Jacek Kamiński[1]
Akademia Bialska im. Jana Pawła II

KRYZYSY ZDROWOTNE A TURYSTYKA

Streszczenie
Turystyka jest sektorem gospodarki niezwykle czułym na występowanie różnego rodzaju kryzysów. Coraz bardziej istotne znaczenie z punktu widzenia turystyki odgrywają kryzysy zdrowotne. W ciągu ostatnich dekad branża turystyczna była świadkiem szeregu tego rodzaju zjawisk, które znacząco wpłynęły na jej rozwój. Szczególnie znacząco zainteresowanie wpływem kryzysów zdrowotnych na turystykę zwiększył kryzys COVID-19. W opracowaniu dokonano analizy wpływu kryzysów zdrowotnych na turystykę. Wyniki badań poświęconych wpływowi kryzysów zdrowotnych na turystykę mogą przyczynić się do opracowania środków bezpieczeństwa w usługach turystycznych mających chronić je przed tego rodzaju zjawiskami, projektowania skutecznych działań na rzecz rozwoju turystyki oraz formułowania wniosków dotyczących rozwoju turystyki zarówno w zakresie praktyki, jak i nauki.

Słowa kluczowe: kryzys, kryzysy zdrowotne, kryzys COVID-19, turystyka

Abstract
Tourism is a sector of the economy that is extremely sensitive to the occurrence of various types of crises. Health crises are becoming increasingly important from the point of view of tourism. Over the past decades, the tourism industry has witnessed a number of such phenomena that have significantly influenced its development. Particularly significant interest in the impact of health crises on tourism has been increased by the COVID-19 crisis. The study analyzes the impact of health crises on tourism. The results of research on the impact of health crises on tourism can contribute to the development of security measures in tourist services to protect them against such phenomena, to design effective activities for the development of

[1] ORCID 0000-0001-7376-8190

tourism and to formulate conclusions regarding the development of tourism, both in terms of practice and science.

Keywords: crisis, health crises, COVID-19 crisis, tourism

Wstęp

Turystyka jest współcześnie jedną z największych, najszybciej rozwijających się i najbardziej dochodowych gałęzi gospodarki na świecie. Po paliwach, chemikaliach i żywności stanowi ona czwarty co do wielkości przemysł odpowiadający za światowy produkt krajowy brutto (PKB) oraz zatrudnienie (bezpośrednie i pośrednie) (United Nations World Tourism Organization, 2012). Odgrywa ona ważną rolę w pobudzaniu gospodarek poszczególnych krajów, będąc podstawowym narzędziem wzrostu gospodarczego większości krajów rozwijających się (Ohlan, 2017; Manzoor, Wei, Asif, Hag, Rehman, 2019). Jest jednocześnie sektorem gospodarki niezwykle czułym na wszelkiego rodzaju kryzysy. Szczególnym rodzajem kryzysów, które wywierają znaczący wpływ na turystykę są kryzysy zdrowotne (*health crisis*, *health-related crises*). Znaczna podatność turystyki na oddziaływanie kryzysów zdrowotnych wynika z środków wykorzystywanych do przeciwdziałania tego rodzaju zjawiskom, którymi są ograniczenia dotyczące możliwości przemieszczania się oraz postrzegania i nastawienia do miejsc wypoczynku ze względu na bezpieczeństwo turystów, które mają kluczowe znaczenie z punktu widzenia wyborów miejsc wyjazdów.

Pomimo ogromnego znaczenia kryzysów zdrowotnych z punktu widzenia turystyki, szczególnie ich wpływu na ogólną kondycję sektora, popyt turystyczny oraz zachowania turystów, zainteresowanie związkiem między kryzysami zdrowotnymi a turystyką ma ograniczony charakter. Przegląd literatury na temat turystyki i kryzysów sugeruje, że największa uwaga badaczy poświęcona była do tej pory kryzysom gospodarczym i finansowym (Hall, 2010), a zagadnienie kryzysów w odniesieniu do turystyki rozpatrywane było głównie z punktu widzenia zarządzania kryzysowego (kryzysem) (*crisis management*), tj. procesu, w którym firma lub inna organizacja turystyczna radzi sobie z nagłą sytuacją awaryjną oraz działa proaktywnie w celu ograniczenia jej wpływu na zainteresowanie miejscami docelowymi, koncentrując się na komunikacji kryzysowej (Henderson, 2007; Pforr, Hosie, 2008; Faulkner, 2001; Ritchie, 2004; Duan, Xie, Morrison, 2021). Wyniki analiz pokazują, że chociaż branża turystyczna przeszła wiele kryzysów zdrowotnych i związanych z nimi skutków w ciągu ostatnich dwóch dekad, niewiele napisano na ten temat (Vong, Rita, António, 2021).

Dopiero pandemia COVID-19, która doprowadziła do znaczących konsekwencji społecznych i gospodarczych, ograniczeń mobilności, zamykania firm, cięcia płac, masowej utraty miejsc pracy w turystyce oraz znacznego zmniejszenia międzynarodowego popytu turystycznego, zwiększyła zainteresowanie problematyką związku kryzysów zdrowotnych z turystyką[2].
Celem opracowania jest scharakteryzowanie zjawiska kryzysów zdrowotnych oraz wskazanie ich związku z turystyką, a na tym tle przedstawienie pandemii COVID-19 jako szczególnego kryzysu zdrowotnego.

Opracowanie zbudowane jest z trzech części. Pierwsza cześć poświęcona jest zagadnieniom definicyjnym związanym z pojęciem kryzysu oraz problemom jakie wiążą się ze stosowaniem tego pojęcia. W drugiej części wyjaśniono pojęcie kryzysu zdrowotnego oraz przedstawiono największe kryzysy zdrowotne XX i XXI w., wskazując na ich gospodarcze konsekwencje oraz wpływ wywierany przez nie na turystykę. Ostatnią cześć poświęcono kryzysowi COVID-19 oraz jego specyfice z punktu widzenia oddziaływania na turystykę. Opracowanie zamykają wnioski wynikające z przeprowadzonej analizy.

Pojęcie kryzysu i problemy związane z analizą kryzysów

Kryzysy są wyznacznikiem współczesnej epoki. Kryzysy finansowe, zdrowotne, klimatyczne, uchodźcze, energetyczne powodują, że istnieje duże zainteresowanie refleksją nad kryzysami w różnych obszarach geograficznych, społecznościach ludzkich (i nie tylko), sektorach gospodarki oraz wymiarach czasowych. Jednocześnie samo pojęcie kryzysu, pomimo olbrzymiego znaczenia tego rodzaju zjawisk oraz szerokiego występowania w życiu codziennym, debatach społecznych i opracowaniach naukowych, niesie z sobą liczne zagrożenia związane z jego stosowaniem oraz badaniem.

Według słownika języka polskiego słowo „kryzys" oznacza *sytuację niekorzystną dla kogoś lub czegoś*. W potocznym rozumieniu jest on *sytuacją trudną*, która istnieje, bądź może nastąpić (Szymczak, 1978). Kryzys rozumiany jest także jako *punkt zwrotny w przebiegu zdarzeń*, *moment rozstrzygający*, *okres przełomu*, *etap lub zdarzenie, po którym następuje zmiana*. Pojęcie wykorzystywane jest również do opisania *nadzwyczajnych warunków*, aby wskazać moment przeżywany indywidualnie lub zbiorowo,

[2] Czasopisma w których opublikowano najwięcej opracowań na temat tej problematyki to: *Tourism Geographies*, *Current Issues in Tourism, Sustainability*, *International Journal of Environmental Research* oraz *Journal of Travel and Tourism Marketing*.

w którym zostaje zakwestionowany zwyczajowy przebieg życia i kiedy stan rzeczy uznawany do tej pory za normalny, zaczyna być postrzegany jako nie dający się dłużej utrzymać. Rozumiane jest ono także jako *moment zakłócenia normalnych procesów*, *załamania dotychczasowej stabilnej struktury rzeczywistości*, *stan dekompozycji i dezintegracji*.

Źródła pojęcia „kryzys" sięgają starożytnej Grecji, gdzie słowo *Κρισις* (*krisis*) oznaczało decyzję lub osąd w celu odniesienia się do wyroku lub decyzji dotyczącej choroby lub procesu. Było ono również używane w sferze politycznej w znaczeniu kluczowego momentu, który wymagał podjęcia decyzji (Barrios, 2017). Dla starożytnych Greków pojęcie miało stosunkowo ograniczone znaczenie w sferze prawa, medycyny i teologii. Narzucało wybór między surowymi alternatywami: dobrem lub złem, życiem lub śmiercią, zbawieniem lub potępieniem (Koselleck, 1988; Koselleck, 2006). Pokrewne znaczeniowo pojęcia obejmowały także formowanie osądu, czyniąc pojęcie etymologicznym fundamentem późniejszego osiemnastowiecznego pojęcia „krytyki", co wskazuje, że pojęcia kryzysu i krytyki są ze sobą ściśle powiązane (Barrios, 2017). Do pojęcia kryzysu nawiązują także terminy „krytyk", czyli ktoś kto osądza oraz „stan krytyczny", czyli stan, który może zakończyć się dobrze lub źle, którego wynik jest zasadniczo niepewny, np. stan medyczny osoby, który może pójść w obie strony i może zakończyć się różnie (Davies, 2020).

W średniowieczu nastąpiła ewolucja znaczenia pojęcia „kryzys", które nabrało bardziej teologicznego, judeochrześcijańskiego znaczenia. Zaczęto kojarzyć je z sądem ostatecznym, wyczekiwaną chwilą, która oznacza koniec historii i początek nowej ery, po której nigdy nie będzie tak samo. Znaczenie to stało się szerszym tłem kulturowym, w oparciu o które, osiemnastowieczni historycy zaczęli wyobrażać sobie kryzys jako moment przejścia między epokami, rozumianymi jako jakościowo odmienne od siebie okresy czasowe.

Pod koniec XIX w. pojęcie kryzysu, w przedstawionym powyżej znaczeniu czyli epokowej zmiany, stało się podstawą w oparciu o którą niektórzy przedstawiciele nauk społecznych budowali modele ewolucji społecznej. Ujęcie to wyraźnie widoczne jest między innymi w teorii rozwoju społecznego K. Marksa, w której kryzysy społeczno-ekonomiczne są powodowane przez nieodłączną sprzeczność kapitalizmu ujawniającą się między praca a kapitałem i prowadzą ostatecznie do wydarzenia jakim jest przejście do nowej wyidealizowanej, komunistycznej formacji społeczno-ekonomicznej (Koselleck, 2006; Roitman, 2012)[3].

[3] W ocenie niektórych komentatorów ujęcie to jest przejawem przeniesienia na świecki grunt ugruntowanych judeochrześcijańskich teologicznych narracji o zbawieniu

Współcześnie, ze względu na historycznie ugruntowaną wielość znaczeń oraz ogólny charakter pojęcia kryzysu, występuje ono zwykle w połączeniu z określeniem definiującym rodzaj kryzysu. Mowa jest zatem o: kryzysie mieszkaniowym, kryzysie światopoglądowym, kryzysie uchodźczym, kryzysie energetycznym oraz wielu innych kryzysach, które pojawiają się w zależności od analizowanego problemu. W medycynie pojęcie kryzysu występuje w znaczeniu najcięższej fazy choroby utożsamianej z pojęciem przełomu rozumianego jako nagłe, gwałtowne przesilenie się choroby z szybkim spadkiem gorączki i ustąpieniem innych objawów chorobowych.

