

## CHAPTER «TOURISM»

### HISTORICAL OVERVIEW OF TRAVEL WITH THE PURPOSE OF HEALTH CARE

### ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД ПОДОРОЖЕЙ З МЕТОЮ ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я

Halyna Shchuka<sup>1</sup>

DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-255-5-7>

**Abstract.** Health tourism shows a high rate of development compared to other types of tourism, which is due to a number of objective factors: the increase in the number of elderly people, the deterioration of the psycho-emotional and spiritual state of the population, the imperfection of the existing national health care systems against the background of the spread of the philosophy of a healthy lifestyle (wellness), growth of solvency and the awareness of potential consumers. Despite the growing popularity, this type of tourism remains insufficiently studied and understood both at the level of theory and practice, that complicates the interaction between providers and consumers of medical and health services. Probably, a significant part of the misunderstandings is caused by the complexity of this phenomenon that covers three areas: tourism, medicine and medical practice, the duration of its formation in the course of several millennia, and the geography of distribution. The purpose of this work is to make a historical review of the development of health tourism from ancient times to the present. *Methodology.* The research was implemented using systematic and complex approaches; is based on the analysis of a large number of materials on this problem, the authors of which are well-known foreign and domestic scientists, international organizations. The following methods were used: data analysis and comparison to identify general

---

<sup>1</sup> Doctor of Pedagogical of Sciences, Professor,  
Professor of the Department of Geography and Tourism,  
Ferenc Rakoczi II Transcarpathian Hungarian College of Higher Education, Ukraine

development trends, common and specific features of various forms of tourism in countries and regions; systematization and generalization. The scientific novelty of the work is that the development of medical tourism is analyzed from three following positions: development of tourism, medicine and medical practice that allows us to explain a number of contradictions in understanding the essence of this type of travel. *Results.* The results of the analysis has showed that the development of health tourism is a long, dynamic, controversial process, which in different countries and regions has developed at its own pace in different directions and it has led to the formation of a number of subspecies (balneological, resort, spa, wellness, thermal, etc.), which partially overlap and coincide in terms of services. The processes of globalization, on the one hand, have a positive effect on the market of health tourism; on the other hand, they complicate the formation of the offer. *Practical consequences.* Understanding the history of the emergence and development of health tourism makes it possible to navigate the offer in the regional markets of this type of tourism and to form a national tourism product in view of the trends of its development and the needs of the consumer, taking into account the existing paradigm of health. *Conclusions.* Having undergone a long period of development spanning several millennia, the health tourism has split into several directions, among which health (spa, wellness) and medical tourism dominate only in recent decades. Geography of their distribution is determined both by existing traditions and by the level of state support.

### 1. Вступ

Подорожі, головною метою яких є піклування про здоров'я, ми розглядаємо під загальною назвою **лікувально-оздоровчий туризм** (health tourism). У такі мандрівки вирушають люди, які мають заго-стрення і потребують оперативного втручання (потреба – медичні послуги), хронічно хворі або після перенесеної хвороби (потреба – медичні та оздоровчі послуги) і здорові для профілактики (потреба – оздоровчі послуги). Тобто лікувально-оздоровчий туризм як явище є симбіозом туризму, медицини та лікувальних практик. Це означає, що розвиток лікувально-оздоровчого туризму повинен досліджува-тися на перетині кількох площин: історії туризму, історії медицини, історії лікувальних практик.

Якщо взяти до уваги головний мотив такого виду подорожей, важливо також простежити еволюцію категорії «здоров'я». Очевидно, що це досить непросте завдання, оскільки ця дефініція, за даними В. Кукси, нині має більше 450 визначень, а сутність цього явища людського життя постійно переглядається [50].

Крім того, історія туризму – це більше про соціально-економічний, політичний розвиток країни, тоді як ставлення до здоров'я – про філософію та культуру певного регіону.

Філософські концепції здоров'я в різних регіонах у різні епохи відрізняються ледь не кардинально. Очевидно, що це позначається на сутності такого виду подорожей. Лікарські практики також надзвичайно різні. І коли, наприклад, Р. Erfurt-Соорер пов'язує початок ЛОТ з подорожами до джерел мінеральних вод [9, р. 89], М. Smith та L. Puczkó нагадують, що стародавні цивілізації Азії та Близького Сходу та корінні народи всього світу знали про переваги масажу, йоги, медитації, трав'яних ліків та інших форм зцілення та духовної практики на багато століть більше, ніж у Європі, і також мандрували в пошуках здоров'я [37].

Hassan Said та інші науковці вказують на те, що є декілька періодизацій розвитку лікарської практики, оскільки місця госпіталізації відрізнялися за віруваннями, релігіями та традиціями, що вплинуло на її форму та внутрішні компоненти [13].

Водночас у разі вивчення генезису лікувально-оздоровчого туризму (далі – ЛОТ), визначення періодів та етапів його розвитку неможливо встановити єдині для всіх рамки (межі). Може йтися про різницю в пів тисячоліття і навіть більше. Це пояснюється тим, що різними були не лише політичні, соціально-економічні фактори розвитку туризму в кожному конкретному випадку, але й тим фактом, що кожен регіон рухався за своєю траєкторією, і напрямки цього руху не завжди були лінійними.

Також треба мати на увазі, що географія світу значно змінилася за минулі століття. А культура туризму, як правильно зазначає Y. Ma та ін., продовжувала розвиватися незалежно від того, об'єднана чи розділена нація [25]. Тому погоджуємося з висновком М. Smith та L. Puczkó, що географія лікувально-оздоровчого туризму може бути такою ж складною, багатоплосковою, як і історія, коли пояснює поширення традицій та оздоровлення [37].

Отже, в цьому розділі буде представлено історичний огляд лікувально-оздоровчого туризму, зроблений на основі аналізу, співставлення, порівняння та систематизації результатів досліджень історії туризму, медицини та лікарської практики вітчизняними та зарубіжними науковцями.

У зв'язку з дискусійністю трактування основних понять, які використовуються в лікувально-оздоровчому туризмі [54], надаємо їх розуміння в цьому дослідженні:

– *лікувально-оздоровчий (health) туризм* – тип туристичної діяльності, яка спрямована на покращення, відновлення або лікування здоров'я подорожуючого;

– *медичний туризм* – тип туристичної діяльності, яка спрямована на поліпшення або відновлення здоров'я туриста шляхом медичного втручання, що здійснюється в закладах охорони здоров'я;

– *велнес- (wellness) туризм* – тип туристичної діяльності, яка спрямована на покращення та збалансування всіх основних сфер життя споживача, включаючи фізичну, розумову, емоційну, професійну, інтелектуальну та духовну. Основною мотивацією для велнес-туриста є участь у профілактичних, проактивних і спрямованих на покращення способу життя заходах, таких як фізичні вправи, здорове харчування, релаксація та оздоровчі процедури;

– *спа- (spa) туризм* – тип туристичної діяльності, яка забезпечує оздоровлення та релаксацію організму подорожуючого шляхом застосування процедур на основі природних лікувальних ресурсів та води у всіх її проявах;

– *санаторно-курортний туризм* – тип туристичної діяльності, яка спрямована на поліпшення або відновлення здоров'я туриста методами бальнео-, фізіо- та пелюідотерапії, що здійснюється у санаторіях, які належать до системи охорони здоров'я;

– *медичний спа-велнес-туризм* – тип туристичної діяльності, яка спрямована на поліпшення та відновлення здоров'я споживача шляхом застосування спеціальних методик оздоровлення: лікувальних фізичних вправ, дієтичного харчування, лікувально-оздоровчих процедур, які не передбачають медичного втручання, але реалізуються фахівцями з охорони здоров'я.

## 2. Лікувально-оздоровчі подорожі у Стародавні часи

Початковий період розвитку туристичної діяльності має різні назви (епоха імперій, доіндустріальний період та ін.), але більшість науковців пов'язують його з античною добою [46, с. 287]. Очевидно, що туризму у сучасному розумінні цього явища тоді ще не було, подорожі носили індивідуальний та елітарний характер, сама сфера не мала особливого значення у суспільному житті. Звичайно, що і медицини, як системи наукових знань та практичної діяльності, тоді не існувало. Отже, характеризуючи такий період розвитку ЛОТ, ми можемо говорити лише про генезис лікарських практик, визначаючи загальне та відмінне в розвитку різних регіонів.

Серед туризмологів є прихильники концепції існування подорожей з лікувально-оздоровчою метою вже в **первісні часи**. Основним доказом цієї теорії виступають залишки стоянок первісних людей біля джерел з мінеральною водою. Можна з упевненістю сказати, що первісні люди емпіричним шляхом навчилися відрізняти прісну воду від солоної чи мінеральної і використовувати останню для зцілення. Проте навряд чи можна погодитися з твердженням, що первісна людина могла собі дозволити залишити плем'я і вирушити в подорож з метою лікування. Тому зародження лікувально-оздоровчого туризму ми схильні пов'язувати все ж таки з появою цивілізацій.

**Антична доба** (Стародавні часи) охоплює період з 4 тисячоліття до н.е до початку Середньовіччя, 5 ст. н.е., і відома такими цивілізаціями, як: Стародавній Єгипет, Стародавня Індія, Стародавній Китай, Стародавня Греція, Стародавній Рим та Межиріччя.

Маємо припустити, що перші подорожуючі з'являються ще в процесі зародження цивілізації, а самі подорожі поступово набувають форм поодиноких, здебільшого церемоніальних турів знаті. Лише з розквітом цивілізації, укріпленням державного устрою навколо столиць створюється транспортна мережа, розширюються (за наявності) водні шляхи, з'являються різного роду гостьові будинки, що сприяє поширенню серед привілейованих верств населення моди на мандрівки. Популярністю користувалися історико-культурні об'єкти, незвичайні ландшафти та місця паломництва, про що ми знаємо завдяки появі жанру мандрівних оповідань [25]. Так, збереглися записи єгиптян про їхнє відвідування Сфінкса, великих пірамід; греків – перших Олімпійських ігор, Оракула в Дельфах тощо [12].

Безумовно, значна кількість подорожуючих переміщалася в пошуках ефективних методів зцілення від хвороб. Причому вже в цей період людям були відомі цілющі властивості вод, як мінеральної, так і звичайної. Хрестоматійними прикладами, які підтверджують такий факт, є індійські аюрведичні практики та купальні з водоводами, ванними кімнатами і басейнами в долинах біля річки Інд (5000 р. до н.е.); перші писемні згадки про магичні цілющі води (1700 р. до н. е.) та китайські ліки (до 1000 р. до н.е.); запровадження обов'язкового купання у холодній воді для воїнів у давньогрецькій цивілізації (з 700 р. до н.е.); використання парових та грязьових ванн персами (600–300 рр. до н.е.); ритуальне очищення в Мертвому морі у євреїв (200 р. до н.е.); практика масажу в тайців (тоді сіамців) ще в 100 р. до н.е.; термальні ванни Римської імперії та ін. [37; 39; 42].

