



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ & ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ**



Οργάνωση, Διοίκηση & Θεραπευτικές
Πρακτικές Μονάδων Ευεξίας & SPA

**Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ)
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΥΕΞΙΑΣ ΚΑΙ SPA»
Κατεύθυνση: SPA Management**

**ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΥΕΞΙΑΣ ΚΑΙ SPA. Η
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΥΤΡΩΝ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΣΤΗ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΕΓΙΑ ΑΡΓΥΡΩ (Α.Μ. 2015)
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΒΔΗΜΙΩΤΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2017



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ & ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ**



Οργάνωση, Διοίκηση & Θεραπευτικές
Πρακτικές Μονάδων Ευεξίας & SPA

**Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ)
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΥΕΞΙΑΣ ΚΑΙ SPA
Κατεύθυνση: SPA Management**

**ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΥΕΞΙΑΣ ΚΑΙ SPA. Η
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΥΤΡΩΝ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΣΤΗ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΕΓΙΑ ΑΡΓΥΡΩ (Α.Μ. 2015)
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΒΔΗΜΙΩΤΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2017

Αφιερώνεται στην οικογένεια μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Οργάνωση, Διοίκηση και Θεραπευτικές Πρακτικές Μονάδων Ευεξίας και SPA».

Πριν την παρουσίαση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα και έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτο απ' όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας, κ. Αβδημιώτη Σπύρο, για την πολύτιμη καθοδήγηση, εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε. Θα ήθελα να ευχαριστήσω επίσης, την κ. Λεονταρίδου Ιωάννα, για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετέχω στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον άντρα μου, για την αμέριστη συμπαράστασή του, αλλά και την απέραντη υπομονή του και ηθική του υποστήριξη.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους δύο μου γιους, Βασίλη και Δημήτρη Ραφαήλ, που στερήθηκαν για αρκετές ώρες την μαμά τους, χωρίς να παραπονεθούν καθόλου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Δημήτρη και Αναστασία, για την εμπιστοσύνη και την βοήθεια που μου προσφέρουν εδώ και χρόνια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των σύγχρονων χρηστών των ιαματικών λουτρών Αγίας Παρασκευής. Για το σκοπό αυτό, με δειγματοληπτική έρευνα και χρήση 300 κατάλληλα διαμορφωμένων ερωτηματολογίων, έγινε προσπάθεια στατιστικής διερεύνησης των ατομικών χαρακτηριστικών και στάσεων- απόψεων των επισκεπτών, ως προς το βαθμό ικανοποίησής τους από την επίσκεψή τους στα εν λόγω λουτρά, με παράλληλη τμηματοποίηση αυτών σε δεδομένες διακριτές ομάδες (συστάδες). Η μέθοδος που επιλέχθηκε ως καταλληλότερη, προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο ένας από τους κύριους στόχους της εργασίας που ήταν η διερεύνηση των πιθανών σχέσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών των επισκεπτών κάθε συστάδας και της ικανοποίησής τους, είναι η διβηματική ανάλυση σε συστάδες σε συνδυασμό με την τεχνική της κατηγορικής παλινδρόμησης.

Λέξεις κλειδιά: λουτρά, ποιότητα υπηρεσιών, ευεξία, ικανοποίηση πελατών

ABSTRACT

The purpose of this research is to investigate the perceptions of modern users of Saint Paraskevi spas. For this purpose, a survey was carried out, using about 300 configured questionnaires. This constituted, an attempt to statistically investigate individual characteristics and attitudes of visitors' views, in relation to the extent of satisfaction of their visit to the thermal baths. Parallel to this, it would also allow for the categorization of the visitors, into discrete groups (clusters) according to their characteristics and attitudes. The method chosen as the most suitable in order to achieve one of the two main objectives of this study which was to investigate the possible relationship between the characteristics of the visitors' clusters and the visitors' satisfaction degree is the two step cluster analysis combined with the technique of categorical regression.

KEY WORDS: spa, quality of service, wellness, customer satisfaction

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Γενικά για τον τουρισμό	1
1. 1 Ορισμός του Τουρισμού	1
1. 2. Διακρίσεις Τουρισμού	2
1. 3 Ο ρόλος του τουρισμού στην ελληνική πραγματικότητα	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Εναλλακτικός Τουρισμός- Ιαματικός Τουρισμός	5
2.1 Χαρακτηριστικά και Προοπτικές Ανάπτυξης των Εναλλακτικών Μορφών Τουρισμού	5
2.2 Ιστορική και Επιστημονική Αναδρομή στον Ιαματικό	8
2.2.1 Ιαματικός Τουρισμός	8
2.2.2 Εισαγωγή	9
2.2.3 Ιστορική αναδρομή	9
2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Ιαματικά Λουτρά	18
3.1 Ιαματικές πηγές – Λουτρά	18
3.2. Ιστορική Αναδρομή: Από τα ιαματικά Λουτρά στα σύγχρονα Spa	22
3.3 Ιαματικές Ιδιότητες	22
3.3.1 Αντενδείξεις Λουτροθεραπείας – Ποσιθεραπείας	23
3.3.2 Αναγνωρισμένοι φυσικοί πόροι ως ιαματικοί ανά την Ελλάδα	24
3.4 Ιαματικά λουτρά Αγίας Παρασκευής	26
3.4.1 Ιστορικά στοιχεία	31
3.4.2 Μορφές υδροθεραπευτικής αρωγής, πρόληψης, θεραπείας και ευεξίας που πραγματοποιούνται στο spa	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Τρέχουσα Κατάσταση Ιαματικών Πηγών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό	40
4.1 Διεθνής εμπειρία	40
4.2 Ευρωπαϊκά Spa Resorts	44
4.3 Εγχώρια εμπειρία	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και ευεξίας	50
5.1 Περίληψη	50
5.2 Εισαγωγή	51

5.3 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Total Quality Management	52
5.3.1 Η εξέλιξη της σειράς προτύπων ISO	52
5.3.2 Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000:1994	55
5.3.3 Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000:2000	56
5.4 Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	59
5.5 Διαστάσεις και χαρακτηριστικά της ποιότητας	60
5.5.1 Μεθοδολογία Υλοποίησης Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	61
5.6 Δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, καθορισμός στόχων και μέτρησης	61
5.7 Εμπόδια Εφαρμογής ΔΟΠ	63
5.8 Συμπεράσματα	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ερευνητική Μεθοδολογία	67
6.1 Εισαγωγή	67
6.2 Οι Έννοιες ως Κατασκευές	69
6.3 Εννοιολόγηση	69
6.4 Λειτουργικοποίηση – Αξιοπιστία	70
6.5 Μεθοδολογία- Εργαλεία επιστημονικής εγκυρότητας των αποτελεσμάτων	71
6.5.1 Ποσοτική έρευνα	71
6.6 Εγκυρότητα	72
6.7 Δομημένο Ερωτηματολόγιο	73
6.8 Δημιουργία Κλιμάκων	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μελέτη Λουτρών Αγίας Παρασκευής	75
7.1 Λουτρά Αγίας Παρασκευής	75
7.2 Η γενική εικόνα των στατιστικών ευρημάτων	75
7.3 Περιγραφική Στατιστική των δεδομένων της έρευνας	77
7.3.1 Πίνακες Συχνοτήτων	77
7.3.2 Πίνακες διπλής εισόδου και συσχετίσεων	96
7.4 Συμπεράσματα	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΥΡΙΣΜΟ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Ο τουρισμός σήμερα μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία από τις μεγαλύτερες πηγές πλούτου και μία από τις μεγαλύτερες δραστηριότητες παγκοσμίως για τις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες οικονομίες. (Word Travel Tourism Council, 2006) Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες εκτιμάται ότι η οικονομική συνεισφορά του τουρισμού θα αυξηθεί στο 12% του Ακαθάριστου Εθνικού προϊόντος μέχρι το 2010 και θα δημιουργηθούν 50,000,000 επιπλέον θέσεις εργασίας αντιπροσωπεύοντας το 9% της συνολικής παγκόσμιας απασχόλησης (Word Travel Tourism Council, 2006) Οι οικονομικές ωφέλειες που προέρχονται από τον τουρισμό είναι το αποτέλεσμα μιας αναπτυξιακής διαδικασίας που στηρίζεται κατά κύριο λόγο στο φυσικό και πολιτιστικό κεφάλαιο της τουριστικής περιοχής του κάθε τουριστικού προορισμού (Robinson, Boniface 1999.)

Τουρισμός, σύμφωνα με τη Διεθνή Ακαδημία Τουρισμού , είναι το σύνολο των ανθρώπινων μετακινήσεων και οι δραστηριότητες που προκύπτουν από αυτές. Δηλαδή ορίζεται ότι κάθε μετακίνηση γενικά του ανθρώπου εμπεριέχει την έννοια του τουρισμού και αφήνει αδιευκρίνιστο το είδος των δραστηριοτήτων.

Ο Ν. Αιγηνίτης γράφει για τον τουρισμό: «Τουρισμός καλείται η από χώρα σε χώρα ή από τόπο σε τόπο μετάβαση ατόμων σε ομάδες ή μεμονωμένα, με σκοπό μικρή ή μεγάλη, όχι όμως μόνιμη διαμονή , χωρίς άσκηση επαγγέλματος, για λόγους γενικά αναψυχής». Με τον ορισμό αυτό υπάρχει περιορισμός στη διάρκεια, στη δραστηριότητα και στο σκοπό πραγματοποίησης της μετακίνησης. Περιορίζεται δηλαδή χρονικά η διαμονή στο άλλο μέρος (τόπος ή χώρα), απαγορεύεται η άσκηση επαγγέλματος με οικονομικά οφέλη και καθορίζεται η αναψυχή ως μοναδικός σκοπός της μετακίνησης. (Αιγηνίτης, 1999)

Τουρισμός, μας λέει ο Jean Medicine, είναι μια δραστηριότητα ευκαιρίας που συνιστάται στο να ταξιδεύει κανείς μακριά από τον τόπο της διαμονής του για διασκέδαση, ανάπαυση, εμπλουτισμό της πείρας του και την ανύψωση του πνευματικού επιπέδου από την παρουσίαση νέων μορφών ανθρώπινης δράσης και από τις εικόνες μιας άγνωστης φύσης. Αναλύοντας τον ορισμό θα λέγαμε ότι

ευκαιρία είναι η κατάσταση όπου όλοι οι παράγοντες είναι ευνοϊκοί για κάθε άτομο χωριστά και χρονικά διαφοροποιημένοι. Για να πραγματοποιηθεί λοιπόν ένα ταξίδι είναι απαραίτητη η ύπαρξη ελευθέρου χρόνου και η οικονομική άνεση του ατόμου. Χρειάζεται όμως και η ανάλογη διάθεση για μετακίνηση. Τέλος θα λέγαμε ότι ο ταξιδιώτης μπορεί να προγραμματίσει και να πραγματοποιήσει μια σειρά από δραστηριότητες, σύμφωνα πάντα με τον ορισμό. (Κολτσιδόπουλος, 2001)

Από τους παραπάνω ορισμούς προκύπτει ότι για να υπάρχει τουρισμός είναι απαραίτητη η μετακίνηση από έναν τόπο σε άλλο. Κατ' ανάγκη λοιπόν ο ένας είναι ο τόπος της μόνιμης διαμονής και ο άλλος ένας διαφορετικός. Επίσης, προκύπτει ότι ο τουρισμός απευθύνεται στον άνθρωπο και εξαρτάται από τη συμμετοχή του τόσο τη φυσική όσο και την οικονομική δραστηριότητα που παρατηρείται κατά τη διάρκεια .

