ФУНКЦИИ ТУРИЗМА ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С УЧЕТОМ ТИПА ИХ ФИЗИЧЕСКОГО ОГРАНИЧЕНИЯ

Кшиштоф Каганек, Тадеуш Амброжи
Академия физического воспитания в Кракове, Польша

Аннотация. В случае нарушений зрения наибольшее значение имеет рекреационная функция (64%). Также высоко оценивается оздоровительная (50,6%) и реабилитационная функция (47,5%). Респонденты с нарушениями слуха самой важной считают оздоровительную функцию (55%). Также важной признана ими рекреационная функция (52,2%). Картина значения исследуемых функций туризма среди респондентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата похожа на картину в группе людей с нарушениями слуха. Самой важной считается оздоровительная функция (51,4%). Также большой процент испытуемых в этой группе (43,1 %) ставит на первое место рекреационную функцию. Познавательной и реабилитационной функции эта группа испытуемых придает значительно большее значение, чем остальные две группы, для которых они не были важны. Для всех трех типов физических ограничений наименьшее значение имеет воспитательная функция туризма.
Ключевые слова: туризм, ограничения, рекреация, реабилитация, здоровье.
Анотація. Кшиштоф Каганек, Тадеуш Амброжі. Функції туризму людей з обмеженими можливостями з урахуванням типу їхнього фізичного обмеження. У випадку порушень зору найбільше значення має рекреаційна функція (64%). Також високо оцінюється оздоровча (50,6%) і реабілітаційна функція (47,5%). Респонденти з порушеннями слуху найважливішої вважають оздоровчу функцію (55%). Також важливою визнана ними рекреаційна функція (52,2%). Картина значення досліджуваних функцій туризму серед респондентів з порушеннями опорно-рухового апарату схожа на картину в групі людей з порушеннями слуху. Найважливішої вважається оздоровча функція (51,4%). Також великий відсоток випробуваних у цій групі (43,1 %) ставить на перше місце рекреаційну функцію. Пізнавальної й реабілітаційної функції ця група випробуваних надає значно більше значення, чим інші дві групи, для яких вони не були важливі. Для всіх трьох типів фізичних обмежень найменше значення має виховна функція туризму.
Ключові слова: туризм, обмеження, рекреація, реабілітація, здоров'я.
Annotation. Kshishtof Kaganek, Tadeush Ambrozhi. Functions of tourism of people with circumscribed possibilities with allowance for such as their physical limitation. In an event of breaking of vision recreational function (64 %) has the greatest value. Also highly estimates improving (50,6 %) and rehabilitational function (47,5 %). Respondents with hearing disorder of the most important consider{count} improving function (55 %). Also important recreational function (52,2 %) admitted by them. The picture of value of examined functions of tourism among respondents with breaking a locomotorium is similar to a picture in bunch of people with hearing disorder. The most important considers improving function (51,4 %). Also the big percent of examinees in this bunch (43,1 %) puts recreational function on the first place. This bunch of examinees attaches cognitive and rehabilitational function the much greater value, than remaining two bunches for which they were not important. For all three phylums of physical limitations educational function of tourism has the least value.
Keywords: tourism, limitations, a recreation, an aftertreatment, health.

Введение

Проблематика туризма людей с ограниченными возможностями все чаще и чаще рассматривается в научных исследованиях. Причиной того является изменение подхода к людям-инвалидам и проявление все большего понимания к их жизненной ситуации. Одним из важных элементов жизни человека является проведение свободного времени, в том числе туризм. В последние годы наступил большой прогресс в развитии туризма среди людей с особыми потребностями. Проводятся исследования, связанные с вовлечением этой группы населения в туризм. Возникает вопрос, в каком направлении эти исследования должны развиваться, какие аспекты являются наиболее важными и использованы ли все ракурсы и возможности для выяснения явлений, связанных с туризмом людей с ограниченными возможностями?

На основании анализа литературы и результатов исследований, кажется, что можно указать новые варианты научных подходов. Данная статья является попыткой показать на примерах эти возможности нового взгляда на функции туризма для людей с ограниченными возможностями.

Цель, задачи работы.