Представники стародавніх цивілізацій вважали, що термальні та мінеральні води були даром богів. У Месопотамії дякували за це Еа, Гулу, Іштар, Мардук, Ніназу, Нінгішзйда та ін. [52, с. 10], у Стародавньому Єгипті – Той, Ісіді та пізніше Імготепу; у Стародавній Греції – Асклепію та Зевсу [1; 52, с. 37], у Римській імперії – Ескулапу та Геркулесу, якого вважали богом термальної води [2]; кельти будували храми на честь богині Суліс [39]. Лікарська практика була зосереджена при храмах і реалізувалася жрецькими. Тому подорожі з метою лікування мали риси паломництва.

Процедура зцілення в усіх стародавніх цивілізаціях містила низку спільних рис: хворий мився у водах священного джерела, приносив жертву богам, брав участь у службі і проводив у храмі одну або декілька ночей до появи незвичайних сновидінь. Вважалось, що бог лікує хвороби вночі і через сон дає зрозуміти її причини та засоби лікування. Потім жреці тлумачили ці сновидіння і давали рекомендації. Різниця полягала в тому, які способи використовувалися для «навіювання» сновидінь чи досягнення гіпнотичного трансу: одурманююче обкурювання, медитація, духовні практики, музика, танець, спів, фізичні маніпуляції, спогади тощо [47, с. 62; 52, с. 32].

Проте це зовсім не означає, що лікарська практика була в руках шарлатанів. Храми в країнах Стародавнього світу були осередками культури, об'єднували навколо себе найосвіченішу (елітну) частину мешканців міст, регіонів і створювали умови для їхньої плідної

діяльності [47, с. 46]. Жреці використовували добре перевірені засоби народної медицини, знали цілющі властивості трав. Наприклад, у Греції вдавалися до різних форм водолікування, холодних обмивань, масажів і гімнастики [52, с. 38; 47, с. 73]. Саме при храмах відкривалися перші притулки для хворих, з яких беруть свої початки лікарні. У Стародавній Месопотамії такі храмові лікарні існували вже у XIV ст. до н.е., в Індії – у III ст. до н.е. [52, с. 10–12].

З часом з'являються лікарі-професіонали, які отримали спеціальну медичну підготовку в школах при храмах [47, с. 60; 52, с. 9]. Медична практика стає для них основним повсякденним заняттям (служінням), а жреці поступово відходять від активної медичної діяльності, хоча і дотепер у храмах відбуваються спеціальні служби для зцілення хворих, які закінчуються елеєпомазанням.

Окрім храмової медицини, зароджується світська професійна медицина, відкриваються світські лікарні, які утримувалися на кошти громади чи держави, та невеликі приватні лікарні в будинках практикуючих лікарів. Світська медицина ґрунтувалася на емпірії і у своїй основі була вільна від теургії, тобто покликання богів, заклинань, магічних прийомів і т.ін. Поступово в професійній медицині лікарі поділилися на лікарів, що лікують знаннями й ліками (лікарі терапевтичного профілю), та лікарів, які лікують знаннями й ножем (лікарі хірургічного профілю).

Для стародавніх цивілізацій характерний класовий підхід до лікарської діяльності: якість медичної допомоги та лікування залежали від грошової винагороди, яку отримував лікар. Світські лікарі наймалися державою тільки для обслуговування поранених під час воєн та боротьби з епідеміями. На базі лікарень започатковуються світські медичні школи.

Лікуванням бідного населення займалися лікарі-самоуки: знахарі, волхви, кметі, заклинателі та ін. Здебільшого це були вузькопрофільні спеціалісти (костоправи, зубоволоки, повитухи, кровопускачі та ін.), які отримували свої знання під час «домашнього» учнівства. Ця практика була поширена у Стародавній Месопотамії, Індії, Греції, Скіфо-Трипільській цивілізації Північного Причорномор'я [47, с. 72; 52, с. 10]. Значну роль відігравали мандрівні лікарі, які, мандруючи самостійно чи з купцями, обмінювалися знаннями і практичним досвідом із лікарями інших регіонів і надавали медичну допомогу хворим у місцях зупинок. Осо-

бливо їх приваблювала Індія, де вони вивчали Аюрведу. Мандрівним лікарем був Гіппократ, який побував у Єгипті, Індії, країнах Месопотамії, у Скіфії (тобто на землях сучасної України).

Лікарі Стародавнього світу розглядали організм людини як мікрокосмос. Здорова людина має рівновагу всіх початків і першоелементів (води, дерева, повітря, вогню, землі, металів – набір міг відрізнятись). Хвороба виникає у разі порушень цієї рівноваги, тому лікували не хворобу, а організм як єдине ціле, застосовуючи індивідуальний підхід.

В.І. Білоус та В.В. Білоус стверджують, що всі відомі хвороби за причинами їх виникнення і можливими наслідками стародавні лікарі розділяли на три групи: 1) хвороби, які людина отримує за гріхи (наприклад, як теперішні спадкові хвороби, туберкульоз, онкохвороби, нинішній СНІД, інші); 2) хвороби, які може отримати людина за порушення ритуалів і традицій, наприклад, миття рук перед їдою або приготуванням їжі, відвідування лазні, приготування і зберігання їжі в чистому посуді, використання якісних води і продуктів (для прикладу, теперішні токсикоінфекції, дизентерія, черевний чи висипний тиф, короста, педикульоз та інші); 3) хвороби від дії природних факторів і травми (переохолодження, опіки, переломи, вивихи, поранення тощо) [47, с. 57].

Очевидно, що відмінності в поглядах існували, але вони не були дуже значними. Так, згідно з Аюрведою, здоров'я має два складники – здоров'я розуму і здоров'я тіла. Захворювання підрозділяються на два види: ті, що ми заробили своїм мисленням і поведінкою у минулому, і хвороби, які формуються унаслідок нашого неуцтва зараз.

У стародавніх цивілізаціях простежується цілісний та профілактичний підхід до здоров'я, включаючи дієту, рух, духовне та емоційне благополуччя.

Вже у Стародавні часи можна простежити регіональну спеціалізацію лікарських засобів. Індійські лікарі знали і використовували для зміцнення найбільшу кількість лікарських засобів рослинного і тваринного походження. Шанували ліки із хімічних речовин, передусім ртуть. Виго-товлявся і був популярний еліксир довголіття із вмістом золота. З IV ст. н.е. простежується високий розвиток оперативних методів лікування (ампутація, каменерозсікання, грижосічення, ринопластика, видалення катаракти) та допомоги породіллям (поворот плоду, ембріотомія, краніотомія та ін.). У разі лікування особливого значення надавали тим засо-



бам, які здатні підтримувати гарний настрій та спокій хворого. В Китаї особливо популярними були масаж та методи чжень-цзю: лікування уколами (акупунктура) і припіканням, що, на думку врачивателів, дозволяло виводити з організму нечистоти. В більшості використовували рослинні ліки, особливо популярним був корінь женьшеню.

Єгиптяни добре розумілися на захворюваннях внутрішніх органів, приділяли увагу дезінфекції, особливо очей, попередженню сонячних опіків, зосереджувалися на зовнішній красі (креми для обличчя та тіла, дезодоранти, зубна паста, парфуми, хна та інші барвники були відомі вже в 1400 р. до н.е.), бо були переконані, що для досягнення вищої духовності необхідно бути чистими та красивими. Вони успішно застосовували методи таласотерапії. Греки до цієї традиції додали пелоїдо- та спелеотерапії, обгортання з морських водоростей, сольові скраби [37].

Греки боролися з хворобами також такими методами, як тренування пам'яті, хоровий спів під акомпанемент струнних інструментів та декламація віршів Гомера з «Іліади» або «Одіссеї». Наприклад, Піфагор мав для кожного типу захворювання власний музичний рецепт та підбирав відповідні уривки з поем [47, с. 34]. Римляни у лікувальній практиці використовували ліки рослинного, тваринного та мінерального походження, а також мінеральні води та грязі. Ліки виготовлялися і використовувалися у формі відварів, настоїв, мазей, пластирів, порошоків.

Досліджуючи витоки ЛОТ, вчені звертаються до традицій Стародавніх Греції та Риму, застосування ними методів гідро- та бальнеотерапії. Треба відзначити, що ці методи були відомі й іншим цивілізаціям. Науковці зауважують, що хоча терміни ці грецькі, а традиції походять від стародавніх греків та римлян, проте вони є лише частиною давнішої азійської філософії з її особливим акцентом на духовному. Окремі дослідники допускають найдавніше її існування в Північній Америці [6; 9; 17; 37; 22]. Також в усіх регіонах звертали увагу на ландшафтно-кліматичні особливості місцевості (що надалі перетворилося на кліматотерапію).

Отже, понад 2000 років тому в багатьох культурах, таких як арабська, грецька та римська, воду застосовували з лікувальною метою, і з цієї причини біля природних джерел мінеральної води були побудовані приміщення, які використовували для лікування [33]. Термін

«терма» означав елегантні заклади відпочинку, тоді як «бальнеа» – прості і переважно лікувальні банні заклади [37]. Терми прикрашали мозаїкою, скульптурами та картинами, як театри. Кожна будівля була унікальною, але мала однакову структуру: роздягальня, відкритий спортзал, холодна кімната з басейном, тепла кімната, гаряча кімната, суха кімната [2]. Навколо терм був розбитий чудовий парк. У цьому архітектурному комплексі були також численні зали для читання та бесід, бібліотеки, палестри або гімназії. Римські терми вважаються прообразом сучасних фітнес-центрів та клубів, в яких представники різних верств і різних культурних рівнів проводили своє дозвілля, відпочивали та розважалися [45].

Відомо, що грецькі лікарі вже знали про лікувальні властивості різних вод, тому призначали нанесення води на уражені частини тіла, занурення у воду або пиття [39]. Давньоримські медики Гален і Цельс створили першу класифікацію термальних мінеральних вод на основі їхніх лікувальних властивостей. Вони розглядали джерела як засіб для ослаблення м'язових і суглобових болів, сірчані ванни рекомендували для лікування шкірних хвороб, йодобромні води – для зміцнення жіночих недуг.

