

PRZESTRZEŃ TURYSTYKI AKTYWNEJ W GRUPIE ZAWODOWEJ LEKARZY

Człowiek i Zdrowie, nr 1 (VI), 2012

Maciej Guz

Uniwersytet Łódzki

Streszczenie: Cel artykułu to charakterystyka przestrzeni turystyki aktywnej w grupie zawodowej lekarzy, uwzględniająca: kierunki, sezonowość, częstotliwość i długość trwania wyjazdów (w latach 2005-2010). Badanie kwestionariuszowe przeprowadzono w 2011 r. na grupie 184 lekarzy zarejestrowanych w Łódzkiej Okręgowej Izbie Lekarskiej (Delegaturze Łódź), przy zachowaniu reprezentacji (2,0%) dla zmiennych tytuł zawodowy i płeć. Materiał poddano analizie wykorzystując autorski wskaźnik, tj. indeks turystyki aktywnej. Zaobserwowano, że większość badanych to osoby z indeksem niskim. Respondentów z niskim i średnim indeksem charakteryzowała sezonowość wyjazdów turystycznych w lecie, a wśród badanych z indeksem wysokim zaznaczyły się okresy zimowy i letni. Wyższemu indeksowi towarzyszyła też krótsza średnia długość wyjazdu turystycznego. Niski i średni indeks turystyki aktywnej cechował wysoki udział wyjazdów krajowych, a wysoki – kierunków zagranicznych. Turystyka aktywna charakteryzowała głównie młodszych respondentów z krótkim stażem pracy. Pozostałe zmienne metryczkowe statystycznie nie różnicowały badanych. Zaprezentowana metoda pomiaru udziału turystyki aktywnej z powodzeniem może być stosowana w badaniach aktywności turystycznej innych grup zawodowych (i/lub społecznych).

Słowa kluczowe: przestrzeń turystyczna, turystyka aktywna, ruch turystyczny, współczynnik α -Cronbacha, grupa zawodowa lekarzy

Wstęp

W polu zainteresowania autora niniejszego opracowania znalazła się specyfika turystyki aktywnej przedstawicieli grupy zawodowej lekarzy¹. Zawód jest bowiem wskaźnikiem, uważanym za najbardziej trafne odzwierciedlenie najistotniejszych aspektów pozycji społecznej (Domański 2007). Informuje zarówno o tzw. strategicznych zasobach (m.in. kapitale intelektualno – kulturowym), jak i o wielkości zarobków, standardzie materialnym, wzorach i poziomie konsumpcji, dostępie do innych dóbr oraz stylu życia, w tym sposobach i formach spędzania czasu wolnego. Z kolei turystyka aktywna jest jedną z najdynamiczniej rozwijających się form współczesnej turystyki. Jako kategoria stojąca w opozycji do turystyki biernej (i masowej) i jednocześnie stanowiąca „przedpole” turystyki kwalifikowanej wydaje się zjawiskiem interesującym z naukowego punktu widzenia. W literaturze przedmiotu istnieje szereg opracowań traktujących o aktywności turystycznej różnych grup społecznych, zawodowych i populacji wyróżnionych w oparciu o rozmaite cechy demograficzne, ekonomiczne, zdrowotne i inne.

Brak tekstów dotyczących turystyki w grupie zawodowej lekarzy², gdzie wyraźny akcent problemowy byłby położony właśnie na znaczenie i formy turystyki aktywnej w ogóle wyjazdów turystycznych, jest przyczynkiem do zajęcia się tym zagadnieniem.

Pojęcie przestrzeni turystyki aktywnej

Celem sprecyzowania zakresu pojęciowego przestrzeni turystyki aktywnej należy w pierwszej kolejności zdefiniować termin przestrzeni turystycznej. Jak podaje S. Liszewski (1995, s. 87-103) przestrzeń turystyczna to „funkcjonalnie wyróżniająca się część (podprzestrzeń) przestrzeni geograficznej rozumianej w sensie largo, tzn. jako przestrzeń, na którą składają się elementy przyrodnicze powłoki Ziemi (środowisko naturalne – przyrodnicze), trwałe efekty działalności ludzkiej w tym środowisku (środowisko antropogeniczne – kulturowe), a także środowisko człowieka w rozumieniu społecznym”. Przestrzeń turystyczna jest „zagospodarowywana motywacjami [zaspokojenia] potrzeb wypoczynku, poznania i chęci dokonania przeżyć”. W pracy z 2002 r. S. Liszewski akcentuje znaczenie ruchu turystycznego w przestrzeni turystycznej, które jednoznacznie zostało określone przez B. Włodarczyka (2009, s. 74). Ostatni z cytowanych autorów za przestrzeń turystyczną uznał „część przestrzeni geograficznej, w której występuje zjawisko ruchu turystycznego. Warunkiem koniecznym i wystarczającym do zaklasyfikowania części przestrzeni geograficznej, jako przestrzeni turystycznej jest ruch turystyczny, niezależnie od jego wielkości i charakteru (...)”³. Warto w tym miejscu wspomnieć prace J. Latosińskiej (1998) i J. Kowalczyk-Anioł (2007), w których problematyka przestrzeni turystycznej (tak jak w niniejszym opracowaniu) rozpatrywana jest z perspektywy uczestników ruchu turystycznego. Cytowane autorki akcentują znaczenie urlopowego czasu wolnego (urlopu wypoczynkowego) oraz okresów wakacyjnych (letnich i zimowych) i wprowadzają pojęcie „przestrzeni urlopowo – wakacyjnej”.

Autor niniejszego opracowania ma świadomość, że nie ma tu miejsca na głębszą dyskusję nad pojęciem przestrzeni turystycznej, ale jest zdania, iż istnienie przestrzeni turystycznej (szczególnie w odniesieniu do wyników badań empirycznych) determinowane jest przede wszystkim przez zaistnienie ruchu turystycznego⁴.

Wieloaspektowość ruchu turystycznego podkreślali już W. Hunziker i K. Krapf (1942 W: Ostrowski 1975, s. 20), definiując pojęcie jako „czasową migrację osób, składającą się z etapu podróży i pobytu, o ile w miejscu pobytu nie następuje osiedlenie się tych samych osób na stałe lub podjęcie przez nich działalności zarobkowej”. Na „dobrowolność zmiany miejsca pobytu” („istotę” ruchu turystycznego) wskazywali m.in. J. Warszyńska i A. Jackowski (1978, s. 24). Cele i motywy podróży turystycznych (charakter ruchu turystycznego) definiowali S. Ostrowski (1975), O. Rogalewski (1977) i A. Nowakowska (1989). W odniesieniu do problematyki podjętej w niniejszym opracowaniu przydatne okazały się opracowania S. Ostrowskiego (1975), K. Naumowicza (1987), A. Szwichterberga (2000), W. Gaworeckiego (2000), S. Liszewskiego (2002), J. Kaczmarka i in. (2005), które definiują cechy ruchu turystycznego podlegające badaniom, tj.: wielkość, sezonowość, długość pobytu, częstotliwość wyjazdów, cechy przestrzenne (w tym kierunki wyjazdów), sposób organizacji, cele i motywy podróży, wydatki w czasie podróży, sposoby spędzania czasu podczas pobytu w regionie oraz opinie na jego temat⁵.

We wszystkich cytowanych wyżej opracowaniach podjęto tematykę formy/rodzaju aktywności turystycznej, ale autor niniejszej pracy jest szczególnie zainteresowany „niebiernymi” zachowaniami turystycznymi, tj. turystyką aktywną. Jak podają T. Łobożewicz i G. Bieńczyk (2001, s. 122) pojęcie turystyki aktywnej zaczęło być powszechnie stosowane w literaturze przedmiotu „w latach '90 XX w. dla określenia form turystyki, które nie miały biernego charakteru (...)”, „gdzie głównym lub ważnym elementem wyjazdu (...) jest podejmowanie szczególnych form aktywności rekreacyjnej lub hobbystycznej” (Andrejuk 1998, s. 24). S. Kulczyk (2006) dodaje, że walory środowiska przyrodniczego są związane z realizacją tej aktywności, a K. Mazurski (2006, s. 31) podkreśla, że „turystyka aktywna polega na podróżowaniu w celach rekreacyjnych przy wydatnym wykorzystaniu własnej aktywności fizycznej w pokonywaniu przestrzeni”. W literaturze przedmiotu nie brakuje też pozycji traktujących o turystyce aktywnej jako posiadającej (najbardziej znaczącą ze wszystkich form turystyki) „funkcję terapeutyczną, która rozwija fizycznie, zdrowotnie, etycznie, estetycznie, moralnie i politechnicznie” (Kaganek, Stanuch 2005, s. 223) oraz o pozytywnym aspekcie wysiłku fizycznego, jako nieodzownego elementu (składowej) turystyki aktywnej (Matuszyk 1998, Ambroży, Ambroży 2004). Jak podaje W. Gaworecki (2000, s. 325-326) turystyka aktywna może być również „czynnikiem prewencyjnym w zakresie zdrowia psychicznego”.

Ciągle aktualna jest dyskusja nad zakresami pojęciowym turystyki aktywnej i turystyki kwalifikowanej. Jak słusznie zauważa W. Kurek (2007, s. 257) w/w terminy „mają różne zakresy znaczeniowe i nie powinny być stosowane zamiennie”. Definicje turystyki kwalifikowanej pojawiają się już w doniesieniach, m. in. Z. Kruczka (1979), W. Gaworeckiego (1982), T. Łobożewicza (1983, 1999a) oraz A. Kowalczyka (2001), J. Merskiego (2002), E. Mazura (2005), a także w szeregu komunikatów Polskiego Towarzystwa Turystyczno – Krajoznawczego, których szczegółowy przegląd definicyjny zaprezentowali m.in. G. Bieńczyk (2007) oraz J. Merski i J. Warecka (2009). Wymienieni autorzy do zasadniczych cech turystyki kwalifikowanej zaliczają przede wszystkim: zwiększony wysiłek fizyczny (kondycję fizyczną powyżej przeciętnej), posiadanie i umiejętność obsługi specjalistycznego sprzętu (czasem formalnych uprawnień), szeroką wiedzę na temat zasad uprawiania poszczególnych form turystyki kwalifikowanej oraz podkreślają znaczenie świadomej turystyki i dobitnie akcentują aspekt poznawczy turystyki kwalifikowanej.

T. Łobożewicz (1999b, s. 5) kwituje w/w problem zdaniem: „stawiając (...) znak równości między turystyką aktywną i kwalifikowaną zrównuje się grzybiarza z osobą wędrującą z plecakiem po szlaku turystycznym, kajakarza rozpartego z nogami za burtą z turystą wędrującym kajakiem po Dunajcu”. „Z zestawienia obu pojęć wynika, że o ile każdy turysta kwalifikowany jest zarazem turystą aktywnym, o tyle nie każdy turysta aktywny jest turystą kwalifikowanym” (Merski, Warecka 2007, s. 24). Stąd bezsporne wydaje się stwierdzenie, że pojęcia turystyka aktywna i kwalifikowana nie są tożsame.

Powyższe rozważania terminologiczne skłaniają autora do wniosku, że (uwzględniając kryterium formy i stopnia natężenia aktywności fizycznej podejmowanej w trakcie wyjazdu turystycznego) turystyka aktywna znajduje się w centralnym miejscu na kontinuum: turystyka bierna (pasywna) – turystyka kwalifikowana (specjalistyczna). Jest ona pewną formą przejściową i, jak słusznie zauważają T. Łobożewicz i G. Bieńczyk (2001, s. 132), stanowi „przedsionek – wstęp do turystyki kwalifikowanej”. Konkludując poprzez przestrzeń turystyki aktywnej autor w niniejszym opracowaniu rozumie podprzestrzeń geograficzną, w której zaspokojenie potrzeb uczestników ruchu turystycznego (ze wszystkimi jego cechami) odbywa się poprzez uprawianie form turystyki aktywnej.

