

Izabella Łęcka

NOWE (?) TRENDY W TURYSTYCE ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

Kiedy w 1963 r. na konferencji Organizacji Narodów Zjednoczonych na temat „Podróże i Turystyka”, zdefiniowano pojęcie turystyka, jako jeden z głównych motywów wyjazdów uznano „zdrowie” (*UN Conference... 1963*). Od tego czasu powiązania pomiędzy Światową Organizacją Turystyczną (WTO) a Światową Organizacją Zdrowia (WHO) są coraz silniejsze.

W Polsce **turystyka zdrowotna** zdefiniowana została ponad trzydzieści lat temu przez J. Wolskiego (za Gaworeckim 1998) jako „... *świadome i dobrowolne udanie się na pewien okres poza miejsce zamieszkania, w czasie wolnym od pracy w celu regeneracji ustroju dzięki aktywnemu wypoczynkowi fizycznemu i psychicznemu*”. Amerykanka M. Tabacchi **turystykę zdrowotną** określa znacznie szerzej jako „...*każdy rodzaj podróży, który sprawia, że osoba wyjeżdżająca lub jej rodzina czują się zdrowsi*” (*Sustaining tourism... 1997*).

Należy stwierdzić, że większość osób wyjeżdżając w celach turystycznych, zakłada wypoczynek psychiczny i fizyczny, choć może nie zawsze aktywny. Możemy zatem przyjąć, że motywy zdrowotne występują w przypadku prawie wszystkich rodzajów wyjazdów turystycznych. Albowiem trudno sobie wyobrazić, aby turysta zakładał, iż nie będzie wypoczywał. Zarazem jednak istnieje wiele sposobów relaksowania się i regeneracji sił, których wybór zależy od indywidualnych potrzeb turystów. Można zatem założyć, że motyw zdrowotny występuje w przypadku turystyki plażowej, ale także kwalifikowanej, religijno-pielgrzymkowej, ekologicznej, kulturalnej, etc. Co zatem wyróżnia turystykę zdrowotną od innych form turystyki? Można, jak sądzę przyjąć za W.W. Gaworeckim (1998, 36), iż w tym przypadku poprawa szeroko rozumianego zdrowia, jest głównym motywem wyjazdu.

Zdrowie – według najbardziej znanej definicji, sformułowanej w 1946 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa. Od lat 90. ubiegłego wieku w krajach wysoko rozwiniętych, powoli, lecz konsekwentnie następuje przesunięcie nacisku z długości życia człowieka (bo średnia wieku do której dożywają mężczyźni i kobiety jest i tak już wysoka) na jakość życia w kontekście

spełnienia pragnień jednostki¹. Współcześnie nie wystarczy długo żyć. Lansowane przez media trendy, wyraźnie wskazują, że należy jeszcze przy tym być zdrowym, zrelaksowanym i urodziwym. Wobec powszechności tego typu stwierdzeń, niewielu ludziom w społeczeństwach średnio i wysoko zamożnych, udaje się uwolnić od presji bycia „doskonałym” w świetle panujących mód.

Bycie jednak zdrowym fizycznie, psychicznie i „społecznie” tylko dla relatywnie niewielu może być celem samym w sobie. Na przykład dla osób utrzymujących się z odsetek od zgromadzonego kapitału (tzw. rentierów). U większości jednak ludzi pragnieniu bycia „pięknym” towarzyszą emocje związane z realizacją kariery zawodowej, gromadzeniu pieniędzy, a także życiem rodzinnym, rodzeniem i wychowywaniem dzieci. Zatem na realizację poszczególnych życiowych zamierzeń określających jakość życia pozostaje niewiele czasu. Tym bardziej, że wiele z tych zamierzeń można zrealizować tylko w określonym przedziale wieku człowieka. Presja czasu i panujące trendy, określające jednostkę ludzką jako człowieka sukcesu wówczas, gdy jest zamożna, kreatywna, a przy tym zdrowa fizycznie, nieustannie młoda i wyglądająca na szczęśliwą, zmusza aby cele te realizować jednocześnie.

Ostatnie dziesięć lat to czas przyspieszonych zmian politycznych, gospodarczych i społecznych, a także silny rozwój nowoczesnych technik medialnych, w tym najszybszego nośnika informacji – Internetu. Nie powinna nas dziwić w tej sytuacji ewolucja prozdrowotnej oferty turystycznej. Dostosowana została do możliwości czasowych i finansowych klientów oraz ich oczekiwań co do programu i przewidywanych efektów kuracji.

Najbardziej charakterystyczne cechy współczesnej turystyki zdrowotnej to:

- szeroka gama zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, w tym korygujących urodę;
- globalizacja usług medycznych tj. możliwość zakupu zabiegu czy operacji na tzw. wolnym rynku usług medycznych na świecie.
- skrócenie czasu potrzebnego na regenerację organizmu poprzez zróżnicowanie i intensyfikację zabiegów - oferty weekendowe, tygodniowe lub dłuższe. Przy czym wyjazdy dłuższe, niż 14-dniowe traktowane są jako pobyty lecznicze, często uwarunkowane decyzją lekarza;
- uznanie podaży usług seksualnych jako „seks terapii” dla osób obu płci;
- znaczne zróżnicowanie oferty tak pod względem jakościowym jak i finansowym;
- coraz większy udział tzw. krajów trzeciego świata na rynku szeroko rozumianej turystyki zdrowotnej.

Zmiany jakie zaszły w turystyce światowej na przełomie XX i XXI wieku zmuszają chyba do uściślenia kształtu **turystyki zdrowotnej**, którą obecnie możemy definiować jako wyjazd na dobę lub dłużej poza miejsce zamieszkania w celu regeneracji zdrowia fizycznego, psychicznego, korekcji urody a także poddania się za

¹ Zdaniem W. Alejsiaka (1999) – „po pracy, mieszkaniu i samochodzie, turystyka uważana jest za czwarty w kolejności miernik jakości życia”.

biegom i operacjom w klinikach dokonujących naboru pacjentów poprzez reklamy w turystyce.

Należy dodać, że istnienie na danym obszarze tzw. turystyki zdrowotnej może być (choć nie musi) bardzo destruktywne dla zdrowia fizycznego i psychicznego lokalnych społeczności, przyjmujących turystów.

Główne motywy wyjazdów w ramach turystyki zdrowotnej to:

- rekonwalescencja po przebytych chorobach i urazach;
- pragnienie zniwelowania negatywnych skutków stresu;
- zabiegi odmładzające i konserwujące urodę (właściwe dla obu płci), w tym chirurgia plastyczna;
- walka z nałogami;
- decyzja poprawy stanu zdrowia dzięki poddaniu się specjalistycznym zabiegom lub operacjom w warunkach relaksu i w środowisku nie przypominającym (negatywnie kojarzących się) warunków szpitalnych przy wykorzystaniu różnicy cen za takie usługi świadczone na rynku światowym;
- moda panująca wśród osób zamożnych na korzystanie z coraz bardziej różnorodnej i niekonwencjonalnej oferty profilaktyki zdrowotnej;
- znudzenie tradycyjną ofertą turystyczną w przypadku osób zamożnych w średnim wieku, które „wszędzie były” i „wszystko widziały”.