W polityce wykorzystywane jest w kontekście demokracji parlamentarnej, gdy mowa jest o kryzysie rządowym (kryzysie parlamentarnym), lub kryzysie konstytucyjnym, gdzie pierwszy określa „sytuację wywołana upadkiem rządu w wyniku wyrażenia mu przez parlament wotum nieufności" (Peretiatkowicz, 1923), a drugi używany jest najczęściej w celu opisania konfliktu między organami władzy (Radziewicz, 2020).

W ekonomii pojęcie kryzysu stosowane jest, gdy mowa jest o kryzysie gospodarczym rozumianym jako „poważniejsze załamanie procesu wzrostu gospodarczego" (Radziewicz, 2020). W teorii ekonomii kryzys oznacza natomiast fazę cyklu koniunkturalnego charakteryzującą się znacznym zmniejszeniem wielkości produkcji, wzrostem bezrobocia, spadkiem dochodów i pogłębieniem rozwarstwienia w sferze warunków bytowych ludności (Kaliński, Zalesko, 2009). W kontekście finansów mowa jest o kryzysie finansowym lub kryzysie zadłużeniowym (Acharya, Richardson, 2009; Pszczółka, 2009).

W naukach społecznych analizowanymi rodzajami kryzysu jest także kryzys wartości lub kryzys międzynarodowy. Socjologowie analizują rolę dóbr materialnych w kontekście kryzysu tożsamości (Popiołek, Bańka, 2010), psychologowie mówią o kryzysie osobistym jako rodzaju sytuacji trudnej dla jednostki lub przejawie załamania nerwowego lub kryzysie psychologicznym oraz jego rodzajach takich jak kryzys suicydalny, kryzys psychiczny, kryzys wypalenia, kryzys tożsamości oraz kryzys związany z wyborem orientacji seksualnej (Pilecka, 2004). W naukach społecznych pojęcie kryzysu stosowane jest również w rozumieniu ogólnego kryzysu społeczeństwa (Teusz, Teusz, 2021) lub kryzysu kultury (Karpiński, 2004). W odniesieniu do religii i kultu religijnego wykorzystywane jest pojęcie kryzysu wiary (wierzeń), a w ujęciu bardziej szczegółowym kryzysu chrześcijaństwa (Ziemiński, 2014).

W kontekście środowiska naturalnego i zagrożeń związanych z jego nadmierną eksploatacją stosowane jest pojęcie kryzysu ekologicznego

(Dobrzański, 1999; Hoessle, 1994)[4]. Mowa jest również o kryzysie instytucji, a w odniesieniu do zmian gospodarki i polityki o kryzysie transformacyjnym (Chmielak, 2009).

Spotkać się można z kryzysem życiowym (Popiołek, Bańka, 2010) oraz kryzysem etyki pracy (Chudzicka-Czupała, Grabowski, 2010). W filozofii mowa jest o kryzysie ideowo-aksjologicznym (Kowalczyk, 2011), kryzysie filozofii analitycznej (Piłat, 2005) czy kryzysie metafizyki (Chromik, 2012). Na gruncie filozofii analizowany jest także kryzys człowieczeństwa (Husserl, 1993).

W odniesieniu do turystyki pojęcie kryzysu występuje w wielu różnych znaczeniach jako: kryzys w turystyce (*tourism crisis*) (Henderson, Duan, Xie, Morrison), kryzys sektora turystycznego (*crisis tourism industry*), kryzys zarządzania turystyką (*crisis tourism management*), kryzys popytu turystycznego (*crisis tourism demand*), kryzys ożywienia w turystyce (*crisis torism recovery*), kryzys zaufania w turystyce (*crisis tourism confidence*), kryzys komunikacji turystycznej (*crisis tourism communications*), kryzysowa destynacja turystyczna (*crisis tourism destination*), kryzys sektora turystyki (*crisis tourism sector*), kryzys turystyki w związku z terroryzmem (*crisis tourism terroris*)[5].

Autorzy zajmujący się badaniem historii i znaczenia pojęć, podkreślając zawiłości użycia słowa „kryzys", jego rozmycie semantyczne (*semantic blur*), czyli niejednoznaczność znaczeniową, ewidentne nadużywanie oraz brak całościowej teorii wyjaśniającej zjawisko kryzysu, wskazują na „zagrożenie dla wartości tego terminu jako narzędzia analitycznego w naukach społecznych i humanistycznych" (Koselleck, 2006)[6]. Zwracają uwagę, że ze względu na swoją „wyjątkową historię kulturową" oraz cechy takie jak: orientacja na przyszłość, epokowa transformacja i utopijne wyzwolenie, pojęcie to jest nie tylko rzeczownikiem określającym stan lub wydarzenie lecz niesie z sobą duży ładunek emocjonalny. Zagraża to jego obiektywnemu wykorzystywaniu, które w obecnych warunkach sprowadza analizę sytuacji

[4] W odniesieniu do opisania niekorzystnych zmian w środowisku przyrodniczym istnieje nawet nurt filozoficzny określany jako filozofia kryzysu ekologicznego

[5] Na podstawie haseł w odniesieniu do „kryzysu" i „turystyki" wygenerowanych przez program google scholar.

[6] Podkreśla się również, że „od dziewiętnastego wieku nastąpiła olbrzymia ilościowa ekspansja różnorodności znaczeń pojęcia kryzysu, przy czym niewiele zyskało ono jeśli chodzi o kwestie jasności i precyzji"

do pytania, co poszło nie tak? (Piotrowicz, 2010)[7]. Oddala to obserwatora od codziennych praktyk, powodujących tego rodzaju sytuacje, takie jak np. znaczne zagrożenie zdrowotne, niekontrolowany napływ uchodźców, trudna sytuacja energetyczna czy katastrofa ekologiczna, zmniejszając szansę na zapobieżenie występowaniu tego rodzaju zjawisk. Stanowi to odwrócenie uwagi od praktyk, które się do niego przyczyniają (Barrios, 2017), co powoduje, że w rzeczywistości stosowanie pojęcia „wykorzystywane jest jako narzędzie do stabilizacji istniejących struktur i zmniejszania możliwości zbiorowej mobilizacji" (Masco, 2017; Hall, 2010) prowadzącej do usunięcia niekorzystnej sytuacji opisywanej przez pojęcie kryzysu.

Wymienione ograniczenia związane z wykorzystywaniem pojęcia „kryzys" muszą być wzięte pod uwagę w kontekście omawiania kryzysów zdrowotnych oraz ich związku z turystyką.

Kryzysy zdrowotne

Wydarzeń o charakterze kryzysów mających negatywny wpływ na gospodarkę, w tym jej istotną część jaką jest współcześnie turystyka, wymienić można bardzo wiele. Różnego rodzaju kryzysy, zarówno naturalne, jak i spowodowane przez człowieka, takie jak: wojny, epidemie, akty terrorystyczne, klęski żywiołowe, przesilenia polityczne i gospodarcze, jako przyczyny obaw społecznych, od dawna wywierają istotny wpływ na politykę, społeczeństwo, gospodarkę, stosunek człowieka do przyrody, oddziałując w sposób znaczący na jego możliwość przemieszczania się i odpoczynku, w tym na szeroko rozumianą sferę turystyki. Stanowią one coraz bardziej poważne wyzwanie dla branży turystycznej na całym świecie.

Szczególną uwagę na rolę jaką z punktu widzenia współczesnej turystyki odgrywają kryzysy zwrócił globalny kryzys finansowy i gospodarczy lat 2008-2010, który zintensyfikował zainteresowanie problematyką wpływu kryzysów na turystykę (Vong, Rita, Antonio, 2021). Obawy o funkcjonowanie turystyki w kontekście kryzysów nasiliły klęski żywiołowe, takie jak chmura wulkaniczna w Islandii w 2010 r., oraz potencjalne przyszłe zmiany globalne. Czynnikiem, który znacząco wstrząsnął poczuciem bezpieczeństwa świata

[7] Zgodnie z tego rodzaju interpretacją kryzys to „stan dezorganizacji i braku sposobów radzenia sobie w danych okolicznościach". Warto zauważyć, że przemieszczanie mas ludności z Afryki do Europy Zachodniej, głównie jej południowej części, określane było w mediach mianem kryzysu migracyjnego, gdy tymczasem napływ do Polski kilku milionów uchodźców z Ukrainy w związku z toczącą się w tym kraju wojną nie był opisywany przy wykorzystaniu tego pojęcia.

cywilizacji zachodniej oraz zmienił w sposób radykalny reguły rządzącej nią codzienności, oddziałując znacząco na turystykę, był atak terrorystyczny z 11 września 2001 r. na World Trade Center w Nowym Jorku w USA, który wywarł bardzo negatywny wpływ na sytuację usług turystycznych, w tym głównie hoteli i linii lotniczych. Te ostatnie, które osiągnęły rekordowy poziom sprzedaży przed 11 września 2001 r., do poziomu sprzed tego okresu powróciły dopiero w lipcu 2004 r. Informacje na temat zagrożenia terroryzmem, bardziej niż zmiany sposobu podróżowania, wpłynęły na psychikę podróżnych, tworząc wszechobecny klimat strachu, oddziałując znacząco na zachowania konsumentów usług turystycznych (Berry, Danaher, Askoy, Keiningham, 2020).

Szczególnym rodzajem kryzysów o negatywnym wpływie na turystykę są kryzysy zdrowotne, (*health crisis, health-related crises*). Ich występowanie wiązane jest z pojawianiem się niebezpiecznych chorób zakaźnych. Można zdefiniować je jako groźne ze społecznego punktu widzenia niekontrolowane rozprzestrzenianie się choroby zakaźnej, najczęściej w formie epidemii lub pandemii[8]. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) przez kryzys zdrowotny rozumie się „każde zdarzenie związane z występowaniem choroby, które przekracza możliwości radzenia sobie dotkniętej nią społeczności" (WHO, 2008). W znaczeniu tym pojęcie kryzysu zdrowotnego utożsamiane jest z pojęciem kryzysu zdrowia publicznego (*public health crisis*), przez który rozumie się zagrożenie zdrowia publicznego charakteryzujące się cechami takimi jak: wysoka częstotliwość występowania choroby (schorzenia), wysoka umieralność jako jej skutek (częsty stan występowania choroby, która jest łagodna nie jest traktowany jako kryzys zdrowotny) oraz nieskuteczność leczenia otrzymywanego przez nosicieli choroby lub brak możliwości stosowania skutecznego leczenia (Enriquez-Sarano, Messika-Zeitoun, Topilsky, Tribouloy, Benfari, Michelena, 2019).