Materiał i metody badawcze

W pracy zastosowano anonimowy sondaż diagnostyczny, przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. Badanie przeprowadzono w drugiej połowie 2011 r.⁷ Narzędzie badań obejmowało pytania zamknięte dotyczą-

ce podejmowania aktywności turystycznej w czasie wolnym (tu: podczas urlopów), ze szczególnym uwzględnieniem form turystyki aktywnej (m.in. pieszej, rowerowej, narciarskiej, jeździeckiej, kajakowej, żeglarskiej i innych), w latach 2005-2010. Badaniem objęto 184 respondentów – lekarzy i lekarzy dentyków łódzkich placówek medycznych. Wszyscy badani byli zarejestrowani w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi (Delegatura Łódź). Dobór próby nie miał charakteru losowego stąd wyniki badań zawęża się wyłącznie do badanej populacji (Nachmias, Nachmias 2001). Zachowano natomiast reprezentację (rzędu 2,0%) dla zmiennych tytuł zawodowy i płeć⁸. Praca przedstawia wyniki własnych badań empirycznych w ujęciu ilościowym (Mazurkiewicz 1992).

Celem zmierzenia udziału i znaczenia form turystyki aktywnej w strukturze wyjazdów urlopowych respondentów skonstruowano wskaźnik w postaci indeksu turystyki aktywnej (Nowak 1985). Pomiaru dokonano za pomocą skali semantycznej (Babbie 2008). Każda składowa indeksu (forma turystyki aktywnej) poddana została ocenie przez badanych na dwubiegunowej (ograniczonej antonimami) skali o kontinuum wskazań: nigdy, bardzo rzadko, rzadko, czasami, często, bardzo często, zawsze. W/w kategoriom przyporządkowano wartości liczbowe od 1 do 7. Rzetelność skali sprawdzono za pomocą współczynnika α -Cronbacha⁹, którego stosowanie wymaga by składowe indeksu mierzyły tę samą zmienną, kategoria wskazań posiadała te same równoległe pozycje, a respondent mógł wskazać tylko jedną odpowiedź w każdej składowej (Brzeziński 2002, Cronbach 2005, Szromek 2010).

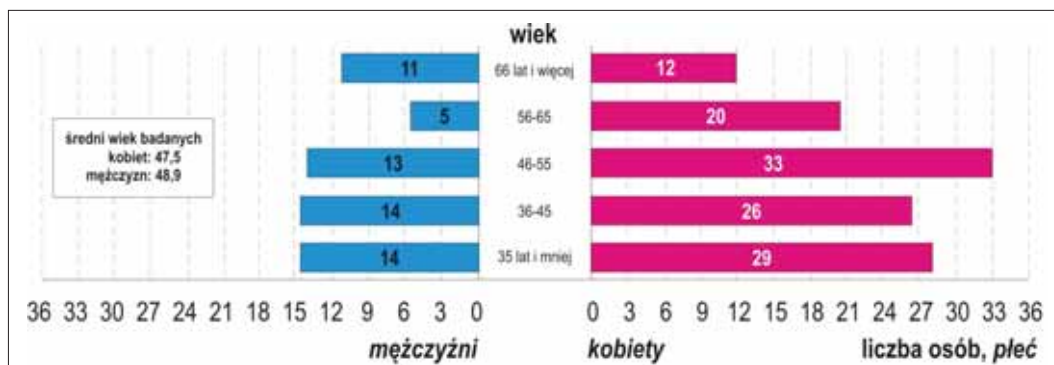
Opracowanie prezentuje głównie korelacyjne wyniki badań (Wieczorkowska, Wierzbicki 2005). Zależności liniowe indeksu turystyki aktywnej z cechami demograficznymi i społeczno – ekonomicznymi respondentów przedstawiono z wykorzystaniem współczynników korelacji rang ρ -Spearmana¹⁰ i korelacji r -Pearsona¹¹. W tym miejscu przydatne okazały się pozycje I. Jażdżewskiej (2003) oraz J. Górniak i J. Wachnickiego (2008).

Analizy statystyczne przeprowadzono z użyciem pakietu statystycznego SPSS v.20. Za istotne statystycznie uznano wyniki dla przedziału ufności $p < 0,05$ (Bedyńska, Brzezińska 2007). Opracowania kartograficzne (tu: kierunki wyjazdów turystycznych) zaprezentowano wykorzystując pakiet graficzny CorelDRAW 13.0.

Wyniki

Cechy demograficzne i społeczno – ekonomiczne respondentów

W badanej grupie (N=184) znalazło się 126 kobiet (68,5%) i 58 mężczyzn (31,5%). Wśród respondentek najbardziej liczną kategorię stanowiły osoby w wieku 56-65 lat (27,5%), natomiast wśród badanych mężczyzn – w przedziałach wieku do 35 i 36-45 lat (po 24,6%). Średnia wieku ukształtowała się na poziomie 47,9, przy wartości minimalnej równej 26 i maksymalnej – 83 lata. Strukturę wieku i płci respondentów przedstawia Rysunek 1.



Rysunek 1. Struktura wieku i płci respondentów (N=177, po odrzuceniu braków danych)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Większość stanowili respondenci z tytułem zawodowym lekarza – 143 (77,7%). Co piąty badany posiadał tytuł zawodowy lekarza denty, tj. 21,8% (40 osób). Jedna respondentka wskazała na posiadanie obu tytułów zawodowych. Tabela 1. przedstawia zestawienie respondentów wg tytułu zawodowego i miejsca pracy. Średni staż pracy wyniósł 22,5 roku, przy wartościach skrajnych 1 rok i 58 lat, i był niższy wśród badanych kobiet niż mężczyzn, odpowiednio: 22,0 i 23,7.

Zdecydowana większość badanych (91,3%, 168 osób) to mieszkańcy Łodzi. Pozostali (8,7%, 15) wskazali na Lutomiersk, Aleksandrów Łódzki, Pabianice, Rzgów, Łask, Koluszki, Zgierz, Brzeziny oraz na miejscowości wiejskie położone w podłódzkich gminach Brójce, Andrespol i Wodzierady.

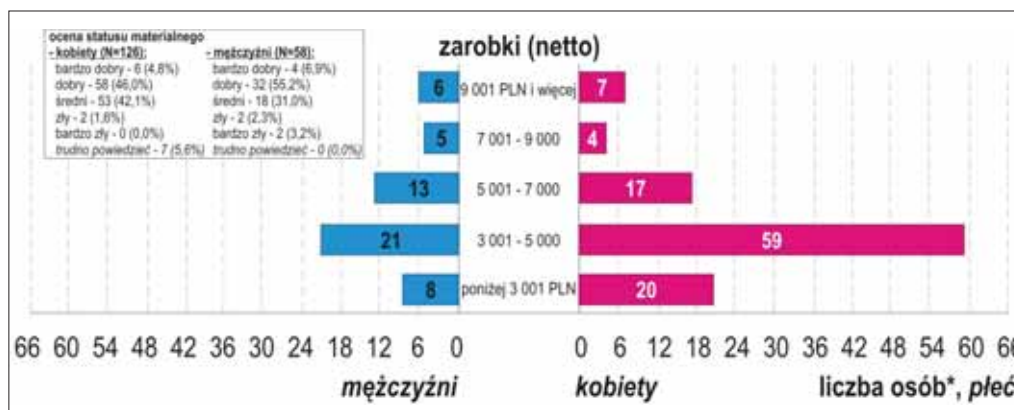
Tabela 1. Respondenci wg miejsca pracy i tytułu zawodowego

Miejsce pracy*	Tytuł zawodowy (N=184)*	
	Lekarz (N=144)*	Lekarz dentysta (N=41)*
Publiczny zakład opieki zdrowotnej – szpital	67	4
Publiczny zakład opieki zdrowotnej – przychodnia lekarska	27	8
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej	69	22
Prywatna praktyka lekarska	37	14
Szkoła wyższa	9	5
Inne	4	-
Nie pracuje	2	-

* większa niż liczba respondentów liczba miejsc pracy wynika z zatrudnienia w więcej niż jednym miejscu (w badanej grupie 120 respondentów wskazało na jedno miejsce pracy, 44 – na dwa, 11 – na trzy, 7 – na cztery)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

W badanej grupie znalazło się 37 doktorów nauk medycznych i 2 profesorów. Pozostali to osoby z dyplomem lekarza medycyny. Jeden na pięciu (18,5%, 34 osoby) respondentów to lekarz posiadający dwie specjalizacje¹². Trzy specjalizacje zadeklarowało siedmiu badanych, a cztery – jeden. Pozostali wskazali na jedną specjalizację. Dzieciom na dziesięciu badanych to absolwenci Uniwersytetu Medycznego/Akademii Medycznej w Łodzi¹³ (94,0%, 173 osoby). Pozostali (6,0%) wskazali na uczelnie medyczne w Warszawie, Wrocławiu, Krakowie i Lublinie.

**Rysunek 2.** Struktura deklarowanych miesięcznych zarobków (netto) i ocena statusu materialnego wg płci w badanej grupie lekarzy

* N=160, po odrzuceniu braków danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Połowa respondentów zadeklarowała średnie miesięczne zarobki (netto) w przedziale 3001-5000 zł. Jeden na pięciu badanych (18,8%) wskazał na przedział 5001-7000 zł, 5,6% - na 7001-9000 zł a 8,1% - na 9001 zł i więcej. Zarobki poniżej 3001 zł zaznaczyło w kwestionariuszu 17,5%. Struktura deklarowanych miesięcznych zarobków (netto) i ocena statusu materialnego korzystniej przedstawiają się wśród respondentów niż respondentek. W/w przedstawiono na Rysunku 2. Zaobserwowano, że badani, którzy wskazywali na wyższe przedziały zarobków również wysoko oceniali swój status materialny (ρ -Spearmana = 0,44, $p=0,001$).

Indeks turystyki aktywnej w badanej grupie lekarzy

Respondentom zadano pytanie jak często podczas wyjazdów turystycznych uprawiają wybrane formy turystyki aktywnej. Uzyskano zadowalający poziom rzetelności skali (współczynnik α -Cronbacha wyniósł 0,722)¹⁴. Spośród siedmiu kategorii (składowych indeksu turystyki aktywnej) największy udział miały turystyka piesza i podejmowanie zajęć sportowych/fizycznych w miejscu spędzania urlopu. Nieco rzadziej badani wskazywali na turystykę rowerową i narciarstwo. Najmniej popularne okazały się turystyka jeździecka, kajakowa i żeglarsstwo. Rozkład częstości wskazań na składowe indeksu przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Składowe indeksu turystyki aktywnej w badanej grupie lekarzy

Składowa*	Częstotliwość wskazań (w %)							Średnia/ Mediana (N)
	nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasami	często	bardzo często	zawsze	
<i>Wartość kategorii</i>	1	2	3	4	5	6	7	
Turystyka piesza**	5,4	3,3	3,3	15,2	32,6	24,5	15,8	5,03/5 (184)
Turystyka rowerowa	21,7	13,6	16,8	18,5	20,1	6,5	2,7	3,32/3 (184)
Turystyka narciarska***	35,3	10,3	6,0	14,7	18,5	10,9	4,3	3,21/3 (184)
Turystyka jeździecka	81,0	8,2	3,8	5,4	1,1	-	0,5	1,40/1 (184)
Turystyka kajakowa	54,3	16,3	11,4	10,9	4,9	1,1	1,1	2,03/1 (184)
Turystyka żeglarska	51,9	12,6	10,4	11,5	7,1	5,5	1,1	2,30/1 (183)
Zajęcia sportowe, fizyczne, itp.	7,7	7,7	12,6	25,7	19,1	16,4	10,9	4,34/4 (183)
<i>Inne:</i> Respondenci wskazali w pytaniu dopełnieniowym na formy turystyki aktywnej, jak: golf, bieganie, nurkowanie, obozy kondycyjne, pływanie, polowania, surfing, wędkarstwo, wspinaczka.								(42)

* wskazania na stwierdzenie: *W miejscu spędzania swojego urlopu (o ile jest taka możliwość) uprawiam ...*

** w tym górska i nizinna

*** w tym biegowa i zjazdowa

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Wskazaniom na składowe indeksu turystyki aktywnej przyporządkowano wartości liczbowe od 1 do 7, stąd każdy respondent mógł uzyskać sumaryczny wynik indeksu w przedziale od 7 do 49. Zgodnie z tym kontinuum im wyższy wynik tym większa częstotliwość udziału analizowanych form turystyki aktywnej w wyjazdach turystycznych¹⁵. Zsumowane wartości liczbowe pogrupowano w pięć przedziałów: <7;10> (tj. brak udziału form turystyki aktywnej w wyjazdach turystycznych), <11;24> (udział – indeks turystyki aktywnej – niski), <25;31> (średni), <32;45> (wysoki), <46;49> (bardzo wysoki). W pierwszym przedziale znalazło się 4,4% respondentów (8 osób)¹⁶, w kolejnych odpowiednio: 65,4% (119), 22,0% (40), 8,2% (15) i 0,0% (0).