Ακόμα, η παραμονή του τουρίστα σε ένα μέρος είναι πρόσκαιρη και ο ίδιος δεν εργάζεται εκεί, άρα δεν πληρώνεται. Σε περίπτωση εργασίας, άρα και αμοιβής του επισκέπτη ενός τόπου, ο άνθρωπος αυτός δε θα χαρακτηριζόταν ως τουρίστας, αλλά ως μόνιμος κάτοικος μιας περιοχής. (Αιγηνίτης, 1999)

Τέλος, οι σκοποί για τους οποίους ένα ταξίδι έχει τουριστικό περιεχόμενο είναι η αναψυχή, η ψυχαγωγία, η συμμετοχή σε διάφορες αντιπροσωπεύεις, για λόγους υγείας, επαγγελματική ενημέρωση, αθλητισμός και άλλοι. (Αιγηνίτης, 1999)

1. 2 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Ο τουρισμός παίρνει ποικίλες μορφές έκφρασης ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων που ταξιδεύουν, τον σκοπό του ταξιδιού, το μεταφορικό μέσο που χρησιμοποιεί για την μετακίνηση, την γεωγραφική τοποθεσία, το κόστος, τον φορέα, τον χρόνο κατανάλωσης καθώς και την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των τουριστών. Ειδικότερα, ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων που ταξιδεύουν, ο τουρισμός διακρίνεται σε ατομικός, όταν ταξιδεύει ένα άτομο, και ομαδικός, όταν ο αριθμός των τουριστών υπερβαίνει τα 15 άτομα και σε μικρό – ομαδικό τουρισμό, όταν ταξιδεύει μία οικογένεια ή μια παρέα φίλων. (Butler, 1975)

Μία ακόμα διάκριση του τουρισμού είναι σύμφωνα με τον σκοπό του ταξιδιού και συγκεκριμένα σε τουρισμό ψυχικής τέρψης, κατά την διάρκεια του οποίου ο τουρίστας αποσκοπεί στην αναψυχή, την ψυχαγωγία ή την περιπέτεια, σε πολιτιστικό τουρισμό, ο οποίος καλύπτει στους τουρίστες την ανάγκη για εμπλουτισμό των

εμπειριών και των γνώσεών τους, σε θεραπευτικό τουρισμό ή τουρισμό υγείας, όπου γίνεται σε περιοχές που παρέχουν θεραπευτικές ευκολίες όπως ιαματικές πηγές, σε αθλητικό τουρισμό κατά τον οποίο ο τουρίστας συνδυάζει το ταξίδι με την ευχαρίστηση που του δίνει η συμμετοχή σε αθλήματα είτε ομαδικά, είτε ατομικά, σε επαγγελματικό τουρισμό όπου αυτός θα μπορούσε να είναι είτε συνεδριακός, είτε τουρισμός εκθέσεων, είτε φοιτητικός τουρισμός ή ακόμα και τουρισμός επαγγελματικών αποστολών. (Butler, 1975)

Με βάση το μεταφορικό μέσο που χρησιμοποιεί ο τουρίστας για να φτάσει στον προορισμό του, ο τουρισμός διακρίνεται σε τουρισμό εδάφους, όταν αυτός πραγματοποιείται με αυτοκίνητο ή σιδηρόδρομο, σε αεροπορικό τουρισμό για μετακινήσεις με αεροπλάνο, και σε τουρισμό με πλωτά μέσα που γίνεται είτε με τα πλοία της γραμμής, είτε με ιδιωτικά σκάφη. (Κολτσιδόπουλος, 2001)

Από γεωγραφική άποψη του τουριστικού προορισμού, έχουμε τη διάκριση του τουρισμού στον εθνικό ή εσωτερικό τουρισμό, όταν η μετακίνηση είναι μέσα στα όρια της χώρας των τουριστών, στον περιφερειακό τουρισμό, όταν οι τουρίστες ταξιδεύουν μέχρι τις γειτονικές χώρες και κατά συνέπεια κινούνται εντός των ορίων μιας ευρύτερης περιοχής, και στον διεθνή τουρισμό, όταν ο τουρίστας μετακινείται ανάμεσα στις χώρες του κόσμου. Να σημειωθεί η σημαντικότητα της διάκρισης αυτής, στο εάν θα χαρακτηριστεί μια χώρα τουριστική ή όχι. (Κολτσιδόπουλος, 2001)

Διάκριση ακόμα, μπορεί να προκύψει σύμφωνα με την ηλικία που έχουν οι τουρίστες, σε τουρισμό παιδιών, σε νεανικό τουρισμό, σε τουρισμό ενηλίκων και σε τουρισμό υπερηλίκων, ενώ με βάση το φύλο τους διακρίνεται σε ανδρικό, γυναικείο ή και τουρισμό ομοφυλόφιλων. (Κολτσιδόπουλος, 2001)

Ένα ακόμη κριτήριο διάκρισης του τουρισμού είναι το κόστος του ταξιδιού, με βάση το οποίο έχουμε τον τουρισμό πολυτελείας, τον τουρισμό της μεσαίας τάξης και τον τουρισμό σακιδίου. Από την άλλη, ανάλογα με το ποιος κάνει τα έξοδα για το ταξίδι, έχουμε τον ιδιωτικό τουρισμό, όταν τα έξοδα καλύπτονται από τους ιδιώτες, τον κοινωνικό τουρισμό, όταν μέρος ή και ολόκληρο το κόστος του ταξιδιού το καλύπτει η πολιτεία επιθυμώντας να βελτιώσει το βιοτικό επίπεδο των πολιτών, και τον τουρισμό κινήτρων, τα οποία παρέχονται από τις εταιρίες στους υπαλλήλους τους, αποσκοπώντας να λειτουργήσουν ως κίνητρο για μεγαλύτερη και ταχύτερη ίσως, απόδοση αυτών. (Κολτσιδόπουλος, 2001)

Μια άλλη σημαντική διάκριση του τουρισμού είναι με βάση την περίοδο που αυτός πραγματοποιείται, όπου έχουμε τον χειμερινό τουρισμό, όταν οι μετακινήσεις

γίνονται τους χειμερινούς μήνες, και τον θερινό τουρισμό, όταν οι μετακινήσεις γίνονται τους καλοκαιρινούς μήνες. (Κολτσιδόπουλος, 2001)

Τέλος, μία από τις σημαντικότερες είναι αυτή που γίνεται με βάση το μέγεθος του τουριστικού πλήθους. Τότε, έχουμε τον συνεχή τουρισμό ή τον εποχιακό τουρισμό. Από αυτό προκύπτει επίσης, ο διαχωρισμός σε νεκρή ή χαμηλή τουριστική περίοδος, σε μεσαία τουριστική περίοδος και σε υψηλή τουριστική περίοδος ή περίοδος αιχμής. Εκτός από τις διακρίσεις που ήδη αναφέραμε, το φαινόμενο του τουρισμού θα μπορούσε να λάβει πολλές και διάφορες διακρίσεις, όπως σε πρακτορειακό ή μη, ανάλογα εάν το ταξίδι οργανώθηκε από τουριστικό γραφείο ή όχι, και σε ενεργητικό ή παθητικό με βάση το οικονομικό αποτέλεσμα. (Κολτσιδόπουλος, 2001)

1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μιλώντας για τον τουρισμό σήμερα, εστιάζουμε στην ανάγκη που έχει ο άνθρωπος για την κατά καιρούς αλλαγή περιβάλλοντος και τρόπου ζωής. Οι μετακινήσεις του κάθε τουρίστα ποικίλλουν ανάλογα με το εισόδημα, τη διάθεση, και τον χρόνο κατά τον οποίο μπορεί να τις πραγματοποιήσει ο καθένας (Κολτσιδόπουλος 2001).

Κι ενώ από τη μία έχουμε την εξάπλωση του τουρισμού ως βασική ανάγκη, από την άλλη, έχουμε την εδραίωση του τουριστικού φαινομένου ως ένας οικονομικός, κοινωνικός και πολιτιστικός παράγοντας εξίσου σημαντικός, τόσο σε τοπικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, ενώ για πολλές οικονομίες μιλάμε για βασική πηγή εισοδήματος.

Είναι λογικό ότι η εξάπλωση αυτή του τουριστικού φαινομένου, έχει και θετικές, αλλά κι αρνητικές επιδράσεις στην χώρα μας, τόσο στην οικονομία και το περιβάλλον, όσο και την κοινωνία και τον πολιτισμό. Οι θετικές επιδράσεις είναι η γνωριμία με κατοίκους άλλων χωρών, αλλά και με την εισροή εισοδήματος, ενώ στις αρνητικές ανήκει η αλλοίωση του φυσικού κάλλους κάθε περιοχής. (Κολτσιδόπουλος,2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ - ΙΑΜΑΤΙΚΟΣ

ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Οι εναλλακτικές μορφές τουρισμού, αποτελούν τμήμα των ειδικών μορφών και χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ενός κυρίαρχου ειδικού κινήτρου στη ζήτηση το οποίο συνδέεται με συγκεκριμένα θέματα όπως: φυσιολατρία, ταξίδια περιπέτειας, αθλητισμός, περιήγηση, περιβάλλον, γνωριμία με την τοπική παράδοση. Στις εναλλακτικές μορφές, οι τουρίστες συχνά επιλέγουν ένα τρόπο οργάνωσης και διεξαγωγής του ταξιδιού στον οποίο κυριαρχεί η αυτονομία στις επιλογές και η περιήγηση με μικρή ή ελάχιστη χρήση υπηρεσιών οργανωμένου τουρισμού. Επιπλέον, και στις εναλλακτικές μορφές καταγράφεται η ανάπτυξη μιας ειδικής υποδομής που εξυπηρετεί τους συγκεκριμένους τουρίστες. Τέλος, κοινός παρονομαστής, τόσο στη ζήτηση όσο και στην προσφορά των εναλλακτικών μορφών τουρισμού, αποτελεί ο σεβασμός της τοπικής, κοινωνικής και περιβαλλοντικής δομής. (Κοκκώσης και Τσάρτας, 2001)

Βάσει ενός γενικότερου ορισμού που αξίζει να επισημανθεί, ο εναλλακτικός τουρισμός συμπεριλαμβάνει μορφές τουρισμού οι οποίες όχι μόνο δεν αντιβαίνουν σε ευρύτερες κοινωνικές και κοινοτικές αξίες, καθώς και αξίες για τη φύση, αλλά παρέχουν στους υποδοχείς και στους τουρίστες την ευκαιρία μιας θετικής και άξιας λόγου ανάδρασης καθώς και κοινών εμπειριών. Να σημειωθεί ότι τουλάχιστον δύο διεθνή επιστημονικά περιοδικά, το Journal of Ecotourism και το Journal of Sustainable Tourism, ειδικεύονται στη μελέτη των όρων, δυνατοτήτων και προσδιοριστικών παραγόντων του εναλλακτικού τουρισμού. Γενικά, η βιβλιογραφία φαίνεται να οδεύει σταδιακά προς μια ισόρροπη ανάπτυξη όσον αφορά τα θέματα που εξετάζονται και, κυρίως, σε σχέση με την προηγούμενη φάση διερεύνησης σχεδόν αποκλειστικά του μαζικού τουρισμού. Θα μπορούσαμε ακόμα να ισχυρισθούμε ότι η ζυγαριά έχει αρχίσει να γέρνει από το να καταδικάζουμε το φαινόμενο για τις συνέπειες του στις τοπικές κοινωνίες από μια μεγάλη μερίδα επιστημόνων, προς την

αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή της επικρότησης ως το μέσον που επιτρέπει την επίτευξη ποικίλων κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών στόχων (Γαλάνη-Μουτάφη, 2002).