Rozumiane w ten sposób kryzysy zdrowotne nie są dla świata nowym zjawiskiem. Przez tysiąclecia epidemie i pandemie różnych chorób (określanych pierwotnie jako zarazy), których przyczyny interpretowano najczęściej

[8] Epidemia (gr. *epi*- na; *demos*- lud) to występowanie w określonym czasie i na określonym terenie przypadków zachorowań na daną chorobę w liczbie większej niż oczekiwana. Przez pandemię (gr. *pan* – wszyscy, *demos* – lud) rozumie się natomiast epidemię o dużych rozmiarach obejmującą swym zasięgiem wielkie obszary: kraju, kontynentu a nawet całego świata. Istotą pandemii jest to, że ogarnia ona duże tereny (na różnych kontynentach) w tym samym czasie (*Czym jest pandemia…*, (2020).

jako karę bożą za grzechy ludzi, kształtowały historię ludzkości mając znaczący wpływ transformacyjny z punktu widzenia społeczeństw oraz ich zdolność do przystosowania się do zmian zewnętrznych. „Światowe epidemie miały wielokrotnie miejsce w przyszłości… i często zmieniały bieg historii, np. epidemia duru brzusznego w V w. p.n.e. przyśpieszyła upadek Aten, epidemia dżumy w XIV w. spowodowała upadek feudalizmu w Europie, wirus czarnej ospy w XVI i XVII w. spowodował upadek imperiów Azteków i Inków i ułatwił kolonizację zachodniej półkuli" (Polak, 2021). Najbardziej znaną pandemią była gigantyczna zaraza dżumy z połowy XIV w. określana jako czarna śmierć, która zabiła od 75 do 200 mln ludzi na świecie czyli mniej więcej 1/3 ówczesnej światowej populacji (Nowak-Kreyer, 2020; Larska, Kalicki, Krzysiak, 2022). Trudno jest zrozumieć podboje kolonialne oraz zjawisko globalizacji nie biorąc pod uwagę przenoszenia chorób Starego Świata, które pozbawiły życia wielu rdzennych mieszkańców obu Ameryk, Australii i Pacyfiku (Crosby, 2015)[9].

Współcześnie kryzysy zdrowotne, pomimo postępu cywilizacyjnego oraz ogólnej poprawy jakości ochrony zdrowia, stają się coraz groźniejszym zjawiskiem. Na ich rosnącą częstotliwość negatywny wpływ ma w znacznym stopniu destrukcyjna działalność człowieka. Analizując ich przyczyny w sposób najbardziej ogólny, stwierdzić można, że prześladujące ludzkość występujące coraz częściej kryzysy zdrowotne są efektem jednoczesnego występowania kilku procesów. Jedną z ich głównych przyczyn jest znaczne zurbanizowanie współczesnych społeczeństw. Ludzkość jest obecnie bardziej niż kiedykolwiek zurbanizowana, a jej ponad połowa zamieszkuje w dużych ośrodkach miejskich. Wzrost koncentracji ludności znacząco zwiększa możliwość rozprzestrzeniania się chorób. Nieprzypadkowo największe ryzyko zakażenia odnotowywane jest wśród ludności żyjącej i pracującej w największych skupiskach miejskich oraz bardziej mobilnej, a miejscami najmniej narażonymi na pojawienie się chorób zakaźnych są „regiony słabiej rozwinięte z dużą ilością zieleni, słabo zaludnione, mniej atrakcyjne turystycznie i gospodarczo, słabiej powiązane ze światem zewnętrznym, położone na peryferiach, gdzie nie ma lotnisk i wielu innych połączeń komunikacyjnych,

[9] Chorobą, która w dużej mierze przyczyniła się do wymarcia Indian obu Ameryk oraz mieszkańców Karaibów (75 % populacji Azteków, 95 % populacji Inków), którzy po raz pierwszy zetknęli się z Europejczykami i przywiezionym przez nich wirusem była ospa. Hiszpański ksiądz pisał z Meksyku: *„jako że Indianie nie znali lekarstwa na chorobę umierali gromadnie, umierali jak pluskwy"*. Szerzej: A.W. Crosby (2015), *Ecological imperialism: The biological expansion of Europe, 900-1900*. Combridge University Press.

gdzie występuje kulturowo uwarunkowany dystans społeczny, a ludzie nie są mobilni przestrzennie" (Polak, 2021). Wskazuje to na znaczenie kontekstu pojawiania się choroby, niezależnie od jakości działań w zakresie zdrowia publicznego wyznaczonych przez epidemie. Najwyższe wskaźniki zachorowań występują w dużych skupiskach miejskich i w regionach o najwyższej gęstości zaludnienia (Golinowska, Zabdyr-Jamroz, 2020). Jednocześnie centra miejskie skupiające olbrzymie grupy ludzi, które są najbardziej narażone na pojawienie się choroby są z sobą dużo bardziej niż kiedykolwiek połączone za sprawą rozwoju różnych form transportu oraz intensywnie rozwijającej się turystyki. Dzięki coraz lepszej infrastrukturze transportowej pasażer, a wraz z nim choroba, może w ciągu jednego dnia przemieścić się z jednego na drugi koniec świata. Jednoczesne wkroczenie człowieka w świat dzikiej przyrody, między innymi również za sprawą turystyki, sprawia, że zachwiana zostaje bioróżnorodność przez co człowiek staje się bardziej narażony na oddziaływania zwierzęcych patogenów, które po dostaniu się do populacji miejskich ulegają szybkiemu rozprzestrzenianiu. Za rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych odpowiedzialna jest obecnie nie obecność patogenu, ale w największej mierze człowiek i różne formy jego aktywności, w tym szczególnie związane z przemieszczaniem się. Infekcja, która pojawia się w jakimś „peryferyjnym" rejonie świata, ma szansę szybko przenieść się dalej dzięki intensyfikacji globalnego transportu i podróżom międzykontynentalnym (Larska i in., 2022).

W tabeli 1 przedstawiono największe kryzysy zdrowotne w XX i XXI w., wywołane przez nie straty gospodarcze oraz wpływ jaki wywarły one na turystykę.

Tabela 1. Największe kryzysy zdrowotne w XX i XXI w.

Lata	Choroba	Liczba zachorowań i zgonów	Charakterystyka
1918-1920	Hiszpańska grypa (tzw. Hiszpanka) (*Influenza*)[10]. Choroba wywołana wirusem H1N1 typu A.	500 mln. zachorowań. Szacuje się, że na całym świecie zmarło na Hiszpankę 50 mln osób (Johnson, Mueller, 2002).	Pierwsza wielka choroba XX w. Dotknęła ona jedną trzecią ówczesnej ludności świata i pochłonęła liczbę ofiar przekraczających ofiary śmiertelne I wojny światowej. Do choroby tej często porównywana jest pandemia COVID-19 ze względu na jej olbrzymi rozmiar oraz środki zaradcze wykorzystywane do zapobiegania jej rozprzestrzenianiu się, takie jak noszenie maseczek czy zachowanie dystansu społecznego.
1956-1958	Grypa azjatycka[11] (*Asjan Flu*) wywołana przez wirus AH2N2.	Od 1 do 4 milionów zgonów. Liczbą zachorowań dorównywała Hiszpance, jednak miała zdecydowanie niższą śmiertelność, dzięki zastosowaniu szczepionki opracowanej w 1957 r.	Z Chin, gdzie odnotowano pierwsze ogniska choroby, rozprzestrzeniła się ona najpierw w kierunku południowym, docierając do Singapuru, Hongkongu i Indii, a następnie do Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych. Szacuje się, że choroba przyczyniła się do spadku do 3,5 % światowego PKB (WHO, 2009).
od 1961 r. do chwili obecnej	Cholera (ostra i bardzo groźna choroba zakaźna przewodu pokarmowego wywołana przez bakterię *Vibriochlerae,* określana niekiedy jako „niebieska śmierć" ze względu na niebieskawy odcień ciał chorych.	W XIX i XX w. choroba rozprzestrzeniła się na całym świecie siedmiokrotnie, począwszy od pierwszej pandemii cholery w 1817 r. (Jaroń, 2022). Obecnie na świecie ok. 1,4 mld. ludzi zamieszkuje tereny na których stwierdzono występowanie choroby w ciągu trzech spośród pięciu ostatnich lat. W krajach opanowanych przez cholerę zapada na nią rocznie około 2,8 miliona osób a umiera około 90 tysięcy[12].	Siódma pandemia cholery rozpoczęła się w Azji Południowej w 1961 r. i trwa do dziś (Deen, Mengel, Clemens, 2020,). W ostatnich latach zachorowania na cholerę odnotowywano między innymi: w Zimbabwe (2008-2009), na Haiti (2010 – powodem jej wystąpienia były trudne warunki sanitarne wywołane przez trzęsienie ziemi i powódź mające miejsce w tym regionie), w Jemenie (od 2016 do chwili obecnej - łączna liczba przypadków podejrzenia cholery zgłoszonych w Jemenie od października 2016 r. do marca 2021 r. wyniosła ponad 2 mil.) (WHO, 2021, https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMCSR433E-eng.pdf?ua=1 dostęp: 30.12.2022 r.). „Ogniska cholery mają negatywny wpływ zarówno na krajowy jak i międzynarodowy popyt na usługi branży turystycznej w dotkniętych krajach" (Kiriga, Sambo, Yokaide, Soumbey-Alley, Muthuri, Kiriga, 2009).

[10] Polskie słowo grypa pochodzi od rosyjskiego słowa *hrip* oznaczającym chrapanie lub rzężenie. Określenie hiszpanka związane jest natomiast z informacjami przekazywanymi na temat choroby. Hiszpania, jako jedyny kraj podczas pierwszej wojny światowej, kiedy doszło do wybuchu epidemii, nie cenzurowała informacji o zachorowaniach, dlatego opinia publiczna początkowo uważała ten kraj za źródło choroby. Z kolei nazwa choroby *influenza* oznaczająca wpływ została wymyślona przez Włochów, którzy przypisywali pochodzenie infekcji wpływowi gwiazd.

[11] Choroba rozpoczęła się w chińskiej prowincji Kuejczou, stąd jej nazwa azjatycka.

[12] Ali, M., Lopez, A.L., You, Y.A., Kim, Y.E., Sah, B., Maskery, B., Clemens, J (2012), The global burden of cholera. Bulletin of the World Health Organization, 90(3), s. 209-218.