Целью данной работы является определение значения отдельных функций туризма для людей с ограниченными возможностями. Цель работы можно определить в следующих исследовательских вопросах:

1) Связано ли значение отдельных функций туризма с типом физического ограничения?
2) Какая из функций туризма имеет наибольшее значение для отдельных типов ограничений?

© Кшиштоф Каганек, Тадеуш Амброжи, 2009

Материал и метод

Случайная выборка из 979 человек состояла из людей с нарушениями зрения (334), слуха (224) и опорно-двигательного аппарата (421). Исследования проводились при помощи стандартизированного интервью среди членов организаций и центров для инвалидов в Польше на территории малопольского, подкарпатского, силезийского, свентокшисткого, западнопоморского и мазовецкого воеводств. Исследования среди представленной в статье выборки проводились в 2003-2005 годы. По расчетам на 2002 – 2003 г. в Польше было 5.456.700 людей с ограниченными возможностями, что составляло 14,3% всей популяции. Это означает, что каждый седьмой поляк был инвалидом. В течение последнего десятка лет число таких людей выросло на 46,1%, что связано, прежде всего, с процессом старения общества и возрастающей аварийностью.

Выборка состояла из 507 мужчин (51,8%) и 472 женщин (48,2%). Средний возраст составлял для: мужчин 45,3 ± 15,1, для женщин 46,5±19,9. Разница между средним возрастом мужчин и женщин не является статистически значимой (p=0,244). Для обработки статистических данных по результатам исследований, касающихся функций туризма, которые были представлены в виде таблиц, был применен тест однородности χ^2. Этот тест позволяет проверить гипотезу, что результаты исследований независимых случайных выборок (людей с определенными дисфункциями), представленных с рядах таблиц, взяты из одной и той же популяции, что обозначает, что с точки зрения исследуемых характеристик они являются однородными. Отрицание нулевой гипотезы позволяет установить наличие существенного влияния типа дисфункции на оценку исследуемых функций туризма людей с ограниченными возможностями.

В то же время для определения усиления изменений оценки исследуемых функций для отдельных типов физических ограничений был применен тест соответствия χ^2. Для определения степени связи между определенной дисфункцией и способом (качеством) оценки определенных функций туризма был использован коэффициент (мера) степени зависимости *T Чупрова*. Применение *T коэффициента,* значение которого находится в интервале 0–1, с одной стороны облегчает показание степени этой зависимости, а с другой – дает возможность сравнить степени зависимости различных дисфункций в связи с исследуемыми функциями туризма.

Результаты исследований

Результаты изучения того, как оценивается значение функций туризма для людей с нарушениями зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата представлены в таблицах 1-7. Основанием для оценки значения отдельных функций туризма было субъективное ощущение испытуемых. Значения всех функций были определены по шкале от 1 до 5, где 1 обозначает наибольшее значение, а 5 – его отсутствие. Определение оздоровительной функции опиралось на понятии здоровья в широком смысле этого слова. Функционирование туризма в сфере здравоохранения особенно значимо тогда, когда учитывают его роль в уменьшении негативных последствий современной цивилизации, отражающихся на состоянии здоровья человека [Gaworecki 1997]. Туризм укрепляет здоровье. Именно желание сохранить здоровье для многих жителей урбанизированных центров является одним из основных мотивов туристических поездок [Przecławski 1996]. Оценку значения оздоровительной функции туризма представляет таблица 1.

Таблица 1.

Оценка значения оздоровительной функции - оценка по шкале 1-5.

Нарушение		Шкала оценок					Итого	χ^2	*T*
		1	2	3	4	5			
зрения	n	163	56	60	23	20	322	209,584	0,570
	%	50,6	17,4	18,6	7,1	6,2	100	p=0,0000	
слуха	n	122	51	19	13	17	222	190,252	0,655
	%	55,0	23,0	8,5	5,8	7,7	100	p=0,0000	
Опорно-двигательного аппарата	n	212	52	58	33	58	413	258,489	0,559
	%	51,4	12,6	14,0	8,0	14,0	100	p=0,0000	