Nie zaobserwowano istotnego statystycznie wpływu kategorii metryczkowych respondentów jak: płeć¹⁷, status materialny i tytuł zawodowy na wielkość udziału analizowanych form turystyki aktywnej w wyjazdach turystycznych. Z kolei im starsi badani i cechujący się dłuższym stażem pracy zawodowej, tym niższy udział turystyki aktywnej w wyjazdach turystycznych (r-Pearsona równy, odpowiednio: -0,34 i -0,35, zależności przeciętne na poziomie p=0,001). Respondenci, którzy wskazali na inne¹⁸, niż wymienione w kwestionariuszu ankiety, formy turystyki aktywnej to w większości osoby ze średnim lub wysokim indeksem turystyki aktywnej (63,0%).

Specyfika przestrzeni turystyki aktywnej w badanej grupie lekarzy

W grupie respondentów z niskim indeksem turystyki aktywnej w strukturze wyjazdów turystycznych (w latach 2005 – 2010) prawie połowę stanowiły wyjazdy krajowe (48,1%, przy 574 wyjazdach w tej grupie; Tabela 3.). Co trzeci wyjazd (34,0%) to kierunek europejski a jeden na pięć – pozaeuropejski (17,9%). Wśród destynacji krajowych dominowały województwa: pomorskie (30,5% ogółu wyjazdów krajowych w tej grupie), małopolskie (24,9%), zachodniopomorskie (11,5%) oraz w mniejszym stopniu warmińsko-mazurskie (6,3%) i dolnośląskie (5,2%). Udział wyjazdów turystycznych do pozostałych województw wyniósł od 3,7% do 1,1%, przy czym respondenci z tej grupy w ogóle nie wskazali na regiony: lubuski i opolski. Z kolei w strukturze kierunków zagranicznych zaznaczyły się Włochy (12,8% ogółu wyjazdów zagranicznych w tej grupie), Egipt (9,7%), Turcja (7,4%), Hiszpania (7,0%), Chorwacja (6,7%), Francja (6,0%) oraz w mniejszym stopniu Austria (5,0%) i Tunezja (4,4%). Kierunki wyjazdów turystycznych omawianej grupy szczegółowo zaprezentowano na Rysunku 3.

Średnia liczba wyjazdów na jednego respondenta w grupie z niskim indeksem turystyki aktywnej wyniosła 4,8 (w analizowanym okresie), a sezonowość wyjazdów turystycznych objęła miesiące od czerwca do września (68,5% ogółu wyjazdów; Tabela 4.). Badanych z tej grupy charakteryzowała najdłuższa średnia długość wyjazdu, tj. 11,4 dnia (przy średniej dla ogółu¹⁹ 11,2, mediana=10).

Tabela 3. Kierunki wyjazdów turystycznych wg indeksu turystyki aktywnej w badanej grupie lekarzy* w latach 2005-2010

Kierunek wyjazdów turystycznych	Indeks turystyki aktywnej			Razem
	niski	średni	wysoki	
	Odsetek (i liczba*) wyjazdów turystycznych			
Wyjazdy krajowe (Polska)	48,1% (276)	45,8% (98)	29,5% (13)	387
Wyjazdy europejskie (Europa bez Polski)	34,0% (195)	37,9% (81)	47,7% (21)	297
Wyjazdy pozaeuropejskie (Świat bez Europy)	17,9% (103)	16,4% (35)	22,7% (10)	148
Razem	100% (574)	100% (214)	100% (44)	832

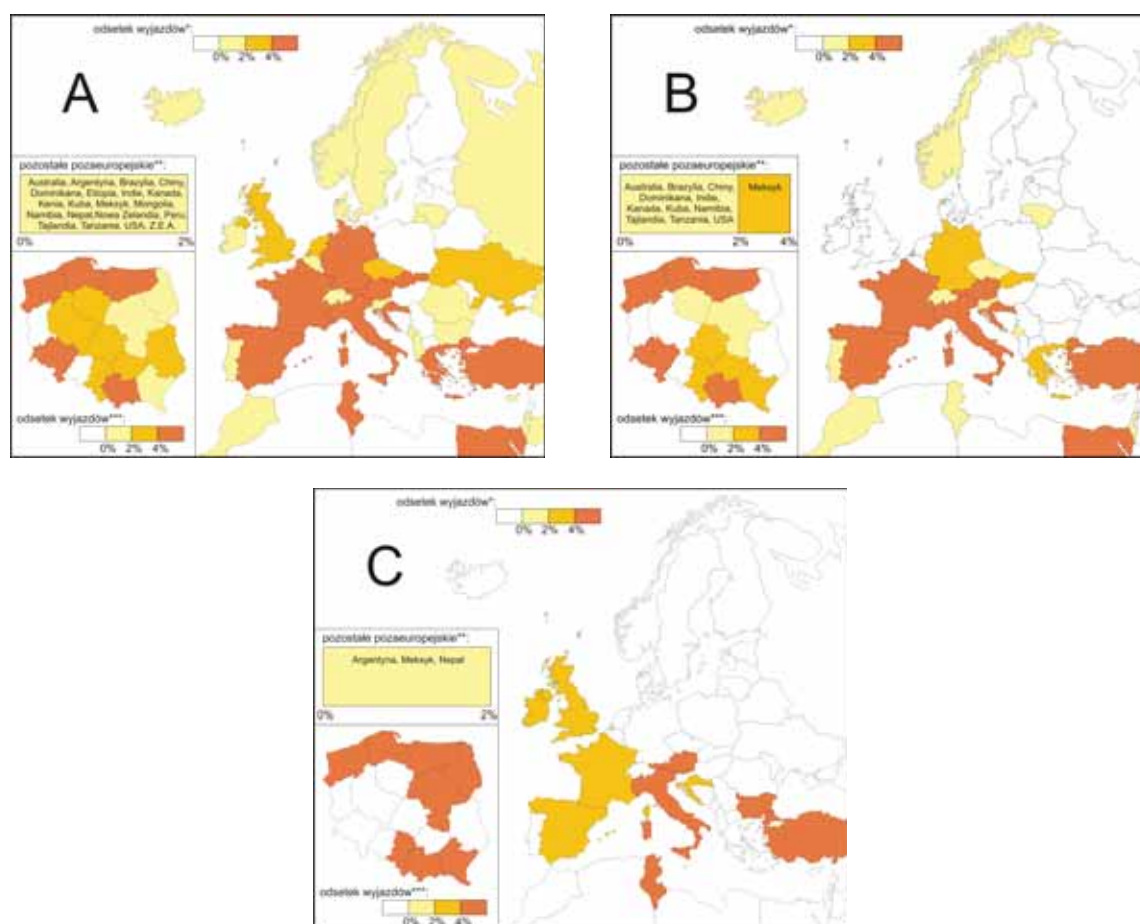
* N=174, po odrzuceniu braków danych i respondentów z „zerowym” indeksem turystyki aktywnej, tj. brak udziału form turystyki aktywnej w wyjazdach turystycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Rozkład wskazań na kierunki wyjazdów turystycznych w grupie badanych ze średnim indeksem turystyki aktywnej był zbliżony do danych dla respondentów z niską wartością indeksu. Najwyższy odsetek charakteryzował wyjazdy krajowe (45,8% przy 214 wyjazdach w tej grupie; Tabela 4.). Dwa na pięć wyjazdów (37,9%) stanowił kierunek europejski, a 16,4% - pozaeuropejski. W przestrzeni wyjazdów krajowych zaznaczyły się województwa: małopolskie (33,0% ogółu wyjazdów krajowych w tej grupie), pomorskie (21,6%), zachodniopomorskie (15,5%), warmińsko-mazurskie (12,4%) i dolnośląskie (6,2%), przy braku wskazań na podlaskie, lubuskie, wielkopolskie, opolskie i lubelskie. Udział wyjazdów turystycznych do pozostałych regionów Polski wyniósł od 3,1% do 1,0%. Z kolei wśród kierunków zagranicznych największy udział miały wyjazdy do Włoch (19,0% ogółu wyjazdów zagranicznych w tej grupie), Austrii (8,6%), Francji i Chorwacji (po 7,8%), Hiszpanii i Egiptu (po 6,9%) oraz Turcji (5,2%). Pozostałe destynacje zagraniczne stanowiły łącznie 39,6% (od 3,4% do 0,9%), co szczegółowo zaprezentowano na Rysunku 3.

Średnia liczba wyjazdów na jednego respondenta wyniosła w w/w grupie 5,4 (w analizowanym okresie), przy sezonowości od lipca do września (56,1% ogółu wyjazdów; Tabela 4.) i średniej długości wyjazdu równej 10,9 dnia.

Wśród wyjazdów turystycznych w grupie badanych z wysokim indeksem turystyki aktywnej najwyższy odsetek charakteryzował kierunki europejskie (47,7% przy 44 wyjazdach w tej grupie; Tabela 4.). Co trzeci wyjazd (29,5%) to kierunek krajowy, a co czwarty (22,7) – pozaeuropejski. Średnia liczba wyjazdów na jednego respondenta wyniosła w tej grupie 2,9 (w analizowanym okresie). Podobnie jak w przypadku respondentów ze średnim indeksem turystyki aktywnej najpopularniejszymi destynacjami krajowymi okazały się tu województwa: małopolskie (28,6% ogółu wyjazdów krajowych w tej grupie), pomorskie (19,0%), zachodniopomorskie (14,3%). Udział wskazań na regiony mazowiecki, podlaski i podkarpacki oraz warmińsko-mazurski i śląski wyniósł, odpowiednio: po 9,5% i po 4,8%. Również w tej grupie najpopularniejszym kierunkiem zagranicznym okazały się Włochy z udziałem 29,0% (ogółu wyjazdów zagranicznych w tej grupie). Na drugim miejscu znalazła się Austria (16,1%), po 9,7% przypadło na Tunezję i Turcję, a po 6,5% na Bułgarię i Nepal. Pozostałe kierunki zagraniczne stanowiły łącznie 22,4% (Rysunek 3.).



Rysunek 3. Kierunki wyjazdów turystycznych w badanej grupie lekarzy w latach 2005-2010 wg indeksu turystyki aktywnej

A – indeks niski; **B** – indeks średni; **C** – indeks wysoki

* $N_A=298$, $N_B=116$, $N_C=31$ (razem wyjazdów 445, dla $N=174$ respondentów ogółem)

** wyjazdy do pozostałych krajów pozaeuropejskich

*** dotyczy 387 wyjazdów krajowych dla $N=174$ (respondentów)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tabela 4. Sezonowość wyjazdów turystycznych wg indeksu turystyki aktywnej w badanej grupie lekarzy* w latach 2005-2010

Indeks turystyki aktywnej	Udział wskazań (w %) wg miesiący												Razem
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Niski	5,4	6,0	2,4	2,8	9,2	11,1	21,8	23,7	11,9	2,4	1,6	1,9	100%
Średni	1,7	7,4	6,5	6,1	7,8	8,7	23,9	18,7	13,5	2,6	0,9	2,2	100%
Wysoki	9,2	7,9	15,8	3,9	9,2	1,3	9,2	17,1	17,1	3,9	1,3	3,9	100%

* $N=174$, po odrzuceniu braków danych i respondentów z „zerowym” indeksem turystyki aktywnej, tj. brak udziału form turystyki aktywnej w wyjazdach turystycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Odmienne, niż w przypadku respondentów z niskim i średnim indeksem turystyki aktywnej, ukształtowała się sezonowość wyjazdów turystycznych w grupie z wysoką wartością indeksu. Zaobserwowano wyższy udział wyjazdów w dwóch podokresach, tj. miesiącach zimowych: styczeń – marzec (32,9% ogółu wyjazdów) i miesiącach letnich: lipiec – wrzesień (43,4%; Tabela 5.). Respondentów z wysokim indeksem turystyki aktywnej charakteryzowała najkrótsza średnia długość wyjazdu, tj. 10,6 dnia.