1968-1970	Grypa Hong Kong (*Hong Kong Flu)*. Choroba powstała w efekcie zmutowanego wirusa, który był wcześniej odpowiedzialny za wywołanie grypy azjatyckiej.	Od 0,5 do 2 mln. zgonów (w swoim nowym wcieleniu choroba była mniej śmiertelna).	Choroba uznawana jest za pierwszą chorobę, której masowe rozprzestrzenienie się związane jest z podróżami lotniczymi. W ten sposób trafiła ona do Europy; jako pierwsze atakując państwa Europy Zachodniej. Do Polski dotarła ona na początku 1969 r., najpierw do Warszawy i Poznaniu, a potem na południe kraju. Szacuje się, że choroba przyczyniła się do spadku do 1,5 % światowego PKB.
od 1981 r.[13] do chwili obecnej	AIDS *(Acquiredimmunodeficiency Syndrome*). Choroba wywołana przez wirus HIV (*Humanimmunodeficiency Virus*) zidentyfikowany w 1983 r. (Feldman, Miller, 1998)[14].	75 mln. zachorowań, 35 mln. zgonów (głównie w Afryce). W 2020 r. zakażenie HIV rozpoznano u 1,5 mln osób, z czego zmarło 680 tys. (https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/ (data dostępu: 21.12.22 r.)	Choroba obecna w prawie każdym kraju i „wywołała bardziej powszechny strach i niepokój niż jakakolwiek inny kryzys zdrowotny w XX w." (Feldman, Miller, 1998). Cechą choroby jest jej wolny rozwój w ludzkim organizmie. Od zakażenia do śmierci zarażonej osoby mija dziesięć a nawet dwadzieścia lat. Ponieważ wirus HIV niszczy układ odpornościowy osoby zakażonej zarażeni podatni są na rozwój poważnych chorób wywołanych nawet najpowszechniejszymi drobnoustrojami. Szczególnie niebezpiecznie AIDS rozwinęła się w Afryce, gdzie dotknęła większy niż w Ameryce Północnej i Europie odsetek kobiet i dzieci. Dotychczas nie opracowano szczepionki przeciwko AIDS jednak nowa klasa leków stosowanych przeciwko chorobie przedłuża życie większości przyjmujących je osób. Skrócenie średniej długości życia w krajach afrykańskich w wyniku AIDS wiąże się z szacowanym obniżeniem wzrostu gospodarczego o 1,5%.
2002-2003	Zespół ciężkiej niewydolności oddechowej, SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), forma nietypowego zapalenia wywołanego przez koronawirusa przenoszonego przez nietoperze i łaskuny (Henderson, 2007).	8437 przypadków w 30 krajach i 813 zgonów, skoncentrowanych w Azji, z najwyższą liczbą ofiar w Chinach (WHO, 2003, www.who.int/csr/sars, data dostępu 06.06.2003).	Choroba po raz pierwszy pojawiła się w południowej prowincji Chin Guandong pod koniec 2002 r. (Henderson, 2007). Jej przypadki zanotowano także w innych miejscach kontynentu (Tajwanie, Singapurze, Hongkongu, Wietnamie, Indonezji, Japonii), a poza krajami Azji Południowo-Wschodniej jej występowanie odnotowano również w Kanadzie. Łącznie za sprawą podróży międzynarodowych wirus rozprzestrzenił się do 37 krajów. Nadal niewiele wiadomo na temat zaraźliwości wirusa, którego śmiertelność wynosi 14-15 procent. W związku z chorobą eksperci WHO postulowali wprowadzenie ograniczeń w odniesieniu do podróżowania samolotami oraz pobytu w miejscach zbiorowego zamieszkiwania (w hotelach) (WHO, 2003, https://apps.who.int/iris/handle/10665/70863 data dostępu: 12.12.2022 r.). Szacowany globalny koszt choroby dla światowej gospodarki to 100 mld. USD, a w samych Chinach 48 mld. USD.

[13] Jako datę początku epidemii choroby przyjmuje się raport amerykańskiego Centrum Kontroli Prewencji Chorób (CDC), który ukazał się 5 czerwca 1981 r., w którym opisano jej pierwsze przypadki, chociaż wiadomo, że wirus był obecny już dużo wcześniej.

[14] Istnieją dwa spokrewnione wirusy wywołujące AIDS: bardziej rozpowszechniony i bardziej śmiertelny HIV-1, który występuje na całym świecie, oraz rzadszy i mniej zabójczy HIV-2, występujący w Afryce Zachodniej.

od 2009 r. do chwili obecnej (Chan, 2009)[15]	Świńska grypa (*Swine Flu*) - choroba wywołana przez zmutowany wirus grypy AH1N1, pierwotnie występujący tylko u świń i znany już od lat 30. XX w. Po zetknięciu się w organizmie pacjenta zero z wirusem zwykłej grypy oraz grypy ptasiej, wirus zmutował w nowy, niebezpieczny czynnik chorobotwórczy, zdolny do przenoszenia się na człowieka (Nowak-Kreyer, 2020).	Ok. 500 tysięcy zgonów. Dokładna liczba zachorowań i ofiar pozostaje nieznana, bo niedługo po rozpoczęciu się pandemii świńskiej grypy WHO poleciła rejestrować tylko najcięższe lub najmniej typowe przypadki, uzasadniając takie poczynania lawinowo narastającą liczbą zakażeń (Nowak-Kreyer, 2020).	Choroba pojawiła się najpierw w Meksyku, przeniesiona następnie do Kalifornii, a potem do innych stanów USA i kolejnych krajów, także europejskich. Gospodarczy wpływ wybuchu świńskiej grypy w Meksyku, gdzie zidentyfikowano pierwsze przypadki choroby oszacowano na 3,2 mld. USD (0,3% PKB) przy szacowanych stratach w turystyce na poziomie 2,8 mld. USD. W Polsce z pandemią świńskiej grypy związana była z polityczną burzą, ponieważ Polska była jedynym krajem europejskim, który nie zakupił szczepionki. Decyzje WHO dotyczące rejestracji przypadków choroby, jak również sprawa szczepionki zakupionej przez wiele państw i wkrótce zbędnej wskutek szybkiego nabycia odporności populacyjnej, podważyły zaufanie do tej organizacji przyczyniając się do rozwoju ruchów antyszczepionkowych. Podejrzewano, że świńska grypa w rzeczywistości albo w ogóle nie istnieje, albo od początku była znacznie łagodniejszą chorobą niż oficjalnie podawano, a ogłoszenie pandemii miało przyćmić niepokoje społeczne w USA związane z kryzysem 2008 r. Oskarżano także koncerny farmaceutyczne o celowe wzniecenie paniki, aby mogły zarobić na sprzedaży szczepionek.
od 2012 r. do chwili obecnej	Bliskowschodni zespół oddechowy MERS-CoV (*Middle-East Respiratory Syndrome*). Choroba przenoszona przez wielbłądy i ludzi.	Wysoka śmiertelność na poziomie 35%.	Wirus pojawił się 2012 roku w arabskich krajach Bliskiego Wschodu. Zakażenia następowały w placówkach ochrony zdrowia (głównie szpitalach), co umożliwiło relatywnie szybkie działania lecznicze i zatrzymanie dalszych zakażeń. Wybuch MERS-CoV w Korei w 2015 r. spowodował straty w turystyce szacowane na 2,6 mld USD. Porady dotyczące choroby są udzielane osobom odbywających pielgrzymkę hadidzi i umrah do Arabii Saudyjskiej.
od 2013 r. do chwili obecnej	Ebola (gorączka krwotoczna) - choroba wywoływana przez wirus przenoszony na ludzi przez dzikie zwierzęta i rozprzestrzeniająca się poprzez transmisję z człowieka na człowieka (WHO, 2021, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease data dostępu: 9.12.2022 r.).	28600 przypadków i 11325 zgonów (dane prawdopodobnie zaniżone). Wskaźnik śmiertelności od 25 do 90% (WHO, 2021, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease data dostępu: 9.12.2022 r.).	Choroba znana w krajach Afryki od lat 60. XX w. Pierwsze masowe przypadki zachorowań odnotowano w 1976 r. w Demokratycznej Republice Konga w dolinie rzeki Ebola, od której wirus i choroba wzięły swoją nazwę (Stachoń). Epidemia w roku 2013 rozpoczęła się w Gwinei i bardzo szybko objęła swym zasięgiem sąsiednie kraje afrykańskie: głównie Liberię i Sierra Leone. We wrześniu 2014 r. Ebola pojawiła się w USA a w październiku tego samego roku w Hiszpanii. Choroba obejmuje głównie tereny Afryki Zachodniej, Gwinei, Liberii, Sierra Leone i Kongo. Szacowane straty gospodarcze spowodowane przez chorobę w Afryce Zachodniej wynoszą do 30 mld utraconego PKB.

[15] Świńską grypę ogłoszono jako pandemię w czerwcu 2009 r., a jej zakończenie zakomunikowano w sierpniu 2010 r. Sama choroba, na mniejszą skalę, występuje jednak do dziś, jako schorzenie sezonowe.

od 2015 r. do chwili obecnej	Zika (flawiwirus przenoszony przez komary *Aedesa Egipti*).	Nieznana liczba przypadków, niewiele jeśli w ogóle zgonów. Choroba znana jest przede wszystkim stąd, że może spowodować małogłowie u niemowląt urodzonych przez zarażone nią matki.	Wg szacunku Banku Światowego krótkoterminowy wpływ epidemii choroby w 2016 r. w Ameryce Łacińskiej i Karaibach wyniósł ok. 3,5 mld USD, głównie w krajach w których turystyka ma duże znaczenie, zwłaszcza biorąc pod uwagę organizację dużych wydarzeń sportowych.
od 2016 r. do chwili obecnej	Gorączka Denga (*Dengue Fever*)	100 mln. przypadków, 38 tyś. zgonów.	„Denga to najważniejsza choroba wirusowa przenoszona przez wektory u ludzi i prawdopodobnie ważniejsza niż malaria na całym świecie pod względem zachorowalności i wpływu na gospodarkę" (Gubler, 2012). W 2016 r. choroba przybrała skalę globalną. Całkowity roczny koszt choroby w 2013 r. oszacowano na 89 mld. USD.
	Wirusowe zapalenie wątroby typu E (WZW E)	WHO szacuje, że co roku dochodzi do około 20 milionów zakażeń HEV, z czego rozpoznawanych jest około 3 milionów. Z powodu choroby co roku umiera na świecie ok. 70 tyś. osób (Rajewski, Kwiatkowska, Sobolewska-Pilarczyk, Sobolewski, Cieściński, 2017).	Do zakażenia chorobą dochodzi drogą pokarmową przez zjedzenie surowego albo niedogotowanego mięsa lub innych produktów zawierających krew i wątrobę świń (figatellu we Francji) lub dzików i jeleniowatych (japońskie shikasashi) (Larska, Kalicki, Krzysiak, 2022).
od 2019 r. do chwili obecnej	COVID-19 (koronawirus) Choroba wywołana przez wirus SARS-CoV-2).	Liczba potwierdzonych infekcji na świecie to 607 mln. osób, blisko 6,5 mln ofiar śmiertelnych (PAP, 2022, https://www.medonet.pl/koronawirus,koniec-pandemii--szef-who--widzimy-szanse,artykul,53174732.html data dostępu: 30.12.2022 r.; https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-europie,w-szwecji-odsetek-nadmiarowych-zgonow-nalezy-do-najnizszych-w-europie--jak-to-zrobili-,artykul,13785269.html data dostępu: 30.12.2022 r.; Rokicka, 2022,	Wirus wywołujący chorobę ma ogromną zaraźliwość populacyjną (współczynnik reprodukcji: 2,0–3,0), co oznacza znacznie szybsze tempo zakażeń niż w przypadku MERS czy SARS, ale niższą śmiertelność. Ze względu na olbrzymie straty gospodarcze pandemia COVID-19 określana jako „najdroższa choroba w dziejach świata" (Orłowski, 2020). Olbrzymi gospodarczy koszt choroby wynika z modelu zastosowanego w większości krajów do jej zwalczania opartego na kwarantannie, rygorystycznym ograniczeniu swobody przemieszczania się i zgromadzeń. Gospodarcze straty związane z chorobą to, w zależności od kraju kilku, lub nawet kilkunastoprocentowy spadek PKB (recesja). Pakiety pomocowe dla podmiotów gospodarczych wynikające z przedłużającego się *lockdownu* spowodowały wielki dług publiczny, którego spłata będzie obciążać rozwój wielu gospodarek w przyszłości, co spowoduje że powrót do wzrostu gospodarczego sprzed pandemii nie będzie łatwy i zajmie wiele lat. Straty w turystyce wywołane pandemią COVID-19 są największe w historii i nieporównywalne do wcześniejszych kryzysów i wynoszą 1,2 biliona USD w przychodach turystyki i 120 milionów miejsc

		https://www.medonet.pl/zdrowie,nik-podsumowal-pandemie-covid-19-w-polsce--zmarnowane-lozka-i-ignorowanie-wirusa,artykul,27353683.html data dostępu: 30.12.2022 r.)[16].	pracy i są siedmiokrotnie większe od wpływu jaki na sektor turystyki wywarł atak terrorystyczny z 11 września 2001 r. uznawany za największy dotychczas kryzys mający wpływ na turystykę (Sigala, 2020).
2022 r. do chwili obecnej	Małpia ospa - odzwierzęca choroba zakaźna wywoływana przez wirus MPXV (Larska i in., 2022)[17].	Liczba przypadków w Unii Europejskiej osiągnęła do maja 2022 r. 321; a na świecie poza Afryką gdzie choroba ma charakter endemiczny – 557 przypadków zakażenia (Larska i in., 2022).	Pierwszy przypadek występowania choroby w Europie potwierdzono 7 maja 2022 r. w Wielkiej Brytanii. Od tego czasu choroba pojawiła się w ponad 20 krajach świata, nie licząc Afryki, gdzie występuje endemicznie. Choroba objawia się poprzez obrzęk węzłów chłonnych, trudności w połykaniu, gorączkę i dreszcze, wysypkę przypominającą oparzenie. Od 2016 r. przypadki zachorowań na małpią ospę odnotowano w 9 krajach afrykańskich w których występują przenoszące wirusa gryzonie afrykańskie, w tym w Sierra Leone, Liberii, Republice Środkowoafrykańskiej, Republice Konga oraz Nigerii. Obecnie pozaafrykańskie przypadki choroby występują w postaci ognisk zachorowań obejmujących po kilkadziesiąt osób. Na dzień dzisiejszy WHO nie rekomenduje wprowadzenia ograniczeń w podróżowaniu w związku z występowaniem choroby (https://www.gov.pl/web/zdrowie/malpia-ospa--najwazniejsze-informacje data dostępu: 11.12. 2022 r.).