Источник: собственное исследование

χ^2 = 33,021; p = 0,0000; *T* = 0,110

Оценка результатов исследования оздоровительной функции туризма для людей с ограниченными возможностями позволяет выявить отсутствие существенного различия между группами людей с нарушениями зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата. Это вытекает из относительно низкого значения χ^2 (33,021), а еще лучше это демонстрирует значение коэффициента *T Чупрова,* которое составляет 0,110 – оно слишком мало и показывает ничтожно малую зависимость оценки оздоровительной функции от типа физического ограничения, хотя разницы между результатами людей с

различными дисфункциями и являются статистически значимыми (p = 0,0000). Примененный здесь тест однородности χ^2 позволяет только установить, что результаты исследований независимых случайных выборок взяты из одной популяции, но не дает ответа на вопрос о связи между структурой оценок значения и типом физического ограничения. Поэтому для определения этой связи был применен тест соответствия χ^2 в группах с определенной дисфункцией, при принятии одинаковой вероятности для всех оценок.

Для оздоровительной функции она была высоко оценена людьми со всеми типами физических ограничений. Наиболее высоко оздоровительную функцию (55,0% испытуемых) оценили люди с нарушениями слуха, а в группах с остальными дисфункциями оценки были приблизительно одинаковыми и составили соответственно 50,6% и 51,4%. Остальные наблюдаемые оценки - значительно ниже.

Оздоровительная функция туризма оценена как функция второго и третьего плана – соответственно 17,4% и 18,6% испытуемых и нарушениями зрения. Вместе как функция четвертого плана и не имеющая значения - 13,3% испытуемых с нарушениями зрения. Разница в значении оздоровительной функции являются статистически значимой p = 0,000. Степень связи между дисфункцией и оценкой измерялась с помощью теста *T* Чупрова и составила 0,570, что обозначает, что она выражена, а зависимость является значимой. Следует обратить внимание на тот факт, что эта дифференциация особенно велика в случае присвоенного испытуемыми значения первого и второго плана, а также считающих эту функцию незначительной. В остальных двух случаях такой дифференциации нет.

При нарушениях слуха оздоровительную функцию сочли второстепенной 23% испытуемых. Остальные значения, т.е.: третьего и четвертого плана, а также отсутствие значения составили соответственно 8,5%, 5,8%, и 7,7%. Эти различия являются статистически значимыми (p = 0,0000, *T* = 0,655).

Респонденты с нарушениями слуха считают оздоровительную функцию наиболее значимой, так как 51,4% испытуемых ставит ее на первом месте в иерархии. Остальной расклад присвоенных мест среди людей с этим типом физического ограничения является значительно ниже и удерживается в интервале от 8% до 14%.

Оценку значения реабилитационной функций туризма представляет таблица 2.

Анализ результатов исследования оценки значения реабилитационной функции (таблица 2) позволяет на основании значения χ^2 = 19,226 и коэффициента *T* = 0,084 констатировать отсутствие зависимости и значительно меньшую дифференциацию результатов исследования групп с данными нарушениями. Наблюдаемые различия хотя и небольшие, но являются статистически значимыми (p = 0,014).

Таблица 2.

Оценка значения реабилитационной функции - оценка по шкале 1-5.

Нарушение		Шкала оценок					Итого	χ^2	*T*
		1	2	3	4	5			
зрения	n	153	61	39	32	37	322	160,050	0,499
	%	47,5	18,9	12,1	9,9	11,5	100	p=0,0000	
слуха	n	88	65	35	11	23	222	89,802	0,450
	%	39,6	29,3	15,8	5,0	10,4	100	p=0,0000	
Опорно-двигательного аппарата	n	153	100	62	41	57	413	97,690	0,344
	%	37,0	24,2	15,0	9,9	13,8	100	p=0,0000	

Источник: собственное исследование

χ^2 = 19,226; p = 0,014; *T* = 0,084

Как и в случае оздоровительной функции, реабилитационная функция высоко оценивается испытуемыми и находится также на первом месте (это вытекает из независимости оценок отдельных функций). Однако, оценки ее несколько ниже, чем оценки оздоровительной функции. Это особенно заметно при нарушениях слуха и опорно-двигательного аппарата. 47,5% испытуемых с нарушениями зрения помещают эту функцию на первое место в иерархии, на второе место - 18,9%, на третье - 12,1%, четвертое - 9,9% и на пятое - 11,5%. Различия являются значимыми (p = 0,0000; *T* = 0,499). У лиц с нарушениями слуха значение этой функции снижается (39,6% испытуемых считают ее функцией первого плана), второго - 29,3%. А вот третье и четвертое место ей приписывает уже меньшее число респондентов, равно как и немногие из них считают реабилитационную функцию незначимой (соответственно: 15,8%, 5,0%, 10,4% испытуемых). Эти различия являются статистически значимыми (p = 0,0000; *T* = 0,450).