1. Tradycyjne formy – turystyka uzdrowiskowa

Do tradycyjnych form turystyki zdrowotnej niewątpliwie należą pobyty w uzdrowiskach. Rozwijają się one na obszarach o atrakcyjnych walorach krajobrazowych, gdzie występują naturalne czynniki lecznicze, a także korzystne warunki bioklimatyczne. Największe znaczenie dla rozwoju funkcji uzdrowiskowych mają wody mineralne i termalne, torfy lecznicze (borowiny), muły i glinki oraz lecznicze właściwości klimatu.

Początki turystyki, którą obecnie nazwalibyśmy uzdrowiskową, sięgają starożytnej Grecji. Podróżowano wówczas między innymi do źródeł mineralnych na wyspę Eubea. Przypuszczalnie jednak pierwsze kurorty bazujące na zasobach wód mineralnych i budowie term utworzyli Rzymianie. Niektóre z nich funkcjonują do dzisiaj, jak *Aquae Calidae* (obecnie Vichy we Francji), *Aquae Helveticae* (teraz Baden w Szwajcarii), *Aquae Herculi* (Baile Herculane w Rumunii) (Kaczmarek i in. 2002).

Dynamiczny rozwój uzdrowisk i turystyki leczniczej nastąpił w Europie od XVI wieku. W dzisiejszej miejscowości Karlowe Wary w Czechach (dawniej Karlsbad) powstało wówczas około 200 obiektów sanatoryjnych. W późniejszych wiekach, XVII, a zwłaszcza XVIII, szybki rozwój gospodarczych niektórych krajów europejskich (w tym Anglii) i rosnąca zamożność określonych grup ludności wpłynęły na rozwój turystyki uzdrowiskowej wyrażający się rosnącą liczbą obiektów sanatoryjnych. Bardzo modne, wśród zamożnej elity stały się wówczas podróże do „wód”, między innymi do Spa w Belgii, Bath w Anglii, Baden-Baden w Niemczech, Evian we Francji, czy wspomnianego wcześniej Karlsbadu (Kowalczyk 2000).

W XIX wieku poprawa dostępności komunikacyjnej dzięki budowie linii kolejowych oraz chęć czasowej ucieczki z zanieczyszczonych miast spowodowała znaczny wzrost liczby osób wypoczywających w kurortach. Charakterystyczne dla tego okresu jest wzrost udziału cudzoziemców, a także mniej zamożnych kuracjuszy. Na kontynencie północnoamerykańskim rozwinęły się kurorty w Hot Springs, Saratoga Springs i Arkansas. W modnych wówczas uzdrowiskach europejskich w Bad Homburg, Bad Ischl, w Świnoujściu, Sopocie, Krynicy i Zakopanym wypoczywała nie tylko elita finansowa, ale także artystyczna bohema; malarze, śpiewacy, aktorzy, pisarze. W następnym wieku, a zwłaszcza w jego drugiej połowie, lecznictwo uzdrowiskowe stało się dostępne dla większości (Kaczmarek i in. 2002). Do tego czasu pobyt w sanatorium a zwłaszcza w modnych kurortach był atrakcyjny nie tylko dla ludzi chorych i rekonwalescentów, ale dla wszystkich, którzy zamierzali wypocząć, niejednokrotnie traktując terapie naturalne jako jedną z atrakcji turystycznych. Bywalcy kurortów reprezentowali wszystkie przedziały wiekowe.

Lata po II wojnie światowej przyniosły znaczny egalitaryzm w wyjazdach do uzdrowisk, na całym świecie. W krajach bloku socjalistycznego, uspołecznienie infrastruktury technicznej, spowodowało wielki popyt na nieodpłatne pobyty w sanatoriach. Turnusy trwały do 28 dni dla dorosłych oraz do 6 tygodni i więcej dla dzieci. Przyznawane były na podstawie skierowania lekarskiego. Powoli stawały się miejscami, gdzie wypoczywały dzieci oraz ludzie starsi, bądź schorowani niezależnie od wieku. Modne ośrodki wypoczynkowe powstawały na obszarach nie posiadających funkcji leczniczej.

Do 1956 roku wypoczynek w Polsce, w tym także w miejscowościach uzdrowiskowych, był dość ściśle zaplanowany. Regulamin domu wypoczynkowego Komisji Centralnej Związków Zawodowych w Józefowie koło Otwocka z 1946 roku zakładał (Wczasy w PRL-u 2002, s.75):

- 7.00 :7.30 wstawanie
- 7.30 - 8.00 mycie i ubieranie
- 8.15 - 9.00 śniadanie
- 9.00 - 12.00 spacer, wycieczki, zajęcia sportowe
- 12.00 -14.00 obiad
- 14.00 - 15.00 cisza, werandowanie
- 15.00 - 16.00 czytanie, pisanie listów, szycie
- 16.00 - 17.00 podwieczorek
- 17.00 - 19.00 spacer, świetlica, gry sportowe
- 19.00 - 20.00 kolacja
- 20.00 - 20.15 apel
- 20.15 - 21.00 świetlica, zabawy, gry, taniec, ognisko
- 21.00 - cisza nocna

część społeczeństwa polskiego i innych krajów będących w okresie transformacji gospodarczej, stać na finansowanie takiego wypoczynku. Tyle, że baza hotelowa, infrastruktura medyczna i urządzenia komplementarne niestety w ostatnich latach uległy poważnemu zniszczeniu. Brak pieniędzy na konserwacje i remonty, w wielu wypadkach starych, zabytkowych budowli i urządzeń, doprowadził do ich dewastacji.

Koncepcje uzdrowienia polskich kurortów zakładają:

- prywatyzację
lub
- zwiększenie liczby kuracjuszy opłacanych przez kasy chorych
lub
- rozwój funkcji turystyczno-wypoczynkowych.

Proces prywatyzacji ukończony został na razie tylko w przypadku Nałęczowa. Holenderska spółka East Spring International² w styczniu 2002 r., za 39 mln złotych zakupiła 85% akcji tego uzdrowiska. W ciągu trzech lat ma zainwestować tu 30 mln złotych tworząc według planów „miasteczko zdrowia”. Prywatyzacja innych oczekujących na ten moment uzdrowisk; Polczyna, Krynicy-Żegiestowa, Świeradłowa i Łąka Zdroju, których zakupem zainteresowany był polski producent napojów Hoop oraz kilka firm niemieckich została wstrzymana. W listopadzie 2002 r., decyzją resortu zdrowia odstąpiono od prywatyzacji, argumentując, iż obiekty te wraz z zasobami naturalnymi są dobrem narodowym i winne zostać w rękach państwa

Wartość państwowych uzdrowisk szacowana jest na 350 mln złotych, a ich kondycja finansowa jest zła. Wiele działa na granicy opłacalności. Pieniądze z kas chorych, średnio 50-70 złotych za dobę pobytu, nie zawsze pokrywają nawet koszty leczenia kuracjusza. Uzdrowisko w Rabce, rocznie przyjmujące około 200 000 osób, przynosi straty, pokrywane z dzierżawy gruntu. Konstancin w 2001 r. „zarobił” wprawdzie około 57 000 złotych, ale na remonty potrzebuje 19 mln złotych. Terapią zastępczą w tej sytuacji ma być przeznaczenie dla kurortów w 2003 r., z budżetu kas chorych, dwukrotnie większej kwoty (ok. 600 mln zł), niż w latach ubiegłych. Pieniądze te jednak przeznaczone mają być jedynie na leczenie, co oznacza dalszy upadek infrastruktury technicznej ośrodków. W najgorszej sytuacji prawdopodobnie znajduje się Teżnia Trzecia w Ciechocinku (zbudowana w 1859) oraz sanatorium Dąbrówka (1872) w Polczynie Zdroju (Rybak 2002, 23).