Źródło: opracowanie własne

[16] PAP (2022), Koniec pandemii? Szef WHO: widzimy szansę. *Medonet* https://www.medonet.pl/koronawirus,koniec-pandemii--szef-who--widzimy-szanse,artykul,53174732.html (dostęp: 30.12.2022 r.). Daleko idące ograniczenia w kontaktach między ludźmi w czasie pandemii COVID-19 określane mianem *lockdownu* oraz zmniejszenie środków na walkę z innymi chorobami spowodowało trudną do oszacowania dodatkową liczbę ofiar. Może być ona znacząca, np. w 2018 r. z powodu raka zmarło w Szwecji dwa razy więcej osób niż z powodu COVID-19 w 2020 r. (PAP (2022), Szwecja nie miała lockdownu, ale ma niski odsetek nadmiarowych zgonów. Jak to zrobili? https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-europie,w-szwecji-odsetek-nadmiarowych-zgonow-nalezy-do-najnizszych-w-europie--jak-to-zrobili-,artykul,13785269.html (dostęp: 30.12.2022 r.). Średnia nadmierna śmiertelność wzrosła w Polsce w okresie pandemii o blisko 15 proc. W znacznym stopniu wynikała ona z faktu, że cały system opieki skoncentrowany był na COVID-19, co spowodowało odcięcie od świadczeń zdrowotnych osób chorujących wcześniej na inne choroby. (J. Rokicka (2022), NIK podsumował pandemię COVID-19 w Polsce: zmarnowane łóżka, ignorowanie wirusa i wiele nadmiarowych zgonów, Medonet https://www.medonet.pl/zdrowie,nik-podsumowal-pandemie-covid-19-w-polsce--zmarnowane-lozka-i-ignorowanie-wirusa,artykul,27353683.html (dostęp: 30.12.2022 r.).

[17] Nazwa choroby pochodzi od pierwszego odkrycia wirusa u małp laboratoryjnych: makaków jawajskich i rezusów w duńskim laboratorium w Kopenhadze w 1958 r. Nazwa obowiązuje pomimo, że rezerwuarem i źródłem Orthopoxvirusa wywołującego ją u ludzi są gryzonie (M. Larska, M. Kalicki, M. K. Krzysiak, op. cit., s. 519).

Najistotniejszym przejawem wpływu kryzysów zdrowotnych na turystykę jest ograniczenie przemieszczania się oraz obawy turystów odnośnie bezpieczeństwa miejsc wypoczynku związanych z chorobą, co skutkuje zmniejszeniem popytu turystycznego. Charakter współczesnych kryzysów zdrowotnych wskazuje jednak, że nie tylko oddziałują one na turystykę, lecz również turystyka oparta na paradygmacie stałego wzrostu, pozostająca niejednokrotnie w opozycji do zrównoważonego rozwoju, stanowi istotny czynnik przyczyniający do ich pojawiania się (Hall, Scott, Gössling, 2013). Pomimo, że w literaturze od dawna zwraca się uwagę na zagrożenia powstałe dla ludzi w wyniku turystyki (Hall, 2007; Thompson, 2013), jej negatywna rola z punktu widzenia zagrożeń dla zdrowia i życia ludzkiego zdaje się być ignorowana pomimo coraz większej świadomości zagrożeń jakie dla człowieka stwarzają zanieczyszczenia związane z podróżowaniem (szerzej transportem), które w sposób znaczący przyczyniają się do powstawiania różnego rodzaju chorób, związanych zwłaszcza z funkcjonowaniem układu oddechowego (Clay, Lewis, Severnini, 2018; Sterpetti, 2020). Ponieważ zmiany klimatyczne zwiększają prawdopodobieństwo wybuchów epidemii i pandemii (WHO, 2019), turystyka będąca w znacznym stopniu za nie odpowiedzialna przyczynia się do ich powstawania.

Kryzys COVID-19 i jego specyfika

Pierwsze przypadki ostrej choroby zakaźnej układu oddechowego wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 znanej jako COVID-19, które stały się początkiem wywołanego nią kryzysu (*COVID-19 crisis*[18]), odnotowano w listopadzie 2019 r. w środkowych Chinach w mieście Wuhan w prowincji Hubei. Rozprzestrzenienie się choroby na wiele części świata sprawiło, że 30 stycznia 2020 r. WHO ogłosiło stan zagrożenia dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym, a 11 marca 2020 r. uznała COVID-19 za pandemię[19].

Obserwacja rzeczywistości społeczno-gospodarczej w czasie kryzysu COVID-19, a przede wszystkim towarzysząca mu skala załamania światowej gospodarki, w tym turystyki, wskazuje, że stał się on nie tylko ogromnym

[18] Określenie to stosowane jest w literaturze z zakresu turystyki (np. NWTO (2022), *World Tourism Barometer*, 20(2) Określany jest on również jako "kryzys pandemiczny" (np. J. Rokicka, op. cit.) lub „koronakryzys" (np. K. Krzystofek, (2021), Świat wirtualny, świat wiralny, cienie przyszły z jaskini. *Transformacje*, 2(109), s. 28).

[19] Wystąpienie dyrektora generalnego WHO podczas briefingu medialnego na temat COVID 19-marzec 2020 r.

kryzysem zdrowotnym oddziałującym na turystykę, ale również największą od czasu wielkiego kryzysu gospodarczego (*Great Depression*) lat 30. XX w przyczyną załamania światowej gospodarki (Baldwin, Weder di Mauro, 2020; McKinsey&Company, 2020)[20]. Dwucyfrowa stopa bezrobocia w krajach takich jak USA, Chiny, Australia, Niemcy i Wielka Brytania zaledwie rok przed jego rozpoczęciem była nie do pomyślenia, podczas gdy już w roku 2020, czyli zaledwie kilka miesięcy po jego rozpoczęciu stała się rzeczywistością.

W sposób najbardziej ogólny kryzys COVID-19 opisywany jest jako kryzys społeczeństw ekonomizowanych (*economised societies*) zakorzenionych w paradygmacie wzrostu (Ötsch, 2020). W rozumieniu najbardziej ogólnym interpretowany jest on jako wynik skrzyżowania się szerszych procesów urbanizacyjnych, przejawów globalizacji, zmian środowiskowych, agrobiznesu i współczesnego kapitalizmu. Ma wiele cech wspólnych z podobnymi wcześniejszymi kryzysami zdrowotnymi, charakteryzują go jednak pewne, szczególne cechy i okoliczności. Od wcześniejszych podobnych kryzysów, w tym na przykład od zagrożenia zakażeniem SARS, różni go czas trwania oraz szybkość i skala rozprzestrzeniania się wirusa powodującego chorobę (Rossi, Sacco, Mancino, Critiani, Midulla, 2020). „Po raz pierwszy w historii pandemia objęła dosłownie cały świat…. Wystarczy ograniczyć się do jednego przykładu: w 192 krajach zaprzestano nauki w szkołach (w klasach). Sytuacja taka jeszcze nigdy wcześniej nie miała miejsca. Nazywane światowymi wojny nie objęły nawet połowy globu" (Krzysztofek, 2021). Według M. Sigali najbardziej charakterystyczne cechy kryzysu COVID-19 to jego „globalna i ogromna skala, wielowymiarowe i wzajemnie powiązane oddziaływania kwestionujące obecne wartości i systemy prowadzące do światowej recesji i depresji" (Sigala, 2022).

To głównie skala kryzysu COVID-19 sprawia, że pomimo swojego zdrowotnego charakteru, ma on cechy pozwalające na zakwalifikowanie go jako kryzysu gospodarczo- politycznego o światowym zasięgu. Pomimo ogromnego postępu ludzkości większość metod wykorzystywanych do jego zwalczania to metody stosowane na początku XX w., niosące daleko idące konsekwencje gospodarcze. Ze względu na to, że przenoszenie choroby następuje drogą kropelkową poprzez bezpośredni kontakty międzyludzkie, jednym z podstawowych środków zastosowanych do powstrzymania jego rozprzestrzeniania się było zamknięcie granic i nałożenie sankcji za łamanie

[20] Opinię, że COVID-19 jest nie tylko kryzysem zdrowotnym ale również gospodarczym prezentuje również znana firma consultingowa McKinsey i Company.

zakazów dotyczących przemieszczania się i kontaktów społecznych. Nastąpiło to poprzez wprowadzenie przez rządy państw tzw. *lockdownu* czyli wymogu pozostawania ludzi w miejscach zamieszkania ze względu na szczególne ryzyko wynikające z przemieszczania się (https://www.karierawfinansach.pl/baza-wiedzy/slownik-pojec/lockdown-co-oznacza-definicja).

Szok związany z kryzysem COVID-19, szczególnie w jego pierwszym okresie, zachwiał podstawami systemu gospodarki kapitalistycznej, podważając poczuciem bezpieczeństwa świata cywilizacji zachodniej. Przed kryzysem COVID-19 w krajach Zachodnich przyjmowano za pewnik, że podstawowe potrzeby konsumentów, takie jak żywność i schronienie będą łatwo zaspokojone dzięki szerokiej dostępności różnych produktów, a konsumenci rozpieszczani byli nadmiarem możliwości wyboru. Mimo, że w krajach tych potrzeby konsumentów były nadal zaspokajane, kryzys COVID-19 poprzez pojawiające się niedobory podstawowych produktów istotnie podważył poczucie bezpieczeństwa konsumentów i dostrzec można było zmiany w jaki sposób widzą oni możliwość zaspokojenia swoich potrzeb. Żaden z wcześniejszych kryzysów zdrowotnych nie podważył na tak znaczną skalę filaru systemu kapitalistycznego jakim jest konsumpcja.

