jest integralnie związana z całokształtem pracy sportowo-rehabilitacyjnej z inwalidami, prowadzonej przez Zrzeszenie.

Różne formy turystyki dla inwalidów i członków ich rodzin są organizowane przez:

- koła sportowo-turystyczne "Start" przy spółdzielniach inwalidów; najczęściej są to wycieczki krajoznawcze, biwaki sobotnio-niedzielne z programem sportowym, kuligi, czynny wypoczynek za miastem;

- jednostki wojewódzkie - rady wojewódzkie ZSSP "Start", które organizują na swoim terenie wędrowki piesze, rajdy ko-

^{1/} Por. Informacja z działalności Zrzeszenia Sportowego Spółdzielczości Pracy "Start" w zakresie turystyki inwalidów z 5.XII.1979 r.

larskie, spływy kajakowe, rejsy żeglarskie, zloty turystyczne.

Rada Główna ZOSP "Start" doceniając znaczenie tego kierunku wprowadziła na stałe do centralnego terminarza imprez ogólnopolskie rajdy pieszce, kajakowe, rowerowe i motorowe.

Wszystkie formy turystyki prowadzone przez Zrzeszenie dla inwalidów są dostosowane do rodzaju kalectwa, schorzenia i wieku. Każdorazowo brane są pod uwagę wskazania i przeciwwskazania lekarskie dla danej grupy uczestników akcji turystycznej. Analizując doświadczenia Zrzeszenia w zakresie turystyki inwalidów można stwierdzić kształtowanie się następujących głównych kierunków, na których różny położony jest szczególny nacisk. Są to:

Turystyka wodna:

- spływy kajakowe dla inwalidów aparatu ruchu /różnego rodzaju amputacje, porażenia kończyn/, niewidomych i słabo widzących,
- rejsy żeglarskie dla inwalidów z amputacjami.

Turystyka rowerowa:

- wędrowki i rajdy rowerowe dla inwalidów z różnymi uszkodzeniami aparatu ruchu oraz niewidomych /jeździ na tandemach z osobą widzącą/.

Turystyka narciarska:

- wędrowki i rajdy narciarskie dla inwalidów z amputacjami kończyn, niedowidzących itp.

Turystyka motorowa:

- rajdy samochodowe dla inwalidów z amputacjami kończyn oraz porażeniem kończyn dolnych specjalnie przystosowanymi samochodami.

Udział inwalidy w powyższych formach turystyki wymaga spełnienia zwłaszcza następujących warunków:

- odpowiedniego przygotowania kondycyjnego,
- odpowiedniego wyposażenia ortopedycznego,
- dostępności sprzętu turystycznego,
- zapewnienia instruktora specjalisty,
- dostępności bazy turystycznej.

Poniższe zestawienie obrazuje rozwój turystyki organizowanej przez Zrzeszenie Sportowe Spółdzielczości Pracy "Start" w środowisku inwalidów w latach 1972-1978.

Rok	Liczba imprez	Liczba uczestników
1972	1621	53315
1973	1727	57324
1974	1422	44471
1975	1844	59634
1976	1615	44308
1977	1858	52685
1978	2003	52998

Wahania danych z poszczególnych lat spowodowane zostały zmianą systemu finansowania turystyki w spółdzielniach inwalidów.

Obecnie turystyka dla inwalidów jest finansowana z akcji socjalnej spółdzielni, jedynie akcje turystyczne z programem sportowym mogą być finansowane z funduszu rehabilitacyjnego.

Mimo dużych osiągnięć w dziedzinie turystyki inwalidów, nie można obecnej sytuacji uznać za całkowicie zadowalającą, ponieważ potrzeby społeczności inwalidów nie są jeszcze zaspokajane w wystarczającym stopniu. Poza zakresem oddziaływania Zrzeszenia znajduje się duża liczba kalekiej młodzieży, studentów, inwalidów zatrudnionych w różnych zakładach pracy.

Biorąc pod uwagę znaczenie turystyki w procesie rehabilitacji inwalidów oraz fakt ciągłego przybywania w naszym społeczeństwie inwalidów i kalek należy rozważyć następujące wnioski:

- rozszerzenie oddziaływania Zrzeszenia na inwalidów spoza Spółdzielczości, zwłaszcza młodzież z różnymi rodzajami kalectwa,
- zapewnienie grupie inwalidów spoza spółdzielczości inwalidzkiej udziału w akcjach turystycznych, organizowanych przez poszczególne jednostki Zrzeszenia,
- uzyskanie docelowych dotacji finansowych na powyższą działalność,
- adaptacja i rozbudowa bazy turystycznej dostępnej dla inwalidów,
- produkowanie sprzętu turystycznego dla inwalidów oraz specjalnego wyposażenia lub oprzyrządowania ułatwiającego uprawianie turystyki inwalidom.