Gospodarze uzdrowisk, które jeszcze nie podpadły całkowicie, widzą szansę powstrzymania procesu degradacji, przez rozwój komercyjnych funkcji turystyczno-wypoczynkowych. Tam, gdzie taka sytuacja zaistniała (np. w Nałęczowie) dodatkowe źródła finansowania pozwoliły na inwestycje, ale także na dopłaty do zabiegów kuracjuszy opłacanych poprzez kasy chorych.

Porównując koncepcje funkcjonowania uzdrowisk w warunkach gospodarki rynkowej w Polsce (doświadczenia ostatnich 12 lat) i w krajach Europy Zachodniej, można zauważyć, że te „zachodnie” szybciej i bardziej elastycznie odzwierciedlają

² Spółka ma znaczne udziały we włoskim kurorcie San Pellegrino oraz francuskich Comtrexeville i Vittel.

zmiany popytu na rynku turystycznym. Jak podaje D. Ptaszycka-Jackowska (1999): „... w uzdrowiskach niemal wszystkich krajów [Europy Zachodniej] nastąpiło ograniczenie funkcji leczniczej na rzecz rozwoju innych form turystyki, zwłaszcza czynnych form wypoczynku (z użyciem takich urządzeń, jak baseny kąpielowe, korty tenisowe, tereny jeździeckie, trasy i wyciągi narciarskiej) i turystyki kongresowej”. Ostatnie lata przyniosły już w całej Europie nasilenie tego procesu oraz rozszerzenie oferty „około leczniczej” silnie nawiązującej do medycyny alternatywnej.

Na całym świecie wyraźnie widoczna jest tendencja do rozwijania funkcji nie leczniczych w uzdrowiskach i jednocześnie odwrotnie, funkcji leczniczych lub paramedycznych w ośrodkach *stricte* wypoczynkowych. Te drugie czynią to bardziej zdecydowanie.

2. Nowe formy turystyki zdrowotnej

Można je podzielić na dwie grupy: dbające o ciało i relaksujące (rozpieszczające, ang. *pampering*) oraz dbające o duszę i wprowadzające w błogi nastrój (ang. *wellness, well being*)³.

Do sposobów upiększania ciała należą przede wszystkim różne rodzaje masażu (suche i wodne), okłady z gliny i ziół, złuszczenie naskórka (ang. *peeling*), gimnastyka, siłownia, naświetlania, krioterapie, etc.

Terapie *wellness* pomagają generalnie zdrowym osobom zwalczyć pewne problemy i fizyczne i psychiczne. Najczęściej zawierają się w nich różnorodne sposoby walki ze stresem, kuracje odtruwające od nadmiaru używek (tzw. detoksykacja) oraz terapie tlenowe, kuracje odchudzające i medytacje. Najbardziej bogate oferty zawierają wiele kuracji w jednym pakiecie.

Cechą charakterystyczną większości nowych terapii należących do obu grup wydaje się być nieograniczona liczba odmian i kombinacji oraz najczęściej ich orientalne pochodzenie, nawiązujące do nauki i filozofii starych cywilizacji, czerpiąc najwięcej z bogatego dorobku Indii.

2.1. Kuracje najczęściej pojawiające się w ofertach turystycznych

Klimatoterapia obejmuje: kąpiele słoneczne i powietrzne (aeroterapia), zabiegi powietrzno-ruchowe, kąpiele morskie, rzeczne, jeziorne, inhalacje naturalne i tężniowe. Szczególną formą klimatoterapii jest leczenie morzem, czyli **thalassoterapia** (termin wywodzi się z języka greckiego). Wykorzystywane jest w tym przypadku działanie wody morskiej podgrzanej do temperatury 33-36°C. Zawarte w niej mikroelementy dobroczynnie działają przez skórę na organizm, a masaż wodą usprawnia krążenie krwi. Ośrodki thalassoterapii powstają w najpiękniejszych zakątkach świata, w bezpośredniej bliskości morza. Klasyczne centra składają się

³ Terminy anglojęzyczne są używane (a często i nadużywane) w tekstach większości reklam turystycznych na świecie. W tym przypadku szczególną popularnością cieszą się, trudne do jednoznacznego przetłumaczenia na inne języki, określenia *wellness* i *well being* (przyp. autora).

z pięciu przestrzeni: hydro-fizjoterapii (zabiegi morskie), urody (zabiegi upiększająco-pielęgnacyjne), farmy (fitness, gimnastyka sauna, łaźnie parowe), relaksu (solarium, pijalnie herbaty i napojów ziołowych) i zmysłów (kombinacja terapii działających na zmysł wzroku, węchu, słuchu, dotyku i smaku).

Jednym z największych promotorów thalassoterapii na świecie jest francuska firma Thalgo, firmująca tego typu centra w ponad stu krajach. W Europie specjalizuje się w tego rodzaju ofertach Grecja.

Masaże to jeden z najstarszych sposobów leczniczych, przeżywający w ostatnich latach renesans. Polega na ugniataaniu, uciskaniu i głaskaniu mięśni, w wyniku czego następuje pobudzenie krążenia i przemiany materii, a także szybsze usuwanie szkodliwych substancji powstałych w organizmie na skutek wysiłku fizycznego. Współcześnie musi być wzbogacony o liczne elementy dodatkowe. Masaż aromaterapeutyczny to połączenie masażu z działaniem olejków eterycznych (lawendy, róży, jaśminu, pomarańczy i kwiatu *ylang-ylang*), różnych w zależności od efektów, które chce się osiągnąć. We wszystkich swoich odmianach najbardziej spopularyzowany w azjatyckich ośrodkach turystycznych, zwłaszcza indyjskich i tajskich. Masaż kamieniami, łączy doznania kontaktu ciała z gorącymi bazaltami i zimnym marmurem oraz bywa zakończony kąpielą w basenie z solą z Morza Martwego. Oferta występująca w Polsce, reklamowana jest przez należący do Orbis Hotels S.A. hotel w Mrągowie.

Termami starożytni Rzymianie określali miejsce spotkań towarzyskich, podczas których w rozległych bogato zdobionych budynkach poddawano się kąpielom gorącym i zimnym, korzystano z łaźni suchych i parowych. Spędzano czas na rozrywkach, w bibliotece oraz na przechadzkach w parku. Współcześnie termin ten odnosił się do niedawna do tzw. cieplic – źródeł wody o temperaturze wyższej od średniej temperatury rocznej otaczającego obszaru. Mogą one powstawać ze skroplonej pary wodnej pochodzenia wulkanicznego, jak na Islandii czy w Parku Yellowstone w Stanach Zjednoczonych. Inną przyczyną ich występowania jest wsiąkanie wód powierzchniowych na duże głębokości i ogrzanie. Wody te następnie pod ciśnieniem hydrostatycznym wydostają się ku górze (np. w Baden koło Wiednia). Szczególnym typem cieplic są gejzery.

W Europie Środkowo-Wschodniej przez ostatnich kilkadziesiąt lat popularne były węgierskie termy. Bogate zasoby wód leczniczych występują aż w kilkuset ciepłych źródłach na terenie całego kraju. Na ich bazie powstały ośrodki balneo- i hydroterapii w Debreczynie, Eger, Heviz, Zalakaros i w wielu innych. W stolicy kraju Budapeszcie znajduje się około 50 zakładów kąpielowych, których woda pobierana jest z naturalnych gorących źródeł.