Wnioski

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań empirycznych sformułowano kilka bardziej ogólnych wniosków w trzech obszarach problemowych. Zaobserwowano wpływ zmiennych demograficznych i społeczno – ekonomicznych na zachowania urlopowe badanych lekarzy. Uprawianie turystyki aktywnej charakteryzowało głównie respondentów w młodszych grupach wiekowych i ze stosunkowo krótkim stażem pracy zawodowej. Pozostałe zmienne metryczkowe statystycznie nie różnicowały badanej grupy lekarzy, ale były nieco korzystniejsze dla mężczyzn niż kobiet.

Udział turystyki aktywnej w ogóle wyjazdów turystycznych ukształtował się, w badanej grupie lekarzy, na poziomie niskim, tj. dwóch na trzech respondentów charakteryzował niski indeks turystyki aktywnej. Najpopularniejszymi formami turystyki aktywnej okazały się turystyka piesza i zajęcia sportowe/fizyczne a najmniej popularnymi: turystyka jeździecka, kajakowa i żeglarstwo. Respondentów z niskim i średnim indeksem turystyki aktywnej charakteryzowała wyraźna sezonowość podejmowania wyjazdów turystycznych w miesiącach letnich, a w grupie badanych z indeksem wysokim zaznaczyły się dwa okresy, tj. zimowy i letni. Warto nadmienić, że wyższemu indeksowi turystyki aktywnej towarzyszyła krótsza średnia długość wyjazdu turystycznego (i odwrotnie). Ponadto w analizowanym (6-letnim) okresie średnia liczba wyjazdów turystycznych nie korelowała statystycznie z indeksem turystyki aktywnej (najniższa charakteryzowała badanych z wysokim indeksem, a najwyższa ze – średnim).

W obszarze przestrzennym zauważono, że niskiemu i średniemu indeksowi turystyki aktywnej towarzyszył, w badanej grupie lekarzy, wysoki udział krajowych wyjazdów turystycznych (przy najniższym odsetku zagranicznych wyjazdów pozaeuropejskich), podczas gdy w grupie z wysokim indeksem zdecydowaną większość wyjazdów turystycznych stanowiły kierunki zagraniczne. Niezależnie od wartości indeksu turystyki aktywnej najpopularniejszymi kierunkami zagranicznych wyjazdów turystycznych okazały się kraje śródziemnomorskie (z wyraźnym akcentem na Włochy), a wyjazdów krajowych – województwa: małopolskie, pomorskie i zachodniopomorskie. Kierunki pozaeuropejskie (z wyjątkiem krajów śródziemnomorskich, jak: Egipt, Tunezja, Turcja, Maroko) nie miały znaczącego udziału w badanej grupie lekarzy i charakteryzowały się znacznym „rozdrobnieniem”.

Zaprezentowana w pracy metoda pomiaru udziału turystyki aktywnej w ogóle wyjazdów turystycznych badanych lekarzy (w postaci autorskiego indeksu turystyki aktywnej) z powodzeniem może być stosowana w badaniach aktywności turystycznej innych grup zawodowych (i/lub społecznych). Autor ma nadzieję, że artykuł inspiruje do zajęcia się problematyką turystyki aktywnej m.in. w postaci opracowań porównawczych w tym zakresie.

Przypisy:

¹⁾ Grupa zawodowa lekarzy wydaje się być trafnie reprezentującą tzw. wyższą klasę średnią (upper middle class), gdzie sytuują się osoby ze środkowych szczebli hierarchii stratyfikacji społecznej. Współczesna klasa średnia nie ma ostrych granic. Jej zakres jest nieustannie redefiniowany. W kontekście niniejszego badania należy podkreślić, że w obecnym rozumieniu pojęcia do klasy średniej włącza się głównie kategorie społeczno – zawodowe, charakteryzujące się względną samodzielnością, wykonujące pracę umysłową oraz pewnym (raczej wysokim) poziomem dobrobytu. Do klasy średniej należą przede wszystkim osoby o wyższym wykształceniu oraz o wyższych kompetencjach kulturowych (Domański 2007).

²⁾ Przez grupę zawodową rozumie się grupę społeczną wyróżnioną na podstawie wykonywania tego samego zawodu (tu: lekarskiego; Domański 2007). Wg T. Nowackiego (2004, s. 286-287) „zawód” oznacza „wykonywanie zespołów czynności społecznie użytecznych, wyodrębnionych na skutek podziału pracy, wymagających od pracownika odpowiedniej wiedzy i umiejętności, a także cech psychofizycznych, warunkujących wykonanie zadań zawodowych, powtarzanych systematycznie i będących źródłem utrzymania dla pracownika i jego rodziny”. W literaturze przedmiotu przez zawód rozumie się też: „1) wewnętrznie spójny system czynności, stanowiących dla jednostki źródło utrzymania i określających jej pozycję społeczną, 2) populację tych, którzy wykonują te same czynności, np. lekarskie, nauczycielskie, 3) stałe wykonywanie pewnych czynności bez względu na kwalifikacje” (Szczepański 1965, s. 15).

³⁾ „Warunkiem dodatkowym umożliwiającym jej delimitację [delimitację przestrzeni turystycznej] jest występowanie zagospodarowania turystycznego, którego wielkość i charakter pozwalają określić typ przestrzeni turystycznej” (Włodarczyk 2009, s. 74).

⁴⁾ W literaturze przedmiotu funkcjonuje pojęcie „potencjalnej przestrzeni turystycznej”, rozumianej jako przestrzeni jeszcze nie wykorzystanej, ale posiadającej predestynację ją do miana przestrzeni turystycznej walory. Niniejsze opracowanie przedstawia wyniki badań empirycznych stąd pominięto w/w dyskurs.

⁵⁾ W artykule przedstawiono wyniki odnośnie do kierunków wyjazdów, ich liczby (częstotliwości), sezonowości i długości trwania.

⁶⁾ Wymieniono tu takie formy aktywności, jak: turystyka piesza (nizinna i górską), rowerowa, wodna (kajakowa, żeglarska, nurkowa), narciarstwo (biegowe i zjazdowe), jeździectwo, speleologia, wspinaczka i inne.

⁷⁾ Realizacja badań współfinansowana w ramach dotacji celowej na prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych oraz zadań z nimi związanych, służących rozwojowi młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich w 2012 r. (Wydział Nauk Geograficznych, Uniwersytet Łódzki).

⁸⁾ Na podstawie własnej kwerendy przeprowadzonej w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi (OIL) i Rejestru lekarzy i lekarzy dentystów zarejestrowanych w Delegaturze Łódzkiej OIL w Łodzi (stan na dn. 13.01.2011 r.).

⁹⁾ Współczynnik α -Cronbacha opiera się na współczynnikach korelacji wszystkich składowych indeksu z jego ogólnym wynikiem. Statystyka ta jest średnią wyliczoną ze współczynników korelacji wszystkich możliwych połówek testu i przyjmuje wartości z przedziału $<0;1>$. Za rzetelną uważa się skalę, dla której współczynnik α -Cronbacha wynosi co najmniej 0,7 (Bedyńska, Brzezińska 2007, Cronbach 2005).

¹⁰⁾ Współczynnik korelacji rang rho-Spearmana mierzy zależności między zmiennymi porządkowymi i nominalnymi dychotomicznymi (rzadziej porządkowymi i interwałowymi). Wartość współczynnika rozciąga się w przedziale $<-1;1>$, przy wartości 0 – brak zależności. Jeżeli wartość współczynnika jest dodatnia – ze wzrostem jednej zmiennej rośnie wartość drugiej zmiennej. Jeżeli wartość współczynnika jest ujemna – ze wzrostem jednej zmiennej wartość drugiej zmiennej maleje (kierunek zależności). Współczynnik mierzy zależności dwustronne. Przy wartościach rho-Spearmana do $\pm 0,30$ – zależność określana jest jako słaba (lub bardzo słaba), $\pm 0,31-0,50$ – przeciętna, $\pm 0,51-0,70$ – silna, powyżej $\pm 0,70$ – bardzo silna (Kot, Jakubowski, Sokołowski 2007).

¹¹⁾ Współczynnik korelacji r-Pearsona stosowany jest do badania zależności między zmiennymi na poziomach interwałowych i/lub ilorazowych. Przedział wartości współczynnika korelacji r-Pearsona, analiza jego kierunku i siły jest identyczna jak w przypadku współczynnika korelacji rang rho-Spearmana (Larose 2008).

¹²⁾ Specjalizacje w grupie badanych lekarzy: alergologia, anestezjologia, chirurgia ogólna, chirurgia urazowa, choroby: wewnętrzne, układu krążenia, zakaźne, diagnostyka obrazowa, dermatologia, endokrynologia, gastrologia, ginekologia, hematologia, higiena i epidemiologia, immunologia, kardiologia, laryngologia, medycyna: morska i tropikalna, pracy, rodzinna, społeczna, neurochirurgia, neurologia, nefrologia, okulistyka, organizacja ochrony zdrowia, ortopedia, pediatria, położnictwo, psychiatria, pulmonologia, radiologia, rehabilitacja, rentgenodiagnostyka, reumatologia, transfuzjologia kliniczna, wenerologia. Specjalizacje w grupie badanych lekarzy dentystów: chirurgia szczękowa, ortodoncja, periodontologia, protetyka, stomatologia ogólna, stomatologia zachowawcza, organizacja ochrony zdrowia.

¹³⁾ Uniwersytet Medyczny w Łodzi powstał 01.10 2002 r. w wyniku połączenia Akademii Medycznej w Łodzi i Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi (Machlański, Supady 2010).

¹⁴⁾ Zasadność stosowania pomiaru rzetelności skali współczynnikiem α -Cronbacha potwierdza jednowymiarowy wynik analizy czynnikowej, tj. wszystkie wskaźniki turystyki aktywnej stanowią składowe indeksu turystyki aktywnej.

¹⁵⁾ Mediana w badanej grupie lekarzy wyniosła tu 21, przy wartościach skrajnych 7 i 43.

¹⁶⁾ $N=182$.

¹⁷⁾ Warto zaznaczyć, że nieco częściej niski indeks turystyki aktywnej charakteryzował badane kobiety niż mężczyźni, a w grupie respondentów z indeksami średnim i wysokim zaobserwowano nieco wyższy udział mężczyzn.

¹⁸⁾ Część dopełnieniowa w pytaniu nie podlegała ocenie.

¹⁹⁾ Na podstawie $N=172$, po odrzuceniu dwóch respondentów deklarujących wyjazdy cztero-, i pięciomiesięczne.

Literatura:

1. Andrejuk A. (1998), *Turystyka aktywna, rekreacyjna i specjalistyczna*. KENGRAF, Warszawa, s. 24.
2. Ambroży D., Ambroży T. (2004), *Turystyka jako forma aktywności ruchowej*. W: J. Biliński, M. Przydział (red.), *Nowe tendencje w turystyce i rekreacji*. Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów.
3. Babbie E. (2008), *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Bedyńska S., Brzezińska A. (2007), *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa, s. 26-27, 96, 135, 154-161, 164-165.
5. Bieńczyk G. (2007), *Turystyka kwalifikowana w działalności Polskiego Towarzystwa Turystyczno-Krajoznawczego w latach 1950-1990*. Almamer Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa, s. 5-34.
6. Brzeziński J. (2002), *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 475.
7. Cronbach J. L. (2005), *Współczynnik Alfa a struktura wewnętrzna testów*. W: J. Brzeziński (red.), *Trafność i rzetelność testów psychologicznych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
8. Domański H. (2007), *Mechanizmy stratyfikacji i hierarchie społeczne*. W: M. Marody (red.), *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*. SCHOLAR, Warszawa.
9. Gaworecki W. W. (1982), *Ekonomika i organizacja turystyki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 63.