Науковці зауважують, що класичний світ мав не лише «купальний відпочинок» на півдні Італії, пляжах Єгипту та Греції, але й розвинув ранню форму «літнього оздоровчого відпочинку» в шикарних термальних ваннах і розкішних місцях, які відвідували багаті городяни у спекотні місяці. У I ст. н.е. в Римській імперії існувала справжня туристична економіка: існували люди, які надавали інформацію, допомагали з розміщенням та харчуванням, організовували подорожі для окремих осіб і груп [12; 24].

Отже, можна стверджувати, що ще у Стародавні часи люди подорожували з лікувальною метою. Якщо говорити сучасними термінами, то спочатку лікувально-оздоровчі подорожі мали чітко виражений паломницький характер і можуть розглядатися як релігійний туризм.

Подорожі були доступні лише еліті і здійснювалися переважно в межах країни. Тобто, це був елітний внутрішній туризм, який набував сили під час розквіту цивілізації та майже зникав з її занепадом. На теренах Європи лікувально-оздоровчим подорожам були притаманні риси курортного спа- (оздоровлення на морі та біля водоймищ) та тер-

мального туризму (подорожі до джерел з термальною водою), Азії – велнес. Письмові згадки про діяльність відомих лікарів дозволяють припустити, що існували подорожі з метою лікування шляхом медичного втручання (прообраз сучасного медичного туризму).

Лікарі Стародавнього світу розглядали організм людини як мікрокосмос, сповідували цілісний та профілактичний підхід до здоров'я, що передбачав правильне харчування, фізичну активність, духовне та емоційне благополуччя (на кшталт сучасної концепції wellness), також значна увага приділялася організації дозвілля.

### **3. Лікувально-оздоровчі подорожі в період Середньовіччя та епохи Відродження**

Середньовіччя охоплює період V–XV ст., з часу падіння Римської імперії до початку епохи Відродження. Проте ці межі є досить умовними: середні часи в Китаї почалися за 200 років до н. е., в Америці – лише після відкриття континенту Колумбом. З іншого боку, тривають дискусії щодо доцільності виділення такого періоду в історії Азії, Північної Африки та Америки. Використовуючи поняття «розвиток лікувально-оздоровчого туризму у середні віки», ми маємо на увазі генезис подорожей з метою піклування про здоров'я 500–1500 років тому.

Зауважимо відразу, що розуміння Середньовіччя як «темних часів» в історії туризму загалом та лікувально-оздоровчого зокрема, на наш погляд, є помилковим. В історії Середніх віків виділяють Ранне (кінець V ст. – середина XI ст.); Високе (XI–XIV ст.) та Пізнє Середньовіччя (XIV–XVI ст.), і кожен з цих періодів демонструє різні рівні популярності подорожей серед населення. До того ж кількість, тривалість, мотиви та інші риси подорожей суттєво відрізнялися за регіонами, країнами та континентами. Розглянемо це більш детально.

Початок Середньовіччя ознаменувався Великим переселенням народів та падінням Римської імперії. Очевидно, що обидві події мали значний вплив на розвиток туризму в Європі, частково Азії та в Африці: зменшення безпеки подорожей негативно позначилося на кількості подорожуючих, військові дії призвели до втрати туристичної інфраструктури. Звертаємо увагу, по-перше, зменшення темпів розвитку туризму спостерігалось лише на землях, які входили до Римської імперії, на решті території подорожування розвивалося еволюційно. І по-друге,

саме з крахом імперії пов'язується поширення християнської концепції піклування про здоров'я, що на віки закріпило існування двох шляхів розвитку медицини, які отримали умовну назву «традиційна/доказова/наукова» та «комплементарна/альтернативна/недоказова».

Східний (в окремих джерелах – азіатський) шлях розвитку ЛОТ – шлях дотримання традицій. Він притаманний народам, які населяли території Азіатсько-Тихоокеанського, Африканського та Американського туристичних макрорегіонів. Для цих територій характерне збереження та поширення народних методів лікування (аюрведа, акупунктура, голковколювання та ін.), які продовжують дотримуватися цілісного підходу до людини та її здоров'я. Одним з відомих центрів зцілення був Тібет. Тібетських лікарів вчили при монастирях 10–15 років. Навчання було схоластичним: треба було вивчити напам'ять цілі розділи з Чжуд-Ші (канону тибетської медицини). Найбільше розумілися тибетські лікарі на терапії, найменш – на хірургії, оскільки анатомію знали лише в загальних рисах. Рецепти тибетської медицини дуже складні, до їх складу входило іноді 50–60 складових частин. Для здоров'я рекомендували верхову їзду, полювання, купання у водоймах, стриманість в їжі, вживання кислого молока, прогулянки на свіжому повітрі [52, с. 50].

Успішно розвивався ЛОТ в Арабському Халіфаті. Державне утворення, яке існувало протягом п'яти століть на території Палестини, Сирії, Західної Індії, північного узбережжя Африки і Піренейському півострові, ввібрало кращі досягнення Стародавнього Сходу й античних цивілізацій і надалі служило одним з джерел західноєвропейської цивілізації.

До нашого часу дійшли імена відомих медиків того періоду: Абу Бакр ар-Разі (865–925 рр.), Ібн аль-Хайсам (965–1039 рр.), Аль-Захраві (близько 936–1013 рр.), Ібн Сіна (980–1037 рр.) та інші. Вони були не лише практикуючими лікарями, до яких зверталися хворі навіть з віддалених територій, але й винахідниками та теоретиками. Так, Аль-Захраві винайшов більше 150 нових хірургічних інструментів, описав і показав їх у малюнках, Ібн Сіна в п'ятитомнику «Канон» систематизував тогочасні медичні знання, описавши 811 лікарських засобів рослинного, тваринного і мінерального походження, вказавши їхню дію, способи застосування, правила збирання і зберігання; навів опис окремих хвороб, їхню діагностику, лікування та інше [51, с. 6–7].

Найвизначнішою лікарнею арабського світу була лікарня на вісім тисяч хворих, побудована у 1283 р. у м. Каїр. Очевидно, що наявність відомих медиків та облаштованих лікарень були вагомим стимулом відправитися у подорож з метою зцілення.

Араби справили значний вплив на становлення і розвиток фармації, перетворивши її на окрему галузь медицини. Разом із тим у зв'язку із забороною Корану розтинати трупи хірургія та акушерство на цих територіях розвивалися слабше, ніж вивчення інфекційних хвороб, терапія та гігієна [52, с. 53].

Натомість в Європейській частині антична культура і медицина в Ранньому Середньовіччі переживали занепад. Свята інквізиція переслідувала відвідування терм як гріховні діяння. У зв'язку з антисанітарією та поширенням епідемій купання було офіційно заборонене. Люди не милися роками. Така позиція церкви пояснювалася розпустою, яка існувала в римських термах періоду падіння імперії, та відсутністю санітарно-гігієнічних норм прийому мінеральних ван, коли в одній ємності перебували оголеними всі охочі, тривалий час не міняючи воду [37]. Терми були перебудовані під церкви [2; 39].

Змінилася концепція здоров'я: його віднесли до сфери духовного. Хвороби та смерть розглядалися як кара небесна за гріхи. Повсякденна гігієна тіла і вправи не визнавалися корисними. Вважалося, що тільки епізодичні водохрещення (омивання) і постійні відмолювання гріхів здатні підтримувати здоров'я. Тіло має бути немічним, тоді зростає дух, і фізичне здоров'я тут згубне, бо відводить помисли від ідеї спасіння [50]. Віра в зцілення через поклоніння і молитву вважалася важливішою за лікувальну ванну. Подорожі з метою піклування про здоров'я повернулися на шлях паломництва [43].

Медичні школи були закриті, підготовка лікарів повернулася в храми. Церковні собори заборонили лікарям-ченцям займатися лікувальними процедурами з проливанням крові. Ця галузь медицини перейшла до ремісників. Нею займалися банщики, цирульники і хірурги, яких не вважали лікарями. Більшість з них робили невеличкі хірургічні втручання: кровопускання, видалення зубів. У маленьких містах цирульники в основному були неписьменними, лікарські практики передавали своїм учням тільки практичним шляхом. Термін навчання у середньому становив 5 років [51, с. 7; 52, с. 63].

Були на Заході і поодинокі світські медичні школи, найбільш відома з яких – у Салерно. Її фінансувало об'єднання лікарів «Товариство Гіппократа». Незважаючи на те, що хірургів там навчали 10 років, а потім ще передбачався рік роботи під керівництвом досвідченого лікаря, практична підготовка була слабкою. Тільки через 4 століття свого існування школа отримала дозвіл на розтин людського трупа, і то 1 раз на 5 років [52, с. 62].

З XII ст. починають відкриватися університети з медичними факультетами, але навчання там було схоластичним, основою медицини стали не споглядання і досвід, а словесні умовисновки і дедукція. Тому до часу Відродження медична наука не знала видатних наукових праць чи відкриттів.

Поштовхом до розвитку лікувально-оздоровчого туризму певною мірою послужили результати хрестових походів. Хрестоносці принесли з Близького Сходу безліч заразних, невиліковних у ту пору хвороб – сифіліс, проказу, різні шкірні захворювання. Медицина була безсила перед ними, і неефективність застосування ліків змусила лікарів знову звернутися до зцілення водою, зокрема прісними і мінеральними ваннами. Наступним фактором, який змусив лікарів повернутися до питань профілактики захворювань, дотримання санітарно-гігієнічних норм та застосування методів бальнеотерапії, стали масові епідемії чуми, прокази, тифу, холери та інших інфекційних захворювань.

Проте цілющу дію мінеральних вод усе ще пов'язували із заступництвом святих. До монастирів, у власності яких були джерела, потягнулися тисячі страждених для зцілення. Навколо джерел і купалень знову стали формуватися об'єкти розміщення та харчування.

Масово курорти в Європі стали відроджуватися з XIII ст. Цьому сприяли факти позбавлення від хвороб лікуваннями на «водах» найвідоміших людей того часу – Федеріко II, Петрарки, папи Боніфация VIII. На мінеральних джерелах Італії знову стали виникати водолікувальні центри. На початку XIV ст. у Німеччині було відновлено курорт Баден-Баден. Приблизно до цього ж періоду належить заснування всесвітньо відомого курорту Карлові Вари в Чехії.

Погоджуємося з думкою У. Гур, що мобільність середньовічного суспільства була сформована його власними формами та розумінням подорожей різними групами населення, включаючи торговців, студентів, солдатів, паломників, підмайстрів, жебраків і грабіжників [12, с. 8].