W ostatnich latach w Europie, centra nazywane termami rozszerzają swoją ofertę i pobyt w nich, jak niegdyś, przypomina czas spędzany w termach rzymskich. Nowopowstające ośrodki, jak te w Słowenii, polecają kryte baseny, saunę, kąpiele słoneczne, spacer, sale fitnessu oraz termalną wodę mineralną czerpaną z głębokości ponad 700 m, której skład łączy lecznicze właściwości wód słodkich i słonych. Niewiele jednak z współczesnych term zapewnia rozrywki intelektualne.

Terapie wodne – spa. Nazwa wywodzi się od łacińskiej sentencji *sanus per aquam* co znaczy „zdrowie przez wodę”. Kuracje wodą źródlaną i morską w połączeniu z naturalnymi wodorostami oraz glonami do leczenia całego ciała stosowali już starożytni Rzymianie. Na przełomie XVIII i XIX wieku tak rozumianą hydroterapię zaczęto łączyć ze sztuką masażu. Jednak dzisiejsze pojęcie *spa* różni się od dawnych wyobrażeń na ten temat. Obecnie oznacza ono miejsca, gdzie można poddać się różnym zabiegom przywracającym harmonię ciała i duszy. Centra *spa* oferują różnorodne zabiegi, między innymi *peeling*, masaże: tajski, szwedzki, aromatoterapeutyczny, stóp (określany terminem refleksologia lub bardziej popularnie w Polsce – akupresura), *shiatsu* (naciskanie kciukami) oraz akupunkturę laserem, zwalczanie cellulitisu, zabiegi z zastosowaniem alg i soli morskiej. Dodatkowo bywa, że specjalizują się w zwalczaniu otyłości, zapobieganiu impotencji, biochirurgii plastycznej i w zwalczaniu depresji zimowej.

Znane kurorty czy centra *spa* często proponują pakiety usług, określane terminem programu. Najczęściej proponowane programy to: antystresowe, odchudzające, piękności, geriatryczne. *Spa* zwykle postrzegane są jako miejsca bardzo kosztowne, elitarne i nieco dziwaczne. Na przykład *spa* we francuskim kurorcie Les Sources de Caudalie (leżącym wśród winnic regionu Bordeaux) specjalizuje się w terapii winnej, gdzie do pielęgnacji ciała stosuje się odpadki z produkcji wina, w tym winne jacuzzi oraz okłady z miodu i drożdży, zdrapywane nasionami winogron.

Ośrodki *spa* do niedawna rozwijały się przede wszystkim w Europie. Obecnie powstają w szybkim tempie na całym świecie. Bardziej znane z nich znajdują się w Pathumthai (Tajlandia), w krajach naftowych nad Zatoką Perską, w Izraelu, na Karaibach. Budowa nowych tego typu ośrodków podjęta została w Nepalu, Indiach, Malezji, Egipcie i innych.

W Polsce liczbę prywatnych centrów *spa* (o różnej wielkości) oszacowano w końcu 2002 roku na około 300 (Sanatoria pod klepsydrą 2002, 23).

Ziołolecznictwo czyli fitoterapia, polega na leczeniu przy zastosowaniu owoców, warzyw i ziół. **Apifitoterapia**, wykorzystuje lecznicze właściwości miodu i innych produktów wytwarzanych przez pszczoły. Jest szeroko rozpowszechniona w Polsce, gdzie liczne ośrodki specjalizują się w łączeniu wypoczynku z miodoterapią.

Turystyczne centra wedyjskie propagują filozofię opierającą się na stwierdzeniu, że największym bogactwem świata jest bogactwo duszy. Ośrodki takie cieszą się wielką popularnością, zwłaszcza wśród turystów amerykańskich. Programy pobytu sugerują klientom pracę nad sobą, budzenie sił kreatywnych i pozytywnego stosunku do życia, zmianę złych nawyków, naukę zdrowego wychowywania dzieci, kursy medycyny alternatywnej. Droga do celu prowadzi poprzez, między innymi, medytacje, muzykoterapię wedyjską, praktykowanie jogi i terapię pępka („źródła życia”). Interesującym wydaje się w tej sytuacji istnienie wielkich wyspecjalizowanych w takiej ofercie korporacji, jak na przykład Vedic Care (www.vediccare.com) co sugeruje, że sprzedaż filozofii skromności i harmonii może przynosić niebagatelne zyski.

Ajurweda, najbardziej egzotyczna z terapii, opiera się na starym hinduskim systemie medycyny naturalnej, powstałej 4 tys. lat temu w Indiach. Pomaga osiągnąć zdrowie, pomyślność i harmonię za pomocą bezpiecznych i skutecznych metod wykorzystujących lecznicze właściwości ziół, olejków, aromatów, naturalnej żywności, medytacji i masażu. Dieta jest ważną częścią ajurwedy, gdyż właściwie dobrana zapewnia zdrowie i dobre samopoczucie na długo. Wspomagana zaś musi być przez techniki oczyszczania organizmu, takie jak kąpiele parowe, inhalacje, lewatywy i picie ziół. Najpopularniejsze ośrodki ajurwedy powstają w Indiach w stanie Kerala, do których pomimo słabej dostępności komunikacyjnej, przyjeżdża wielu turystów, zostaje na dłużej i wydaje więcej pieniędzy, niż w innych regionach kraju (Thomas 2002).

Śmiechoterapia, bywa włączana eksperymentalnie do niektórych ofert z rodzaju *wellness*.

Dziwne terapie, które trudno zakwalifikować do jakiegokolwiek grupy. Ich cechą charakterystyczną jest wypełnianie czasu kuracjuszy różnymi zajęciami, którymi nie zwykli zajmować się na co dzień. Może być to na przykład trzydniowa głodówka, powiązana ze spacerami we mgle, przerywana godzinnymi posiedzeniami pod strumieniem zimnej wody z wodospadu, zakończona rytualnym wypiciem puszki piwa, które w tej sytuacji działa szczególnie (Japonia...2003). Większość takich terapii cieszy się obecnie dużym powodzeniem. Wystarczy, że zostaną odpowiednio zareklamowane. Najlepszym zaś forum, gdzie skutecznie reklamuje się tego typu oferty, są liczne ugrupowania *New Age*, skupiające zwykle osoby zamożne i sfrustrowane.

2.2. Usługi medyczne

Szczególną formą turystyki zdrowotnej są wyjazdy do klinik i szpitali. Motywy takich wyjazdów określanych jako „podróże terapeutyczne” (ang. *therapeutic travel*) bywają bardzo różne:

1. W krajach wysoko rozwiniętych wielu zamożnych ludzi cierpiących na mniej lub bardziej poważne schorzenia (w tym na choroby przewlekłe), pragnie poprawić swój stan zdrowia decydując się na rehabilitację, zabieg, czy operację w przyjemnych warunkach, na przykład w otoczeniu pięknej przyrody. Wiele firm turystycznych na całym świecie wychodzi naprzeciw takim właśnie oczekiwaniom. Jedna z nich skierowała ofertę do 160 000 Amerykanów skazanych na systematyczne wykonywanie dializ. Zaproponowano chorym rejs statkiem po Morzu Karaibskim, w tym pływanie, nurkowanie, łowienie ryb oraz „dializy z cudownym widokiem Karaibów”. Na każdym statku znajduje się po osiem stacji do dializowania wraz z personelem medycznym (Ross 2001).