Σύμφωνα και με τον Butler (1975) οι εναλλακτικοί τύποι τουρισμού (και τουρίστα) επιφέρουν λιγότερες αρνητικές συνέπειες στους προορισμούς υποδοχής τουριστών χωρίς όμως να μειώνουν τα θετικά οικονομικά αποτελέσματα, πραγματικότητα επιθυμητή από όλους όσους βρίσκονται σε θέσεις κλειδιά στην τουριστική ανάπτυξη μιας περιοχής καθώς και τον ντόπιο πληθυσμό. Ο εναλλακτικός τουρίστας δεν μπορεί να θεωρηθεί ως «πελάτης» ή «καταναλωτής» αφού διαφέρει από τα καθιερωμένα πρότυπα του φθηνού μαζικού τουρισμού, ενώ είναι γεγονός ότι ο εναλλακτικός τουρισμός προσφέρει μια εναλλαγή από τον καθιερωμένο τρόπο ζωής. Οι εναλλακτικοί τουρίστες αποτελούν ένα τμήμα της αγοράς με διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά στα κίνητρα που τους ωθούν σε τουριστική μετακίνηση, τις δραστηριότητές τους κατά τη διάρκεια των διακοπών τους κ.λπ.. Οι διαφορές των εναλλακτικών τουριστών από όλα σχεδόν τα άλλα είδη τουρισμού τείνει να τους απομονώνει σε ευδιάκριτες κατηγορίες που η κάθε μια απ' αυτές παρουσιάζει τις δικές της ιδιαιτερότητες. Σύμφωνα με τους Laarman & Durst (1987) ο εναλλακτικός τουρίστας έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Προσπαθεί να επισκέπτεται μέρη που δεν έχει πατήσει ανθρώπινο πόδι.
- Διεγείρεται από το αίσθημα της περιήγησης.
- Προσπαθεί να αποφύγει τον πολιτισμό για κάποιο χρονικό διάστημα.
- Προσπαθεί να δημιουργήσει κανάλια επικοινωνίας με τον ντόπιο πληθυσμό.
- Δεν επιζητάει την ύπαρξη τουριστικής υποδομής.
- Συλλέγει περισσότερες πληροφορίες πριν και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού του.
- Ταξιδεύει μόνος του ή σε μικρές ομάδες.
- Είναι καλά εκπαιδευμένος.
- Έχει περισσότερα έσοδα από το μέσο όρο.
- Τείνει να παραμένει σε μια χώρα για περισσότερες μέρες από τον παραδοσιακό τουρίστα. (Ανδριώτης, 2003)

Για να συμπληρωθεί η εννοιολογική προσέγγιση του εναλλακτικού τουρισμού, παρακάτω παρατίθενται και ποιες είναι αυτές οι μορφές τουρισμού (αρκετά αναλυτική κατάταξη) που θεωρούνται εναλλακτικές:

- ✓ Κοινωνικός τουρισμός.
- ✓ Κοινωνικός τουρισμός επαγγελματικών ενώσεων.
- ✓ Αγροτουρισμός (διάφοροι τύποι).
- ✓ Τουρισμός στην ύπαιθρο, Φυσιολατρικός τουρισμός
- ✓ Τουρισμός τρίτης ηλικίας.
- ✓ Αθλητικός τουρισμός (διάφοροι τύποι).
- ✓ Περιηγητικός τουρισμός.
- ✓ Θαλάσσιος τουρισμός (διάφοροι τύποι).
- ✓ Οικολογικός τουρισμός, Οικοτουρισμός (διάφοροι τύποι)
- ✓ Τουρισμός υγείας και φυσικής ζωής.
- ✓ Ιαματικός τουρισμός, Θερμαλιστικός τουρισμός.
- ✓ Πολιτιστικός τουρισμός
- ✓ Εκπαιδευτικός τουρισμός.
- ✓ Θρησκευτικός τουρισμός.
- ✓ Επαγγελματικός τουρισμός.
- ✓ Συνεδριακός τουρισμός.
- ✓ Εκθεσιακός τουρισμός.
- ✓ Τουρισμός κινήτρων.
- ✓ Ορεινός τουρισμός.
- ✓ Χειμερινός
- ✓ Γυμνιστικός τουρισμός.
- ✓ Χρονομεριστική μίσθωση.
- ✓ Τουρισμός περιπέτειας.
- ✓ Τουρισμός σε οργανωμένα τουριστικά χωριά ειδικού τύπου (club).
- ✓ Τουρισμός σε θεματικά πάρκα και θεματικά μουσεία.
- ✓ Αστικός τουρισμός. (Κοκκώσης- Τσάρτας, 2001)

Πρέπει, λοιπόν, να γίνει κατανοητό πως ο εναλλακτικός τουρισμός αλλά και εν γένει ο βιώσιμος τουρισμός παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και βελτίωση του φυσικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος αλλά και στην τοπική κοινωνία και οικονομία. Το γεγονός αυτό οδήγησε την Επιτροπή και τους αρμόδιους στα θέματα του τουρισμού φορείς να αναπτύξουν διεξοδικά στην Ευρωπαϊκή Ατζέντα 21 για τον Τουρισμό, η οποία συνδέει την δραστηριότητα με τις απαιτήσεις που απορρέουν από την Στρατηγική της Λισσαβόνας. Από στοιχεία της Eurostat (Eurostat, 2007b)

προκύπτει πως οι στρατηγικές τουριστικής ανάπτυξης πρέπει να λάβουν υπόψη τους τα σημερινά δεδομένα, που είναι:

- Περισσότερα ταξίδια, αλλά μικρότερης διάρκειας.
- Αυξανόμενο ενδιαφέρον στα “τελευταίας στιγμής” ταξίδια και με μικρό κόστος.
- Ανάπτυξη των αυτόνομων ταξιδιών έναντι των οργανωμένων.
- Αναζήτηση για άμεση και περισσότερο “συνειδητή” επαφή με τη φύση και το περιβάλλον.
- Επιθυμία του τουρίστα να κερδίσει μια αληθινή και αυθεντική εμπειρία των περιοχών που επισκέπτεται.
- Ενδιαφέρον στην περιπέτεια, στα ανεκμετάλλευτα μέρη.
- Ανάπτυξη των διακοπών μικρής διάρκειας, π.χ. διακοπές σε περιοχές κοντά στον τόπο κατοικίας (διακοπές του σ/κ).
- Ανάπτυξη νέων πολιτιστικών οριζόντων, πέρα από την επίσκεψη σε μουσεία και μνημεία αλλά ενδιαφέρον για το συνολικό χώρο και το πολιτιστικό πλαίσιο που εντάσσεται η συγκεκριμένη μονάδα (φαγητό, παράδοση, τρόπος ζωής κ.λπ.).
- Ενδιαφέρον για τις τοπικές συνήθειες και παραδόσεις. (Eurostat, 2007b)

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟΝ ΙΑΜΑΤΙΚΟ ΤΟΥΡΙΣΜΟ

2.2.1 Ιαματικός Τουρισμός

«Ιαματικός τουρισμός» ορίζεται σύμφωνα με το ν.3948/06 ως η ειδική μορφή παροχής τουριστικών υπηρεσιών σε περιοχές των οποίων κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί η χρήση αναγνωρισμένων ιαματικών φυσικών πόρων σε ειδικές εγκαταστάσεις. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2006)

Ο ιαματικός τουρισμός αποτελεί μορφή κοινωνικού τουρισμού που έχει ως σκοπό τη χρησιμοποίηση των ιαματικών πηγών κυρίως για θεραπευτικούς σκοπούς. Ο όρος θερμαλισμός (thermalism), που έχει καθιερωθεί στη διεθνή ορολογία και πρακτική, περιλαμβάνει το σύνολο των ενεργειών για τη θεραπεία του οργανισμού με τη χρήση των θερμομεταλλικών νερών των ιαματικών πηγών. Επίσης, χρησιμοποιείται και ως

ισοδύναμος όρος η υδροθεραπεία (hydrotherapy) η οποία απαντάται πολύ συχνά και στην ελληνική βιβλιογραφία. Εξέλιξη του θερμαλισμού αποτελεί ο ιαματικός τουρισμός (spa tourism ή thermal spring tourism) όταν ο ασθενής έγινε σταδιακά επίσης και τουρίστας. Η επαναληπτική μορφή που έχει η υδροθεραπεία, αφού χρειάζεται να πραγματοποιηθεί ένας ορισμένος αριθμός λούσεων σε ορισμένο χρονικό διάστημα για να ολοκληρωθεί η θεραπεία και οι πολλές ελεύθερες ώρες που παρεμβάλλονται μεταξύ των λουτρών έθεσαν στη διάθεση του ασθενή πολύ χρόνο και για άλλες δραστηριότητες. Έτσι, δημιουργήθηκαν τα θέρετρα του ιαματικού τουρισμού που συνδυάζουν εκτός της υγείας και την ψυχαγωγία. (Σπαθή, 2000)

2.2.2 Εισαγωγή

Ο Ιπποκράτης, πατέρας της ιατρικής, ήταν ο πρώτος που διακήρυξε ότι: “Η φύση είναι ο ιατρός των ασθενειών μας”. Στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλος αριθμός ιαματικών πηγών, των οποίων τα χαρακτηριστικά διαφέρουν από πλευράς φυσικής-χημικής σύνθεσης, καθώς και θεραπευτικής ιδιότητας. (Αγγελίδης, 2007)

Οι θεραπευτικές ιδιότητες του νερού είναι γνωστές από την αρχαιότητα. Με το νερό συνέδεσε ο άνθρωπος την ιδέα της ζωής. Το νερό πρωταρχικά λειτουργούσε ως σύμβολο εγγύησης για την τήρηση των όρκων. Βασικοί κανόνες υγιεινής και καθαριότητας του σώματος σημειώθηκαν σε όλους τους πολιτισμούς. Εγκαταστάσεις λουτρών βρέθηκαν στην Αίγυπτο, στην κοιλάδα του Ινδού ποταμού, στην Κνωσό, στην Πύλο, κ.α. (Αγγελίδης 2007). Πολλές ιαματικές πηγές είναι συνδεδεμένες με την ιστορία του τόπου όπου βρίσκονται (όπως της Αιδηψού, των Θερμοπυλών, της Ικαρίας, της Τραϊανούπολης, κλπ (Σπαθή 2000).