Похожая ситуация и среди испытуемых с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Однако дифференциация этих оценок ниже (T = 0,344), а различие является статистически значимым.

Статистические расчеты результатов оценки интеграционной функции (таблица 3) показывают большую разницу между результатами исследования групп с различными нарушениями по сравнению с результатами исследования оздоровительной и реабилитационной функции. Полученное значение теста однородности χ^2 = 60,702 в три раза больше значения того же теста для реабилитационной функции, а значение коэффициента T = 0,150 – почти в два раза больше. Лучше всего отражает разницу между результатами исследований в группах с различными типами физических ограничений значение теста соответствия χ^2, который в случаях нарушения зрения составляет 112,441 и снижается до 13,186 при нарушениях опорно-двигательного аппарата. Эти различия уточняет, а также позволяет их сравнить значение коэффициента T, которое соответственно снизилось с 0,418 до 0,126, т.е. на 0,292.

Оценка значения интеграционной функции представлена в таблице 3. Она показывает большую дифференциацию в зависимости от типа физического ограничения, чем в предыдущих случаях. В оценках лиц с нарушениями зрения 42,9% испытуемых считает ее функцией первого плана, т.е. самой важной, а в остальных случаях респонденты придают ей значительно меньшее значение. Эти различия являются статистически значимыми, а степень связи – явной (T = 0,418).

Таблица 3.

Оценка значения интеграционной функции - оценка по шкале 1-5.

Нарушение		Шкала оценок					Итого	χ^2	T
		1	2	3	4	5			
зрения	n	138	47	63	34	40	322	112,441	0,418
	%	42,9	14,6	19,6	10,5	12,4	100	p=0,0000	
слуха	n	63	56	49	25	29	222	25,117	0,238
	%	28,4	25,2	22,1	11,3	13,1	100	p=0,00005	
Опорно-двигательного аппарата	n	84	69	101	63	96	413	13,186	0,126
	%	20,3	16,7	24,4	15,2	23,2	100	p=0,0104	

Источник: собственное исследование

χ^2 = 60,702; p = 0,0000; T = 0,150

Респонденты с нарушениями слуха проявляют меньшую дифференциацию в оценке интеграционной функции. На четвертое место поставили эту функцию 11,3% испытуемых, а на первое - 28,4%. Эта разница является статистически значимой (p = 0,0005). Степень связи низкая (T = 0,238). В случае испытуемых с дисфункциями опорно-двигательного аппарата дифференциация еще меньше и находится в интервале от 15,2% до 24,4%. Эта разница также является статистически значимой (p = 0,0104), а значение коэффициента T = 0,126 определяет ничего не значащую зависимость.

Таблица 4 представляет оценку значения рекреационной функции. Статистический анализ исследования этой функции показывает, что равно как значение теста однородности χ^2 = 63,138, так и коэффициент T = 0,153 очень похожи на соответственные значения интеграционной функции. Зато если сравнить значения теста соответствия χ^2 и коэффициента T, разница для рекреационной функции значительно выше. В группе с нарушениями зрения значение χ^2 = 409,584 и оно уменьшается до 140,184 в группе с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Большая изменчивость величины χ^2 показывает диапазон различий между группами.

Таблица 4.

Оценка значения рекреационной функции - оценка по шкале 1-5.