Основними мотивами для подорожі були паломництво, зцілення від хвороб, навчання, бажання пізнати світ та/чи досягти самореалізації.

Подорожі з метою зцілення в період Середньовіччя все ще зберігають характер паломництва, риси елітарності та здійснюються переважно в межах держави. Проте вже простежується різниця в практиках лікувально-оздоровчих мандрівок на різних територіях. На Сході дотримуються цілісного підходу до організму людини, розвивають традиційні оздоровчі та лікувальні практики, в основному терапевтичного характеру; пропагують профілактику і звертають увагу на гігієну. На Заході лікувально-оздоровчі подорожі пов'язуються виключно зі святими місцями, а хвороби – з гріховністю людини; гігієна тіла і фізичні вправи не вважалися корисними.

Незважаючи на наявність джерел мінеральної води, вони ні на Сході, ні на Заході не притягують так подорожуючих, як це було в період Римської імперії. З точки зору економічної історії сфера спа була занедбана. Зберігалася лише традиція турецьких лазень, хаман, в основному за рахунок того, що, крім цілей очищення тіла та підтримки доброго здоров'я, вона мала також і релігійну мету, пов'язану з мусульманським звичаєм миття (очищення) перед входом до мечеті [3].

**Епоха Відродження** (кінець XV – середина XVII ст.), проголошуючи людину вищою цінністю та підкреслюючи важливість єдності тіла та душі, повертає лікувально-оздоровчі подорожі європейців до традицій античності, але робить це ґрунтуючись на результатах досліджень учених Пізнього Середньовіччя.

Ще у XIII–XIV ст. європейські медики почали вивчати лікувальні властивості мінеральних вод. Парацельс (1494–1541 рр.) офіційно підтвердив цілющі властивості джерел багатьох курортів у Європі, хоча їхні хімічні та мінеральні властивості були досліджені пізніше, у середині XVII століття. Відповідно, води почали класифікувати за методом використання: для пиття, спринцювання, купання; поступово зрозуміли їхню дію, почали досліджувати вплив різних температур. У королівських дворах поширюється мода на відвідування курортів. На державному рівні вирішуються питання будівництва, обладнання та порядку експлуатації водолікувальних установ і грязелікарень. З цього періоду можна вважати лікування і оздоровлення на курортах найбільш масовим видом подорожей у Європі.

У 1553 році у Венеції був надрукований перший європейський каталог курортів, у якому перераховано понад 200 курортів [37]. Крім того, туризм з метою оздоровлення та лікування в цей період стає прибутковою частиною розвитку європейських курортних територій. Наприклад, у с. XVI ст. у Карлс-Бад (нині Карлові Вари в Чехії) вперше було введено курортний податок з відвідувачів. Наприкінці XVI ст. у Франції створена курортна інспектура, завданням якої був нагляд за станом курортів та їхньою експлуатацією [49].

У період Відродження, окрім розвитку бальнеотерапії, розширяється аптечна справа, починається фізіологічне осмислення анатомічних даних, виникає функціональний напрям в анатомії, розвивається клінічна медицина; фізіологія, епідеміологія формуються як науки, хірургія повертається у сферу медицини. Починається повільне зростання кількості подорожей, що науковці пов'язують з відкриттям торговельних шляхів та зростанням комерційної діяльності [30, с. 5].

#### **4. Лікувально-оздоровчий туризм в епоху мобільності**

Епоха мобільності охоплює період з 1800 до 1944 рр. та характеризується зростанням економічної активності населення, збільшенням видів транспортних засобів і швидкостей пересування (автомобілі, залізниці, пароплави, літаки), поширенням організованого туризму.

**Період Просвітництва** (II половина XVII ст. – I половина XIX ст.) демонструє, порівняно з епохою Відродження, значно більші темпи розвитку бальнеологічного туризму, що простежується на зростанні міст, які знаходилися біля джерел мінеральних вод. Так, містечко Бат у 1700 р. мало населення близько 2–3 тисяч жителів, у 1811 р. – 35 тисяч, а вже у 1851 році – 44 тисячі; Челтнем виріс за цей час від 2000 до 35 000 [15]. Проте таким попитом користувалися не лише джерела мінеральних вод. Наприкінці XVIII ст. було визнано користь морської води, що дало поштовх до розвитку приморських курортів та поклало початок таласотерапії, яка була особливо популярна у Франції [37; 40]. Мешканці Великої Британії започаткували традицію дихання приморським повітрям та оздоровлення у сільських та гірських місцевостях [15]. Численні кліматичні курорти були побудовані в Альпах, Карпатах або навколо Середземного моря. Лише в Іспанії в 1889 р. функціонувало 188 курортів [37].



З відкриттям Нового Світу з'явилися нові напрями для подорожувачих з метою оздоровлення. Нині існує значна література про розвиток з кінця XVIII ст. спа-курортів у США, Латинській Америці, Новій Зеландії, Канаді, Монголії, Індії, Південній Африці та інших територіях, т.з. «колоніальні спа». Відомо, що в Калькутті в 1854 р. вийшов друком огляд «мінеральних вод Індії» [14], в Нью-Йорку з 1851 р. в інституті почали вивчати бальнеотерапію [37]. Імовірно, що задовго до приходу західної медицини бальнеологічні курорти на цих територіях відвідували корінні народи, але потім кожна колоніальна держава розробила свою версію політики курортів, орієнтуючись на власні традиції та потреби переселенців з метрополії.

Лікувально-оздоровчі пропозиції зросли не лише кількісно, але змінилися і якісно. Наприклад, промоутери, продаючи мінеральну воду Selters у пляшках (1867 р.), підкресливали, що вона пройшла державну перевірку на хімічний аналіз та має рекомендації від лікарів [44]. Визначені у Стародавньому світі емпіричним шляхом лікувальні властивості мінеральних вод знаходять своє підтвердження у наукових дослідженнях, що призводить до формування бальнеотерапії. Паралельно розвиваються кліматотерапія та таласотерапія.

Великі курортні міста Європи виступали прообразом великих сучасних медичних центрів, мали реабілітаційні бази, гольф-курорти, конференц-зали, театр, казино та набережні, проводили покази мод, музичні фестивалі та інші види діяльності, які здатні були утримати туриста. З часом вони виступають уже не тільки місцями зцілення та центром зустрічі еліти, але й місцем творчості художників, письменників, композиторів, осередками політико-дипломатичних інтриг тощо [29; 39].

Як правило, курортні (лікувальні) місцевості передавалися в орендне користування містам, приватним компаніям, членам імператорської родини. Будівництво курортів відбувалося все ще стихійно, технічне оснащення перебувало на низькому рівні. Рівень розвитку курортних територій у цей період значною мірою залежав від двох факторів: передових поглядів правлячої еліти країни та наявності наукової спільноти.

Передові верстви населення визнають здоров'я безумовною цінністю, що належить не лише вибраним, а всім людям; посилюється увага до суспільної гігієни, розширення медичного забезпечення; економі-

сти розглядають здоров'я вже як соціально-економічну категорію, що визначає продуктивність праці та прогрес суспільства, отже, вимагає уваги з боку держави [50].

У колоніях продовжують розвивати традиційні лікарські практики, простежується своєрідний симбіоз народної та офіційної медицини. В. García та D. Ghosh відзначають, що в медичних практиках тогочасних Європи та Азії було багато спільного, жодна із систем не вважалася ефективнішою за іншу в лікуванні захворювань. Однак деякі хвороби вважалися «географічними», тобто ефективно лікувалися лише за допомогою місцевих медичних засобів. Це сприяло заснуванню перших ринків лікарських засобів та зростанню кількості лікувально-оздоровчих подорожей [10], що з часом призводить до транснаціоналізації курортів [14].

Негативні наслідки для медичних відносин між Європою та Азією, які ми спостерігаємо до цього часу, мало поширення наприкінці XVIII ст. політики західного імперіалізму та меркантилізму. Європейська наука та медицина почали вимагати перевірки даних лабораторними методами (початок т.зв. «доказової медицини»). Очевидно, що такі вимоги, хоча й досить логічні, давали значні привілеї надбанням європейської лікарняної практики, тоді як досягнення неєвропейських культур зараховувалися до сфери «комплементарної» або «альтернативної» медицини та ігнорувалися [10]. Це негативно позначилося на кількості лікувально-оздоровчих подорожей у такий регіон.

У цей період туризм загалом і ЛОТ зокрема стає бізнесом: у 1758 р. було засновано першу відому туристичну агенцію, у 1841 р. Томас Кук організував тур із Лестера до гарячих джерел Лафборо для 570 осіб, у 1845 – перший комерційний пакетний тур, доповнений недорогими залізничними квитками та друкованим путівником [43].

Із середини XIX ст. простежується зростання державної підтримки геологорозвідувальних робіт з виявлення нових місцевостей, придатних для курортного лікування та відпочинку. На карти наносяться нові родовища мінеральних вод і лікувальних грязей, розробляються кліматичні карти і карти лікувальних місцевостей. Відкриваються курорти, будується інфраструктура, формуються загальнокурортні служби. Роль центральних органів управління обмежується контролем за дотриманням курортного законодавства, особливо санітарно-гігієнічного режиму.

У різних країнах ці процеси проходили з різною швидкістю та ефективністю. Природно, що не всі ресурси було вивчено та систематизовано, окремі з них використовувалися досить періодично. Створена санаторно-курортна модель була ще фрагментарною і не належала до системи охорони здоров'я. Курортна медицина розвивалася на комерційній основі, домінувала приватна практика, не скрізь витримувався належний рівень організації лікувальної роботи. Орієнтувалися переважно на платоспроможного індивідуального клієнта.

Незважаючи на це, бальнеологічні послуги користуються великим попитом і перетворюються на туристичний продукт, який приваблює споживачів навіть з віддалених місць: наприклад, у колоніях для емігрантської спільноти відкриваються «континентальні» спа, які копіювали європейський стиль та традиції німецької школи курортології і не мали ніяких зв'язків з традиційними медичними практиками. Бальнеологічні процедури ґрунтувалися на гіпотезі тривалого перебування та елітарного підходу. Курорти виконували не лише лікувальну функцію, але й забезпечували розслаблення та розваги [45].

Після Першої світової війни, з появою Радянського Союзу з'являється соціалістичний напрям в історії розвитку ЛОТ. Його основні риси: націоналізація всіх природних лікувальних ресурсів і переведення курортів у систему охорони здоров'я; посилення лікувальних функцій та зміна цільової аудиторії – держава взяла на себе фінансові витрати на лікування та оздоровлення своїх громадян.