10. Gaworecki W. W. (2000), *Turystyka*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, s. 24–30, 325–326.
11. Górniak J., Wachnicki J. (2008), *Pierwsze kroki w analizie danych. SPSS for Windows*. SPSS Polska, Kraków.
12. Jażdżewska I. (2003), *Statystyka dla geografów*. Uniwersytet Łódzki, Łódź.
13. Kaczmarek J., Stasiak A., Włodarczyk B. (2005), *Produkt turystyczny. Pomysł, organizacja, zarządzanie*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
14. Kaganek K., Stanuch H. (2005), *Modele regresyjne uprawiania turystyki aktywnej przez osoby niepełnosprawne wzrokowo i ruchowo*. „Bio-Algorithms and Med.-Systems”, Vol. 1, No. 1/2.
15. Kot S. M., Jakubowski J., Sokołowski A. (2007), *Statystyka. Podręcznik dla studiów ekonomicznych*. Difin, Warszawa, s. 54–56, 299–303.
16. Kowalczyk A. (2001), *Geografia turystyki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 68–78.
17. Kowalczyk–Anioł J. (2007), *Rozwój przestrzeni urlopowo–wakacyjnej rodzin studentów Uniwersytetu Łódzkiego*. Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
18. Kruczek Z. (1979), *Krajoznawstwo w turystyce kwalifikowanej*. W: *Krajoznawstwo w turystyce kwalifikowanej i imprezach masowych. Materiały do dyskusji przed Kongresem Krajoznawczym*. Zakład Wydawniczo–Propagandowy PTTK, Warszawa.
19. Kulczyk S. (2006), *Walory przyrodnicze a pozostałe uwarunkowania turystyki aktywnej na przykładzie Mazowsza i Burgundii*. W: A. Świeca, K. Kałamucki (red.), *Turystyka aktywna i jej rozwój na Roztoczu – regionie pogranicza*. Kartpol s.c., Lublin.
20. Kurek W. (2007), *Turystyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 257, 471–472.
21. Larose D. T. (2008), *Metody i modele eksploracji danych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 48–49.
22. Latosińska J. (1998), *Przestrzeń urlopowo–wakacyjna pracowników wyższych uczelni Łodzi*. Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
23. Liszewski S. (1995), *Przestrzeń turystyczna*. „Turystyka”, t. 5, z. 2.
24. Liszewski S. (2002), *Przestrzeń turystyczna i osadnictwo turystyczne*. W: G. Gołembski (red.), *Kompendium wiedzy o mieście*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, Poznań.
25. Łobożewicz T. (1983), *Turystyka kwalifikowana*. Wydawnictwo PTTK „Kraj”, Warszawa, s. 13.
26. Łobożewicz T. (1999a), *Miejsce turystyki kwalifikowanej i aktywnej w całokształcie ruchu turystycznego*. W: T. Łobożewicz, R. Kogut (red.), *Turystyka aktywna. Turystyka kwalifikowana*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa.
27. Łobożewicz T. (1999b) *Wstęp*. W: T. Łobożewicz, R. Kogut (red.), *Turystyka aktywna. Turystyka kwalifikowana*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa.
28. Łobożewicz T., Bieńczyk G. (2001), *Podstawy turystyki*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa, s. 9–11, 132.
29. Machlański P., Supady J. (2010), *65 lat Wyższego Szkolnictwa Medycznego w Łodzi*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, s. 93.
30. Matuszyk A. (1998), *Humanistyczne podstawy teorii sportów przestrzeni*. „Studia i Monografie AWF w Krakowie”, nr 1.
31. Mazur E. (2005), *Geografia turystyczna*. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, s. 13–22.
32. Mazurkiewicz L. (1992), *Podejście ilościowe a funkcje praktyczne geografii na przykładzie geografii społeczno-gospodarczej*. „Przegląd Geograficzny”, T.LXIV, z. 3–4.
33. Mazurski K. R. (2006), *Geneza i przemiany turystyki*. Wyższa Szkoła Zarządzania, Wrocław, s. 31.
34. Merski J. (2002), *Turystyka kwalifikowana*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa.
35. Merski J., Warecka J. (2009), *Turystyka kwalifikowana. Turystyka aktywna*. Almamater Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa, s. 11–68.
36. Nachmias Ch. F., Nachmias D. (2001), *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zys i S-ka, Poznań.
37. Naumowicz K. (1987), *Turystyka jako sfera zaspakajania potrzeb osobistych*. „Prace Politechniki Szczecińskiej”, nr 338.
38. Nowacki T. W. (2004), *Leksykon pedagogiki pracy*. Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, s. 286–287.
39. Nowak S. (1985), *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 165–170.
40. Nowakowska A. (1989), *Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania ruchu turystycznego w układach przestrzennych*. Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków, s. 20–21.
41. Ostrowski S. (1975), *Ruch turystyczny jako przedmiot badań statystycznych*. Instytut Turystyki, Warszawa, s. 41–67.
42. Rogalewski O. (1977), *Zagospodarowanie turystyczne*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, s. 14–24.
43. Szczepański J. (1965), *Czynniki kształtujące zawód i strukturę zawodową*. W: A. Sarapata (red.), *Socjologia zawodów*. Książka i Wiedza, Warszawa.
44. Szromek A. R. (2010), *Współczynnik A-Cronbacha w badaniach zjawisk turystycznych*. „Ekonomiczne problemy turystyki”, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 14.

-
45. Szwichenberg A. (2000), *Podstawy turystyki*. Politechnika Koszalińska, s. 53–61.
 46. Warszńska J., Jackowski A. (1978), *Podstawy Geografii Turyzmu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 24–27.
 47. Wieczorkowska G., Wierzbńska J. (2005), *Badania sondażowe i eksperymentalne*. Wybrane zagadnienia. Dom Wydawniczy „ELIPSA”, Warszawa, s. 16-18.
 48. Włodarczyk B. (2009), *Przestrzeń turystyczna. Istota, koncepcje, determinanty rozwoju*. Uniwersytet Łódzki, Łódź, s. 74.

THE SPACE OF ACTIVE TOURISM IN THE PROFESSION OF MEDICAL DOCTOR

Human and Health, Issue 1 (VI), 2012

Maciej Guz

University of Lodz

Abstract: The aim of this article is to characterise the space of active tourism in the profession of medical doctor, taking into account destinations, seasonality, frequency, and length of stay (in the years 2005-2010). The survey was carried out in 2011 on a group of 184 medical doctors registered in the Regional Medical Chamber in Łódź (representation office in Łódź), while maintaining the representativeness (2.0%) for professional title and gender variables. The data was analysed with the use of an index created by the author – the so-called active-tourism index. It was noted that most of those surveyed were individuals with low index rates. The respondents with low and medium index rates were characterised by the seasonality of their tourist trips in summer, and in those with a high index rate the summer and the winter seasons were dominant. The higher index rates were also accompanied by a shorter average length of the tourist trip. The low and medium index rates were characterised by a substantial share of domestic trips and the higher ones by a large share of foreign-bound trips. Active tourism mainly characterised younger respondents with short job seniority. The remaining demographic variables did not imply any statistical differences among the participants. The presented method of measuring the active tourism share may well be used for probing the pattern of the intensity of tourist activities in other professional (and/or social) groups.

Key words: tourism space, active tourism, tourist circulation, Cronbach's α coefficient, the profession of medical doctor

Introduction

The scope this study encompasses the specifics of active tourism in the profession of medical doctor¹. One's professional status is considered to be the index which most accurately reflects key aspects of one's social position (Domański 2007). It indicates both the strategic resources (among others, intellectual and cultural competence), and of the level of income, material status, patterns and levels of consumption and access to other resources and lifestyles, including ways and forms of spending free time. In turn, active tourism is one of the most dynamically-growing forms of modern tourism. As a category opposed to passive (and mass) tourism and, at the same time, as a "foreground" of qualified tourism, it seems an interesting phenomenon from the scientific point of view. In the literature on the subject there are numerous studies devoted to the pattern of tourism activity in various social and professional groups and populations singled out based on various demographic, economic, health-related and other factors.

The lack of texts related to tourism in the profession of medical doctor², where the significance and the forms of active tourism would be distinctly stressed against the backdrop of general tourist trips, prompted the analysis this particular subject.

The notion of the space of active tourism

In order to specify the terminology in the field of active tourism, the notion of tourism space should be defined first. As provided by S. Liszewski (1995, pp. 87-103) tourism space is "a functionally-distinct part (subarea) of the geographical space in its broad meaning, i.e. as an entity composed of elements of the natural Earth's surface (the natural environment), the lasting effects of manmade activities in this environment (the anthropogenic - cultural environment), and the human environment, in the social meaning of this term". Tourism space is furnished with motivations [to meet] the needs of leisure and exploration, and the will to experience things." In his study from 2002, S. Liszewski stresses the significance of tourist circulation in tourism space, which was distinctly specified by B. Włodarczyk (2009, p. 74). The latter of the quoted authors defined tourism space as "that part of the geographical space where the phenomenon of tourist circulation occurs. What is necessary and enough to classify part of geographical space as an area of tourism is the existence of tourist circulation, regardless of the circulation's scope or nature (...)".³

Here the studies of J. Latosińska (1998) and J. Kowalczyk-Anioł (2007) are worth mentioning, where the issue of tourism space (similar as in this study) is viewed from the perspective of the individuals involved in tourist circulation. The above-mentioned authors stress the meaning of spare time in respect of paid annual leave (holiday entitlement) and (summer and winter) break periods, and they introduce the notion of "space of leave and holidays."

The author of this study is well aware of the fact that here there is no place for a more extensive discussion of the concept of tourism space, but he is of the opinion that the existence of tourism space (especially as related to results of empirical research) is mainly determined by the existence of tourist circulation [there].⁴

The multifaceted nature of tourist circulation was already stressed by W. Hunziker and K. Krapf (1942 W: Ostrowski 1975, p. 20) who defined the term as *"a temporary migration of people, composed of the stages of journey and stay, provided that the individuals do not settle permanently in the location of stay and they do not get involved in paid activities"*. The "voluntary nature of the change of the place of stay" (as "the essence" of tourist circulation) has been pointed out, among others, by J. Warszyńska and A. Jackowski (1978, p. 24). The aims and motives of tourist trips (the character of tourist circulation) have been defined by S. Ostrowski (1975), O. Rogalewski (1977) and A. Nowakowska (1989). In relation to the subject discussed in this study, the works of S. Ostrowski (1975), K. Naumowicz (1987), A. Szwichenberg (2000), W. Gaworecki (2000), S. Liszewski (2002), J. Kaczmarek and others (2005) have been useful, which define the measurable characteristics of tourist movement, i.e. the size, seasonality, the length of stay, the frequency of trips, the spatial characteristics (including tourist destinations), the method of organising tours, the goals and motives of trips, the expenditures during trips, the ways of passing spare time during trips in a given region, and tourists' opinions about their trips⁵.

All the above-quoted studies deal with the issue of the forms/types of tourist activities, but the author is in particular interested in "non-passive" forms of tourist behaviour, i.e. active tourism. As provided by T. Łobożewicz and G. Bieńczyk (2001, p. 122), the term "active tourism" started to be used in the literature on the subject "in the 1990s to describe the forms of tourism which did not have a passive character (...)"⁶, *"where taking up specific forms of recreational or hobbyist activities (...) are the main or a significant part of the trip"* (Andrejuk 1998, p. 24). S. Kulczyk (2006) adds that [specific] features of the natural environment are related to the conduct of this activity, and K. Mazurski (2006, p. 31) stresses that *"active tourism consists of travelling for recreational purposes with extensive use of one's own physical activities in order to cover distances."* In the literature on the subject there is also no lack of publications dealing with active tourism as having (the most significant among all the other forms of tourism) *"therapeutic function, which develops the individual physically, in terms of health, ethically, aesthetically, morally and technologically"* (Kaganek, Stanuch 2005, p. 223), and with the positive aspect of physical activity as the indispensable element (constituent) of active tourism (Matuszyk 1998, Ambroży, Ambroży 2004). As provided by Gaworecki (2000, p. 325-326), it may be *"a preventive measure with regard to mental health."*

Still valid is the dispute over the scope of the meaning of active tourism and qualified tourism. As correctly pointed out by W. Kurek (2007, p. 257) the above-mentioned terms *"have various types of meaning" and they should not be treated as being exchangeable.* The definition of qualified tourism appears, among others, in reports by Z. Kruczek (1979), W. Gaworecki (1982), T. Łobożewicz (1983, 1999a) and A. Kowalczyk (2001), J. Merski (2002), E. Mazur (2005), and in numerous announcements by the Polish Tourist and Sightseeing Society (PTTK) in relation to which G. Bieńczyk (2007) and J. Merski and J. Warecka (2009), among others, have presented a review of definitions of the term. The above-mentioned authors define the following as significant characteristics of qualified tourism: increased physical effort (an above-average physical fitness), the possession of and the ability to use specialist equipment (plus, sometimes, formal qualifications), and a broad knowledge of the rules of practising specific forms of qualified tourism; they stress the meaning of conscious tourism and they strongly emphasise the cognitive aspect of qualified tourism.