Projekt wstępny

K O N S P E K T

PORADNIKA ZDROWOTNYCH I USPRAWNIAJĄCYCH USŁUG TURYSTYCZNYCH

1. Główny cel opracowania - szerokie upowszechnienie zasad aktywnego wypoczynku i turystyki zdrowotnej.
2. Ogólne wskazania dotyczące aktywnych form wypoczynku w dostosowaniu do potrzeb poszczególnych grup społecznych. Generalne wskazania i przeciwwskazania dotyczące takich spraw jak: miejsce i czas aktywnego wypoczynku, stopień nasilenia aktywności ruchowej, kąpiele słoneczne, kąpiele morskie i inne, przerwy w podróży itp.
3. Poradnictwo lekarskie w zakresie aktywnych form wypoczynku w dostosowaniu do stanu psychofizycznego jednostki.
4. Regiony turystyczne Polski w aspekcie ich walorów zdrowotnych.
5. Uzdrowiska i pasma uzdrowiskowo-turystyczne jako szczególnie ważne tereny odnowy biologicznej.
6. Główne regiony turystyczne krajów sąsiedzkich w aspekcie ich walorów zdrowotnych.
7. Usługi turystyczno-zdrowotne świadczone przez FWP, przedsiębiorstwa turystyczne, biura podróży i zakłady pracy.
8. Zagospodarowanie rekreacyjno-turystyczne /stan obecny i pożądany/.

9. Wypoczynek urlopowy, cotygodniowy i codzienny a problem zdrowia.
10. Specjalne wskazania dotyczące aktywnego wypoczynku ludności III wieku.
11. Bezpieczeństwo i higiena w turystyce.

Zbiorowy charakter opracowania - udział specjalistów /lekarze, specjaliści od turystyki i wypoczynku itd/.

Objętość ok. 10 arkuszy wyd.

Odbiorcy:

- organizatorzy turystyki i wypoczynku,
- turyści z różnych grup społecznych.

Wykaz osób, z którymi zostały przeprowadzone
rozmowy w związku z tematem ekspertyzy

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. S. Izak | Sekretarz Komisji Czasu Wolnego i Komisji Zdrowia Zarządu Głównego TPD |
| 2. mgr K. Hady-Maniak | Zrzeszenie Sportowe Spółdzielczości Pracy "Start" |
| 3. mgr A. Janiszewski | Sekretarz Generalny Zrzeszenia Sportowego Spółdzielczości Pracy "Start" |
| 4. J. Karaś | Dział Turystyki Krajowej PBP "Orbis" |
| 5. W. Karwalec | Dyrektor Biura Turystyki Wyjazdowej PBP "Orbis" |
| 6. dr H. Klobucki | Z-ca Naczelnego Dyrektora PWP |
| 7. dr S. Krzekowski | Główny specjalista do spraw medycyny sportowej w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej |
| 8. dr A. Liszek | Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej dla Studentów w W-wie |
| 9. A. Maciejewska | Sekretariat Komisji Ogólnobronowej Centrali Turyst. "Orbis" |
| 10. mgr Z. Mikołajczak | Dyrektor Departamentu Ruchu Turystycznego SKT |
| 11. mgr J. Nohring | Wydział Geologii Zjednoczenia "Uzdrowiska Polskie" |
| 12. mgr Robert Perzyński | Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej |
| 13. dr Cz. Potęcki | Zastępca Naczelnego Dyrektora Zjednoczenia "Uzdrowiska Polskie" |
| 14. W. Piegat | Główny specjalista do spraw turystyki przedsiębiorstwa "Syrena" |

- | | |
|------------------------|--|
| 15. mgr M. Piekutowski | Wicedyrektor Departamentu Ruchu Turystycznego GKT |
| 16. K. Siliniewicz | Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Turystyczno-Krajoznawczego |
| 17. dr Z. Szamborski | Naczelny Dyrektor Zjednoczenia "Uzdrowiska Polskie" |
| 18. K. Wichrowski | Centrala Turystyczna "Orbis" |
| 19. mgr B. Winiarska | Zjednoczenie "Uzdrowiska Polskie" - Komisja ogólnobranżowa |
| 20. mgr J. Zmudzki | Towarzystwo Krzewienie Kultury Fizycznej |



4232