Με την εξέλιξη της κοινωνίας και της οικονομίας προκύπτουν συνεχώς νέες ανάγκες. Οι σημερινοί καταναλωτές, στο σύνολό τους, είναι ήδη καλά ταξιδεμένοι και αναζητούν κάτι νέο και διαφορετικό στα πλαίσια των διακοπών τους (García-Altés 2005)..

2.2.3 Ιστορική Αναδρομή

Οι ιαματικές πηγές έχουν προσφέρει έναν ισχυρό ιατρικό προσανατολισμό με ιδιαίτερη επιτυχία και κατ’ επέκταση τουριστικό προσανατολισμό, στα πλαίσια του τουρισμού υγείας (Bennett et.al., 2004).

Η χρήση του νερού στην υπηρεσία της ανθρώπινης σωματικής και ψυχικής υγείας αποτελεί γεγονός αναμφισβήτητο και πανάρχαιο. Οι αρχαίοι Έλληνες γιατροί και φυσιολόγοι ήταν οι πρώτοι που ασχολήθηκαν με τις ιαματικές πηγές και τα μεταλλικά νερά. Ο Ηρόδοτος είναι ο πρώτος παρατηρητής ιαματικών πηγών που ανέφερε και συνέστησε τη λουτροθεραπεία, ενώ ο Ιπποκράτης καθόρισε τις ασθένειες για τις οποίες συνιστάται να χρησιμοποιούνται οι ιαματικές πηγές (Boleti,2006). Χρησιμοποιήθηκε το νερό για την υγιεινή και την καθαριότητα του σώματος και το θερμό νερό των πηγών για τη θεραπεία διαφόρων νοσημάτων. Η τέχνη του “θεραπεύειν δια των υδάτων” είναι αναμφίβολα τέχνη ελληνική (Boleti,2006)

Από τους ομηρικούς χρόνους οι άνθρωποι λούζονταν με νερό, όχι μόνο για να καθαριστούν αλλά και για να ξεκουραστούν και να πετύχουν χαλάρωση των μυών. Οι ιαματικές πηγές, δηλαδή οι φυσικές πηγές θερμών νερών, στις οποίες απέδιδαν θεραπευτικές ιδιότητες ήταν ευρύτατα γνωστές και τις αναφέρουν πολλοί ιστορικοί, γεωγράφοι, ιατροί και φιλόσοφοι της εποχής εκείνης (Αριστοτέλης, Στράβων, Πλούταρχος, Ξενοφών, Ιπποκράτης, Ηρόδοτος, κτλ). Εκείνη τη χρονική περίοδο, η ιατρική συμπορευόταν με τη φυσική θεραπεία και τότε ιδρύθηκαν τα ασκληπιεία, τα πρώτα κέντρα υγείας γύρω από τις θερμές πηγές (Σπαθή, 2000).

Οι κτηριακές εγκαταστάσεις αλλά και η διαδικασία του λουτρού στην αρχαία Ελλάδα ονομάζεται “βαλανείο”. Τα βαλανεία ήταν δημόσια ή ιδιωτικά και βρισκονταν πάντα κοντά σε γυμνάσια. Τον 6ο και 5ο π.Χ. αιώνα η ιατρική τέχνη ασκούταν στα Ασκληπιεία, τα οποία λειτουργούσαν ως χώροι λατρείας και ως θεραπευτικά κέντρα. Το γεγονός ότι τα περισσότερα Ασκληπιεία χτίζονταν κοντά σε ιαματικές θερμοπηγές, σε ψυχρές πηγές, σε ποτάμια ή κοντά στη θάλασσα, δεν είναι τυχαίο (Γούναρη, 1990).

Οι αρχαιοελληνικές κατακτήσεις στον τομέα της υδροθεραπείας συνεχίστηκαν στη ρωμαϊκή εποχή. Οι Ρωμαίοι ήταν πραγματικοί λουτρολάτρες, καθώς το λούσιμο ήταν για αυτούς κοινωνική υποχρέωση και οι μη λουόμενοι, οποιοδήποτε και εάν ήταν, τιμωρούνταν (Γούναρη, 1990).

Οι σημαντικές εξελίξεις που συντελέστηκαν στην Ευρώπη την μακρά περίοδο από τα παλαιότερα χρόνια προς τα νεότερα, επέδρασαν καθοριστικά στην αντίληψη για την υδροθεραπεία. Η έντονη κινητικότητα στον ιαματικό τουρισμό, η κατασκευή θεραπευτικών κέντρων, η έκρηξη σχετικών εκδόσεων και η δυναμική ανάπτυξη του θερμολισμού, άλλαξαν τα δεδομένα της υδροθεραπείας. (Κοϊνάκη και Πλουμή, 2007).

Ο θεραπευτικός τουρισμός διαδόθηκε και διευρύνθηκε αρκετά τους τελευταίους τέσσερις αιώνες. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης (Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ουγγαρία, Τσεχία, Σλοβακία) έχουν δημιουργηθεί θερμαλιστικά κέντρα τα οποία έχουν κατασκευαστεί με πρότυπο την αρχιτεκτονική των ρωμαϊκών λουτρών. Μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο έγιναν σημαντικές βελτιώσεις στον ιαματικό τουρισμό και, σε συνδυασμό με καινούριες ιατρικές προσεγγίσεις, συντέλεσαν στην ανάπτυξή του (Κοϊνάκη και Πλουμή, 2007).

Η σταθερή εξέλιξη των ιαματικών πηγών της Ευρώπης αρχίζει από το 19^ο αιώνα και μετά. Οι επισκέπτες των θερμαλιστικών κέντρων για ένα μικρό διάστημα της ημέρας έκαναν χρήση των ιαματικών νερών ενώ τις υπόλοιπες ώρες τις διέθεταν σε άλλες δραστηριότητες. Έτσι, σταδιακά άρχισαν στα θερμαλιστικά κέντρα να παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες οι οποίες δεν είχαν καμία σχέση με το ιατρικό στοιχείο των πηγών όπως θέατρο, βιβλιοθήκη, πολιτιστικές εκδηλώσεις, κλπ. Αυτό είχε ως συνέπεια στις αρχές του 20ου αιώνα οι περιοχές των λουτρών να εξελιχθούν σε κέντρα αναψυχής και διασκέδασης όπου συνέρρεε πλήθος κόσμου. Μεγάλο ήταν το ποσοστό επισκεπτών το οποίο παρακινούμενο από το κίνητρο της θεραπείας συνδύαζε και ψυχαγωγικές δραστηριότητες έχοντας την ανάγκη να ξεφύγει από το αστικό περιβάλλον (Gilber and Weerdt ,1991 · Cockerell, 1996).

2.3 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ο τουρισμός υγείας είναι μια εξειδικευμένη αγορά ειδικού ενδιαφέροντος, συμβάλει σημαντικά στην οικονομία αρκετών χωρών. Η συνεισφορά αυτή έχει αναγνωριστεί από μια σειρά συγγραφέων που πραγματοποίησαν έρευνες σε χώρες όπως η Ελλάδα, Αυστρία (Webster ,1990 · Sebastian ,2002), εθνών της Καραϊβικής, της Κούβας (Grel,1 1994 · Goodrich, 1993), η Γερμανία (Jenner, 1981), η Ουγγαρία (Fukasz, 1989 · Sugataghy, 1989 · World Tourism Organization, 1979), το Ισραήλ (Niv, 1989), η Ιταλία (Becheri, 1989), η Ρουμανία (Cooper et al., 1995), η Ελβετία (Jenner, 1981), η Χαβάη και η Αμερική (Scholz, 2002).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που ακολουθεί αναφέρεται σε θερμαλιστικά κέντρα, εξωτερικού και εσωτερικού, τα οποία κάνουν χρήση ιαματικών υδάτων.

Αποτελέσματα από την εμπειρική μελέτη των Ogorlec και Snoj (1998) στη Σλοβενία, αποκαλύπτουν ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από τα θερμαλιστικά

κέντρα είχε σημαντική επίπτωση στη στάση των φιλοξενουμένων. Παράλληλα, επιζητήθηκε, από τους τελευταίους, κατάλληλα εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό. Με άλλα λόγια, σημειώθηκαν προσδοκίες για καλύτερες επιδόσεις υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Ο προσδιορισμός των επιθυμιών των επισκεπτών για ποιότητα και σωστή διαχείριση μπορεί να λειτουργήσει ενισχυτικά στη βελτίωση της όλης επιχείρησης, ώστε και οι επισκέπτες να ικανοποιούνται και τα θερμοαλιστικά κέντρα υγείας να λειτουργούν με επιτυχία.

Τα παραπάνω έρχεται να επιβεβαιώσει η έρευνα των Bojadgiev et al (2002), στην οποία αναφέρεται ότι η μεγάλη ποικιλία και η υψηλή ποιότητα των καθαρών θερμικών υδάτων στη Βουλγαρία, σε συνδυασμό με τις ευνοϊκές φυσικές και κλιματολογικές συνθήκες, αποτελούν μια καλή βάση λουτρών (spa), συν το μεταλλικό νερό που χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς λόγους. Δικαιολογούν, με άλλα λόγια, μια μακροπρόθεσμη επενδυτική πολιτική για την ανάπτυξη και τη βελτίωση των υπαρχόντων θερμοαλιστικών κέντρων.

Παράλληλα με αυτό, υπάρχουν συνθήκες που ευνοούν μικρά τοπικά κέντρα στο να συμβαδίσουν με το πνεύμα των σημερινών τάσεων, όπως και παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές. Σύμφωνα με τον Γκέκα (2005), η Ελλάδα φαίνεται να μην ξεφεύγει από τα πρότυπα του μαζικού τουρισμού που αξιοποιούν μέρος μόνο των ιστορικών, πολιτιστικών, περιβαλλοντικών πλεονεκτημάτων της, περιορίζοντας την τουριστική πολιτική στο δόγμα “ήλιος – θάλασσα (Γκέκας, 2005)

Κατά τους Gilbert και Van De Weerd (1991) οι φυσικοί τρόποι θεραπείας κερδίζουν συνεχώς έδαφος με τα νέα δεδομένα στη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου, δηλαδή την επιβάρυνση του περιβάλλοντος, το άγχος της καθημερινής ζωής, το κάπνισμα, κλπ. Επιστημονικά έχει αποδειχθεί ότι τα προϊόντα του τουρισμού υγείας αποτελούν προάσπιση για καλή υγεία, αλλά συμβάλλουν επίσης σημαντικά και στην προληπτική ιατρική.