T. Łobożewicz (1999b, p. 5) summarises the issue in one sentence: *"by putting (...) an equality mark between active and qualified tourism one would equate a mushroom picker to a person hiking a mountain trail, [or] a tourist sitting back with his legs hanging over the side of a canoe with a canoeist traversing the Dunajec River."* *"It follows from a comparison of these terms that while each qualified tourist is at the same time an active tourist, not every active tourist is a qualified one."* (Merski, Warecka 2007, p. 24). Therefore, it seems beyond doubt that the notions of active and qualified tourism are not equivalent of each other.

The above discussion of terminology (taking into account the criteria of form and intensity level of physical activities taken during a tourist trip) active tourism is placed in the middle of a continuum between passive tourism and qualified (specialist) tourism. It is a transitory form, and – as correctly pointed out by T. Łobożewicz and G. Bieńczyk (2001, p. 132), it is an "entrance hall" – an introduction to qualified tourism." Summing up, the term "the space of active tourism" is understood by the author of this study as the geographical subarea within which the needs of those involved in tourist circulation (with all its characteristics) are being fulfilled by practising forms of active tourism.

The research material and methods

For this study an anonymous diagnostic survey was applied with the use of a questionnaire form designed by the author. The survey was conducted in the second half of 2011.⁷ The tool consisted of closed questions about pursuing tourist activities in their spare time (here: during paid leaves), with special attention being paid to forms of active tourism (among others, hiking, cycling, skiing, horse-riding, canoeing, and sailing) in the years 2005-2010. The survey involved 184 respondents – medical and dentistry doctors from Łódź healthcare establishments. All of these were registered in the Regional Medical Chamber in Łódź (representation office in Łódź). The choice

of the sample was not random, so the study's results have been narrowed down specifically to the surveyed population (Nachmias, Nachmias 2001). Nonetheless, the representativeness was maintained (at around 2.0 %) for the professional title and gender variables⁸. The study presents results of own empirical research in quantitative terms (Mazurkiewicz 1992).

With the aim of measuring the share and significance of active tourism in the structure of the respondent's holiday trips, an index was created in the form of an active-tourism index (Nowak 1985). The gauging was done with the use of a semantic scale (Babbie 2008). Each constituent of the index (form of active tourism) was assessed by the respondents in a bipolar scale (with antonyms at the opposite sides of the scale) of a continuum of options: never, very rarely, rarely, sometimes, often, very often, always. To the above-mentioned categories numeric values were assigned from 1 to 7. The reliability of the scale was tested with the use of Cronbach's α coefficient⁹, the use of which demands that the constituents of the index should measure the same variable, and that the cafeteria-style list should include only parallel items, and the respondent should select only one answer for each constituent. (Brzeziński 2002, Cronbach 2005, Szromek 2010).

The study is focussed mainly on the correlation results of the survey (Wieczorkowska, Wierzbiński 2005). The linear correspondences between the active-tourism index and the demographic and socioeconomic characteristics of the respondents were presented with the use of Spearman's rank correlation coefficient (ρ)¹⁰ and Pearson's correlation coefficient¹¹. The publications by I. Jażdżewska (2003), and J. Górniak and J. Wachnicki (2008) proved useful in this process.

Statistical analyses were carried out with the use of the SPSS statistical suite v.20. The results for the confidence interval $p < 0.05$ were regarded as statistically significant (Bedyńska, Brzezińska 2007). Cartographic analyses (here directions of tourist trips) were presented using the CorelDRAW Graphics Suite 13.0.

Results

The demographic and socio-economic characteristics of the respondents

In the surveyed group (N=184) there were 126 women (68.5%) and 58 men (31.5%). Among the female respondents persons aged 56-65 formed the most numerous group (27.5%), while among the researched men these were persons in the age groups of under 35 and 36-45 (24.6% each).

The average age was 47.9 with a minimum value of 26 and the maximum of 83. The structure of age and gender of the respondents is presented in Figure 1.

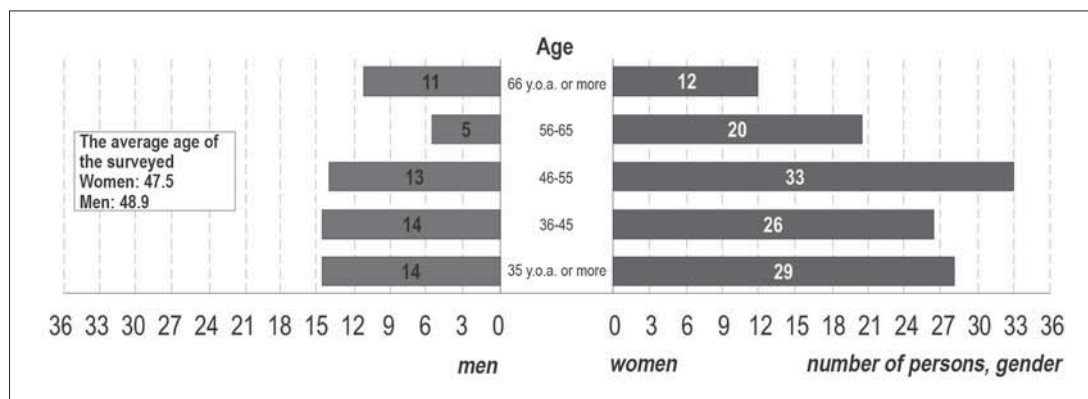


Figure 1. The age and gender structure of the respondents (N=177, after those with no data were subtracted)

Source: the author's own study based on research results

The majority of the respondents were those with the professional title of a medical doctor - 143 (77.7%). One respondent in five had the professional title of dentistry doctor - i.e. 21.8% (40 persons). One of the respondents reported having both these titles. Table 1 presents a juxtaposition of the respondents according to their professional title and the place of work. The average job seniority was 22.5 years with the extreme values of one year and 58 years, while it was lower for the surveyed women than for men, with 22.0 and 23.7 respectively.

A considerable majority of those surveyed (91.3%, 168 persons) were residents of Łódź. The remaining (8.7%, 15) quoted Lutomiersk, Aleksandrów Łódzki, Pabianice, Rzgów, Łask, Koluszki, Zgierz, Brzeziny and other villages located in the communes of Brójce, Andrespol and Wodzierady near Łódź.

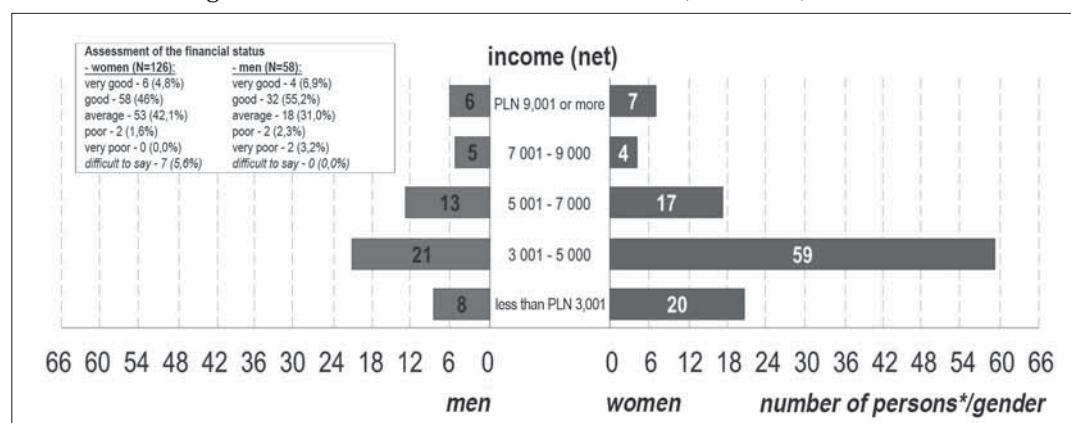
Table 1. Respondents according to professional title and place of work

Place of work*	Professional title (N=184)*	
	Medical doctor (N=144)*	Dentistry doctor (N=41)*
Public-health establishment – hospital	67	4
Public-health establishment – outpatient clinic	27	8
Non-public-health establishment	69	22
Private medical practice	37	14
Further-education college	9	5
Others	4	-
Unemployed	2	-

* the number higher than that of the respondents results from employment in more than one place (in the surveyed group 120 respondents reported one place of work, 44 – two, 11- three, 7 – four)

Source: the author's own study based on research results

The surveyed group included 37 holders of a doctorate degree in medical science, and 2 professors. The rest were holders of a medical doctor's diploma (MD). One in five respondents (18.5%, 34 persons) was a medical doctor with two specialisations¹². The possession of three specialisations was declared by seven of the surveyed and four by one of them. The remaining reported one specialisation. Nine respondents in ten were graduates of the Medical University/ Medical Academy in Łódź¹³ (94.0%, 173 persons). The remaining (6.0%) reported having graduated from medical higher-education establishments in Warsaw, Wrocław, Kraków and Lublin.

**Figure 2.** The structure of the declared monthly income (net) and the assessment of financial status according to gender in the surveyed group of medical doctors

* N=160, after those with no data were subtracted

Source: the author's own study based on research results

Half the respondents declared average monthly income (net) in the category from PLN 3,001 to PLN 5,000. One in five of the surveyed (18.8%) reported income in the category from PLN 5001 to PLN 7000, 5.6% - from 7001 to 9000, and 8.1% - PLN 9,001 or above. Income of less than PLN 3,001 were reported in the survey by 17.5%. The structure of declared income (net) and the assessments of financial status favoured male over female respondents. Based on Figure 2 it was observed that those who reported higher-income ranges also highly estimated their financial status (Spearman's rho = 0.44, p=0.001).

The active-tourism index in the surveyed group of medical doctors

The respondents were asked how often during tourist trips they pursued the chosen forms of active tourism. A satisfactory reliability level was achieved (Cronbach's α coefficient equalled 0.722)¹⁴. From among seven categories (constituents of the active-tourism index) hiking tourism and sports/physical activities in the place of the stay were the most popular. A little more rarely respondents reported cycling and skiing tourism. Horse-riding, canoeing and sailing tourism proved to be the least popular. A breakdown of the chosen constituents of the active-tourism index is presented in Table 2.

Table 2. The constituents of the active-tourism index in the surveyed group of medical doctors

Constituent*	Frequency of choices (in %)							Average/ Median (N)
	never	very rarely	rarely	sometimes	often	very often	always	
Value of the category	1	2	3	4	5	6	7	
Hiking tourism**	5.4	3.3	3.3	15.2	32.6	24.5	15.8	5.03/5 (184)
Cycling tourism	21.7	13.6	16.8	18.5	20.1	6.5	2.7	3.32/3 (184)
Skiing tourism***	35.3	10.3	6.0	14.7	18.5	10.9	4.3	3.21/3 (184)
Horse-riding tourism	81.0	8.2	3.8	5.4	1.1	-	0.5	1.40/1 (184)
Canoeing tourism	54.3	16.3	11.4	10.9	4.9	1.1	1.1	2.03/1 (184)
Sailing tourism	51.9	12.6	10.4	11.5	7.1	5.5	1.1	2.30/1 (183)
Sports and physical activities, etc.	7.7	7.7	12.6	25.7	19.1	16.4	10.9	4.34/4 (183)
<i>Others:</i> In the supplementary question the respondents reported forms of active tourism, such as golf, jogging, diving, conditioning camps, swimming, hunting, surfing, angling and climbing.								(42)

* The options selected to complete the sentence: *In the place where I spend my leave (if possible) I practise...*

** including mountain hiking and plains hiking

*** including downhill and cross-country skiing

Source: the author's own study based on research results

The optional constituents of the active-tourism index were assigned numeric values from 1 to 7, so every respondent could obtain a total index result in the range from 7 to 49. According to this continuum, the higher the result, the higher the frequency of the occurrence of the analysed forms of active tourism¹⁵. The summed up numeric values were grouped in five ranges <7;10> (i.e. no occurrence of the forms of active tourism in the ambit of tourist trips), <11;24> (occurrence – active-tourism index – low), <25;31> medium, <32;45> (high), <46;49> (very high). 4.4% of respondents fell into the first range (8 persons)¹⁶, the following ones were respectively represented by: 65.4% (119), 22.0% (40), 8.2% (15) and 0.0% (0).