Oferta szpitala w Tortola na Wyspach Dziewiczych, wiąże operacje i zabiegi chirurgiczne (w tym chirurgię plastyczną) z pięknem tropikalnych ogrodów, wodospadami, basenami, uroczymi barami i delikatną karaibską bryzą. Sugeruje także klientom aromatoterapię i masaże (Ross 2001).

Ministerstwo Turystyki na Dominice proponuje pobyty dla osób cierpiących na nowotwory, podkreślając wpływ cudownych krajobrazów na budzenie się sił witalnych skłaniając chorych do walki o życie (Finn 2002).

Syndykat szpitali w Libanie wskazuje na wspaniałą możliwość spędzenia w tym kraju cudownych wakacji rodzinom towarzyszącym swoim bliskim podczas podróży terapeutycznej. Chory poddaje się zabiegom w luksusowej klinice, podczas gdy jego rodzina zamieszkując w hotelu na obszarze tego samego kompleksu medycznego, oddaje się w wolnej chwili życiu towarzyskiemu.

2. Przyczyną korzystania z usług medycznych poza krajem pochodzenia turystów bywa także niedoskonałość systemów ochrony zdrowia. W anglosaskiej części Kanady długi okres oczekiwania na zabiegi (według sporządzonej listy pacjentów) skłania niektórych do korzystania z pomocy medycznej za granicą. System opieki medycznej w Wielkiej Brytanii zniechęca Brytyjczyków do korzystania z krajowej oferty medycznej. Jednocześnie jednak umożliwia bezpłatne leczenie obywatelom aż 60 państw, z którymi kraj ten ma podpisane stosowne umowy. Dopuszcza także nieodpłatną pomoc w tzw. nagłych przypadkach oraz w szeregu innych okolicznościach, których w związku z tym rejestruje się zadziwiająco dużo. Te nieco problematyczne rozwiązania są tematem kąśliwych uwag w mediach, oceniających wyspę jako „supermarket usług medycznych dla reszty świata”.

W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że około 1% cudzoziemców przybywa na leczenie. A do niewielkiej Kostaryki przyjeżdża w tym celu blisko 150 000 osób rocznie.

3. Dzięki rozwiniętemu silnie Internetowi, reklamy klinik medycznych (wraz z cennikiem) docierają do większości zainteresowanych określoną ofertą. Ten sposób rozprzestrzeniania informacji daje potencjalnym klientom możliwość porównywania warunków oraz cen za analogiczne usługi medyczne w różnych miejscach na świecie. Na przykład operacyjne usunięcie katarakty kosztuje w Wielkiej Brytanii około 4500 USD, podczas gdy w Indiach (w renomowanej klinice) ok. 350 USD. Najczęściej wykonywane operacje biodra – w Londynie kosztują około 12 000 USD, a w szpitalach na Syberii poniżej 1500 USD.

Na Kubie od prawie trzydziestu lat można otrzymać wysokokwalifikowane usługi medyczne za znacznie niższą cenę, niż ta którą by musieli zapłacić turyści np. amerykańscy we własnym kraju. Najczęściej usługi medyczne występują w pakiecie wraz z zakwaterowaniem i ofertą *stricto* turystyczną. W 1997 roku Kuba zarobiła 25 mln USD na turystyce zdrowotnej (Ross 2001).

Kostarykańska Korporacja Turystyki Zdrowia (*The Health Tourism Corporation*) bardzo skutecznie działa na rynku usług medycznych. Mocną stroną oferty są niskie ceny zabiegów wykonywane przez wysoko wykwalifikowanych specjalistów (wykształconych głównie w Stanach Zjednoczonych), pracujących na nowoczesnym sprzęcie. Od lat Światowa Organizacja Zdrowia w rankingu najlepszych systemów medycznych na naszym globie plasuje Kostarykę w pierwszej dwudziestce. W ostatnich latach najszybciej rośnie popularność wykonywanych w kraju operacji plastycznych. Badania marketingowe przeprowadzone przez korporację na tysiącosobowej

próbie kobiet i mężczyzn w wieku 45–54 lata wykazały, że 23% respondentów pragnie chirurgicznego wygładzenia zmarszczek twarzy, 18% korekty kształtu nosa, 17% odmłodzenia struktury skóry twarzy, 9% poprawy kształtu oczu i 1% odmłodzenia kształtu ust. Kostarykańska oferta turystyczna gwarantuje wszystkie te zabiegi wraz z gwarancją powrotu do pełni zdrowia po dwóch tygodniach. Chirurgia plastyczna jednak nie wyczerpuje możliwości zawodowych krajowych specjalistów. Szpital publiczny Calderon Guardia słynie z wykonywania unikalnych w świecie operacji na dzieciach znajdujących się jeszcze w łonie matki. Pierwszą w kraju, a piętnastą taką na świecie, wykonano w listopadzie 1997 r.

Syndykat szpitali libańskich bardzo poważnie pracuje nad turystyczną ofertą usług medycznych. Pragnie przejąć część osób pochodzenia arabskiego z pięcioletniej grupy pacjentów-turystów podróżujących co roku do Europy i Stanów Zjednoczonych. W grupie tej są głównie zamożni mieszkańcy naftowych krajów nad Zatoką Perską, udający się w podróż razem z rodziną. Dlatego propozycje libańskie zawierają się w pakiecie: pobyt w klinice plus zabieg oraz pobyt rodziny w hotelu plus atrakcje turystyczne. Podkreślanym atutem oferty jest możliwość porozumiewania się przez turystów (w tak szczególnych sytuacjach) rodzimym językiem oraz niższe koszty usług medycznych o porównywalnej jakości. Wysoki poziom usług gwarantują specjaliści wykształceni na najlepszych uczelniach świata.

Znaczące zmiany w dziedzinie międzynarodowej turystyki zdrowotnej postępują w Malezji. Na przełomie XX i XXI wieku rozwój tego sektora gospodarki stał się jednym z priorytetów gospodarczych w kraju. Do 2010 r. przewidywany jest dziesięciokrotny wzrost dochodów z turystyki zdrowotnej, między innymi poprzez zwiększenie sprzedaży usług medycznych cudzoziemcom (zwłaszcza usług chirurgicznych). Malezja zamierza konkurować w tym zakresie z Singapurem, Indonezją i Rosją (laserowa korekcja wad wzroku). W 2001 r. w celach terapeutycznych odwiedziło Malezję około 100 000 osób, w większości pochodzących z krajów sąsiednich. Ponad 30 000 z nich skorzystało z oferty Stowarzyszenia Prywatnych Szpitali i poddało się zabiegom w ośrodkach w Penang oraz Melakka. Plany rządowe na lata 2001-2005 zakładają włączenie wybranych szpitali państwowych oraz 44 z 224 prywatnych klinik do realizacji VIII Malezyjskiego Planu Gospodarczego właśnie w zakresie rozwoju programu turystyki zdrowotnej. Przy okazji rząd liczy na powstrzymanie odchodzenia zdolnej kadry medycznej z sektora państwowego do prywatnego (Reme 2001, *Metro...*2001, *Melaka* 2002).