Нарушение		Шкала оценок					Итого	χ^2	T
		1	2	3	4	5			
зрения	n	206	57	32	18	9	322	409,584	0,797
	%	64,0	17,7	9,9	5,6	2,8	100	p=0,0000	
слуха	n	116	55	25	13	13	222	170,883	0,620
	%	52,2	22,5	11,3	5,9	5,9	100	p=0,0000	
Опорно-двигательного аппарата	n	178	71	54	56	54	413	140,184	0,412
	%	43,1	17,2	13,1	13,6	13,1	100	p=0,0000	

Источник: собственное исследование

χ^2 = 63,138; p = 0,0000; T = 0,153

Среди респондентов с нарушениями зрения очень большой процент испытуемых считает эту функцию туризма функцией первого плана (64,0%). На остальных местах заметно систематическое снижение с 17,7% до 2,8%. Эти различия являются статистически очень значимыми (p=0,0000), а степень связи относительно высока и составляет T = 0,797. А 52,2% испытуемых с нарушениями слуха помещают рекреационную функцию на первое место, а затем оценка падает с 22,5% до 5,9%. Эта разница является статистически значимой (p=0,0000). В то же время значение T ниже и составляет 0,620.

Относительно наименьший процент респондентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата считают эту функцию самой важной (первого плана) (43,1%). Среди этой группы испытуемых, однако, вырос процент людей, поставивших эту функцию на более далекие места. Это явление нашло свое отражение в значении коэффициента T, которое равно 0,412, что означает наличие явной и значимой зависимости. Эти разницы являются статистически значимыми (p = 0,0000).

Оценка значения воспитательной функции туризма представлена в таблице 5. Низкое значение для этой таблицы теста однородности χ^2 = 18,619 и вытекающее отсюда низкое значение коэффициента T = 0,083 определяют слабую связь между оценками значения воспитательной функции в зависимости от типа физического ограничения. Несмотря на слабую дифференциацию результатов, они все же являются статистически значимыми (p = 0,017). Существенность разницы касается групп с нарушениями зрения и слуха, а также слуха и опорно-двигательного аппарата.

Таблица 5.

Оценка значения воспитательной функции - оценка по шкале 1-5.

Нарушение		Шкала оценок					Итого	χ^2	T
		1	2	3	4	5			
зрения	n	44	28	70	50	130	322	97,565	0,389
	%	13,4	8,7	21,7	15,5	40,4	100	p=0,0000	
слуха	n	28	39	40	37	78	222	33,811	0,276
	%	12,6	17,6	18,0	16,7	35,1	100	p=0,0000	
Опорно-двигательного аппарата	n	55	41	71	92	154	413	94,591	0,338
	%	13,3	9,9	17,2	22,3	37,3	100	p=0,0000	

Источник: собственное исследование

χ^2 = 18,619; p = 0,017; T = 0,083

Воспитательная функция не нашла большого признания у респондентов. Относительное небольшое их число ставит ее на первое и второе место, но большой процент, т.е. более 50% считают эту функцию функцией четвертого плана или неважной. Разница во всех случаях является статистически значимой, а значение коэффициента T колеблется от 0,276 при нарушениях слуха до 0,389 при нарушениях зрения. Наибольшая дифференциация наблюдается в группе с нарушениями слуха.

Таблица 6 представляет оценку образовательной функции. Можно заметить тот факт, что в этом случае тип физического ограничения не влияет на расклад оценки значения этой функции туризма. Рассчитанное значение теста однородности χ^2 = 4,077, p = 0,851 и T = 0,039 свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий между раскладами оценок значения образовательной функции в группах с нарушениями зрения. Слуха и опорно-двигательного аппарата, что означает отсутствие влияния типа физического ограничения на оценку образовательной функции. Этот вывод обосновывают приближенные и низкие значения коэффициента T, которые составляет соответственно 0,195; 0,187 и 0,137. Обращает внимание также факт, что в случае этой функции наибольший процент респондентов не приписывает ей никакого значения. Этот процент удерживается в диапазоне от 26,4% при нарушениях опорно-двигательного аппарата до 29,8% при нарушениях зрения.

Таблица 6.

Оценка значения образовательной функции - оценка по шкале 1-5.