Οι σύγχρονοι καταναλωτές διαπιστώνεται ότι παρουσιάζουν την τάση υιοθέτησης υγιεινού τρόπου διακοπών και ψυχαγωγίας. Συγκεκριμένα, μεταξύ του 1998 και 2001, σχεδόν 25 εκατομμύρια άτομα στην Αμερική ενώ βρίσκονταν σε διακοπές αναζητούσαν τη σωματική άσκηση και πήγαιναν σε γυμναστήριο για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας (Ross,2001). Εκτιμάται ότι υπάρχουν 12.100 λουτροπόλεις σε όλες τις ΗΠΑ και 2.100 στον Καναδά. (www.experienceispa.com)

Με μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Tzu Chi του Καναδά διαπιστώθηκε ότι οι επιστροφές από ασφαλιστικές εταιρείες για εναλλακτικές

ιατρικές θεραπείες αυξήθηκαν από λιγότερο 50 εκατομμύρια δολάρια το 1989 σε πάνω από 250 εκατομμύρια δολάρια το 2000 (Organization and Management of Health Systems and Services Program, 2002).

Ένα άλλο στοιχείο που συμβάλλει στην αύξηση του τουρισμού υγείας είναι το γεγονός ότι οι σημερινοί καταναλωτές έχουν ταξιδέψει αρκετά. Ως αποτέλεσμα αναζητούν κάτι νέο και διαφορετικό σε μία εμπειρία διακοπών. Συχνά θέλουν κάτι εκπαιδευτικό ή βιωματικής σημασίας, πολλές πτυχές του τουρισμού υγείας και ευεξίας πληρούν τις απαιτήσεις αυτές (CTC, 2001).

Σύμφωνα με τον Ross (2001), το κόστος είναι ένας παράγοντας προτίμησης του τουρισμού υγείας. Προώθηση του χαμηλού κόστους μιας χώρας ή/και η υψηλή ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης και ιατρικών καινοτομιών έχει αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική για την προσέλκυση επισκεπτών.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική (CTC, 2004) για τα ιαματικά λουτρά αποδεικνύεται ότι όλες οι εποχές του χρόνου είναι ευνοϊκές για αποδράσεις υγείας και ευεξίας. Επισκέπτες έρχονται στα τουριστικά θερμαλιστικά κέντρα όλη τη διάρκεια του χρόνου, κάτι που αποτελεί βασικό στοιχείο της αγοράς και επιβεβαιώνει ότι η “βιομηχανία του τουρισμού υγείας” αποτελεί ιδανικό προϊόν τουρισμού τεσσάρων εποχών. Οι επισκέπτες ήταν πρόθυμοι να κάνουν κράτηση για διαμονή και τη διάρκεια της εποχής που θεωρούταν “νεκρή”, συμβάλλοντας σημαντικά στο να καταστεί η “βιομηχανία υγείας” διαθέσιμη οποιαδήποτε στιγμή του έτους.

Στον Καναδά, κατά τους de la Barre et.al. (2005), οι επισκέπτες θερμαλιστικών κέντρων είναι κυρίως μεσήλικες γυναίκες, με σχετικά υψηλά εισοδήματα.

Συγκεκριμένα, το 75% έχουν ετήσιο εισόδημα άνω των 50.000 δολαρίων. Τείνουν να έχουν καλό μορφωτικό επίπεδο, με σχεδόν το ήμισυ από αυτούς να κατέχουν πτυχίο πανεπιστημίου. Οι υπαίθριες δραστηριότητες που αναφέρονται ως ένας από τους λόγους επίσκεψης στα ιαματικά λουτρά δε διακρίνονται από υπερβολική ένταση και δράση. Επιδίωξη των επισκεπτών είναι μια πιο ήπια και χαλαρωτική εμπειρία, περισσότερο “καταπραϋντική” και σύμφωνη με το ύφος του εν λόγω τουρισμού. Ενώ, ένα άλλο άκρως ενθαρρυντικό χαρακτηριστικό του τομέα για τη δυνητική αγορά, που προέκυψε από την έρευνα, είναι η πολύ μεγάλη προθυμία που παρουσίασε μεγάλο ποσοστό επισκεπτών (περισσότεροι από 60%) να ταξιδέψουν παντού, ώστε να επισκεφθούν ιαματικά θερμαλιστικά κέντρα. Αποδείχθηκε ότι αυτά που επιθυμούν

κατά μέσο όρο οι επισκέπτες να αποκομίσουν από μια τέτοια επίσκεψη στα ιαματικά λουτρά είναι τα εξής: (De la Barre et.al, 2005)

1. Να αποβάλλουν το άγχος.
2. Να είναι ασφαλείς, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους.
3. Να επιδίδονται σε ξεκούραση και χαλάρωση.

Ενώ οι βασικές δραστηριότητες στις οποίες συμμετείχαν οι ερωτώμενοι ήταν οι ακόλουθες:

1. Επίσκεψη στα φυσικά αξιοθέατα (ποσοστό 58%).
2. Περπάτημα ή πεζοπορία (ποσοστό 23%).
3. Ενημέρωση για τον τοπικό πολιτισμό (ποσοστό 23%).
4. Παρατήρηση της άγριας πανίδας (ποσοστό 17%).

Η Διεθνής Ένωση Θερμαλιστικών Κέντρων/Spa (The Hartman Group ,2002) εντόπισε ορισμένες τάσεις που είναι σημαντικό να αναφερθούν:

1. Οι επισκέπτες οραματίζονται την εμπειρία της επίσκεψης σε ιαματικά θερμαλιστικά κέντρα/spa ως προαπαιτούμενο για τη διατήρηση της υγείας τους. Αυτή είναι μια αλλαγή από την προηγούμενη νοοτροπία, η οποία πρότεινε ότι τα ιαματικά λουτρά ήταν όλα για περιποίηση. Οι επισκέπτες των ιαματικών λουτρών είναι ενημερωμένοι, ξέρουν τι θέλουν και απαιτούν βελτίωση της ποιότητας και της συνέπειας των προϊόντων και υπηρεσιών που λαμβάνουν. Καλή εξυπηρέτηση και καλή μεταχείριση δεν είναι πλέον αρκετά. Ο επισκέπτης/καταναλωτής περιμένει ένα χαλαρό περιβάλλον με πλήρη προγράμματα θεραπείας spa που απευθύνονται κυρίως σε βελτίωση της υγείας και ευεξίας του. Η ποιότητα των υπηρεσιών έχει καθοριστικό αντίκτυπο στους επισκέπτες .
2. Στην προσπάθειά τους οι επισκέπτες να εξισορροπούν την εργασία με τον ελεύθερο χρόνο τους, αναζητούν στα ιαματικά λουτρά την ευελιξία με μικρότερες σε διάρκεια αλλά πιο συχνές επισκέψεις.
3. Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις εν λόγω υπηρεσίες από τα ζευγάρια, κυρίως για μασάζ και υδροθεραπεία.
4. Η προσαρμογή των υπηρεσιών που προσφέρονται στα ιαματικά λουτρά και ιδίως με γνώμονα τη θεραπεία, είναι όλο και πιο σημαντικό να κλείνει προζτην επιθυμία των επισκεπτών να αντιμετωπίζεται ειδικά και ατομικά.
5. Παρατηρείται στους επισκέπτες η τάση προς αναζήτηση τοπικών, παραδοσιακών προϊόντων.

6. Το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα του κλάδου της φιλοξενίας ήταν τα ξενοδοχεία με ιαματικά λουτρά. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ιαματικές πηγές με τα ξενοδοχεία θα γίνουν ένα ακόμη μεγαλύτερο κίνητρο των επισκεπτών που παίρνουν την απόφαση να ταξιδέψουν.

Οι τάσεις αυτές είναι ευοίωνες για τη συνεχή ανάπτυξη των ιαματικών λουτρών και της “τουριστικής βιομηχανίας” εν γένει. (The Hartman Group ,2002)

Σύμφωνα με τους Bennett et.al (2004) στην Αυστραλία έγινε έρευνα με βάση τις πληροφορίες που παρουσιάζονταν σε διαφημιστικό υλικό 49 οργανωμένων θερμολιστικών κέντρων. Σε ποσοστό πάνω από 40% παρατηρήθηκε προσανατολισμός των εν λόγω επιχειρήσεων προς την οργάνωση της προσβασιμότητας των επισκεπτών με τον προγραμματισμό δρομολογίων μετακίνησης. Η διαθεσιμότητα των εξατομικευμένων προγραμμάτων σε περισσότερα από το ήμισυ των θερέτρων δείχνει να εστιάζονται στο άτομο. Στο φυσικό περιβάλλον δε δινόταν μεγάλη έμφαση, καθώς μόνο το ένα τρίτο έκανε λόγο για τον περιβάλλοντα φυσικό χώρο και ανέφερε την πεζοπορία ως τη μόνη προτεινόμενη εξωτερική δραστηριότητα.

Το μάρκετινγκ των υπηρεσιών της σύγχρονης οργανωμένης “βιομηχανίας του τουρισμού” προκειμένου να ανταποκριθεί στις σύγχρονες προκλήσεις συμπεριέλαβε στο πλαίσιο της βασικής στρατηγικής του υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας. Σύμφωνα με μελέτη της American Society for Quality Control αποκομίστηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα για το τι προσδοκούν οι επισκέπτες/καταναλωτές από έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών: σωστή συμπεριφορά (65%), ικανοποίηση των αναγκών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (15%), γρήγορη εξυπηρέτηση (11%) και τιμή προϊόντος (9%) (Σπανός, 1997).

Το επίπεδο ικανοποίησης του επισκέπτη αυξάνεται, επίσης, με την επιτυχή διαπροσωπική σχέση που το προσωπικό της επιχείρησης, με το οποίο θα έρθει σε επαφή, θα καταφέρει να αναπτύξει μαζί του (Bitner et al., 1997 · Bitner ,1990 · Kellogg et al., 1997 · Youngdahl and Kellogg, 1997 · Kelley et al., 1992). Οι σημερινοί επισκέπτες εμπλέκονται όλο και περισσότερο στη διαδικασία αυτή. Εξαιτίας των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που διακρίνουν το τουριστικό προϊόν, η εμπιστοσύνη των επισκεπτών στο φορέα παροχής υπηρεσιών παίζει καθοριστικό ρόλο στην αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται (Bouncken, 2000 · Sydow, 1998 · Sako, 1998 · Ripperger, 1998). Η προσωπική επαφή (λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία) μεταξύ των υπαλλήλων της επιχείρησης και των επισκεπτών είναι σημαντική

(Czepiel, 1990 · Gummenson, 1995 · Allwood, 1995 · Echeverri, 2000). Θεωρείται ότι η επικοινωνία με φυσικό και ευχάριστο τρόπο από πλευράς του προσωπικού της επιχείρησης έχει θετική επίπτωση στις αντιλήψεις του επισκέπτη για την ποιότητα των υπηρεσιών (Price et al., 1995 · Lemmick & Mattson, 1997 · Chandon et al., 1997).

Η συμπεριφορά, επίσης, του κάθε μέλους μιας ομάδας/παρέας επισκεπτών/καταναλωτών επιδρά στην ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια, από την εμπειρία μιας υπηρεσίας (Martin,1996) κυρίως μέσω της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους (Grove and Fisk, 1997 · Harris et al., 1994) και στην πρόθεση για επόμενη αγορά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας (Harris, 1997).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι διακοπές, που εμπεριέχουν έντονα το στοιχείο της περιπέτειας (Price et al., 1995). Συγκεκριμένα, οι Hoffman και Bateson (1997) ανέφεραν ότι η ανάρμοστη συμπεριφορά και η διατύπωση αρνητικών σχολίων από κάποια μέλη της ομάδας πελατών μπορεί να επηρεάσει τις αντιλήψεις και των υπολοίπων μελών. Οι ομάδες πελατών, ωστόσο, μπορούν να ενισχύσουν θετικά την αντίληψη για μια υπηρεσία μέσα από τη στόμα με στόμα διαφήμιση μεταξύ τους αλλά και σε άλλους πελάτες.