No statistically-significant impact of the respondents' demographic categories, such as: gender¹⁷, financial status and professional title was observed on the occurrence of the analysed forms of active tourism in the scope of all tourist trips. In turn, the older the surveyed were and the longer job seniority they were characterised by, the lower was the occurrence of active tourism in the scope of tourist trips (r-Pearson's correlation coefficient equalling respectively -0.34 and -0.35, with an average interrelation at the level of $p = 0.001$). The respondents who pointed to forms of active tourism other than those listed in the questionnaire¹⁸ were mainly those with medium or high active-tourism index rates (63.0%).

The specifics of the space of active tourism in the surveyed group of medical doctors

In the group of respondents with low active-tourism index rates in the structure of tourist trips (in the years 2005 – 2010) almost half the trips were domestic (48.1%, with 574 trips in this group, Table 3.). Every third trip (34.0%) was to European destinations, and one in five to those out of Europe (17.9%). Among domestic destinations the following provinces were dominant: Pomorskie (30.5% of the total share of domestic trips in this group), Małopolskie (24.9%), Zachodniopomorskie (11.5%), and to a lesser degree Warmińsko-Mazurskie (6.3%) and Dolnośląskie Province (5.2%). The share of tourist trips in relation to the remaining provinces was from 3.7% to 1.1%, while the respondents from this group never chose the Lubuskie and Opolskie regions. In turn, in the structure of foreign destinations, Italy (12.8% to the total number of tourist trips in this group), Egypt (9.7%). Turkey (7.4%), Spain (7.0%), Croatia (6.7%), France (6.0%) accounted for a substantial share, and Austria (5.0%) and Tunisia (4.4%) occurred less frequently. The destinations of the tourist trips in the discussed group are presented in detail in Figure 3.

The average number of trips per respondent in the group with a low active-tourism index was 4.8 (in the discussed period) and the seasonality of tourist trips was apparent in that the trips dominated in the months from June to September (68.5% of the total of trips, Table 4.) Those surveyed in this group were characterised by the greatest average length of trips, i.e. 11.4 days, with an average for the total¹⁹ = 11.2, the median being 10).

Table 3. Destinations of tourist trips, according to the active-tourism index in the surveyed group of medical doctors* in the years 2005-2010

Destinations of tourist trips	Active-tourism index			Total
	Low	Medium	High	
	Percentage (and number*) of tourist trips			
Domestic trips (Poland)	48.1% (276)	45.8% (98)	29.5% (13)	387
Trips within Europe (Europe except Poland)	34.0% (195)	37.9% (81)	47.7% (21)	297
Trips out of Europe (the world except Europe)	17.9% (103)	16.4% (35)	22.7% (10)	148
Total	100% (574)	100% (214)	100% (44)	832

* N=174, after subtracting no-data cases and respondents with "zero" active-tourism index rates, i.e. no occurrences of active tourism in the ambit of tourist trips

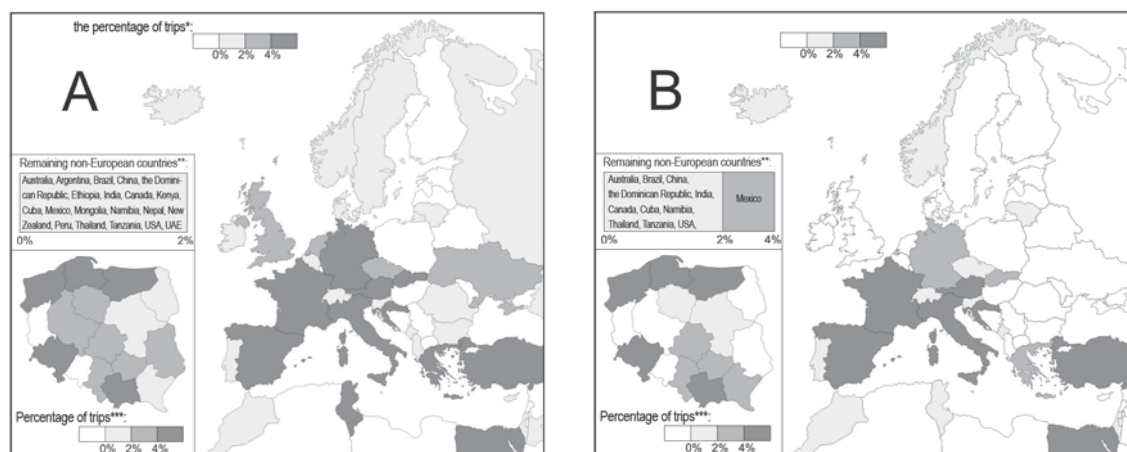
Source: the author's own study based on research results

The layout of the reported destinations of tourist trips in the group of those surveyed with medium active-tourism index rates were similar to the data for the respondents with low active-index rates. The highest percentage was taken up by domestic trips (45.8% with 214 trips in the group; Table 4.) Two out of five trips (37.9%) were to European destinations, and 16.4% to those out of Europe. In the space of domestic trips the following provinces accounted for a significant share: Małopolskie (33.0% of the total number of domestic trips in this group), Pomorskie (21.6%), Zachodniopomorskie (15.5%), Warmińsko-Mazurskie (12.4%) and Dolnośląskie (6.2%), with no choices of Podlaskie, Lubuskie, Wielkopolskie, Opolskie and Lubelskie. The percentage of tourist trips in relation to the remaining regions of Poland was from 3.1% to 1.0%. Among foreign destinations the biggest share was taken up by Italy (19.0% of the total number of foreign trips in this group, Austria (8.6%), France and Croatia (7.8% each), Spain and Egypt (6.9% each) and Turkey (5.2%). The remaining foreign destinations in total made up for 39.6% (from 3.4% to 0.9%) which is presented in detail in Figure 3.

The average number of trips per one respondent was in the above-mentioned group 5.4 (in the analysed period), with the seasonality of the trips visible in that the trips dominated in the months from July to September (56.1% of the total number of trips, Table 4.) and the average length of trip equalling 10.9.

Among tourist trips in the group of those surveyed with high active-tourism index rates the biggest percentage was taken up by European destinations (47.7% with 44 trips in this group, Table 4.) Every third trip (29.5%) was made to a domestic destination and every fourth one (22.7%) – to a destination out of Europe. The average number of trips per respondent in this group was 2.9 (in the analysed period).

Similarly to the case of respondents with medium tourist-index rates the following provinces proved to be the most popular domestic destinations: Małopolskie (28.6% of the total number of domestic trips in this group), Pomorskie (19.0%) and Zachodniopomorskie (14.3%). The shares of choices made for Mazowieckie, Podlasie and Podkarpackie, and for Warmińsko-Mazurskie and Śląskie regions have been 9.5% and 4.8% respectively. Also in this group Italy proved to be the most popular destination with a 29.0% share of the total number of foreign trips in this group). Austria came second (16.1%), Tunisia and Turkey were each chosen by 9.7%, and Bulgaria and Nepal – by 6.5% each. The remaining foreign destinations in total account for 22.4% (Figure 3.)



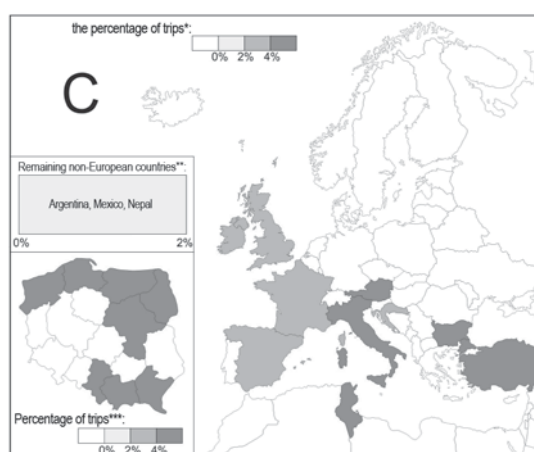


Figure 3. Destinations of tourist trips in the surveyed group of medical doctors in the years 2005-2010 according to the active-tourism index

A – low index rates; **B** – medium index rates; **C** – high index rates

* $N_A=298$, $N_B=116$, $N_C=31$ (the total number of trips 445, for $N=174$ total of respondents)

** trips to the remaining non-European countries

*** concerns 387 domestic trips for $N=174$ (respondents)

Source: the author's own study based on research results

Table 4. The seasonality of tourist trips according to the active-tourism index in the surveyed group of medical doctors* in the years 2005-2010

Active tourism index	Percentage of choices (in %) by month												Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Low	5.4	6.0	2.4	2.8	9.2	11.1	21.8	23.7	11.9	2.4	1.6	1.9	100%
Medium	1.7	7.4	6.5	6.1	7.8	8.7	23.9	18.7	13.5	2.6	0.9	2.2	100%
High	9.2	7.9	15.8	3.9	9.2	1.3	9.2	17.1	17.1	3.9	1.3	3.9	100%

* $N=174$, after subtracting no data cases and respondents with “zero” active-tourism index rates, i.e. no occurrences of active tourism in the ambit of tourist trips

Source: the author's own study based on research results

The seasonality of tourist trips in the group with high active tourism rates manifested itself differently from in the case of respondents with low and medium active tourism-index rates. A bigger share of trips made in two sub-terms was observed, i.e. in the winter months from January to March (32.9% of the total number of trips) and in the summer months from July to September (43.4%; Table 5.). Respondents with higher active-tourism index rates were characterised with the shortest average length of trips, i.e. 10.6 days.

Conclusions

Based on the results of the conducted empirical research a few very general conclusions have been drawn in three areas of issues. Some impact was noticed of the demographic and socio-economic variables on the medical doctors' behaviour. Pursuing active tourism was mainly characteristic of respondents in the younger age groups and with relatively short job seniority. The remaining demographic variables did not differentiate within the surveyed group of medical doctors, but they were a little more favourable for men than for women.

The share of active tourism in the general number of tourist trips was at a low level in the surveyed group of medical doctors, i.e. two respondents out of three were characterised by low active tourism rates. Hiking and sports/physical activities proved to be the most popular forms of active tourism, while horse-riding, canoeing and sailing – the least popular.

Respondents with a low and medium active tourism rates were characterised by distinct seasonal nature of tourist trips undertaken only in the summer months and in the group with high index rates two seasons were markedly visible, i.e. winter and summer. It is worth mentioning that the high active-tourism index rates were accompanied by shorter average lengths of tourist trips (and vice versa). Moreover, in the analysed (6-year) pe-

riod the average number of tourist trips did not statistically correlate with active-tourism index rates (the lowest number was characteristic of the surveyed with high index rates and the highest – of those with medium rates).

As regards the spatial layout it was observed that low and medium index rates were accompanied in the surveyed group of medical doctors with high shares of domestic tourist trips (with the lowest share of tourist trips taken out of Europe) while in the group with high index rates foreign destinations accounted for a considerable majority of tourist trips. Regardless of the value of the active-tourism index, the Mediterranean countries (most notably Italy), and for domestic trips the Małopolskie, Pomorskie and Zachodniopomorskie provinces proved the most popular. Non-European destinations (with the exception of Mediterranean countries such as Egypt, Tunisia, Turkey and Morocco) did not have a significant share in the surveyed group of medical doctors and they were characterised by a significant “dispersion.”

The method presented in this study of measuring the share of active tourism in the total of tourist trips made by the surveyed medical doctors (in the form of an active-tourism index designed by the author) may well be applied to research into the intensity of tourist activities in other professional (and/or social) groups. The author hopes that the article will inspire others to take up the issue of active tourism - among others, in the form of comparative studies in this area.

Notes:

¹⁾ The profession of medical doctor seems to ably represent the so-called upper middle class, where individuals from the middle levels of the social hierarchy are present. The contemporary middle class does not have distinct delimitations - its scope is being constantly redefined. In the context of this research it should be stressed that in the current meaning the middle class is thought to mainly encompass social and professional categories characterised by relative self-reliance, doing white collar jobs and with a (rather high) level of prosperity. The middle class mainly includes persons with higher educational status and higher cultural competence (Domański 2007).