Podobne plany ma Sri Lanka, gdzie Apollo Hospital Group (ponadnarodowa korporacja medyczna) buduje w stolicy kraju Kolombo - kolejne w Azji centrum medyczne. Ma ono przyjmować 500 osób z krajów sąsiednich, oferując wysokiej klasy specjalistów, doskonały sprzęt medyczny i niskie ceny. W planach rządowych jest wielokrotne zwiększenie liczby przyjazdów cudzoziemców do kraju poprzez rozszerzenie oferty turystycznej właśnie o wyprawy terapeutyczne. Ta sama korporacja ponadnarodowa wkrótce rozpocznie realizowanie podobnego przedsięwzięcia w Dubaju (Zjednoczone Emiraty Arabskie) (Kasturisinghe 2002).

W Europie w ostatnich latach spopularyzowane zostały wyjazdy turystyczno-dentystyczne do Jugosławii. Ceny na podstawowe zabiegi w prywatnych klinikach stomatologicznych w Nowym Sadzie, dostępne na stronach internetowych (www.visitnovisad.com), są zdecydowanie niższe od tych występujących w krajach Unii Europejskiej. Na przykład za koronkę porcelanową trzeba zapłacić 100 euro, za zrobienie sztucznej szczęki ze standardowego materiału 200 euro, ekstrakcja zęba kosztuje 30 euro, a wypełnienie w zależności od materiału od 20 do 80 euro.

Polacy wyjeżdżają na turnusy sanatoryjne do ośrodków na Słowacji i na Litwie, poszukując korzystniejszych cenowo propozycji, niż te wysuwane przez nerwowo transformujące się polskie uzdrowiska. Jednak w tym przypadku znaczącym atutem są przede wszystkim niskie koszty pobytu, a nie luksusowa oferta.

4. Przyczyną wyjazdów do klinik w innych krajach bywa czasem chęć obejścia istniejącego w danym państwie prawa, ograniczającego możliwość wykonywania pewnych zabiegów.

Wysoko kontrowersyjną jest pseudoturystyczna oferta jednej z klinik szwajcarskich. Reklamuje ona bowiem (także przez Internet) możliwość wykonania eutanazji na osobach nieuleczalnie chorych (dopuszczalną w Szwajcarii). Propozycja zakłada krótkotrwały pobyt osoby chorej wraz z rodziną w prywatnym apartamencie, opiekę lekarską i sam zabieg.

W Polsce, po wprowadzeniu kilka lat temu ustawy delegalizującej usuwanie ciąży, pojawiła się „turystyka aborcyjna” do klinik czeskich i ukraińskich. Jednocześnie media wspominają o pojawieniu się „turystyki reprodukcyjnej” wśród zamożnych małżeństw, które nie mogą doczekać się potomstwa, korzystają z ofert klinik leczenia niepłodności w krajach, gdzie regulacje prawne są bardziej liberalne. Większość zainteresowanych wyjeżdża do Stanów Zjednoczonych, gdzie ponad 400 prywatnych klinik wykonuje zabiegi sztucznego zapłodnienia niemal bez żadnych ograniczeń co do doboru biologicznych rodziców, wieku, czy modyfikacji genetycznych (Wojtasiński 2002). W niedalekiej przyszłości przewidywane jest zaistnienie na światowym rynku usług medycznych klinik specjalizujących się w zabiegach klonowania embrionów ludzkich.

W krajach arabskich coraz częstsze są wyjazdy do klinik ginekologicznych w krajach sąsiednich, w celu odtworzenia błony dziewiczej. Na zabieg taki decydują się kobiety zamierzające wyjść za mąż. Ze względu na poufność przedsięwzięcia, często wybierają kliniki poza swoim krajem. Cennik na takie usługi określa stawkę od 1000 USD w renomowanych ośrodkach do 100 USD w drugorzędnych szpitalach prywatnych. Na rynku tego typu usług dobrą renomą cieszą się kliniki w Aleksandrii w Egipcie oraz w Libanie.

3. “Seks terapia” – stara czy nowa?

W XVIII- i XIX-wiecznej Europie kobiety pochodzące z elit rodowych lub finansowych niekiedy nawiązywały romanse podczas wypoczynku w uzdrowiskach. Rewolucja seksualna drugiej połowy XX wieku przyniosła większą otwartość w traktowaniu spraw seksu. Wraz ze wzrostem popularności psychoanalizy, jako

sposobu na walkę ze stresem, coraz bardziej dokuczającym mieszkańcom krajów wysoko rozwiniętych, pojawiła się terapia seksem. Wielu psychoterapeutów zaleca swoim pacjentom erotyczne wakacje jako antidotum na wyczerpującą monotonię codziennego dnia pracy. Męska turystyka seksualna została dobrze zbadana i niejednokrotnie omówiona, bądź opisana w mediach. Wyjazdy kobiet są znacznie mniej dostrzegane. Najpopularniejsze kierunki wyjazdów mężczyzn to Haiti (często dla związków homoseksualnych) i kraje Azji Południowo-Wschodniej, a zwłaszcza Tajlandia.

Kobiety na początku lat 70. XX wieku podróżowały w celach erotycznych do Włoch i Hiszpanii. Współczesny rynek terapii seksem jest znacznie szerszy. Amerykanki podróżują na Karaiby, Izraelki i Japonki na Hawaje oraz do Tajlandii, a Europejki do arabskich krajów w Afryce Północnej, do Turcji i Indii oraz innych krajów będących niegdyś koloniami.

4. Adresaci ofert turystyki zdrowotnej – stan obecny i perspektywy

Współczesna turystyka zdrowotna jest adresowana do ludzi w każdym wieku. Dla małych dzieci z chorobami układu oddechowego lub o obniżonej odporności organizmu istnieje szeroka oferta wyjazdów (wraz z opiekunem) do miejsc o korzystnym klimacie. Dzieci nieco starsze mogą korzystać z pobytów w sanatoriach, na turnusach leczniczych i rehabilitacyjnych. Dużą popularnością w grupie wiekowej 10-17 lat cieszą się wspólne wyjazdy osób o podobnych problemach zdrowotnych, np. wyjazdy alergików, diabetyków, osób o dysfunkcji narządów ruchu. Turystyka zdrowotna jest relatywnie mało interesująca dla młodych ludzi między 18 a 25 rokiem życia. Chociaż w krajach zamożnych, właśnie ta grupa wiekowa jest bardzo podatna na reklamy długich wyjazdów do krajów azjatyckich w celu medytacji i zgłębiania prawd uniwersalnych, których efektem ma być stan błogości (*wellness*). Zupełnie inna oferta jest najbardziej interesująca dla osób w wieku 25-35 lat. W ich przypadku atrakcyjne są programy odchudzające i oczyszczające organizm, fitness, modelowanie ciała oraz wszelkie techniki relaksacji. Po 35 roku życia wzrasta zainteresowanie chirurgią plastyczną, kuracjami upiększającymi i odmładzającymi. Przy czym pewnym *novum* jest coraz większe w skali całego świata zainteresowanie mężczyzn tego typu ofertami. Osoby po 40 roku życia decydują się na zabiegi i operacje. Nie bez znaczenia jest, że są to ludzie o coraz większych dochodach, raczej ustabilizowani zawodowo, których stać ze względów czasowych i finansowych na zakup oferty operacja plus wypoczynek.