Kryzys COVID-19 pozwolił na przyjęcie wielu regulacji prawnych zwiększających kontrolę nad obywatelami, okresowo ograniczającymi ich prawa i wprowadzających nadzwyczajne uprawnienia dla władz. Niejednokrotnie nakładane były one w trybie stanowiącym mocne uderzenie w obowiązujące dotychczas podstawy demokracji zachodniej i związane z nią wolności obywatelskie. Ponieważ kraje demokratyczne radziły sobie, przynajmniej w pierwszym okresie kryzysu, gorzej i ponosiły większe szkody niż kraje mniej demokratyczne, kryzys COVID-19 stał się silnym impulsem do weryfikacji sposobu funkcjonowania współczesnych społeczeństw w kierunku nadania im bardziej totalitarnego charakteru. Na rozwój kryzysu COVID-19, szczególnie w jego pierwszym okresie, znaczący wpływ miała nieufność rządów wielu krajów do światowych organizacji prozdrowotnych, wyraźnie silna w Europie, będąca „spadkiem" po doświadczeniach ze świńską grypą, boleśnie dając o sobie znać dziesięć lat po tym wydarzeniu. Sprawiła ona, że początkowo lekceważono płynące z WHO ostrzeżenia na temat choroby, ponieważ dobrze pamiętano skandal związany ze zbędnymi szczepionkami na świńską grypę (Nowak-Kreyer, 2020).

Kryzys COVID-19 sprawił, że świat znacznie zmienił się z punktu widzenia swojej wcześniejszej otwartości oraz nastąpiło odejście od zasad liberalnych. Stał się on mniej otwarty (*less open*) i mniej wolny (*less free*),

czego najbardziej widocznym przejawem było zamykanie granic oraz znaczne ograniczenie swobody podróżowania. Z powodu nałożonych ograniczeń znowu wszędzie stało się fizycznie daleko. W tym znaczeniu zasadne jest upatrywanie wpływu kryzysu COVID-19 na osłabienie istniejącego liberalnego porządku międzynarodowego. Ze względu na różnice w ocenie zagrożenia kryzys COVID-19 poważnie zachwiał również spójnością Unii Europejskiej i tak już mocno naruszonej Brexitem. Brak zdecydowanej reakcji władz UE w jego początkowym okresie sprawił, że powstało wrażenie całkowitej bezradności wobec pojawiającego się kryzysu. Wiele państw członkowskich, na czele z Włochami, poczuło się pozostawionych samym sobie, przez co z wielką mocą rozgorzała dyskusja nad samym sensem istnienia Unii Europejskiej w jej obecnym kształcie. Jednocześnie, w rozumieniu samej choroby, kryzys COVID-19 okazał się zjawiskiem 'demokratycznym' w tym sensie, że nie oszczędził nikogo i nie ominął żadnego kraju (Kuźniar, 2020/21).

Zamrożenie gospodarki i transportu wywołało głęboki kryzys gospodarczy, szczególnie w krajach, gdzie produkcja na potrzeby własne stanowiła tylko niewielki procent gospodarki oraz które opierały swoje gospodarki na turystyce. Towarzyszący kryzysowi COVID-19 klimat strachu, związany z wszechobecnym zagrożeniem bezpieczeństwa, stał się powszechny wpływając szczególnie na szeroko rozumianą sferę usług, w tym turystykę w wymiarze krajowym i ogólnoświatowym (Kamiński, 2022). Wynalezienie i wdrożenie do użycia szczepionki, które nastąpiło wcześniej niż początkowo zakładano, nie zmieniło w sposób zasadniczy tej sytuacji[21].

Towarzyszący kryzysowi COVID-19 *lockdown* znacząco przyczynił się do szerszego niż wcześniej wykorzystania technologii cyfrowych (IT), która stała się remedium na łagodzenie jego skutków. Spowodowało to ogólne przyspieszenie cyfryzacji społeczeństw, które zrodziło wiele szerszych konsekwencji z których najważniejsze to rozpowszechnienie pracy zdalnej, zdalnej edukacji oraz rozwój e-turystyki (Gretnel, Fuchs, Baggio, Hoepken, Law, Neidhardt, Pesonen, Zanker, Xiang, 2020).

Specyfiką kryzysu COVID-19, w porównaniu z Wielkim Kryzysem lat 30. XX w. do którego jest on niejednokrotnie porównywany, jest to, że szczególnie dotknął on niektóre obszary gospodarki. Do zminimalizowania

[21] Pierwszą szczepionkę opracowała i wprowadziła na rynek już w grudniu 2020 r. amerykańsko-niemiecka firma Pfizer/BioNTech, następną, w tym samym czasie – amerykańska firma Moderna (działająca pod kierownictwem bardzo kreatywnego francuskiego specjalisty w tym zakresie), a trzecią brytyjskie konsorcjum uniwersytetu z Oksfordu i firmy Astra Zeneca, co miało miejsce pod koniec grudnia 2020 r.

działalności lub czasowego zamknięcia zostały zmuszone branże wytwarzające produkty fizyczne, zwłaszcza firmy stosujące pracochłonne technologie (*labor-intensive firms*), podczas gdy sektory produkujące i dostarczające produkty i usługi informatyczne (*information product and services*) zaczęły mieć się lepiej (https://www.rp.pl/najwazniejsze-firmy/art8556131-rewolucja-technologiczna-mocno-przyspieszyla)[22]. O ile z uwagi na ograniczone możliwości przemieszczania kryzys COVID-19 szczególnie dotknął usługi turystyczne, w tym samym czasie rozwinęły się usługi bankowe, a działalność swoją zintensyfikowały usługi medyczne i usługi kurierskie[23]. Nierównomierne konsekwencje kryzysu COVID-19 okazały się również widoczne z punktu widzenia wielkości przedsiębiorstw. Podczas gdy małe firmy, szczególnie usługowe, w których konieczny był bezpośredni kontakt z klientami, pozbywały się pracowników w szybkim tempie, np. amerykański Amazon ogłosił nabór dodatkowych 100 tyś. pracowników (Davies, 2020), a w roku 2022 zajął drugie miejsce w rankingu największych światowych przedsiębiorstw (https://fortune.com/global500/).

Zróżnicowane oddziaływanie kryzysu COVID-19 ujawniło się nie tylko po stronie branż i przedsiębiorstw lecz również klientów. „Pewne grupy demograficzne, znane jako cyfrowi imigranci i maruderzy, to segmenty, które najmocniej odczuwały cios pandemii…. Jednak cyfrowi tubylcy mogą uznać tę nową rzeczywistość za coś korzystnego" (Kotler, Kartajaya, Setiawan, 2021). Wpływ kryzysu COVID-19 na różne segmenty klientów i graczy rynkowych zilustrowano w tabeli 2.

[22] Kryzys COVID-19 zwiększył miedzy innymi popyt na rozwiązania ułatwiające zdalną komunikację (np. chaty, wirtualni asystenci głosowi). Jednym z beneficjentów tych zmian jest np. wrocławska frima LiveChat, jeden z wiodących graczy wspierających komunikację biznesową online. Z jego flagowego rozwiązania korzysta już ponad 32 tys. firm ze 150 krajów. W okresie styczeń – marzec 2021 r. przychody tego przedsiębiorstwa urosły o niemal 40 proc. (*Rewolucja technologiczna mocno przyśpieszyła* (2022),).

[23] W 2020 r. rynek usług kurierskich wzrósł o ponad jedną trzecią. Wolumen dostarczonych przesyłek poszedł w górę o 196 mln sztuk w stosunku do 2019 r., co stanowiło wzrost o prawie 45 proc. (*Rewolucja…,* op. cit.).

Tabela 2. Wpływ kryzysu COVID-19 na różne segmenty klientów i graczy rynkowych

	Mocny cios	Słabe uderzenie
Segment Klientów	• przedstawiciele starszych pokoleń, którzy są cyfrowymi imigrantami i technologicznymi maruderami • społeczności o niskich dochodach z ograniczonym dostępem do Internetu	• przedstawiciele młodszych pokoleń określani jako „cyfrowi tubylcy" zainteresowani rozwojem nowych technologii • zamożne społeczności z lepszym dostępem do Internetu
Segment Przedsiębiorstw	• firmy w których dominują procesy wymagające bezpośredniego kontaktu z klientem • branże wymagające dużych nakładów pracy ludzkiej	• firmy z cyfrowymi procesami • przedsiębiorstwa zarządzane w sposób szczupły (*lean*)

Źródło: P. Kotler, H. Kartajaya, I. Setiawan (2021), *Marketing 5.0*. *Technologie nexttech*. Warszawa: MT Biznes, s. 92.

Kryzys COVID-19 udowodnił dużą bezradność świata nauki wobec choroby oraz zachwiał podstawami społeczeństwa opartego na wiedzy (Polak, 2021). Rozdźwięk w zakresie opinii na jego temat wykroczył znacznie poza naturalne rewidowanie poglądów naukowych występujących w sytuacji postępu badań. „Bombardowane ... nadmiarem informacji, często ze sobą sprzecznych, społeczeństwo było coraz bardziej zdezorientowane" (Duszyński, Afelt, Ochab-Marcinek, Owczuk, Pyrć, Rychard, Smiatacz, 2020). Mimo to, że już w pierwszych dniach kryzysu największe podmioty odpowiedzialne za informowanie współczesnych społeczeństw zawarły porozumienie na mocy którego zobowiązały się przeciwstawiać się przedstawianiu fałszywych informacji w związku z pandemią COVID-19 (Berry, Danaher, Askoy, 2020)[24] na jej temat krążyło wiele sprzecznych z sobą opinii, które szczególnie wyraźnie widoczne były w pierwszym okresie kryzysu. Chaos poznawczy wynikający z wielu sprzecznych opinii epidemiologów i wirusologów zyskał miano „smogu epistemologicznego" (Krzystofek, 2021). Zabrakło rzetelnych działań informacyjnych koordynowanych przez państwo. Powodowało to nie zawsze poważne traktowanie kolejnych doniesień, powodując

[24] Aby zapobiec przedostawaniu się nieprawdziwych informacji w formie e-maili do skrzynek internautów Google nawiązał współpracę ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) nad systemem uwierzytelniania wiadomości, który utrudniał oszustom naśladowanie domeny who.inf. Aby wyeliminować dezinformacje z wyników wyszukiwania Google i YouTube utworzyły 24-godzinny zespół reagowania. Podobnie postąpił Amazon, który starał się eliminować handlarzy fałszywych leków na COVID-19, a Facebook usuwał reklamy produktów, które odwołują się do COVID-19 lub szerzą teorie spiskowe na temat tej choroby (L.L. Berry, T.S. Danaher, L. Askoy, op. cit., s. 393).

zniecierpliwienie, zmienianie decyzji[25] i nieracjonalne działanie nie tylko obywateli lecz również władz państwowych[26]. Duża niepewność co do sposobu rozpowszechniania się choroby, jej objawów (forma bezobjawowa), zakończenia (warunków jakie muszą zostać spełnione dla uzyskania odporności zbiorowej), grup ryzyka (we wczesnym okresie kryzysu podkreślano, że COVID-19 nie dotyczy dzieci), połączona z nie zawsze w pełni przemyślanymi sposobami jej przeciwdziałania, podsycała niepokój społeczny oraz ułatwiała zarządzanie strachem (Krzystofek, 2021).

Podsumowanie i wnioski

Kryzysy zdrowotne wywierają współcześnie istotny wpływ na różne dziedziny życia w sposób znaczący oddziałując również na turystykę. Przedstawione w opracowaniu rozważania mają przyczynić się do lepszego zrozumienia związku miedzy tymi dwoma obszarami.