У країнах ринкової економіки таких значних змін не відбувається, але темпи розвитку цього виду туризму змінюються: в одних регіонах прискорюються, в інших – навпаки.

У країнах Європи курортологія досягає значних успіхів: розвиваються медична гідрологія, бальнеофізіологія, медична кліматологія тощо. Купання зазвичай поєднують з багатьма іншими методами лікування, такими як фізичні вправи, гідротерапія та грязьові компреси. Парові лазні, сауни, гідромасажні ванни, солярії стають стандартним обладнанням багатьох бальнеологічних курортів, орієнтованих на розслаблення, зміцнення тіла і духу, запобігання розвитку захворювань [39].

Курорти починають розрізняти за місцем розташування (приморський, гірський, термальний) і хімічним складом мінеральної води (сірчаної, гідрокарбонатної або сульфатної). Для кожного джерела

визначали його лікувальні властивості. Медичне значення мінеральних вод було визнане багатьма ревматологами та дерматологами. Термальні ванни були включені у спеціальну політику охорони здоров'я [45]. У Будапешті в 1937 р. збирається перший Міжнародний бальнеологічний конгрес [37].

У результаті державної політики, спрямованої на примноження людського капіталу, з'являється можливість оздоровитися на курорті за рахунок соціального страхування. Військовослужбовцям, пораненим на Першій світовій війні, рекомендують пройти лікування на бальнеологічних курортах, працівникам промислових підприємств – оздоровитися на морі чи в гірських районах. І хоча «соціальні» та «приватні» клієнти не обслуговуються в одному закладі, курорти (особливо бальнеологічні) з часом починають втрачати свою колишню велич в очах міжнародної еліти [34]. Це призводить не лише до зміни цільової аудиторії лікувально-оздоровчих закладів, але й до поступового зникнення бальнеологічних послуг з туристичного ринку [45].

На ринку лікувально-оздоровчих послуг змінюється попит: зростає кількість споживачів, які не потребують лікування, але бажають оздоровитися та відпочити в курортній місцевості. Збільшується кількість курортів, процвітання яких залежить від наявності дозволу на азартні ігри в казино, а не асортименту лікувально-оздоровчих послуг. Рухомі комерційними інтересами, власники курортів (особливо приморських) переорієнтовуються на організацію дозвілля. Низка компаній, наприклад Vidago та Pedras Salgadas, вирішує, що економічно вигідніше продавати мінеральну воду оптом у пляшках, ніж клієнтам курортів [18; 34].

Курортний відпочинок тепер не завжди пов'язується з лікуванням на мінеральних водах. Великою популярністю користуються приморські курорти Середземномор'я. Поступово центр спа-інновацій з Європи переміщується у США і із самого початку набирає більше соціальних рис, ніж терапевтичних [37].

Серед країн, які не адаптувалися до нових умов, була Велика Британія. У середині XIX ст. в Об'єднаному Королівстві було близько 200 курортів, до 1919 р. ця кількість скоротилася приблизно до 60, до 1946 р. їх залишилося лише 10, а в 1978 році – один [37]. Дослідники зауважують, що англійськими бальнеологічними курортами керували аматори, медична гідрологія була погано організована, державні

та приватні інвестиції в нову інфраструктуру – обмежені. Все це на фоні зростання конкуренції з боку морських та іноземних курортів та економічної депресії 1930-х років призвело до занепаду британського бальнеологічного продукту, який спочатку був піонером та моделлю для більшої частини Європи [39]. Згодом бальнеотерапія взагалі була виключена з Національної служби здоров'я Великої Британії.

Отже, в цей період, незважаючи на економічну кризу, кількість подорожуючих з лікувально-оздоровчими цілями не зменшується. Навпаки, лікувально-оздоровчий туризм отримує фінансову підтримку держави, що дає можливість охопити більшу кількість населення. Покращується асортимент та якість лікувально-оздоровчих послуг, зростає конкуренція між курортними закладами та територіями, що призводить до зміни лідерів у цьому сегменті світового туристичного ринку.

Прийнято вважати, що в роки Другої світової війни туристичні подорожі були законсервовані. Навряд чи можна з цим погодитися. Немає сумнівів щодо зменшення кількості туристів та їхньої платоспроможності, проте є очевидним зростання потреби в лікувально-оздоровчих послугах як військовослужбовців, так і цивільного населення, що простежується у збільшенні пропозицій: зростає кількість та місткість лікувально-оздоровчих та туристичних закладів, вдосконалюються методи лікування, покращується сервіс.

### **5. Сучасна ера в історії лікувально-оздоровчого туризму**

Після Другої світової війни темпи розвитку лікувально-оздоровчого туризму почали набирати обертів, що пов'язується із запровадженням оплачуваних відпусток, зростанням платоспроможності населення, посиленням уваги до власного здоров'я, зростанням кількості людей старшого віку, появою швидкісних видів транспорту, інформаційних технологій і т.д. Лікувально-оздоровчий туризм виділяється в окрему сферу на ринку туристичних послуг, у його складі виокремлюється медичний, спа- та велнес-туризм. Розглянемо, як це відбувається.

У соціалістичних країнах (перелік яких після Другої світової війни розширився за рахунок держав Східної Європи) лікувально-оздоровчий туризм розвивається в рамках планового господарства. Заклади належать до системи охорони здоров'я, перебувають у підпорядкуванні відомчих міністерств чи місцевих органів влади і потерпають

від недофінансування, що негативно позначається на їхній інфраструктурі, асортименті послуг та якості медичного обладнання. Лікувально-оздоровчі процедури здійснюються відповідно до традиційних практик німецької курортології, проводяться власні дослідження, але інновації вводяться дуже повільно. В результаті санаторії поступово зникають не лише зі світового туристичного ринку, але стають усе менш привабливими навіть для внутрішнього туриста [7; 20; 21].

Цей напрям лікувально-оздоровчого туризму отримав назву санаторно-курортного, за назвою спеціалізованих закладів розміщення, на базі яких надавалися лікувально-оздоровчі послуги, і далі розвивався як соціальний. Для одних країн, які раніше були лідерами на цьому ринку, це була значна втрата клієнтів. Наприклад, відсоток «приватних» клієнтів на словацьких курортах у 1955 році становив менше 2% [7]. Проте не можна говорити лише про негативні наслідки, оскільки цей напрям забезпечував відновлення людського капіталу та підтримку соціально незахищених категорій у цих країнах. До речі, для Румунії це був період розквіту курортного туризму [8].

У капіталістичних країнах Європи продовжує існувати традиційна культура курортів (з більшою увагою до лікування), також підтримувана соціальними гарантіями. Наприклад, у ФРН кожен працівник, за наявності відповідного призначення лікаря, 1 раз на 3 роки отримував можливість 4–6 тижнів перебувати на курортному лікуванні.

Санаторно-курортне перебування було зосереджене на безпосередніх терапевтичних процедурах (наприклад, післяопераційне одужання), на хронічних захворюваннях або на профілактиці захворювань і завжди за рекомендацією лікаря, тому воно передбачало тривале перебування (21–24 дні), мало високу вартість і було орієнтоване на ослабленого хворобою клієнта.

Конкурентами санаторіїв стали спа-готелі, які пропонували бальнеологічні послуги і забезпечували більш високий рівень обслуговування, але не вимагали такої тривалості перебування і були більш орієнтовані на організацію дозвілля, ніж на лікування, тим самим залучаючи великі натовпи туристів.

**У 90-ті роки ХХ ст.**, з розпадом соціалістичного табору, виявилось, що планове господарство не сприяло розвитку сфери туризму в таких країнах, і туристичні підприємства, в тому числі спеціалізовані, не

могли конкурувати на світовому туристичному ринку. Після процесів роздержавлення та приватизації в постсоціалістичних країнах почалося будівництво нових та модернізація наявних об'єктів туристичної індустрії з урахуванням міжнародних стандартів та з огляду на світові тенденції розвитку туризму.

Санаторно-курортні заклади поступово повертаються на світовий туристичний ринок, пропонуючи лікувально-оздоровчі послуги на основі традиційних бальнеологічних процедур. Треба відзначити, що колишні соціалістичні країни Центральної, Східної та Західної Європи вийшли на перші позиції з оздоровчого туризму і тепер міцно закріпилися не тільки на європейському, але й на світовому ринку ЛОТ. Наприклад, на думку Е. Sieńko-Awierianów, санаторно-курортні лікувальні заклади Польщі з кінця ХХ ст. почали переживати своєрідний ренесанс [32].

Нині співвідношення лікувальних/оздоровчих послуг, наявність інновацій, матеріально-технічна база і рівень сервісу у санаторіях залежить від політики держави та власників закладу, оскільки вони продовжують обслуговувати і соціальних туристів. З метою утримання широкого кола споживачів заклади посилюють увагу до якості сервісу, організації дозвілля, встановлюють гнучкі терміни курсів лікування.

Відзначається зростання попиту на оздоровчі послуги і на інших континентах. Між 1990 і 2001 роками кількість курортних закладів у Північній Америці зросла з 1400 до 10 900, з яких 1300 були в Канаді, а заповненість зросла з 40% до 70–80%. У 2002 році P.Z. Pilzer навіть ввів термін «велнес-революція» [17]. За даними Японської Спа-асоціації, в країні налічується 16 000, які нараховують понад 140 мільйонів відвідувань щороку. При цьому приваблюють їх не лише термальна вода, але й правильно організовані харчування, фізичні вправи та відпочинок у природному оточенні [31; 19].

У цей час набирає обертів також і розвиток медичного туризму. В ХХ столітті триває бурний розвиток суспільних наук та технічного прогресу: з'явилися рентгенологія, радіобіологія, онкологія, активно розвиваються імунологія, ендокринологія, гематологія, хірургія, медична кібернетика та електроніка, медична генетика. США та Європа перетворюються на центри охорони здоров'я і пропонують якісні медичні послуги платоспроможним туристам [37].

До традиційних поїздок мешканців провінцій в адміністративні центри з метою отримання якісних медичних послуг тепер додаються міжнародні подорожі забезпечених жителів «країн третього світу» у високорозвинені країни. Завдяки політиці відкритих дверей, технологічним досягненням та успіхам у сфері медицини США були лідерами в медичному туризмі протягом майже всього ХХ ст. На ринку медичного туризму з'являється перша спеціалізація: медичний профіль Куби – офтальмологія, серцево-судинна та пластична хірургія, Ямайки – пластична хірургія, Барбадосу – лікування безпліддя, Пуерто-Ріко – кардіоваскулярна хірургія [23].