Нарушение		Шкала оценок					Итого	χ^2	T
		1	2	3	4	5			
зрения	n	56	42	66	62	96	322	24,522	0,195
	%	17,4	13,0	20,5	19,3	29,8	100	p=0,00006	
слуха	n	29	35	47	48	63	222	15,568	0,187
	%	13,1	15,8	21,2	21,6	28,4	100	p=0,00366	
Опорно-двигательного аппарата	n	65	67	87	85	109	413	15,438	0,137
	%	15,7	16,2	21,1	20,6	26,4	100	p=0,00387	

Источник: собственное исследование

$\chi^2 = 4{,}072$; p = 0,851; $T = 0{,}039$

Оценка значения образовательной функции при отдельных типах физических ограничений очень похожа. Образовательная функция туризма играет наименее значимую роль для респондентов. В случае нарушений зрения процентные значения отдельных оценок от 1 до 4 очень похожи друг на друга, а в случае отсутствия значения (код 5 в таблице) количество ответов значительно выросло и составило 29,8%. Разница в оценке для этой группы является статистически значимой (p = 0,00006).

При остальных двух дисфункциях, т.е. слуха и опорно-двигательного аппарата наблюдается рост числа ответов со снижением значения функции, а ответы об отсутствии значения составляют соответственно 28,4 и 26,4%. В этом случае разницы являются статистически значимыми (p = 0,00366 и p = 0,00387). У дивляет низкий уровень оценки этой функции, особенно по сравнению с высокой оценкой следующей – познавательной - функции. Можно предположить, что респонденты не видят связи между познанием и образованием, что может быть результатом относительно низкого уровня образования респондентов.

В таблице 7 представлена оценка познавательной функции. При всех типах физических ограничений эта функция играет важную роль и считается функцией первого плана.

Таблица 7.

Оценка значения познавательной функции - оценка по шкале 1-5.

Нарушение		Шкала оценок					Итого	χ^2	***T***
		1	2	3	4	5			
зрения	n	123	44	47	44	64	322	70,950	0,332
	%	38,2	13,7	14,6	13,7	19,9	100	p=0,0000	
слуха	n	84	48	43	23	24	222	55,342	0,353
	%	37,8	21,6	19,4	10,4	10,8	100	p=0,0000	
Опорно-двигательного аппарата	n	142	70	73	49	79	413	59,579	0,269
	%	34,4	16,9	17,7	11,9	19,1	100	p=0,0000	

Источник: собственное исследование

$\chi^2 = 16{,}304$; p = 0,038; $T = 0{,}078$

В случае этой функции, равно как и предыдущей, отмечается относительно низкое значение χ^2 и коэффициента *T*, которые составляют соответственно 16,304 и 0,078. Эти значения позволяют говорить о том, что различия между раскладами оценок значения познавательной функции очень невелики, хотя и являются статистически значимыми (p= 0,038).

Анализ результатов и выводы

Анализ результатов исследования позволил установить, что оценка значения функций туризма с одной стороны зависит от типа физического ограничения, а с другой – от пользы, которую дает туристическая активность.

Отсюда в случае одной функции мы наблюдаем большую дифференциацию, а с другой – отсутствие существенной дифференциации этих результатов.

Наибольшая дифференциация результатов исследования значения функций туризма имеет место в случае рекреационной функции, где значение теста однородности χ^2 составляет 63,138, а $T = 0{,}153$ (таблица 4).

В случае нарушений зрения наибольшее значение имеет рекреационная функция (64%), также высоко оценивается оздоровительная (50,6%) и реабилитационная функция (47,5%). Наименьший процент испытуемых (42,9%) оценивает интеграционную функцию как самую важную. Частота оценки познавательной функции снижается до 38,2%. А вот для образовательной и воспитательной функции следует отметить, что они не имеют существенного значения для испытуемых с этой дисфункцией.

Респонденты с нарушениями слуха самой важной считают оздоровительную функцию (55%). Также важной признана ими рекреационная функция (52,2%). Познавательная функция, по мнению 37,8% испытуемых с этим типом физического ограничения, является самой важной, равно как и реабилитационная функция (39,6%). Остальные функции туризма (образовательная, интеграционная и воспитательная) не имеют существенного значения.

Картина значения исследуемых функций туризма среди респондентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата похожа на картину в группе людей с нарушениями слуха. Самой важной считается оздоровительная функция (51,4%). Также большой процент испытуемых в этой группе (43,1 %) ставит на первое место рекреационную функцию. Познавательной и реабилитационной функции эта

группа испытуемых придает значительно большее значение, чем остальные две группы, для которых они не были важны.