Bezprecedensowe ograniczenia dotyczące podróżowania i nakazy pozostawania w domu podczas kryzysu COVID-19 spowodowały najpoważniejsze zakłócenia światowej gospodarki od czasów wielkiego kryzysu gospodarczego lat 30. XX uderzając w znaczący sposób również w turystykę. Z powodu międzynarodowych zakazów podróżowania, które dotyczyły ponad 90% światowej populacji oraz szeroko rozpowszechnionych ograniczeń dotyczących zgromadzeń publicznych i mobilności społeczności, turystyka w dużej mierze zamarła od pierwszych miesięcy 2020 r. odbudowując się powoli po olbrzymich stratach odniesionych w związku z pandemią COVID-19.

Zmiany w turystyce wywołane kryzysem COVID-19 wydają się oczywiste. Ich kierunek nie jest jednak przesądzony - czy rzeczy zmienią się na lepsze, przyjmując postać „nowego otwarcia" w turystyce nie wydaje się ostatecznie rozstrzygnięte. W znacznym stopniu będzie to zależało od zdolności do zmiany dominującego społecznego paradygmatu zachodnich społeczeństw, któremu podporządkowane jest funkcjonowanie współczesnej turystyki.

Istnieje wiele niewiadomych dotyczących tego w jaki sposób organizacje turystyczne będą zachowywały się w najbliższym czasie. Większość z nich będzie starała się z pewnością odrobić straty powstałe w wyniku COVID-19. Niektóre mogą celowo pozycjonować się w kategoriach niskich kosztów bez

[25] Np. w aspekcie konieczności stosowania maseczek ochronnych.

[26] Najbardziej znany przykład tego rodzaju działań to ograniczenie dostępu do lasów oraz zakazanie aktywności fizycznej na świeżym powietrzu.

troski o efekty zewnętrzne, aby jak najszybciej spróbować zwiększyć liczbę odwiedzających i możliwości zatrudnienia. Inne mogą próbować zwiększyć ceny, a inne wprowadzić nowe, wyższe standardy sanitarne, aby zwiększyć poziom bezpieczeństwa turystów.

Na pewno kryzys COVID-19 nie tylko zmusił wiele organizacji zajmujących się turystyką do walki o przetrwanie, lecz skłonił je również do poszukiwania alternatywnych ścieżek strategicznych. Dlatego badania turystyki związane z COVID-19 nie powinny być wyłącznie postrzegane, prowadzone i wykorzystane jako przydatne narzędzie do przywracania dawnych stanów, powinny kwestionować dotychczasowe paradygmaty wzrostu i założenia, które doprowadziły do obecnej sytuacji i uniemożliwiły przeprojektowanie i zresetowanie turystyki. „Jest oczywiste, że przyszłość turystyki wymaga fundamentalnej transformacji w kierunku bardziej zrównoważonego systemu. W większości literatury podkreśla się znaczenie zrównoważonej transformacji, jednak niewiele uwagi poświęca się temu, jakie mogą być mechanizmy transformacji i jak sektor turystyczny może stosować zrównoważone praktyki w przyszłości" (Vong i in., 2021).

Przeprowadzona w opracowaniu analiza pozwala na sformułowanie następujących wniosków końcowych:

– w obszarze turystyki w większym niż dotychczas zakresie uwzględniane muszą być ograniczenia wynikające z kryzysów zdrowotnych. Rozprzestrzenianie się wielu groźnych dla człowieka chorób jeszcze się nie skończyło, a chociaż brzmi to niepokojąco, świat spotykać może się z nowymi kryzysami zdrowotnymi. Turystyka powinna uczyć się na doświadczeniach wcześniejszych kryzysów i odpowiednio dostosowywać do nich swoje działania. Z uwagi na masowość i nieuchronność występowania tego typu zjawisk powinna ona starać się być przygotowana na ich występowanie;
– tematy, które wydają się najważniejsze z punktu widzenia oddziaływania kryzysów zdrowotnych na turystykę to: charakterystyka kryzysów zdrowotnych, zarządzanie zjawiskami kryzysowymi, skutki kryzysów zdrowotnych dla wybranych miejsc docelowych, percepcja ryzyka związana z kryzysem zdrowotnym i zmiany zachowań turystów, popyt na usługi turystyczne oraz wpływ kryzysów zdrowotnych na zrównoważoną transformację branży turystycznej. Badania mające na celu zbadanie pomiar i przewidywanie wpływu kryzysów na turystykę są ważne, aby opracować, monitorować i ulepszać strategie reagowania (nie można bowiem zarządzać tym czego nie można scharakteryzować);

– kryzys COVID-19 sprawił, że należy oczekiwać przesunięcia punktu ciężkości z tego, jak branża turystyczna może skutecznie reagować na kryzysy zdrowotne, na to, jak może ona próbować odbudować się w sposób zrównoważony. Zainteresowanie kryzysami zdrowotnymi oraz ich źródłami oraz rolą turystyki w ich powstawaniu spowoduje, że coraz większą popularność zyskują zagadnienia związku turystyki ze zrównoważonym rozwojem;
– powiązanie turystyki z kryzysami zdrowotnymi sprawia, że nauka poświęcona turystyce staje się z konieczności bardziej niż do tej pory interdyscyplinarna, obejmując wiedzę z zakresu historii tego rodzaju zjawisk oraz medycyny. Wskazuje to na potrzebę bliższej współpracy badawczej w dziedzinie nauk o zdrowiu i turystyki, aby lepiej zrozumieć szerokie przyczyny i skutki wybuchów kryzysów zdrowotnych i generowanie nowych informacji na temat tego złożonego problemu. Ponieważ „bezpieczeństwo, ochrona i spokój" to podstawowe warunki normalnego funkcjonowania przedsiębiorstw turystycznych, a bezpieczeństwo osobiste podczas podróży jest bardzo ważne dla większości osób, ponieważ turyści dostrzegają ryzyko związane z występowaniem kryzysów zdrowotnych, konieczne jest również szersze otwarcie wiedzy dotyczącej turystyki na dorobek nauk o bezpieczeństwie, zarówno w ujęciu krajowym jak i międzynarodowym. Przeprowadzona w prezentowanym opracowaniu analiza kryzysu COVID-19 udowadnia również, że brak możliwości empirycznego przeanalizowania wszystkich zjawisk odnoszących się do kryzysu COVID-19 zbliża wiedzę na temat turystyki bardziej do filozofii społecznej niż nauki empirycznej. Może zmienić również ukierunkowanie badań związku kryzysów i turystyki, które do tej pory nastawione były na konkretne zdarzenie, co oznacza, że nadany zostanie im bardziej ogólny charakter;
– w związku ze znaczeniem kryzysów zdrowotnych z punktu widzenia turystyki studenci kierunku Turystyka powinni być wyposażeni w wiedzę dotyczącą tej problematyki, zarówno jeśli chodzi o obecny wpływ kryzysów na turystykę jak i w ujęciu historycznym. Może być ona pomocna między innymi w powiązaniu zjawiska kryzysowego z daną destynacją turystyczną.

Literatura:

1. Acharya, V.V., Richardson, M. (2009). Causes of the financial crisis. *Critical Review*, *21*, s. 195-210.
2. Ali, M., Lopez, AL., You, Y.A., Kim, Y.E., Sah, B., Maskery, B., Clemens, J. (2012). The global burden of cholera*. Bulletin of the World Health Organization*, *90*(3), s. 209-218.
3. Baldwin, R., Weder di Mauro, B. (2020). Introduction. W: R. Baldwin, B. Weber di Mauro (red.), *Economics in the time of COVID-19.* (s. 1-30). London: CEPR Press.
4. Barrios, R.E. (2017). What does catastrophe reveal for whom? The anthropology of crisesand disasters in a 'Post-Truth' world. *Annual Review of Anthropology, 46*(1), s. 151-166.
5. Berry, L.L., Danaher, T.S., Askoy, L., Keiningham, T.L. (2020). Service safety in the pandemic age. *Journal of Service Research*, *23*(4), s. 391-395.
6. Chan, M. (2009). *World now at the start of 2009 influenza pandemic.* World Health Organization.
7. Chmielak, A. (2009). Oblicza kryzysu transformacyjnego. W: J. Kaliński, M. Zalesko (red.), *Od wielkiego kryzysu gospodarczego do wielkiego kryzysu finansowego. Perturbacje w gospodarce światowej w latach 1929-2009* (s. 252-268). Białystok: Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku.
8. Chromik, K. (2012). Kryzys metafizyki a lyotardowska koncepcja ponowoczesności. *Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne*, *9*(9), s. 31-37.
9. Chudzicka-Czupała, A., Grabowski, D. (2010). *Kryzys etyki pracy?* W. K. Popiołek, A. Bańka (red.), *Kryzysy, katastrofy i kataklizmy w perspektywie jednostkowej i społecznej* (s. 364-378). Poznań: Wyd. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
10. Clay, K., Lewis, J., Severnini, E. (2018). Pollution, infectious disease, and mortality: Evidence from the 1918 Spanish influenza pandemic. *The Journal of Economic History*, *78*(4), s. 1179-1209.
11. Crosby, A.W. (2015). *Ecological imperialism: The biological expansion of Europe, 900-1900*. Combridge University Press.
12. Czym jest pandemia? Największe pandemie w historii (2020). *Medonet*, 18.07. https://www.medonet.pl/zdrowie,czym-jest-pandemia--najwieksze-pandemie-w-historii,artykul,1726644.html (dostęp: 10.12.2022 r.).

13. Davies, W. (2020). The last global crisis didn't change the world. But this one could. *The Guardian*. 24 marzec. https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/mar/24/ coronavirus-crisischange-world-financial-global-capitalism (dostęp: 6.12.2022 r.).
14. Deen, J., Mengel, M.A., Clemens J.D. (2020). Epidemiology of cholera. *Vaccine*, *38,* supplement 1, s. 31-40.
15. Dobrzański, G. (1999). Istota i cechy współczesnego kryzysu ekologicznego. *Ekonomia i Środowisko*, *1,* s. 7-20.
16. Duan, J., Xie, C., Morrison, A.M. (2021). Tourism crises and impacts on destinations: a systematic review of the tourism and hospitality literature. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, *46*(4), s. 667-695.
17. Duszyński, J., Afelt, A., Ochab-Marcinek, A., Owczuk, R., Pyrć, K., Rosińska, M., Rychard, A., Smiatacz, T. (2020). *Zrozumieć COVID-19. Opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy prezesie Polskiej Akademii Nauk*. Polska Akademia Nauk, 14 września 2020. https://www.informacje.pan.pl/images/2020/opracowanie-covid19-14-092020/ ZrozumiecCovid19_opracowanie_PAN.pdf. (dostęp: 11.12.2022 r.).
18. Enriquez-Sarano, M., Messika-Zeitoun, D., Topilsky, Y., Triboulloy, C., Benfari, G., Michelena, H. (2019). Tricuspid regurgitation is a public health crisis. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *62,* s. 447-451.
19. Faulkner, B. (2001). Towards a framework for tourism disaster management. *Tourism Management*, *22,* s. 135-147.
20. Feldman, D.A., Miller, J.W. (red.). (1998). *The AIDS crisis: a documentary history*. Greenwood Press, Westport.
21. Golinowska, S., Zabdyr-Jamroz, M. (2020). Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, *18*(1), s. 1-31.
22. Gretnel, U., Fuchs, M., Baggio, R., Hoepken, W., Law, R., Neidhardt, J., Pesonen, J., Zanker, M., Xiang, Z. (2020). E-tourism beyond COVID-19: a call for transformative research. *Information Technology & Tourism*, *22*(2), s. 187-203.
23. Gubler, D.J. (2012). The economic burden of Dengue. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *86*(5), s. 743-744.
24. Hall, C.M. (2007). *Biosecurity and ecotourism.* W: J. Higham (red.), *Critical issues inecotourism: Understanding a complex tourism phenomenon* (s. 102-116). Elsevier.