Do niedawna osoby powyżej 50 lat traktowane były przez firmy turystyczne łącznie jako „starsi”. Obecnie z punktu widzenia aktywności turystycznej wyróżnić można następujące przedziały wiekowe: 50-64, 65-74, 75-84, i ponad 85. Osoby w pierwszej grupie wiekowej zwykle wychowały już dzieci, a ich możliwości zarobkowe osiągnęły apogeum. Zatem mają czas, pieniądze i często marzenia aby zatrzymać ten czas, czyli zlikwidować oznaki starzenia się. W następnej grupie wiekowej atrakcyjne stają się pobyty w uzdrowiskach i możliwość korzystania z tradycyjnej oferty leczniczej. Podobnie jak w kolejnym przedziale wiekowym, z tą różnicą, że

osiemdziesięciolatkowie na podróże decydują się rzadziej. Wyjazdy osób prawie dziewięćdziesięcioletnich do kurortów są sporadyczne.

Jakie są perspektywy rozwoju turystyki zdrowotnej? Niedaleka przyszłość przyniesie nam znaczne zmiany demograficzne. Ludzkość starzeje się. Jednak na świecie coraz więcej osób przekracza dotychczasową „granice starości” czyli sześćdziesiąt lat w dobrym zdrowiu i przy dużej aktywności zawodowej. Nic dziwnego, że pragną oni aby stan taki trwał jak najdłużej. Z punktu widzenia rozwoju turystyki, zwłaszcza turystyki zdrowotnej, proces starzenia się społeczeństwa wydaje się być raczej korzystny. Obecnie na świecie jest około 600 mln ludzi w wieku powyżej sześćdziesięciu lat, do 2050 r. będzie to liczba bliska 2 mld. W roku 2000 w Polsce 20% ludzi przekroczyło sześćdziesiątkę, w 2020 r. będzie to 25%, a w 2050 r. – 33%. Przy czym społeczeństwa zamieszkujące w krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych starzeją się w jeszcze szybszym tempie, niż ma to miejsce w Polsce. Jest to fakt istotny z punktu widzenia polityki turystycznej na świecie, gdyż to właśnie Niemcy, Anglicy i Amerykanie podróżują najczęściej, przeznaczając na ten cel najwięcej pieniędzy.

Lawinowy proces starzenia się społeczeństwa jest nieodwracalny. Jest skutkiem tzw. przejścia demograficznego, związanego z rozwojem cywilizacyjnym. Przejścia od układu „dużo dzieci, wysoka śmiertelność” do układu „mало dzieci, niska śmiertelność, niska umieralność”. W ciągu najbliższych lat najbardziej zauważalny będzie fakt „zestarzenia się” powojennego wyżu demograficznego. W krajach zamożnych określanym anglojęzycznym terminem „*woopies*”, czyli „dobrze sytuowani starsi ludzie” (*well-off older people*).

4.1. Doświadczenia szkockie

Latem 2000 r. jedna z organizacji turystycznych Szkocji (STB – *Scottish Tourist Board*) przeprowadziła badania w wybranej grupie konsumentów oferty zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Niemczech. W badanej grupie znajdowały się osoby obu płci, znajdujące się w przedziałach wieku 25-35 lat oraz 45-65 lat. W większości pracujące, niektóre samotne, ale także posiadające rodzinę. Zainteresowane i nie zainteresowane przyjazdem do Szkocji (Hay 2001).

Respondenci określili swój tryb życia jako wysoce stresujący i wyczerpujący. Podkreślali tendencję do stałego wydłużania się dnia pracy przy rosnącym braku poczucia zawodowego bezpieczeństwa. Zaznaczali wpływ mediów na rozprzestrzenianie się informacji, które pobudzają pragnienia w rodzaju „mieć wszystko” lub „robić coraz więcej w coraz krótszym czasie”. Rozpoznane główne źródła stresu to: praca, brak czasu, pieniądze, stosunki międzyludzkie, zdrowie i rytm życia codziennego. Sytuacje stresujące są podłożem stanów określanym jako irytacja, niecierpliwość, zmęczenie, utrata dystansu do toczących się spraw, zaburzenia stosunków międzyludzkich oraz ogólne poczucie bycia nieszczęśliwym i nieusatysfakcjonowanym z życia. Większość respondentów zgadzała się, że umiarkowane napięcie jest konieczne i spełnia, jak najbardziej pozytywną rolę w życiu. Zarazem

jednak podkreślali konieczność zapobiegania stresom i niwelowania jego negatywnych skutków.

W przypadku strategii antystresowych ważna jest aktywna i pasywna relaksacja. Pod terminem aktywna respondenci rozumieli ćwiczenia gimnastyczne, zakupy, wyjście do kina, na spacer, przejażdżkę, spotkanie z przyjaciółmi, czas poświęcony na hobby. Pasywna relaksacja to oglądanie programów telewizyjnych przy lampce wina lub z wielkim pudełkiem czekoladek, wylęganie się i słuchanie muzyki, czytanie, kąpiel oraz zabiegi pielęgnacyjne. Najlepszą formą spędzenia czasu wolnego (w tym wakacji) jest mozaika zachowań określanych jako aktywna i pasywna relaksacja. Przy czym zwracano uwagę, iż najbardziej dobroczynny w skutkach jest krótszy a częstszy wypoczynek.

Respondenci zapytani o opinie o ofertach turystyki zdrowotnej (*health tourism*) i turystyki blogostanu (*well-being tourism*) wykazywali pewną dezorientację. Zdrowie kojarzyło się w tym przypadku ze stanem fizycznym, a ćwiczenia służące jego zachowaniu nie określano jako przyjemne. U wielu osób zaś termin turystyka zdrowotna wywoływał skojarzenia z pobytami sanatoryjnymi. Zwłaszcza osoby pochodzące z Niemiec, pobyt w ośrodkach wodolecznictwa (tzw. *spa*) traktowały jako konieczność, wspartą częściowym refinansowaniem przez ubezpieczenie zdrowotne. Tym samym nie traktowały takiego wyjazdu jako wakacji.

Turystyka blogostanu zdaniem osób badanych, odnosi się do spraw ducha i najczęściej rozumiana jest jako przeciwieństwo stresu. W praktyce oznacza robienie co się chce w czasie, który samemu się wybierze; bez żadnych uzależnień i zakazów. Ponieważ osiągnięcie takiego stanu ducha wiele osób postrzega jako niemożliwe, zwłaszcza w warunkach narzuconych przez ośrodki turystyczne, stąd zapewne trudności respondentów z określeniem stopnia ich zainteresowania tego typu ofertą.

4.2. Doświadczenia polskie

Stan zdrowia Polaków, według samooceny z 1996 roku jest zadowolający do 44 roku życia. Później ulega pogorszeniu. Osoby w wieku 45-64 i powyżej 65 lat stanowią blisko 70% ogółu kuracjuszy w uzdrowiskach. Większość to kobiety, 150 na 100 mężczyzn. Proporcje te występują niezmiennie od stu lat w kurortach całej Europy.