²⁾ A profession is construed as a social group singled out on the basis of practising the same profession (here: the medical profession; Domański 2007). According to T. Nowacki (2004, pp. 286-287) a “profession” means *“doing sets of socially-useful activities singled out as a result of labour division, requiring the worker to have appropriate knowledge and skills, and psycho-physical characteristics, which condition the implementation of professional duties, systematically repeated and being the source of maintenance for the worker and for his family.”* In the literature on the subject the term profession is thought to also denote: *“1) an internally-cohesive set of activities being for the individual the source of his or her maintenance and specifying his or her social position, 2) a population of individuals conducting the same activities, such as medical practice or teaching, 3) constant implementation of certain duties regardless of qualifications”*. (Szczepański 1965, p. 15).

³⁾ *“It is an additional condition enabling its delimitation [delimitation of the tourism space] that there exist tourist facilities and services the scope and character of which allow the specification of the type of tourism space”* (Włodarczyk 2009, p. 74).

⁴⁾ In the literature on the subject there is a term “potential tourism space” denoting space not yet being used but having advantages which facilitate its treatment as a tourism space. This study presents the results of empirical research, so the above-mentioned discussion has been omitted here.

⁵⁾ The article presents results concerning trips destinations, the number (frequency) of trips, their seasonality and duration.

⁶⁾ Such forms of activities are listed here as hiking tourism (mountains and plains), cycling tourism, water tourism (canoeing, sailing, diving), skiing (cross-country and downhill), horse-riding, speleology, climbing and others.

⁷⁾ The implementation of the research project was within a targeted subsidy for conducting research or development projects and the tasks related to their serving the development of young scientists and participants in doctorate studies in the year 2012 (Faculty of Geographical Sciences, Łódź University).

⁸⁾ Based on one’s own search query conducted in the Regional Medical Chamber in Łódź and the Register of medical and dentistry doctors registered in the Łódź Representation Office in Łódź (as at 13.01.2011).

⁹⁾ Cronbach’s α coefficient is based on correlation rates between all constituents of the index, resulting in the overall index. The statistical data is an average derived from the correlation rate of all the possible halves of the test and it takes the values within the $<0;1>$ range. A scale is considered to be reliable if Cronbach’s α coefficient equals at least 0.7 (Bedyńska, Brzezińska 2007, Cronbach 2005).

¹⁰⁾ Spearman’s rank correlation coefficient (Spearman’s rho) measures interrelations among ordinal variables and nominal dichotomic variables (less often - ordinal and interval variables). The coefficient’s value spreads in the $<-1;1>$ ranges, with 0 denoting the lack of correlation. If the value of the coefficient is negative – with the increase of one variable the value of the other variable decreases (the direction of the interrelation). The coefficient measures two-way correlations. With Spearman’s rho values up to ± 0.30 the correlation is regarded as weak (or very weak), $\pm 0.31-0.50$ – medium, $\pm 0.51-0.70$ – strong, above ± 0.70 – very strong (Kot, Jakubowski, Sokołowski 2007).

¹¹⁾ Pearson's correlation coefficient is used to gauge interrelations among variables at the interval and /or quotient levels. The value range of Pearson's correlation coefficient, and the analysis of its direction and strength, is identical to the case of Spearman's rank correlation coefficient (Larose 2008).

¹²⁾ Specialisations in the group of surveyed medical doctors: allergology, anaesthesiology, general surgery, trauma surgery; diseases: internal, of the circulatory system, communicable, imaging diagnostics, dermatology, endocrinology, gastrology, gynaecology, haematology, hygiene and epidemiology, immunology, cardiology, laryngology, medicine: marine, tropical, occupational, family, social, neurosurgery, neurology, nephrology, ophthalmology, healthcare management, orthopaedics, paediatrics, obstetrics, psychiatry, pulmonology, radiology, rehabilitation, X-ray diagnostics, rheumatology, clinical transfusiology, veneerology. Specialisations in the group of the surveyed dentistry doctors: oral surgery, orthodontics, periodontics, prosthetic dentistry, general dentistry, conservative dentistry and healthcare management.

¹³⁾ The Medical University of Łódź was created on 01.10 2002 as a result of a merger between the Medical Academy in Łódź and the Military Medical Academy in Łódź (Machlański, Supady 2010).

¹⁴⁾ The application of Cronbach's α coefficient to measure the reliability of the scale is justified, as confirmed by the one-dimensional result of the indices analysis, i.e. the fact that all the active tourism indices are constituents of the active-tourism index.

¹⁵⁾ The median in the surveyed group of medical doctors was 21, with outliers 7 and 43.

¹⁶⁾ N=182.

¹⁷⁾ It is worth noting that low active-tourism rates tended to be more common among the surveyed women than among men, and in the respondents group with medium and high index rates men were slightly more numerous.

¹⁸⁾ The supplementary part of the question was not assessed.

¹⁹⁾ Based on N=172, after the subtraction of two respondents who declared four- and five-month trips.

References:

1. Andrejuk A. (1998), *Turystyka aktywna, rekreacyjna i specjalistyczna*. KENGRAF, Warszawa, s. 24.
2. Ambroży D., Ambroży T. (2004), *Turystyka jako forma aktywności ruchowej*. W: J. Biliński, M. Przydział (red.), *Nowe tendencje w turystyce i rekreacji*. Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów.
3. Babbie E. (2008), *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Bedyńska S., Brzezicka A. (2007), *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa, s. 26-27, 96, 135, 154-161, 164-165.
5. Bieńczyk G. (2007), *Turystyka kwalifikowana w działalności Polskiego Towarzystwa Turystyczno-Krajoznawczego w latach 1950-1990*. Almamater Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa, s. 5-34.
6. Brzeziński J. (2002), *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 475.
7. Cronbach J. L. (2005), *Współczynnik Alfa a struktura wewnętrzna testów*. W: J. Brzeziński (red.), *Trafność i rzetelność testów psychologicznych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
8. Domański H. (2007), *Mechanizmy stratyfikacji i hierarchie społeczne*. W: M. Marody (red.), *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*. SCHOLAR, Warszawa.
9. Gaworecki W. W. (1982), *Ekonomika i organizacja turystyki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 63.
10. Gaworecki W. W. (2000), *Turystyka*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, s. 24-30, 325-326.
11. Górniak J., Wachnicki J. (2008), *Pierwsze kroki w analizie danych. SPSS for Windows*. SPSS Polska, Kraków.
12. Jażdżewska I. (2003), *Statystyka dla geografów*. Uniwersytet Łódzki, Łódź.
13. Kaczmarek J., Stasiak A., Włodarczyk B. (2005), *Produkt turystyczny. Pomysł, organizacja, zarządzanie*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
14. Kaganek K., Stanuch H. (2005), *Modele regresyjne uprawiania turystyki aktywnej przez osoby niepełnosprawne wzrokowo i ruchowo*. „Bio-Algorithms and Med.-Systems”, Vol. 1, No. 1/2.
15. Kot S. M., Jakubowski J., Sokołowski A. (2007), *Statystyka. Podręcznik dla studiów ekonomicznych*. Difin, Warszawa, s. 54-56, 299-303.
16. Kowalczyk A. (2001), *Geografia turystyki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 68-78.
17. Kowalczyk-Anioł J. (2007), *Rozwój przestrzeni urlopowo-wakacyjnej rodzin studentów Uniwersytetu Łódzkiego*. Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
18. Kruczek Z. (1979), *Krajoznawstwo a turystyka kwalifikowana*. W: *Krajoznawstwo w turystyce kwalifikowanej i imprezach masowych. Materiały do dyskusji przed Kongresem Krajoznawczym*. Zakład Wydawniczo-Propagandowy PTTK, Warszawa.
19. Kulczyk S. (2006), *Walory przyrodnicze a pozostałe uwarunkowania turystyki aktywnej na przykładzie Mazowsza i Burgundii*. W: A. Świeca, K. Kałamucki (red.), *Turystyka aktywna i jej rozwój na Roztoczu – regionie pogranicza*. Kartpol s.c., Lublin.

20. Kurek W. (2007), *Turystyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 257, 471-472.
21. Larose D. T. (2008), *Metody i modele eksploracji danych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 48-49.
22. Latosińska J. (1998), *Przestrzeń urlopowo-wakacyjna pracowników wyższych uczelni Łodzi*. Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
23. Liszewski S. (1995), *Przestrzeń turystyczna*. „Turyzm”, t. 5, z. 2.
24. Liszewski S. (2002), *Przestrzeń turystyczna i osadnictwo turystyczne*. W: G. Gołembski (red.), *Kompendium wiedzy o mieście*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, Poznań.
25. Łobożewicz T. (1983), *Turystyka kwalifikowana*. Wydawnictwo PTTK „Kraj”, Warszawa, s. 13.
26. Łobożewicz T. (1999a), *Miejsce turystyki kwalifikowanej i aktywnej w całokształcie ruchu turystycznego*. W: T. Łobożewicz, R. Kogut (red.), *Turystyka aktywna. Turystyka kwalifikowana*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa.
27. Łobożewicz T. (1999b) *Wstęp*. W: T. Łobożewicz, R. Kogut (red.), *Turystyka aktywna. Turystyka kwalifikowana*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa.
28. Łobożewicz T., Bieńczyk G. (2001), *Podstawy turystyki*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa, s. 9-11, 132.
29. Machlański P., Supady J. (2010), *65 lat Wyższego Szkolnictwa Medycznego w Łodzi*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, s. 93.
30. Matuszyk A. (1998), *Humanistyczne podstawy teorii sportów przestrzeni*. „Studia i Monografie AWF w Krakowie”, nr 1.
31. Mazur E. (2005), *Geografia turystyczna*. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, s. 13-22.
32. Mazurkiewicz L. (1992), *Podejście ilościowe a funkcje praktyczne geografii na przykładzie geografii społeczno-gospodarczej*. „Przegląd Geograficzny”, T.LXIV, z. 3-4.
33. Mazurski K. R. (2006), *Geneza i przemiany turystyki*. Wyższa Szkoła Zarządzania, Wrocław, s. 31.
34. Merski J. (2002), *Turystyka kwalifikowana*. Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa.
35. Merski J., Warecka J. (2009), *Turystyka kwalifikowana. Turystyka aktywna*. Almamater Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Warszawa, s. 11-68.
36. Nachmias Ch. F., Nachmias D. (2001), *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zys i S-ka, Poznań.
37. Naumowicz K. (1987), *Turystyka jako sfera zaspakajania potrzeb osobistych*. „Prace Politechniki Szczecińskiej”, nr 338.
38. Nowacki T. W. (2004), *Leksykon pedagogiki pracy*. Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, s. 286-287.
39. Nowak S. (1985), *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 165-170.
40. Nowakowska A. (1989), *Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania ruchu turystycznego w układach przestrzennych*. Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków, s. 20-21.
41. Ostrowski S. (1975), *Ruch turystyczny jako przedmiot badań statystycznych*. Instytut Turystyki, Warszawa, s. 41-67.
42. Rogalewski O. (1977), *Zagospodarowanie turystyczne*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, s. 14-24.
43. Szczepański J. (1965), *Czynniki kształtujące zawód i strukturę zawodową*. W: A. Sarapata (red.), *Socjologia zawodów*. Książka i Wiedza, Warszawa.
44. Szromek A. R. (2010), *Współczynnik A-Cronbacha w badaniach zjawisk turystycznych*. „Ekonomiczne problemy turystyki”, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 14.
45. Szwichtenberg A. (2000), *Podstawy turystyki*. Politechnika Koszalińska, s. 53-61.
46. Warszyńska J., Jackowski A. (1978), *Podstawy Geografii Turyzmu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 24-27.
47. Wieczorkowska G., Wierzbńska J. (2005), *Badania sondażowe i eksperymentalne*. Wybrane zagadnienia. Dom Wydawniczy „ELIPSA”, Warszawa, s. 16-18.
48. Włodarczyk B. (2009), *Przestrzeń turystyczna. Istota, koncepcje, determinanty rozwoju*. Uniwersytet Łódzki, Łódź, s. 74.