У результаті зростання вартості медичного обслуговування громадяни розвинутих країн Європи та США стали вивчати можливості лікування за кордоном. Водночас азіатська економічна криза 1997 року призвела до того, що уряди цих країн спрямували свої зусилля на просування своїх країн як центрів медичного туризму. Медичний (клінічний) туризм став трендом світового туристичного ринку.

Незважаючи на розвиток медицини, серед населення зростає розчарування її здатністю долати хронічні захворювання та нові виклики. Все частіше погляди зверталися на країни третього світу, де люди знайшли власні способи збереження здоров'я та добробуту [31]. В результаті стрімко поширюються нові вчення: «велнес» та Нью Ейдж, в основі яких було проактивне і цілісне ставлення до здоров'я [35].

У відповідь на попит з'являється новий ринок приватних лікувально-оздоровчих послуг, які базувалися на традиційних лікарських практиках [11]. З метою вивчення ефективності таких практик та прискорення інтеграції комплементарної та альтернативної (СAМ) та традиційної (доказової) медицини у 1998 р. Конгресом США було засновано Національний центр комплементарної та альтернативної медицини (NCCAM) [28; 36]. Нині працівники Центру намагаються встановити «найефективніші методи лікування пацієнтів, поєднуючи як традиційні, так і альтернативні підходи для вирішення всіх аспектів здоров'я та благополуччя – біологічних, психологічних, соціальних і духовних» [27].

В. Кукса, посилаючись на результати досліджень, стверджує що фармакологізована медицина упродовж усього ХХ ст. залишалася недосконалою, бо базувалася на частково вивчених і неповних знаннях з антро-



пології, морфології, генетики, фізіології та біохімії людини; у науковій медицині і досі відсутня фундаментальна теорія здоров'я [50].

З II половини XX ст. концепції й теоретичні уявлення про здоров'я поступово розширювались, і ця модель уже включала фізичне здоров'я такою ж мірою, як і душевне. Нове визначення поняття «здоров'я» виявилось набагато ширшим від античних уявлень про фізичне і душевне здоров'я. Нова ідеологія здоров'я передбачала моральну відповідальність людини за власний фізичний та психологічний стан [11; 10, с. 1]. У преамбулі Статуту ВООЗ здоров'я визначалося як стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб [53]. Поширеним став лозунг: «Щоб бути здоровим, слід кожен день включати власні зусилля, причому постійні та значні. Замінити їх не можна нічим» [50]. Кількість лікувально-оздоровчих турів (особливо спа та велнес) значно зросла.

Визначальним моментом у розвитку сучасної спа-індустрії став запуск Global Spa Summit (GSS) у 2007 р. (з 2012 р. – Global Spa and Wellness Summit (GSWS)). Одним із перших його рішень було заснування Стенфордського дослідницького інституту (SRI International), який слідкує за ситуацією на світовому ринку спа, досліджує ефективність спа-процедур та поширює отримані медичні докази на онлайн-порталі організації [16].

The Global Wellness Institute (GWI) оцінює розмір глобальної економіки оздоровлення в 4,2 трильйона доларів США. Найбільшу кількість лікувально-оздоровчих поїздок демонструє Європа, тоді як Північна Америка лідирує за витратами на лікувально-оздоровчий туризм. Азія ж демонструє найвищі темпи розвитку цього сегменту туристичного ринку.

Очевидно, що за швидкими темпами розвитку туризму в наш час стоять процеси глобалізації та інтернаціоналізації, поширення швидкісних видів транспорту та створення загальносвітового інформаційного простору і принципово нових засобів зв'язку. Прискорений розвиток його лікувально-оздоровчого сегменту відбувається в зв'язку з підвищенням життєвого рівня в розвинених країнах та поширенням проактивного ставлення до свого здоров'я серед населення цих країн. Нині успіх дестинації у цьому сегменті туризму не обов'язково пов'язується з наявністю природних лікувальних ресурсів. Досить держав-

ної підтримки та інвестицій для відкриття сучасних медичних центрів та забезпечення цих закладів високопрофесійним персоналом.

Пандемія COVID-2019, яка охопила світ, завдала нищівного удару по світовому туризму. Проте, якщо дивитися на перспективу, одночасно стала величезною рушійною силою для розвитку лікувально-оздоровчого його сегменту, змушуючи людей переглянути свої пріоритети на користь здорового способу життя. Тому цей вид подорожей відновився найшвидше.

На ринку лікувально-оздоровчого туризму простежується поглиблення спеціалізацій за цільовою аудиторією (хворий – здоровий), спрямованістю послуг (лікувальні – лікувально-оздоровчі – оздоровчі), рівнем «включеності» споживача (проактивний – активний – пасивний), територією тощо. Здебільшого виділяють три підвиди ЛОТ, з яких два є основними – медичний та оздоровчий (спа-велнес), і один – проміжний: санаторно-курортний в одних країнах чи медичний спа-велнес у інших. Розмаїття пропозицій на ринку ЛОТ ускладнює роботу науковців щодо його осмислення, систематизації та структування.

### 6. Висновки

Дані здійсненого аналізу дозволяють зробити висновок, що лікувально-оздоровчий туризм – один з найдавніших видів туризму. В процесі його розвитку під впливом політичних та економічних систем, наявних соціальних можливостей, наявної парадигми змінювалася сутність самого явища; нові форми частково народжувалися у складі наявних і з часом перетворювалися на окремий підвид або зникали. Генезис світового ринку лікувально-оздоровчого туризму, хоча і визначається досягненнями в макрорегіонах, країнах чи дестинаціях, не відображає ситуацію, яка існує на національних чи регіональних ринках, оскільки ті розвиваються власними темпами у різних напрямках, залежно від наявної парадигми здоров'я та поведінки споживачів. Проте, і ми в цьому погоджуємося з думкою John K. Walton, перекошений географічний розподіл досліджень дозволяє говорити лише про загальні риси та тенденції, які притаманні розвитку цього явища [14].

Незважаючи на те, що розвиток ЛОТ – це складний, динамічний і нелінійний процес, ми вважаємо його передбачуваним і тому керованим. Цей вид туризму значною мірою залежить від наявності природних лікувальних; фінансових, кадрових ресурсів та підтримки держави.

Найбільші темпи розвитку ЛОТ демонструє на сучасному етапі. Медичний туризм у тому вигляді, як ми його зараз спостерігаємо, – досягнення останніх 30–40 років, wellness-туризм «старший» на пару десятиліть, хоча концептуально пов'язаний зі стародавніми часами. Це період екзистенційної трансформації подорожей з метою піклування про здоров'я: від спрямованого на зниження ризику рецидиву чи загострення вже набутих захворювань для обмеженої групи платоспроможних клієнтів до профілактики виникнення захворювань, підтримки нормального рівня життя за наявних хронічних хвороб та масової доступності; від одностороннього каналу руху туристів за медичними послугами у високорозвинені країни до формування багатосторонніх трансконтинентальних каналів.

Потоки туристів, які мандрують з лікувальними цілями, нині ще не такі численні, як з лікувально-оздоровчою чи рекреаційною метою, однак вони стрімко зростають і їхня географія розширюється, змінюючи географію лікувально-оздоровчого туризму загалом.

### Список літератури:

1. Al-Lamki L. Medical Tourism: Beneficence or maleficence? *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2011. Vol. 11. No. 4. P. 444–447.
2. Aluculesei A.-C., Nistoreanu P. Empirical analysis of health tourism – Băile Herculane, Where to? *Balneo Research Journal*. December 2014. Vol. 5. No. 4. DOI: <http://dx.doi.org/10.12680/balneo.2014.1074>
3. Castiglia R.B., Bevilacqua M.G. Turkish Baths in Elbasan: Architecture, Geometry and Well-Being. *Nexus Network Journal*. 2008. No. 10. P. 307–322. DOI: <https://doi.org/10.1007/S00004-007-0072-8>
4. Chan J., Azman I. Health and Spa Tourism Business: Tourists' Profiles and Motivational Factors. / In: Puczko, L. (ed). *Health, Wellness and Tourism: healthy tourists, healthy business?* 2010. P. 9–25.
5. Chen K.-H., Chang F.-H. and Liu F.-Yu. Wellness Tourism among Seniors in Taiwan: Previous Experience, Service Encounter Expectations, Organizational Characteristics, Employee Characteristics, and Customer Satisfaction. *Sustainability*. 2015. No. 7. P. 10576–10601. DOI: <https://doi.org/10.3390/su70810576>
6. Choi K., Meng B., Lee T.J. An investigation into the segmentation of Japanese traditional “Ryokan” hotels using selection attributes. *Journal of Vacation Marketing*. 2018. Vol. 24. P. 324–339.
7. Derco J., Romaniuk P., Cehlár M. Economic Impact of the Health Insurance System on Slovak Medical Spas and Mineral Spring Spas. *Sustainability*. 2020. Vol. 12. P. 3384. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12083384>