Οι επιχειρήσεις που εξαπατούν επισκέπτες/καταναλωτές έχουν υποστεί κατά καιρούς αρνητικές συνέπειες, αφού ένας δυσαρεστημένος επισκέπτης/καταναλωτής διώχνει πολλούς περισσότερους από αυτούς που θα φέρει ένας ευχαριστημένος (Parker and Ward,2000 · Harris et al., 1999 · Adelman et al., 1994).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνα της Boleti (2006), από την πλευρά της προσφοράς, παρατηρείται μια υστέρηση στην ανάπτυξη των κέντρων υδροθεραπείας. Δεν υπήρξε κανενός είδους εκσυγχρονισμός σε υποδομές και στελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό. Στις περιπτώσεις όπου τη διαχείριση των ιαματικών πηγών έχουν αναλάβει οι δημοτικές επιχειρήσεις με ενεργό και ικανό προσωπικό, όπως αυτές του Λαγκαδά, Σιδηροκάστρου, Σμοκόβου, της Αριδαίας, κλπ., η εικόνα είναι εντυπωσιακά καλύτερη. Σε άλλες χώρες, όπως η Γερμανία, η Αυστρία, η Ιταλία και η Ελβετία, το επίπεδο ανάπτυξης είναι διαφορετικό, καθώς και η προσφορά και η ζήτηση. Η ζήτηση για θερμικές υπηρεσίες παραμένει υψηλή από καταναλωτές όλων των επιπέδων εισοδήματος και διευρύνθηκε επιπλέον και στις ηλικιακές ομάδες.

Τέλος, αποτελέσματα έρευνας των Σίσκου κ.α.. (2006) που πραγματοποιήθηκε στο ιαματικό κέντρο Λουτρακίου και στο υδροθεραπευτήριο του Λαγκαδά, έδειξαν ότι οι χρήστες των ιαματικών κέντρων ήταν εξαιρετικά ικανοποιημένοι τόσο συνολικά από

την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και από το κάθε κριτήριο χωριστά, με μόνη εξαίρεση τις τιμές. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι οι εν λόγω χρήστες εμφανίζονταν μη απαιτητικοί. Η ποιότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων δεν ήταν σημαντική διάσταση για τους χρήστες, αν και τους ικανοποιούσε αρκετά. Το ίδιο ακριβώς ίσχυε και για την ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών των χρηστών από πλευράς εγκαταστάσεων. Αντίθετα, υψηλή σημαντικότητα συγκέντρωσε το στοιχείο για τα ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα, στοιχείο που είναι απόλυτα λογικό, εφόσον ο πρωταρχικός και βασικός λόγος για επίσκεψη σε υδροθεραπευτήριο είναι η βελτίωση της υγείας. Η τάση αυτή αποκαλύπτει ότι η υδροθεραπεία συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας των χρηστών, σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι ίδιοι δήλωναν σχεδόν απόλυτα ικανοποιημένοι. Το προσωπικό αποτέλεσε το πιο σημαντικό κριτήριο για τους χρήστες ιαματικών πηγών και ήταν αυτό που τους ικανοποίησε περισσότερο. Οι τιμές αποτέλεσαν τη διάσταση που συγκέντρωσε τα χαμηλότερα ποσοστά σημαντικότητας και ικανοποίησης και επομένως το αδύνατο σημείο των ιαματικών προορισμών. Επίσης, οι τιμές στα ξενοδοχεία αλλά και οι τιμές στα φαγητά και στα ποτά δεν ικανοποίησαν ιδιαίτερα τους χρήστες. Όσον αφορά στην ικανοποίηση των χρηστών από το κόστος των θεραπευτικών προγραμμάτων, οι χρήστες θεώρησαν λογικό το εν λόγω κόστος. Το στοιχείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αποκαλύπτει ότι η τιμολογιακή πολιτική που ακολουθούν τα συγκεκριμένα υδροθεραπευτήρια είναι σύμφωνη με τις οικονομικές δυνατότητες των επισκεπτών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΑΜΑΤΙΚΑ ΛΟΥΤΡΑ

3.1 ΙΑΜΑΤΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ-ΛΟΥΤΡΑ

Ο όρος που χρησιμοποιείται έως σήμερα στην Ελλάδα για να περιγράψει τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τις σχετικές με τα θερμομεταλλικά νερά είναι “λουτρά”. Πρόκειται, πλέον, για έναν όρο κοινής αποδοχής, καθώς σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να περιγράψει τη φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο όρος που έχει αρχίσει να καθιερώνεται είναι “Κέντρο Υδροθεραπείας Ιαματικού Ύδατος” (Κοϊνάκη και Πλουμή 2007).

Σήμερα στην Ελλάδα μόνο οι 82 πηγές είναι ενεργές αλλά δεν έχουν όλες άδεια λειτουργίας. Με νόμο που ψηφίστηκε προσφάτως οι ιαματικές πηγές ελέγχονται πλέον με επιστημονικά κριτήρια ενώ πιστοποιούνται και για ποιες παθήσεις λειτουργούν ευεργετικά. Ανάλογα με τα στοιχεία που εμπεριέχει το νερό της κάθε πηγής βοηθάει στη θεραπεία διάφορων ασθενειών. Για παράδειγμα βοηθάει πολύ στη αντιμετώπιση της *ψωρίασης*, η οποία είναι μια χρόνια φλεγμονώδη νόσος. Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν 100 εκατομμύρια ψωριασικοί κι όλοι αυτοί θέλουν να κάνουν θεραπείες. Η Ελλάδα λοιπόν μπορεί να πάρει ένα μεγάλο μέρος αυτών των ασθενών. Η θεραπεία διαρκεί μόνο 20 λεπτά την ημέρα αλλά χρειάζονται 20 συνεχόμενες συνεδρίες κάθε 6μηνο οπότε ο ασθενής έχει ελεύθερο χρόνο να κάνει και τουρισμό. Τα ιαματικά νερά λειτουργούν ευεργετικά για το ανθρώπινο οργανισμό με τον συνδυασμό τριών πραγμάτων:

- της θερμότητας
- της κίνησης του ασθενούς με το κολύμπι
- και με την απορρόφηση των χημικών στοιχείων του νερού

Τα ιχνοστοιχεία που έχει το νερό απορροφώνται από το δέρμα, μπαίνουν στην κυκλοφορία του αίματος και πηγαίνουν ακριβώς στο σημείο που νοσεί ο οργανισμός. Τα ιαματικά νερά βοηθούν στην αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων, σε νευραλγίες και μυαλγίες, σε νοσήματα του ουροποιητικού και του γαστρεντερικού ακόμη και σε γυναικολογικές παθήσεις.

Στη συνείδηση όλων οι Ιαματικές Πηγές έχουν ταυτιστεί με τους ηλικιωμένους. Οι επιστήμονες όμως υποστηρίζουν ότι η ιαματική ιατρική αφορά πλέον όλες τις ηλικίες για αυτό τον λόγο προωθούν την προληπτική εφαρμογή της.

Όποιος κάνει από μικρός ιαματική θεραπεία προλαμβάνει πολλά νοσήματα, γι' αυτό λέμε ότι θα πρέπει να είναι μεγάλο το εύρος των ηλικιών. Για παράδειγμα, το ιαματικό νερό βοηθά και στην αντιμετώπιση των αλλεργιών με πλύσεις της ρινικής κοιλότητας. Επίσης το υδρόθειο που εμπεριέχει το ιαματικό νερό είναι ένα στοιχείο που κάνει επιθηλιοποίηση του ιστού, βοηθάει τον βλεννογόνο, διευκολύνει στην απόχρεμψη κι έτσι ανακουφίζει τους ασθενείς με *Χρόνια* Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Επιστήμονες που ασχολούνται με τα οικονομικά της υγείας εκτιμούν ότι το 2025 ο Ιαματικός Τουρισμός θα είναι η δεύτερη βιομηχανία παγκοσμίως. (<http://www.cnn.gr/focus/story/79516/iamatikes-piges-valsamo-gia-astheneis-pigi-esodon-gia-to-kratos>)

Σύμφωνα με Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Περιβάλλοντος, Χωροταξίας & Δημόσιων Έργων (ΦΕΚ 1067 / Β / 3.12.97):

Οι εγκαταστάσεις αξιοποίησης ιαματικών πηγών (Κ.Υ.Ι.Υ) είναι εγκαταστάσεις ειδικής τουριστικής υποδομής, οι οποίες:

1. Διαθέτουν δυνατότητα χρήσης ιδιόκτητου ή όχι Φυσικού Ιαματικού Πόρου, δηλαδή ιαματικής πηγής, ιαματικού τόπου, ιαματικών πηλοειδών, ιαματικών συντελεστών, όπως οι τελευταίοι ορίζονται στο Β.Δ.23/4-3/5/1923.
2. Προσφέρουν υπηρεσίες ειδικής θεραπευτικής και προληπτικής αγωγής, και συναφών ευεργετημάτων, τα οποία προκύπτουν από τη χρήση του ιαματικού ρευστού.
3. Αξιοποιούν προϊόντα ιαματικών πόρων και συντελεστών, όπως το ιαματικό ρευστό και τα υποπροϊόντα του, το κλίμα, την τοποθεσία, το ύψος και τη θάλασσα.
4. Εξασφαλίζουν την ικανοποιητική (με την έννοια της αειφορίας) εκμετάλλευση του φυσικού ιαματικού πόρου και την εναρμονισμένη συνύπαρξη των κτιριακών εγκαταστάσεων με το φυσικό περιβάλλον των περιοχών όπου δημιουργούνται.

Σύμφωνα με την ίδια υπουργική απόφαση οι εν λόγω εγκαταστάσεις, χρειάζεται να καλύπτουν τις ανάγκες των ακόλουθων κατηγοριών των ενδιαφερομένων:

1. Λουόμενοι με παθήσεις στις οποίες ενδείκνυται η χρησιμοποίηση των ιαματικών υδάτων (λουτροθεραπεία, ποσιθεραπεία και εισπνοθεραπεία).
2. Λουόμενοι προληπτικής υδροθεραπείας.

3. Επισκέπτες (χρήστες), που ενδιαφέρονται για εξωιατρικές δραστηριότητες (περιποίηση σώματος, προσώπου, κλπ), η προσφορά των οποίων βασίζεται στο συγκριτικό πλεονέκτημα της παράλληλης ύπαρξης του ιαματικού ρευστού σε χώρους ειδικά διαμορφωμένους και προσαρμοσμένους στις απαιτήσεις της σύγχρονης αρχιτεκτονικής αντίληψης για την τουριστική υποδομή και ανωδομή.