Для всех трех типов физических ограничений наименьшее значение имеет воспитательная функция туризма.

Профессор К. Пшецлавски в одной из своих статей пишет: „…для того, чтобы расширить возможность занятия туризмом для людей с ограниченными возможностями (инвалидам), следует учитывать предпочитаемые виды туризма и потребности, вытекающие из особенностей ситуации данной категории людей" [Przecławski 1997]. Несмотря на очевидность этого мнения, исследования, которые в настоящее время проводятся в Польше, не дают ответа на вопрос о том, как практически реализовать этот совершенно верный постулат.

Заявленная проблема кажется слишком сложной, потому что с одной стороны следует учитывать так называемые внутренние условия, такие как: возможность занятия туризмом с учетом типа физического ограничения, личные предпочтения, потребности и т.п., с другой стороны – внешние условия, такие как: материальная ситуации, транспорт, база и т.п.

Обращаясь также к словам К.Пшецлавского, который утверждает: «туризм, особенно туризм людей с ограниченными возможностями, помогает себя испытать, преодолеть свои возможности» [Przecławski 1997], следует подчеркнуть, что если при организации и создании условий для туризма этой группы людей не учитывать как внешних, так и внутренних условий, то вместо активизации может наступить разочарование туризмом. Такого же мнения и Джонс, который указывает организаторам туризма для инвалидов, что самое лучшее, что они могут сделать, это проявить понимание к потребностям своих клиентов [Jones 2004]. Действительно, здесь необходимо полное понимание и идентификация барьеров для туризма, а также организация отдыха в местах, приспособленных для приема людей с ограниченными возможностями. В Соединенных Штатах по инициативе «The Society for Accesible Ravel and Hospitality» обучают непосредственных работников в сфере туристических услуг, агентов и организаторов в области потребностей людей с ограниченными возможностями. В 2002 году в США были проведены исследования, касающиеся организаторов и туристических пакетов с точки зрения их подготовкидля людей-инвалидов, а также барьеров, которые появляются при планировании и во время путешествия. Они показали, что, например, база ночлегов и рестораны были наименее адаптированной средой для людей с ограниченными возможностями. Туристические достопримечательностии транспорт также были признаны недоступными [Takeda, Card, 2002].

Двигательная активность, в том числе и туристическая, существенно влияет на изменения в психической и физической сфере. В то же время исследования Е.Блинде и Л.Р.Макклунга представляют результаты наблюдения за инвалидами, принимающими участие в различных видах активной деятельности [Blinde, McClung, 1997]. Из них следует, что благодаря этой активности люди с ограниченными возможностями начали по-новому воспринимать свою физическую форму. Это привело к появлению возможности испытать свои силы в организованных формах активности, адаптированных к потребностям конкретных людей с различными видами физических ограничений.

Следует отметить, что значения отдельных функций туризма для людей-инвалидов могут зависеть от различных факторов, например, вида туризма. Этот аспект является предметов дальнейших исследований автора.

В данной статье представлены результаты предварительных исследований, касающихся значения функций туризма с точки зрения типов физического ограничения. Они показывают потребность дальнейшего проведения исследований в этой области.

Библиография

1. Blinde E.M., McClung L.R., Enhancing The Physical and Social Self through recreational activity. Accounts of Individuals with Physical Disabilities, Adapted physical activity quarterfly, Human Kinetics Publishers, U.S.A., 1997.
2. Gaworecki W.W., Turystyka, PWE, Warszawa 1997
3. Jones S., Disabled faced by travel „barriers", Travel Weekly: The Choice of Travel Professional (Reed), Issue, 2/9/2004.
4. Przecławski K., Człowiek a turystyka, zarys socjologii turystyki, Albis, Kraków 1996
5. Przecławski K., Turystyka i jej rola wobec osób o specjalnych potrzebach, W: Postęp w turystyce na rzecz osób o specjalnych potrzebach, PSON, Kraków 1997.
6. Takeda K, Card J.A., U.S. tour operators and travel agencies: bariers encountered when providing package tours of people who have difficulty walking, Journal of travel and tourism makreting, Binghamton, N.Y. 2002.

Поступила в редакцию 10.02.2009г.