8. Erdelia G., Dincă A.I., Gheorghilaş A., Surugiub C. Romanian Spa Tourism: A Communist Paradigm in a Post Communist Era. *Human Geographies – Journal of Studies and Research in Human Geography*. 2011. Vol. 5. No. 2. P. 41–56. DOI: <https://doi.org/10.5719/hgeo.2011.52.41>
9. Erfurt-Cooper P. Use of Natural Hot and Mineral Springs Throughout History. / In Erfurt-Cooper P.; Cooper M. (eds.). *Health and Wellness Tourism – Spas and Hot Springs*. Canada : Channel View Publications, 2009. P. 49–109.
10. García B.C., Ghosh D. Health and Borders Across Time and Cultures: China, India and the Indian Ocean Region Special Issue. *Journal of Multidisciplinary International Studies*. 2011. Vol. 8. No. 2. URL: <http://epress.lib.uts.edu.au/ojs/index.php/portal>
11. Gustavo N. Health Tourism – The SPA Goers in Portugal. / In: Puczkó L. (ed.). *Health, Wellness and Tourism: healthy tourists, healthy business?* Sweden : Travel and Tourism Research Association Europe, 2010. P. 45–55.
12. Gyr U. Geschichte des Tourismus: Strukturen auf dem Weg zur Moderne / In: *Institut für Europäische Geschichte. Europäische Geschichte Online (EGO)*. Mainz : EGO, online. 2010. URL: <http://www.ieg-ego.eu/gyru-2010-de>
13. Hassan Said, Noha Fakry, Lect. Rana I. The design of spa resorts and baths in Roman and Islamic times (A comparative study). *Journal of Architecture, Arts and Humanities*. 2020. Vol. 5. P. 643–666. DOI: <https://doi.org/10.21608/mjaf.2019.20251.1403643>
14. John K. Walton (ed.). The following is sourced from Mineral Springs Resorts in Global Perspective. Routledge. Health-Wellness-Tourism. 2016. P. 30–41.
15. John K. Walton (ed.) Town or Country? British spas and the Urban / Rural Interface. *Mineral Springs Resorts in Global Perspective*. 2018. P. 61–76.
16. Joining together and shaping the Future of the Global Spa and Wellness Industry. / In *Health & Wellness Tourism. A Focus On The Global Spa Experience*. United Kingdom : Routledge, 2016. P. 167–174. URL: [https://www.routledge.com/rsc/downloads/Health\\_Wellness\\_Tourism\\_FB\\_final.pdf](https://www.routledge.com/rsc/downloads/Health_Wellness_Tourism_FB_final.pdf)
17. Joppe M. One country's transformation to spa destination: The case of Canada (Special section). *Journal of Hospitality and Tourism Management*. 2010. Vol. 17. P. 117–126. DOI: <https://doi.org/10.1375/jhtm.17.1.117>
18. Joukes V. Vidago and Pedras Salgadas spas, the revival of a tourism attraction or a marketing technique for beverages? / In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright. 2009. P. 301–305.
19. Kamata Hiromi, Misui Yuki. Why do they choose a spa destination? The case of Japanese tourists. *Tourism Economics*. 2015. No. 21 (2). P. 283–305. DOI: <https://doi.org/10.5367/te.2014.0450>
20. Kasagrandá A., Guřnák D. Spa and Wellness Tourism in Slovakia (A Geographical Analysis). *Czech Journal Tourism*. 2017. No. 6. P. 27–53.
21. Lebe S.S. The Health Spa Resort Rogaška Slatina returning to its past glory / In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright. 2009. P. 291–294.
22. Lee T.J., Han J.-S. and Ko T.-G. Health-Oriented Tourists and Sustainable Domestic Tourism. *Sustainability*. 2020. No. 12. P. 4988. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12124988>

23. Li H., Cui W. Patients without borders. *University of Western Ontario Medical Journal*. 2014. Vol. 83. No. 2. P. 20–22. DOI: <https://doi.org/10.5206/uwomj.v83i2.4434>
24. Ludwig K., Has M.(eds.). *Der neue Tourismus: Rücksicht auf Land und Leute*. Munich, 1990. 408 p.
25. Ma Y., Su H., Jin Q., Feng W., Liu J. and Huang W. The General History of Chinese Tourism Culture. 2016, 488 p. DOI: <https://doi.org/10.1142/z012>
26. Mueller H., Lanz E. Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*. 2001. Vol. 7. No. 1. P. 5–17.
27. Pearson N.J., Chesney M.A. The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview. *Academic Medicine*. 2007. Vol. 82. No. 10. P. 921–926. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31814a5014>
28. Pearson N.J., Chesney M.A. The National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Academic Medicine*. 2007. Vol. 82. No. 10. P. 967. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31814a5462>
29. Pelegrín-Borondo J., Araújo-Vila N. and Fraiz-Brea J.A. Comparison of Spa Choice between Wellness Tourists and Healthcare / Medical Tourists. *Healthcare*. 2020. No. 8. P. 544. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8040544>
30. Ramjit Ravi S. Introduction and Historical Development of Tourism. E-Content. URL: [https://www.cukashmir.ac.in/departmentsdocs\\_22/E-Module\\_-I\\_MTTMC-101.pdf](https://www.cukashmir.ac.in/departmentsdocs_22/E-Module_-I_MTTMC-101.pdf)
31. Rätz T. Hot springs in Japanese domestic and international tourism./ In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright. 2009. P. 345–350.
32. Siefko-Awierianów E. Development of Health Tourism in West Pomeranian Voivodeship. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*. 2020. Vol. 30. No. 2. P. 47–56. DOI: <https://doi.org/10.18276/cej.2020.2-05>
33. Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health, Tourism and Hospitality*. Routledge, 2014. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203083772>
34. Smith M. Regeneration of an historic spa town: A case study of spa in Belgium. / In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright. 2009. P. 295–299.
35. Smith M., Puczkó L. An international and regional analysis / In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright. 2009. P. 105–131.
36. Smith M., Puczkó L. Contemporary definitions / In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright. 2009. P. 39–61.
37. Smith M., Puczkó L. Historical overview / In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright. 2009. P. 21–39.
38. Susie E. Evolving Models & Ways to Work Together. *Global Spa & Medical Tourism Industries*. Part II. URL: <https://www.spafinder.com/blog/health-and-well-being/global-spa-medical-tourism-industries-part-ii/>
39. Tubergen A., Linden S. A brief history of spa therapy. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2002. Vol. 61. P. 273–275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.61.3.273>

40. Vrkljan S. & Grazio S. Business Performance of Health Spa Tourism Providers in Relation to the Structure of Employees in the Republic of Croatia. *Acta Clinica Croatica*. 2017. Vol. 56. No. 4. P. 681–688. DOI: <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.04.15>
41. Walton J.K. Tourism and maritime history. *The International Journal of Maritime History*. 2014. Vol. 26. No. 1. P. 110–116. DOI: <https://doi.org/10.1177/0843871413515823>
42. Wellness Tourism Worldwide, 4WR: Wellness, Who, Where, What? URL: <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Global/2011-wellness-tourism-worldwide-wellness-for-whom.pdf>
43. Westcott M. (ed.). Introduction to Tourism and Hospitality in BC. URL: <https://opentextbc.ca/introtourism/chapter/chapter-1-history-and-overview/>
44. White R. From the Majestic to the Mundane: Democracy, Sophistication and History Among the Mineral Spas of Australia. *Journal of Tourism History*. 2012. Vol. 4. P. 85–108.
45. Zollo A., Simonetti B., Salsano V., Rueda-Armengot C. Promotion and Marketing: Marketing Strategies, Italy, Regional Development / In: Peris-Ortiz M., Álvarez-García J. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Springer International Publishing Switzerland. 2015. P. 63–76. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-11490-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-11490-3_5)
46. Бартошук О.В. Еволюційні погляди на розвиток туристичної діяльності. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2011. № 5. Т. 2. С. 286–291.
47. Білоус В.І., Білоус В.В. Історія медицини і лікувального мистецтва. Чернівці, 2019. 284 с.
48. Гальків Л., Щука Г., Мазурек Е. Медичний туризм у Польщі: статистичний та управлінський ракурс. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія «Проблеми економіки та управління». 2020. Т. 4. № 1. С. 142–150. DOI: <https://doi.org/10.23939/semi2020.01.142>
49. Історія курортної справи і спа-індустрії : підручник. URL: <http://ebib.pp.ua/vid-starodavnih-rimlyan-do-serednovichchya-istoriya-kurortnoyi-spravi-i-spa-industriyi.html>
50. Кукса В.О. До еволюції визначення поняття «здоров'я». *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Збірник наукових праць*. 2004. № 1. С. 481–487. URL: <http://ap.uu.edu.ua/upload/publicationpdf/4e1d0bbf9d4abcab8a8788d77cd7e113.pdf>
51. Огнев В.А., Семененко О.В., Мартиненко Н.М., М'якина О.В. (укл.). Історія медицини : методичні вказівки. Харків : ХНМУ, 2017. 16 с.
52. Полушкін П.М. (укл.). Посібник до вивчення курсу «Історія медицини». Дніпро : ДНУ, 2016. 242 с. URL: [http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/cd01488c10e047532387816735b53409Istoriya\\_\\_medicini\\_1.PDF](http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/cd01488c10e047532387816735b53409Istoriya__medicini_1.PDF)
53. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22.07.1946. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004>
54. Щука Г.П., Ковальська Л.В., Гальків Л.І. Визначення змісту та структури лікувально-оздоровчого туризму. *Індустрія туризму і гостинності в Центральній та Східній Європі*. 2022. № 5. С. 91–97. DOI: <https://doi.org/10.36477/tourismhospee-5-11>

**References:**

1. Al-Lamki L. (2011). Medical Tourism: Beneficence or maleficence? *Sultan Qaboos University Medical Journal*, vol. 11, no. 4, pp. 444–447.
2. Aluculesei A.-C., Nistoreanu P. (2014). Empirical analysis of health tourism – Băile Herculane, Where to? *Balneo Research Journal*, vol. 5, no. 4. DOI: <http://dx.doi.org/10.12680/balneo.2014.1074>
3. Castiglia R.B., Bevilacqua M.G. (2008). Turkish Baths in Elbasan: Architecture, Geometry and Well-Being. *Nexus Network Journal*, no. 10, pp. 307–322. DOI: <https://doi.org/10.1007/S00004-007-0072-8>
4. Chan J., Azman I. (2010). Health and Spa Tourism Business: Tourists' Profiles and Motivational Factors. In: Puczko, L. (ed). *Health, Wellness and Tourism: healthy tourists, healthy business?* Pp. 9–25.
5. Chen K.-H., Chang F.-H. and Liu F.-Yu. (2015). Wellness Tourism among Seniors in Taiwan: Previous Experience, Service Encounter Expectations, Organizational Characteristics, Employee Characteristics, and Customer Satisfaction. *Sustainability*, no. 7, pp. 10576–10601. DOI: <https://doi.org/10.3390/su70810576>
6. Choi K., Meng B., Lee T.J. (2018). An investigation into the segmentation of Japanese traditional “Ryokan” hotels using selection attributes. *Journal of Vacation Marketing*, vol. 24, pp. 324–339.
7. Derco J., Romaniuk P., Cehlár M. (2020). Economic Impact of the Health Insurance System on Slovak Medical Spas and Mineral Spring Spas. *Sustainability*, vol. 12, pp. 3384. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12083384>
8. Erdelia G., Dinçea A. I., Gheorghilaş A., Surugiub C. (2011). Romanian Spa Tourism: A Communist Paradigm in a Post Communist Era. *Human Geographies – Journal of Studies and Research in Human Geography*, vol. 5, no. 2, pp. 41–56. DOI: <https://doi.org/10.5719/hgeo.2011.52.41>
9. Erfurt-Cooper P. (2009). Use of Natural Hot and Mineral Springs Throughout History. In Erfurt-Cooper P.; Cooper M. (eds.). *Health and Wellness Tourism – Spas and Hot Springs*. Canada: Channel View Publications, pp. 49–109.
10. García B.C., Ghosh D. (2011). Health and Borders Across Time and Cultures: China, India and the Indian Ocean Region Special Issue. *Journal of Multidisciplinary International Studies*, vol. 8, no. 2. Retrieved from: <http://epress.lib.uts.edu.au/ojs/index.php/portal> (accessed 13 January 2022).
11. Gustavo N. (2010). Health Tourism – The SPA Goers in Portugal. In: Puczko L. (ed.). *Health, Wellness and Tourism: healthy tourists, healthy business?* Sweden: Travel and Tourism Research Association Europe, pp. 45–55.
12. Gyr U. (2010). Geschichte des Tourismus: Strukturen auf dem Weg zur Moderne. In: *Institut für Europäische Geschichte. Europäische Geschichte Online (EGO)*. Mainz: EGO, online. Retrieved from: <http://www.ieg-ego.eu/gyru-2010-de> (accessed 13 January 2022).
13. Hassan Said, no.ha Fakry, Lect. Rana I. (2020). The design of spa resorts and baths in Roman and Islamic times (A comparative study). *Journal of Architecture, Arts and Humanities*, vol. 5, pp. 643–666. DOI: <https://doi.org/10.21608/mjaf.2019.20251.1403643>