Αναλυτικά, σύμφωνα με τη Διδασκάλου (1999), με φυλλάδιο του ΕΟΤ και έντυπα του Συνδέσμου Δήμων και Κοινοτήτων Ιαματικών Πηγών Ελλάδας, καθώς και με αποτελέσματα δειγματοληπτικής έρευνας της Σπαθή (2000), οι παρεχόμενες υπηρεσίες στις ελληνικές λουτροπόλεις είναι οι εξής:

- Ατομικοί λουτήρες - ατομικοί λουτήρες με υδρομασάζ
- Πισίνες - πισίνες με υδρομασάζ
- Δεξαμενή κινησιοθεραπείας
- Καταιονήσεις
- Σάουνα
- Ατμόλουτρα
- Θάλαμος ομαδικής εισπνοθεραπείας
- Θέσεις ατομικής εισπνοθεραπείας
- Θέσεις πηλοθεραπείας
- Θέσεις ποσιθεραπείας
- Γαλβανικά-φαραδικά-διαδυναμικά ρεύματα
- Υπεριώδεις-υπέρυθρες ακτίνες
- Υπέρηχοι
- Δινόλουτρο
- Παραφινόλουτρο
- Θερμά- ψυχρά επιθέματα
- Θέσεις χειρομασάζ
- Θέσεις ηλεκτρικού μασαζ
- Αίθουσα ατομικής γυμναστικής
- Αίθουσα ομαδικής γυμναστικής με όργανα.

Άλλες δραστηριότητες, σύμφωνα με τη Διδασκάλου (1999), που είναι δυνατόν να συμπεριλαμβάνονται σε ένα σύγχρονο τουριστικό θέρετρο, κατά την άποψη αλλοδαπών μελετητών πάνω στο αντικείμενο, περιλαμβάνουν:

- Πολιτιστικές δραστηριότητες (κινηματογράφους, βιβλιοθήκες και αναγνωστήρια, κέντρα νεότητας, νυχτερινά κέντρα, καζίνο, κλπ).

- Αθλητικές εγκαταστάσεις (πισίνες, ιστιοπλοΐα, κωπηλασία, ιστιοσανίδα, ψάρεμα, γήπεδα αντισφαίρισης, καλαθοσφαίρισης, πετοσφαίρισης και γκολφ).
- Υπηρεσίες αισθητικής και χαλάρωσης.
- Οργανωμένο φυσικοθεραπευτήριο (κινησιοθεραπεία, μάλαξη-υδρομάλαξη, θεραπευτική γυμναστική, ηλεκτροθεραπεία, θερμοκρυοθεραπεία, κλπ).
- Εμπόριο, τεχνική υποδομή (υποδομή δικτύων ενέργειας και υποδομή τεχνικών έργων).
- Διοίκηση, τεχνικές υπηρεσίες, βοηθητικό προσωπικό.
- Ειδικές μονάδες περίθαλψης και επανένταξης.

Παράλληλα, υπάρχει ο νόμος 3498/2006 (ΦΕΚ Α' 230/24.10.2006) που αφορά στην ανάπτυξη του ιαματικού τουρισμού. Ο παρών νόμος εφαρμόζεται στις περιπτώσεις χρήσης ή άλλης αξιοποίησης ιαματικών φυσικών πόρων, καθώς και στα κέντρα θαλασσοθεραπείας και αναζωογόνησης (άρθρο 2). Οι ιαματικοί φυσικοί πόροι χρησιμοποιούνται ή αξιοποιούνται στην περιοχή που εμφανίζονται με φυσική ανάβλυση ή άντληση με τεχνικό έργο. Οι πόροι αυτοί διατίθενται κατά προτεραιότητα για τις ανάγκες μονάδων ιαματικής θεραπείας και ακολούθως για τις ανάγκες κέντρων ιαματικού τουρισμού – θερμαλισμού και κέντρων θαλασσοθεραπείας ή αναζωογόνησης (άρθρο 3).

Υπάρχουν άφθονες θερμικές ιαματικές πηγές σε όλη την Ελλάδα. Μορφές υδροθεραπείας που εφαρμόζονται είναι:

1. Εσωτερική υδροθεραπεία που περιλαμβάνει πόσιμο θεραπεία και θεραπεία με εισπνοές.
2. Εξωτερική υδροθεραπεία (ιαματικά λουτρά, υδρομασάζ).
3. Θεραπεία με άργιλο.
4. Θαλασσοθεραπεία. Αυτή είναι μια μορφή υδροθεραπείας, χρησιμοποιώντας ζεστό νερό της θάλασσας (37ο C) το οποίο περιέχει μεταλλικά στοιχεία και μικροοργανισμούς, θεωρείται δε ως η πλουσιότερη σε σύνθεση. Ο τρόπος, η διάρκεια και η συχνότητα της θεραπείας προσδιορίζουν την αποτελεσματικότητά της (National Tourism Organization of Greece ,1995).

3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ: ΑΠΟ ΤΑ ΙΑΜΑΤΙΚΑ ΛΟΥΤΡΑ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ SPA

Η πρακτική της λουτροθεραπείας, αρκετά διαδεδομένη κατά την αρχαιότητα, συνδύαζε τις υποχρεωτικές και ωφέλιμες μετακινήσεις με εκείνες της αναψυχής και της κοσμικότητας. Ο ιαματικός-θεραπευτικός τουρισμός αποτέλεσε εξ αρχής εκείνη τη μορφή τουρισμού που περιλάμβανε στο κίνητρο της μετακίνησης το ωφέλιμο και το αναγκαίο σε συνδυασμό με τις τάσεις της φυγής και της απόδρασης. Στην Ιταλία αφθονούν οι ιαματικές πηγές, ενώ κοντά στη Ρώμη, οι ιαματικές πηγές της Albula μονοπωλούν τις βασιλικές προτιμήσεις. Η λουτροθεραπεία έχει τέτοια σκοπιμότητα, που αναφέρεται χαρακτηριστικά: “Στη Ρώμη, οι επισκέπτες στα κέντρα λουτροθεραπείας λούονται κατά τη διάρκεια όλων των ωρών της ημέρας και της νύχτας. Παραμένουν στις λουτροπόλεις ημέρες ολόκληρες και αφιερώνουν στη λουτροθεραπεία ένα σημαντικό μέρος του ελεύθερου χρόνου τους”. Τα κέντρα λουτροθεραπείας εκείνης της περιόδου αποτελούν ολόκληρα οικιστικά συγκροτήματα, όπου αναπτύσσονται παράλληλα μια πληθώρα δραστηριοτήτων αναψυχής, ενώ συχνά περιλαμβάνουν αίθουσες βιβλιοθηκών και μουσείων. (Βαρβαρέσος, 1997)

Τα τελευταία χρόνια έχουμε την εξέλιξη του ιαματικού τουρισμού προς τον τουρισμό υγείας (health tourism) που αποτελεί τον σύγχρονο τύπο του θεραπευτικού τουρισμού με τη μεγάλη εξειδίκευση και επέκταση των δραστηριοτήτων, αφού νέες τεχνολογίες προστέθηκαν στα ιαματικά λουτρά. Ωστόσο, να υπογραμμιστεί ότι ο ιαματικός τουρισμός και ο τουρισμός υγείας διαφοροποιούνται σημαντικά δεδομένου ότι η ύπαρξη ιαματικών λουτρών είναι προϋπόθεση ανάπτυξης του ιαματικού τουρισμού ενώ τουρισμός υγείας μπορεί να δημιουργηθεί εκ του μηδενός. Ουσιαστικά στη δεύτερη περίπτωση δεν απαιτείται πρωτογενές τουριστικό προϊόν παρά μόνο η δημιουργία κατάλληλης υποδομής (Βαρβαρέσος, 1997)

3.3 ΙΑΜΑΤΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Ανάλογα με τη σύνθεση των μεταλλικών νερών τους, οι ιαματικές πηγές μπορούν να ορισθούν ως αλκαλικές, σιδηρούχες, θειούχες, ραδιενεργές, κλπ.

Η θεραπευτική τους δράση είναι τριπλής φύσεως: μηχανική, θερμική και χημική.

Η μηχανική δράση οφείλεται κυρίως στην άνωση και στην υδροστατική πίεση.

Η θερμική δράση οφείλεται στη διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ νερού και ανθρώπινου σώματος. Η χημική δράση οφείλεται στην επαφή του δέρματος με τα μεταλλικά στοιχεία του νερού καθώς και στην διείσδυσή τους σε αυτό (www.el.wikipedia.org)

Η υδροθεραπεία διακρίνεται στην εσωτερική υδροθεραπεία, όταν τα ιαματικά νερά χρησιμοποιούνται για πόση (ποσιθεραπεία) και στην εξωτερική υδροθεραπεία, όταν τα ιαματικά νερά χρησιμοποιούνται για λουτρό (λουτροθεραπεία). (www.iama.gr)

Η ιαματική λουτροθεραπεία εφαρμόζεται σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενειών, κάποιες από τις οποίες είναι δερματικές παθήσεις, αρτηριακή υπέρταση, αναπνευστικές παθήσεις, ρευματικές παθήσεις, κλπ, με πιο συχνή εφαρμογή σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Επειδή υπάρχουν και αντενδείξεις στην υδροθεραπεία, η χρήση των ιαματικών πηγών πρέπει να γίνεται ύστερα από την σύμφωνη γνώμη γιατρού και ακολουθώντας αυστηρά τους κανόνες που θα υποδείξει (www.iama.gr)

Με την πρόοδο της επιστήμης και με τη χημική ανάλυση οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι θεραπευτικές ιδιότητες των λουτρών είναι δυνατόν να αποδοθούν:

- i) στην παρουσία μεταλλικών αλάτων και στη διάσπασή τους και
- ii) σε ειδικές κολλοειδείς ουσίες καθώς και σε σπάνια αέρια.

Άλλες έρευνες απέδωσαν τη θεραπευτική ιδιότητα των ιαματικών νερών στην ακτινοβολία την οποία αντλούν από τα βάθη της γης. Έτσι μπόρεσαν και οι βάσεις της ακτινενέργειας ή ραδιενέργειας. Η ακτινενέργεια ή ραδιενέργεια είναι η ιδιότητα των σωμάτων εκείνων τα οποία εκπέμπουν αυτομάτως και συνεχώς ακτινοβολία, δηλαδή ακτίνες α, β, γ. Μία πιο σύγχρονη αντίληψη όμως είναι ότι η λουτροθεραπεία περιέχει την έννοια μιας ερεθιστικής θεραπείας σε ορισμένα όργανα όπως το ιώδιο στο θυρεοειδή αδένα και το θείο στους αρθρικούς χόνδρους (www.iama.gr).

3.3.1 Αντενδείξεις Λουτροθεραπείας – Ποσιθεραπείας

Πρέπει να ακολουθούνται αυστηρά οι συμβουλές θεραπείας οι οποίες δίνονται από το γιατρό μετά από ιατρική εξέταση. Οποιαδήποτε αντίδραση παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της υδροθεραπείας, πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό των λουτρών.

Αντενδείξεις λουτροθεραπείας: (www.loutrapozar.com).