Badania ankietowe przeprowadzonych w drugiej połowie lat 90. ubiegłego wieku wśród 2 tysięcy kuracjuszy pozwoliły uzyskać przybliżony obraz współczesnego konsumenta oferty leczniczo-uzdrowiskowej w Polsce (Kraśiński 1999). Kobiety dwukrotnie częściej (51%) są stanu wolnego, niż mężczyźni (27%). Wdowy stanowią około 13%, panny i rozwiedzione 26%, w separacji 12%. Większość wypoczywających pracuje w zawodach niefizycznych, najczęściej są to nauczyciele (11,8%) i pracownicy resortu zdrowia (9%). Nieco mniej, niż połowę stanowią emeryci i renciści. Większość kuracjuszy pochodzi z miast, w tym 2/3 z dużych i średnich. Ponad 40% wypoczywających w uzdrowiskach posiada wyższe wykształcenie. Są to osoby co najmniej średnio zamożne. Średni miesięczny dochód netto na osobę

w rodzinach kuracjuszy jest o 26% wyższy, niż statystycznie w pozostałych rodzinach w Polsce. Najzamożniejsi potencjalni kuracjusze zdecydowali się na uzdrowiska zachodnioeuropejskie, bogate w usługi nie tylko lecznicze, ponadto atrakcyjne towarzysko.

Zamiast podsumowania – o turystyce i zdrowiu inaczej

Podróże turystyczne po zdrowie nie są niestety wolne od zagrożeń tegoż zdrowia, tak przyjeżdżających gości, jak i gospodarzy.

Turyści często zapominają w atmosferze wakacji o nawykach chroniących zdrowie. Nadużywają alkoholu, stosują środki odurzające, zmieniają zwyczaje seksualne. Tym samym narażają się na liczne mniej lub bardziej poważne choroby. Prawdziwymi problemami w podróżach, zwłaszcza egzotycznych, są choroby przewodu pokarmowego oraz te przenoszone drogą płciową (w tym AIDS). Silne zagrożenie stanowią choroby zakaźne i pasożytnicze nie notowane od wielu lat w kraju emisji turystów, a nadal występujące w regionach odwiedzanych przez turystów (Łęcka 1999; Łęcka, Zalewski 2002).

Wpływ masowej turystyki międzynarodowej na zdrowie społeczeństw w krajach recepcji turystów jest dość złożony. Z jednej strony mają miejsce tak negatywne zdarzenia jak: zanieczyszczenie środowiska, przejmowanie przez gospodarzy złych nawyków żywieniowych gości i choroby przenoszone drogą płciową. Z drugiej niewątpliwie zauważalny jest pozytywny wpływ jaki dla zdrowia miejscowej ludności niesie rozwój służb medycznych związany z obsługą turystów. Są to jednak zagadnienia wymagające dalszych, wnikliwych badań.

Literatura:

- Alejskiak W., 1999, *Turystyka w obliczu wyzwań XXI wieku*. Wydawnictwo Albis, Kraków.
- Finn E., 2002, *Health tourism for Dominica*. www.thedominican.net
- Gaworecki W. W., 1998, *Turystyka*. PWE, Warszawa.
- Hay B., 2001, *New tourism markets: Health and well being holidays*. Countryside Recreation, 9, 2, 6-8.
- Japonia, 2003, *Discovery Travel*. wersja polska, program z dnia 1.02.2003, godz.20⁰⁵.
- Kaczmarek J., Stasiak A., Włodarczyk B., 2002, *Produkt turystyczny albo jak organizować poznanie świata*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kasturisinghe Ch., 2002, *Apollo hospitals to boost health tourism in Lanka*. Daily News – Business, <http://origin.dailynews.lk/2002/12/03>
- Kowalczyk A., 2000, *Geografia turystyki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kraśniński Z., 1999, *Kondycja turystyki uzdrowiskowej w Polsce a reformy społeczne 1999 roku*. [W:] Golebski G. (red.), *Rozwój usług turystycznych u progu XXI wieku*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań, 93-120.
- Kruczek Z., 2002, *Polska – geografia atrakcji turystycznych*. PROKSENIA, Kraków.
- Łęcka I., 1999, *Choroby strefy klimatów gorących*. Geografia w szkole, 4, 264, 199-205.
- Łęcka I., Zalewski P., 2003, *Medical aspects of globalisation – malaria in Central and Eastern Europe in the years 1960-2000*. [W:] Kowalczyk A. (red.) „Geographical space on the turn of the century, Theoretical and methodological challenges. Warsaw University, Faculty of Geography and Regional Studies, Warsaw, w druku.
- Melaka, 2002, www.melaka.gov.my/eng/healthtourism.asp.
- Metro KL, 2001, <http://metro.thestar.com.my/news/2001/3>.

- Ptaszycka-Jackowska D., 1999, *Lecznictwo uzdrowiskowe a turystyka*. *Turyzm*, 9, 1, 201-207.
- Reme A., 2001, *KL bids for healthy \$1b slice of health tourism pie*. „The Straits Times”, 2002, <http://straitstimes.asia1.com.sg>
- Ross K., 2001, *Health tourism: an overview*. www.hospitalitynet.org
- Rybak A., 2002, *Sanatoria pod klepsydrą*. *Newsweek*, nr 46.
- Sustaining tourism by managing health and sanitation conditions*. Inter-American Travel Congress, 1997, San Jose.
- Thomas D., 2002, *Nieźle żiółka*. *Newsweek*, nr 30.
- UN Conference on International Travel and Tourism*. 1963, Rome, Italy.
- Wczasy w PRL-u*. 2000, *Wprost*, nr 30.
- Wojtasiński Z., 2002, *Embryony w poczcie*. *Turystyka reprodukcyjne pokonuje granice państw i prawa*. *Wprost*, nr 20.

Izabella Łęcka

NEW (?) TRENDS IN HEALTH TOURISM

Summary

The 1963 UN conference on “Journeys and Tourism” defined the notion of tourism, and “health” was regarded as one of its crucial motives. It has to be admitted that the majority of people who embark on travels for tourist purposes, do so on the assumption of both mental and physical relaxation, although it may not be an active relaxation in all cases. Therefore, we can assume that health factors are present in nearly all types of tourist travel. It is difficult to imagine a tourist who assumes he or she will not rest or relax. At the same time, there are many possible ways of relaxation and restoring strength, the choice of which depends on the individual needs of tourists. It can be assumed therefore that the health motive will be present in the case of recreational tourism, but also in special interest, religious, pilgrimage, ecological or cultural tourism. Visiting spas certainly belongs to traditional forms of health tourism. It is developing in areas with outstanding landscape assets, where natural curative factors occur in conjunction with favourable bioclimatic conditions. New forms of health tourism can be divided into two categories: (1) journeys focusing on the body and relaxation (pampering), and (2) journeys focusing on the soul and a sense of wellness (well-being). Travels to clinics and hospitals represent a special form of health tourism. The reasons for such therapeutic travels can extremely vary. Another form of health-related tourism, consistent with the broad definition of health tourism, is the so-called sex tourism. The sexual revolution of the second half of the 20th century brought about a greater openness in the attitude to sex. Along with increasing popularity of psychoanalysis as a way to deal with stress, more and more afflicting the residents of highly developed countries, sex therapy has appeared. Many therapists recommend erotic holidays to their clients as an antidote for the exhausting monotony of their work routines.

Unfortunately, health travels may pose risks to health, both in relation to tourists and to hosts. In the holiday atmosphere, tourists may easily forget about health protection habits; they abuse alcohol and drugs or change their sexual behaviour. In this way, they become susceptible to many more or less serious diseases. Diseases of the digestive system and sexually transmitted diseases (particularly AIDS) are genuine risks that such holidaymakers take, especially in the case of travels to exotic destinations. Also, contagious and parasitic diseases that for many have not been observed in the tourists' home countries and that can still occur in the countries visited by tourists, pose a serious threat.