14. John K. Walton (ed.) (2016). The following is sourced from Mineral Springs Resorts in Global Perspective. Routledge. *Health-Wellness-Tourism*, pp. 30–41.
15. John K. Walton (ed.) (2018). Town or Country? British spas and the Urban / Rural Interface. *Mineral Springs Resorts in Global Perspective*, pp. 61–76.
16. Joining together and shaping the Future of the Global Spa and Wellness Industry. In *Health & Wellness Tourism. A Focus On The Global Spa Experience*. United Kingdom: Routledge, pp. 167–174. Retrieved from: [https://www.routledge.com/rsc/downloads/Health\\_Wellness\\_Tourism\\_FB\\_final.pdf](https://www.routledge.com/rsc/downloads/Health_Wellness_Tourism_FB_final.pdf) (accessed 13 January 2022).
17. Joppe M. (2010). One country's transformation to spa destination: The case of Canada (Special section). *Journal of Hospitality and Tourism Management*, vol. 17, pp. 117–126. DOI: 10.1375/jhtm.17.1.117
18. Kasagrandá A., Gur'nák D. (2019). Vidago and Pedras Salgadas spas, the revival of a tourism attraction or a marketing technique for beverages? In: Smith M., Puczko L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright, pp. 301–305.
19. Kamata, Hiromi, Misui Yuki (2015). Why do they choose a spa destination? The case of Japanese tourists. *Tourism Economics*, no. 21 (2), pp. 283–305. DOI: <https://doi.org/10.5367/te.2014.0450>
20. Kasagrandá A., Gur'nák D. (2017). Spa and Wellness Tourism in Slovakia (A Geographical Analysis). *Czech Journal Tourism*, no. 6, pp. 27–53.
21. Lebe S.S. (2009). The Health Spa Resort Rogaška Slatina returning to its past glory. In: Smith M., Puczko L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright, pp. 291–294.
22. Lee T.J., Han J.-S. and Ko T.-G. (2020) Health-Oriented Tourists and Sustainable Domestic Tourism. *Sustainability*, no. 12, pp. 4988. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12124988>
23. Li H., Cui W. (2014). Patients without borders. *University of Western Ontario Medical Journal*, vol. 83, no. 2, pp. 20–22. DOI: <https://doi.org/10.5206/uwomj.v83i2.4434>
24. Ludwig K., Has M.(eds.) (1990). Der neue Tourismus: Rücksicht auf Land und Leute. Munich, 408 p.
25. Ma Y., Su H., Jin Q., Feng W., Liu J. and Huang W. (2016). *The General History of Chinese Tourism Culture*, 488 p. DOI: <https://doi.org/10.1142/z012>
26. Mueller H., Lanz E. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, vol. 7, no. 1, pp. 5–17.
27. Pearson N.J., Chesney M.A. (2007). The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview. *Academic Medicine*, vol. 82, no. 10, pp. 921–926. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31814a5014>
28. Pearson N.J., Chesney M.A. (2007). The National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Academic Medicine*, vol. 82, no. 10, pp. 967. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31814a5462>
29. Pelegrin-Borondo J., Araújo-Vila N. and Fraiz-Brea J.A. (2020). Comparison of Spa Choice between Wellness Tourists and Healthcare / Medical Tourists. *Healthcare*, no. 8, pp. 544. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8040544>



30. Ramjit Ravi S. Introduction and Historical Development of Tourism. E-Content. Retrieved from: [https://www.cukashmir.ac.in/departmentdocs\\_22/E-Module\\_-I\\_MTTMC-101.pdf](https://www.cukashmir.ac.in/departmentdocs_22/E-Module_-I_MTTMC-101.pdf) (accessed 13 January 2022).
31. Rátz T. (2009). Hot springs in Japanese domestic and international tourism. In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright, pp. 345–350.
32. Sienko-Awierianów E. (2020). Development of Health Tourism in West Pomeranian Voivodeship. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*, vol. 30, no. 2, pp. 47–56. DOI: <https://doi.org/10.18276/cej.2020.2-05>
33. Smith M, Puczko L. (eds.) (2014). *Health, Tourism and Hospitality*. Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203083772>
34. Smith M. (2009). Regeneration of an historic spa town: A case study of spa in Belgium. In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright, pp. 295–299.
35. Smith M., Puczkó L. (2009). An international and regional analysis. In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright, pp. 105–131.
36. Smith M., Puczkó L. (2009). Contemporary definitions. In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright, pp. 39–61.
37. Smith M., Puczkó L. (2009). Historical overview In: Smith M., Puczkó L. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Copyright, pp. 21–39.
38. Susie E. Evolving Models & Ways to Work Together. *Global Spa & Medical Tourism Industries*. Part II. Retrieved from: <https://www.spafinder.com/blog/health-and-well-being/global-spa-medical-tourism-industries-part-ii/>.
39. Tubergen A., Linden S. (2002). A brief history of spa therapy. *Annals of Rheumatic Diseases*, vol. 61, pp. 273–275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.61.3.273>
40. Vrkljan S. & Grazio S. (2017). Business Performance of Health Spa Tourism Providers in Relation to the Structure of Employees in the Republic of Croatia. *Acta Clinica Croatica*, vol. 56, no. 4, pp. 681–688. DOI: <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.04.15>
41. Walton J. K. (2014). Tourism and maritime history. *The International Journal of Maritime History*, vol. 26, no. 1, pp. 110–116. DOI: <https://doi.org/10.1177/0843871413515823>
42. *Wellness Tourism Worldwide, 4WR: Wellness, Who, Where, What?* Retrieved from: <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Global/2011-wellness-tourism-worldwide-wellness-for-whom.pdf> (accessed 13 January 2022).
43. Westcott M. (ed.). Introduction to Tourism and Hospitality in BC. Retrieved from: <https://opentextbc.ca/introtourism/chapter/chapter-1-history-and-overview/> (accessed 13 January 2022).
44. White R. (2012). From the Majestic to the Mundane: Democracy, Sophistication and History Among the Mineral Spas of Australia. *Journal of Tourism History*, vol. 4, pp. 85–108.
45. Zollo A., Simonetti B., Salsano V., Rueda-Armengot C. (2015). Promotion and Marketing: Marketing Strategies, Italy, Regional Development. In: Peris-Ortiz M.,

Álvarez-García J. (eds.). *Health and Wellness Tourism*. Springer International Publishing Switzerland, pp. 63–76. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-11490-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-11490-3_5)

46. Bartoshuk O.V. (2011). Evoliutsiini pohliady na rozvytok turystychnoi diialnosti [Evolutionary views on the development of tourist activity]. *Visnyk Khmelnytskoho natsionalnoho universytetu*, no. 5, t. 2, pp. 286–291. (in Ukrainian)

47. Bilous V.I., Bilous V.V. (2019) *Istoriia medytsyny i likuvalnoho mystetstva* [History of medicine and healing art]. Chernivtsi, 284 p. (in Ukrainian)

48. Galkiv L.I., Shhuka G.P., Mazurek E. (2020). Medychnyj turyzm v Polshhi: statystychnyj ta upravlynskyj rakurs [Medical tourism in Poland: statistical and managerial perspective]. *Visnyk Nacionalnoho universytetu "Lvivska politehnika"*. Seriya "Problemy ekonomiky ta upravlinnya", vol. 4, no. 1, pp. 142–150. DOI: <https://doi.org/10.23939/semi2020.01.142> (in Ukrainian)

49. *Istoriia kurortnoi spravy i spa-industrii* [The history of the resort business and the spa industry]. Retrieved from: <http://ebib.pp.ua/vid-starodavnih-rimlyan-do-serednovichchya-istoriya-kurortnoyi-spravi-i-spa-industriyi.html> (accessed 13 January 2022). (in Ukrainian)

50. Kuksa V.O. (2004). Do evoliutsii vyznachennia poniattia "zdorovia" [Toward the Evolution of the Definition of Health]. *Aktualni problemy navchannia ta vykhovannia liudei z osoblyvymi potrebamy. Zbirnyk naukovykh prats*, no. 1, pp. 481–487. Retrieved from: <http://ap.uu.edu.ua/upload/publicationpdf/4e1d0bbf9d4abcab8a8788d77cd7e113.pdf> (in Ukrainian)

51. Ohniev V.A., Semenenko O.V., Martynenko N.M., Miakyna O. V. (ukl.) (2017). *Istoriia medytsyny: metodychni vkazivky* [History of medicine: methodological guidelines]. Kharkiv : KhNMU, 16 s. (in Ukrainian)

52. Polushkin P.M. (ukl.) (2016). *Posibnyk do vyvchennia kursu "Istoriia medytsyny"* [Study guide for the course "History of Medicine"]. Dnipro: DNU, 242 p. Retrieved from: [http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/cd01488c10e-047532387816735b53409Istoriya\\_\\_medicini\\_1.PDF](http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/cd01488c10e-047532387816735b53409Istoriya__medicini_1.PDF) (accessed 13 January 2022). (in Ukrainian)

53. Statut Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia [Charter of the World Health Organization]. 22.07.1946. Retrieved from: <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004> (accessed 13 January 2022). (in Ukrainian)

54. Shchuka H.P., Kovalska L.V., Halkiv L.I. (2022). Vyznachennia zmistu ta struktury likuvalno-ozdorovchoho turyzmu [Determination of the content and structure of medical and health tourism]. *Industriia turyzmu i hostynnosti v Tsentralnii ta Shhidnii Yevropi*, no. 5, pp. 91–97. DOI: <https://doi.org/10.36477/tourismhosp-see-5-11> (in Ukrainian)