25. Hall, C.M. (2010). Crisis events in tourism: subjects of crisis in tourism. *Current Issues in Tourism*, *13*(5), s. 401-417.
26. Hall, C.M., Scott, D., Gössling, S. (2013). The primacy of climate change for sustainable international tourism. *Sustainable Development*, 21, s. 112-121.
27. Henderson, J.C (2007). *Tourism crises: causes, consequences and management*. Routledge London.
28. Hoessle, V. (1994). *Philosophie der oekologischenkrise*. Munchen: C.H. Beck.
29. https://fortune.com/global500/ (dostęp: 28.12.2022 r.).
30. https://www.gov.pl/web/zdrowie/malpia-ospa--najwazniejsze-informacje (dostęp: 11.12.2021 r.)
31. https://www.karierawfinansach.pl/baza-wiedzy/slownik-pojec/lockdown-co-oznacza-definicja (dostęp: 14.12.2022 r.).
32. Husserl, E. (1993). *Kryzys europejskiego człowieczeństwa a filozofia*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacja Aletheia.
33. Jaroń, D. (2022). *Zapomniana epidemia: Jak cholera zdziesiątkowała Europę*. www.greenweek.interia.pl/historia/news-zapomniane-epidemie-jak-cholera-zdziesiątkowala-europe.nld.5439610 (dostęp: 30.12.2022 r.).
34. Johnson, N.P.A.S., Mueller, J. (2002). Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 „Spanish" influenza pandemic. *Bulletin of the History of Medicine*, *76*(1), s. 105-115.
35. Kaliński, J., Zalesko, M. (2009). *Słowo wstępne.* W: *Od wielkiego kryzysu gospodarczego do wielkiego kryzysu finansowego. Perturbacje w gospodarce światowej w latach 1929-2009* (s. 7-8). Białystok: Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku.
36. Kamiński, J. (2022). *Bezpieczeństwo jako nowe wyzwanie w usługach – ochrona w czasie i po kryzysie.* W: K. Michalski, A. Szejniuk (red.). *Współczesne kierunki transformacji organizacyjnej – wybrane aspekty zmian.* (s. 165-181). Józefów: Wyd. Wyższej Szkoły Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi w Józefowie.
37. Karpiński, A. (2004). *Kryzys kultury współczesnej*. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego.
38. Kiriga, J.M., Sambo, L.G., Yokaide, A., Soumbey-Alley, E., Muthuri, L.K., Kiriga, D.G. (2009). Economic burden of cholera in the WHO African region. *BMC International Health and Human Rights*, *9*(1), 8. https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-8

39. Koselleck, R. (1988). *Critique and crisis: Enlightenment and the pathogenesis of modern society*. Cambridge, MA: MIT Press.
40. Koselleck, R. (2006). Crisis. *Journal of History of Ideas, 67,* s. 357-400.
41. Kotler, P., Kartajaya, H., Setiawan, I. (2021). *Marketing 5.0*. *Technologie nexttech*. Warszawa: MT Biznes.
42. Kowalczyk, S. (2011). *Współczesny kryzys ideowo-aksjologiczny*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
43. Krzystofek, K. (2021). Świat wirtualny, świat wiralny, cienie przyszły z jaskini. *Transformacje*, *2*(109), s. 27-55.
44. Kuźniar, R. (2020/21). Przegląd sytuacji międzynarodowej: aspekty globalne i regionalne. *Rocznik Strategiczny*, *26*, s. 43-66.
45. Larska, M., Kalicki, M., Krzysiak, M.K. (2022). Rola zwierząt nieudomowionych w epidemiach XXI wieku. Życie *Weterynaryjne*, *97*(8), s. 518-523.
46. Manzoor, F., Wei, L., Asif, M., Haq, M.Z.U., Rehman, H.U. (2019). The Contribution of Sustainable Tourism to Economic Growth and Employment in Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(19), s. 3785. https://doi.org/10.3390/ijerph16193785
47. Masco, J. (2017). The crisis in crisis. *Current Anthropology, 58*(15), s. 65-76.
48. McKinsey & Company. (2020). *Beyond coronavirus: The path to the next normal.* https://www.mckinsey.com/_/media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/Beyond%20coronavirus%20The%20path%20to%20the%20next%20normal/Beyondcoronavirus-The-path-to-the-next-normal.ashx
49. Nowak-Kreyer, M. (2020). Pandemie i epidemie XX I XXI wieku. *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka*, *5,* s. 11-13.
50. United Nations World Tourism Organization (UNWTO) (2012). *UNWTO Tourism Highlights*. UNWTO: Madrid.
51. United Nations World Tourism Organization (NWTO) (2022). *World Tourism Barometer*. UNWTO: Madrid.
52. Ohlan, R. (2017). The relationship between tourism, financial development and economic growth in India. *Future Business Journal*, *3*(1), s. 9-22.
53. Orłowski, W.M. (2020). Najdroższa choroba w dziejach świata. *Rzeczpospolita,* 18 czerwiec.

54. Ötsch, W. (2020). *What type of crisis is this? The coronavirus crisis as a crisis of the economicised society*, Working Paper Serie, 57, Cusanus Hochschule für Gesellschaftsgestaltung, Institute für Ökonomie und für Philosophie, Bernkastel-Kues.
55. PAP (2022). Szwecja nie miała lockdownu, ale ma niski odsetek nadmiarowych zgonów. Jak to zrobili? *Medonet.* https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-europie,w-szwecji-odsetek-nadmiarowych-zgonow-nalezy-do-najnizszych-w-europie--jak-to-zrobili-,artykul,13785269.html (dostęp: 30.12.2022 r.).
56. Peretiatkowicz, A. (1923). Kryzys parlamentaryzmu. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, *3*(2), s. 237-243.
57. Pforr, C., Hosie, P.J. (2008). Crisis management in tourism: Preparing for recovery. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, *23,* s. 249-264.
58. Pilecka, B. (2004). *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
59. Piłat, R. (2005). Kryzys filozofii analitycznej. *Diametros*, *6,* s. 199-202.
60. Piotrowicz, D. (2010). *Negocjacje kryzysowe i policyjne. Wybrane zagadnienia psychologiczne i kryminologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Dariusz Piotrowicz.
61. Polak, E. (2021). Bezradność nauki i ekspertów w obliczu Pandemii. *Transformacje, 2*(109), s. 56-73.
62. Popiołek, K., Bańka, A. (2010). *Wprowadzenie.* W: K. Popiołek, A. Bańka (red.), *Kryzysy, katastrofy i kataklizmy w perspektywie jednostkowej i społecznej* (s. 7-9). Poznań: Wyd. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
63. Prokuratura Europejska prowadzi dochodzenie ws. zakupu szczepionek przez UE (2022). *Do Rzeczy,* 15.10. https://dorzeczy.pl/zdrowie/357889/jest-dochodzenie-ws-zakupu-szczepionek-przecie-covid-19-przez-ue.html (dostęp: 15.12.2022 r.).
64. Pszczółka, I. (2009). *Amerykański „kryzys hipoteczny".* W: J. Kaliński, M. Zalesko (red.), *Od wielkiego kryzysu gospodarczego do wielkiego kryzysu finansowego. Perturbacje w gospodarce światowej w latach 1929-2009* (s. 380-399). Białystok: Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku.
65. Radziewicz, P. (2020). Kryzys konstytucyjny i paradygmatyczna zmiana konstytucji. *Państwo i Prawo*, *10*, s. 3-24.
66. Rajewski, P., Kwiatkowska, J., Sobolewska-Pilarczyk, M., Sobolewski, Ł., Cieściński, J. (2017). Wirusowe zapalenie wątroby typu E w praktyce lekarskiej. *Forum Medycyny Rodzinnej*, *11*(5), s. 225-229.

67. *Rewolucja technologiczna mocno przyśpieszyła* (2022). https://www.rp.pl/najwazniejsze-firmy/art8556131-rewolucja-technologiczna-mocno-przyspieszyla (dostęp: 2.12.2022 r.).
68. Ritchie, B.W. (2004). Chaos, crises and disasters: A strategic approach to crisis management in the tourism industry. *Tourism Management*, *25*, s. 669-683.
69. Roitman, J. (2012). Crisis. W: *Political Concept: A Critical Lexicon*. Tel Aviv, New York.
70. Rokicka, J. (2022). NIK podsumował pandemię COVID-19 w Polsce: zmarnowane łóżka, ignorowanie wirusa i wiele nadmiarowych zgonów. *Medonet*. https://www.medonet.pl/zdrowie,nik-podsumowal-pandemie-covid-19-w-polsce--zmarnowane-lozka-i-ignorowanie-wirusa,artykul,27353683.html (dostęp: 30.10.2022 r.).
71. Rossi, G.A., Sacco, O., Mancino, E., Critiani, L., Midulla, F. (2020). Differences and similarities between SARS-CoV and SARS-CoV-2: spike receptor-binding domain recognition and host cell infection with support of cellular serine proteases. *Infection*, *48,* s. 665-669.
72. Sigala, M. (2020). Tourism and COVID-19: Impacts and implications for advancing and resetting industry and research, *Journal of Business Research, 117*, s. 312-321.
73. Stachoń, A. (2021). *Największe epidemie chorób zakaźnych w dziejach ludzkości.* http://www.muzeum.bochnia.pl/najwieksze-epidemie-chorob-zakaznych-w-dziejach-ludzkosci (dostęp: 28.12.2022 r.).
74. Szymczak, M. (red.) (1978). *Słownik języka polskiego*, t. I. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
75. Teusz, G., Teusz, L. (2021). *Kryzys tożsamości człowieka i społeczeństwa pytania pierwsze*. http://cw.kul.lublin.pl/Content/29676/15_kryzys_tozsamosci_czlowieka.pdf (dostęp: 20.08.2021 r.).
76. Thompson, R.A. (2013). Parasite zoonoses and wildlife: One health, spillover and human activity. *International Journal for Parasitology*, *43*(12-13), s. 1079-1088.
77. Vong, C., Rita, P., António, N. (2021). Health-Related Crises in Tourism Destination Management: A Systematic Review. *Sustainability*, *13*, 13738. https://doi.org/10.3390/su132413738
78. United Nations World Tourism Organization (UNWTO) (2012). *UNWTO Tourism Highlights.* UNWTO: Madrid.

79. World Economic Forum (2019). *Outbreak readiness and business impact protecting lives and livelihoods across the global economy.* 24 kwiecień, http://www3.weforum.org/docs/WEF HGHI_Outbreak_Readiness_Business_Impact.pdf. (dostęp: 15.12.2021 r.).
80. World Health Organization (WHO) (2009). *Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document.* WHO.
81. World Health Organization (WHO) (2021). *Cholera situation in Jemen,* March. Document number: WHO-EM/CSR/433/E https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMCSR433E-eng.pdf?ua=1 (dostęp: 16.12.2022 r.).