1. Παθήσεις της καρδιάς όταν δεν αντισταθμίζονται καλά και παρουσιάζουν προβλήματα, όπως οιδήματα των κάτω άκρων – προχωρημένη αρτηριοσκλήρωση

ιδίως των εγκεφαλικών αγγείων. Πρόσφατες εγκεφαλικές αιμορραγίες, θρομβώσεις των αγγείων πριν την έλευση έξι μηνών από την προσβολή.

2. Ανεπάρκεια στεφανιαίων (στηθάγχη, έμφραγμα) με συχνές κρίσεις ή σοβαρές βλάβες του μυοκαρδίου.

3. Αιμορραγίες διαφόρων οργάνων – βαριές μορφές διαβήτη με έκδηλη εξασθένηση του οργανισμού. Ενεργός φυματίωση. Κακοήθεις νεοπλασίες – βαριές νευρικές και ψυχικές παθήσεις – εγκυμοσύνη.

4. Η λουτροθεραπεία διακόπτεται επίσης:

- όταν παρουσιαστεί κατά την διάρκεια των λουτρών παρόξυνση της χρόνιας πάθησης,
- κατά τις μέρες της εμμήνου ρύσης και
- όταν αυτή δε γίνεται καλώς ανεχτή από τον λουόμενο.

Αντενδείξεις ποσιθεραπείας:

1. Λιθιάσεις των νεφρών ή της κύστης με συχνές κρίσεις ή αιματουρία ή με ογκώδεις λίθους, νεφρίτιδες, πυελίτιδες ή κυστίτιδες σε οξεία φάση.

2. Χολολιθιάσεις με συχνούς κολικούς ή μεγάλους λίθους, χολοκυστίτις στην οξεία φάση, πρόσφατο έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου (www.loutrapozar.com).

3.3.2 Αναγνωρισμένοι φυσικοί πόροι ως ιαματικοί ανά την Ελλάδα

Σημαντικά βήματα έγιναν τις προηγούμενες ημέρες στο θέμα των αναγνωρίσεων των φυσικών πόρων της χώρας μας ως ιαματικών. Ο Σύνδεσμος Δήμων Ιαματικών Πηγών Ελλάδας έχοντας εμπλακεί στην διαδικασία που όριζε ο Ν3498/2006 προκειμένου να εξυπηρετήσει τους Δήμους-μέλη του θεωρεί πως η κατάσταση δεν επιτρέπει εφησυχασμό.

Μέχρι σήμερα έχουν κατατεθεί στο Υπ. Τουρισμού προς αναγνώριση 113 φάκελοι και από αυτούς έχουν εκδοθεί ΦΕΚ αναγνώρισης για τους 42 (οι 4 τις τελευταίες ημέρες). Υπολείπονται 71 φυσικοί πόροι που πρέπει ΑΜΕΣΑ να αναγνωριστούν.

Τις προηγούμενες ημέρες ξεκίνησε η διαδικασία προετοιμασίας πρόσκλησης του ΕΠΑνΕΚ (ΕΣΠΑ 2014-2020) που αφορά την χρηματοδότηση των υποδομών των Ιαματικών πηγών. Χωρίς το ΦΕΚ αναγνώρισης μια Ιαματική πηγή δεν θα μπορεί να ενταχθεί.

Περιμένουμε εδώ και καιρό την ΚΥΑ για τις τεχνικές προδιαγραφές των Μονάδων Ιαματικής Θεραπείας και των Κέντρων Ιαματικού Τουρισμού-Θερμαλισμού έτσι ώστε να μπορούν οι επιχειρήσεις εκμετάλλευσης ιαματικών πηγών να έχουν Ειδικό Σήμα Λειτουργίας.

Περιμένουμε την Υπ. απόφαση για την Διανομή των Ιαματικών Φυσικών Πόρων.

Περιμένουμε τα Προεδρικά Διατάγματα για την κατοχύρωση των ζωνών προστασίας. Χωρίς όλα τα προηγούμενα η ανάπτυξη του Ιαματικού τουρισμού και κατ' επέκταση του Τουρισμού Υγείας στην Ελλάδα θα παραμείνει κενό γράμμα. Σίγουρα όλα τα παραπάνω δουλεύονται αλλά πρέπει κάποια στιγμή να τελειώσουμε.

Οι 42 αναγνωρίσεις φυσικών πόρων ως ιαματικών

1. Δήμος Αβδήρων- Νερό πηγής Ποταμιάς
2. Δήμος Αγρινίου- Νερό πηγής Μπανιώτη-Χέλωβα Λυσιμαχίας, Ζωγοπούλου
3. Δήμος Αγρινίου- Πηγή Μουρστιάνου ή Σώκου
4. Δήμος Αλεξανδρούπολης- Λουτρά Τραιανούπολης
5. Δήμος Αλμωπίας- Θερμή πηγή Λουτρακίου Αριδαίας-Αλμωπίας
6. Δήμος Αμυνταίου- Νερό γεώτρησης Αγραπιδιάς Λιμνοχωρίου
7. Δήμος Ανδραβίδας- Κυλλήνης- Νερό λουτρών Κυλλήνης
8. Δήμος Άρτας- Πηγή Χανόπουλου Άρτας
9. Δήμος Βάρης- Βούλας- Βουλιαγμένης- Νερό Λίμνης Βουλιαγμένης
10. Δήμος Βισσαλτίας- Νερό πηγής λουτρών Θερμών Νιγρήτας
11. Δήμος Βόλβης- Νερό λουτρών Απολλωνίας
12. Δήμος Ζαχάρως- Νερό πηγής λουτρών Γερανίου Καϊάφα
13. Δήμος Θέρμης- Νερό πηγής Σουρωτή
14. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Νερό πηγής Φρύνη- Γ. Σκουρτανιώτη
15. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Νερό Γιαλτρων Αιδηψού
16. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Νερό Θερμαι Σύλλα
17. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Νερό πηγής Βασιλάκου Λουτρών Αιδηψού
18. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Νερό πηγής Κομπογιάννη Λουτρών Αιδηψού
19. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Νερό πηγής ΓΙ Νταμάρια Αιδηψού
20. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Νερό πηγής Ιωάννη & Νικολάου Μπαλαλα Λουτρών Αιδηψού
21. Δήμος Ιστιαίας- Αιδηψού- Πηγή Αναστασίου Παπαϊωάννου
22. Δήμος Καβάλας- Νερό λουτρών Κρηνίδων Καβάλας- Πήλός λουτρών Κρηνίδων Καβάλας

23. Δήμος Κασσάνδρας- Νερό Κάνιστρου Κασσάνδρας Χαλκιδικής
24. Δήμος Κασσάνδρας- Νερό πηγής Αγίας Παρασκευής
25. Δήμος Καλύμνιων- Νερό από πηγάδι οικισμού Θερμών Καλύμνου
26. Δήμος Κορινθίων- Νερό λουτρών Ωραιάς Ελένης
27. Δήμος Κύθνου- Νερό πηγής Κακαβου Κύθνου
28. Δήμος Λαγκαδά- Νερό γεώτρησης Λαγκαδά
29. Δήμος Λαμιέων- Νερό Υπάτης
30. Δήμος Λαμιέων- Νερό πηγής Λουτρών Θερμοπυλών
31. Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγ. Θεοδώρων- Νερό υδρογεώτρησης I-IAM-1 Περιοχής Λουτρακίου Περαχώρας
32. Δήμος Ι.Π Μεσολογγίου- Πηλός Αγ. Τριάδας Ι.Π Μεσολογγίου
33. Δήμος Μήλου- Νερό ιαματικών λουτρών Λάκκου Αδάμαντα Μήλου
34. Δήμος Μύκης – Νερό λουτρών στην περιοχή Θερμών Εχίνου του δήμου Μύκης Ν.Ξάνθης
35. Δήμος Μώλου- Αγ. Κων/νου- Νερό γεώτρησης δημαρχείου Μώλου
36. Δήμος Μώλου- Αγ. Κων/νου- Νερό πηγής καλλυντικά Κονιαβίτη- Καμένα Βούρλα
37. Δήμος Νισύρου- Πηγή Μανδρακίου δήμου Νισύρου
38. Δήμος Παγγαίου- Νερό λουτρών Ελευθέρων
39. Δήμος Σιντικής- Νερό θερμής πηγής Αγκίστρου Σερρών
40. Δήμος Κύθνου- Νερό πηγής Αγίων Αναργύρων Κύθνου
41. Δήμος Παρανεστίου- Πηγή Θερμιών Παρανεστίου Δράμας
42. Δήμος Ρόδου- Νερό ιαματικής πηγής Καλλιθέας Ρόδου (<http://www.thermalsprings.gr/index.php/el/nea-anakoinoseis-2/483-42-oi-anagnorismenoi-iamatikoi-fysikoi-poroi-stin-ellada>)

3.4 ΙΑΜΑΤΙΚΑ ΛΟΥΤΡΑ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

Μόλις 120 χιλιόμετρα από τη Θεσσαλονίκη στη χερσόνησο της Κασσάνδρας και σε απόσταση 5 χλμ. νότια της Αγίας Παρασκευής, μπροστά στη θάλασσα, βρίσκεται ο οικισμός Λουτρά που αποτελείται κυρίως από παραθεριστικές κατοικίες, εστιατόρια, καφέ-μπαρ, ενοικιαζόμενα δωμάτια και ξενοδοχεία. Οι κάτοικοι που διαμένουν μόνιμα στα Λουτρά ασχολούνται κυρίως με την αλιεία, τη μελισσοκομία, την

καλλιέργεια της ελιάς και τον τουρισμό. Ο οικισμός πήρε το όνομά του από τις ιαματικές πηγές που φημίζονται για τις σπάνιες θεραπευτικές τους ιδιότητες. Η άμμος, τα βράχια, τα πεύκα και η θάλασσα δεσπόζουν παντού και συνθέτουν μία μοναδική εικόνα. Από τα έγκατα της γης αναβλύζουν τα ιαματικά νερά που αιώνες τώρα, ανακουφίζουν τον ανθρώπινο πόνο. Σπάνιες θεραπευτικές ιδιότητες, μοναδική σύσταση χημικών στοιχείων των θερμών νερών από τις πηγές. Η απέριτη ομορφιά του τοπίου, οι δαιδαλώδεις σπηλιές στα βραχώδη όρη, τα πεύκα που ακουμπούν τη θάλασσα, συνθέτουν μια απaráμιλλη αρμονία της φύσης. (http://www.halkidiki.gov.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=907)

Πρόκειται για ένα υπερσύγχρονο spa που φημίζεται για τις σπάνιες θεραπευτικές του ιδιότητες. Η πρώτη πηγή ανακαλύφθηκε από κάποιον γεωργό, που έψαχνε να βρει θειάφι για να ραντίσει τα αμπέλια του. Μετά το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου, οι κάτοικοι ανατίναξαν τα βράχια με δυναμίτη και ξεπήδησε το υδροθειούχο νερό θερμοκρασίας 39 ο C από το ηφαίστειο, όπου δημιουργήθηκε η νέα Θερμοπηγή. Αρχικά ονομάστηκε πηγή Αγίου Νικολάου και μετά Αγίας Παρασκευής.

Στην τοποθεσία των πηγών, τα πρώτα χρόνια δημιουργήθηκε ένα μικρό παράπηγμα με δύο αίθουσες και το 2000 χτίστηκε το νέο υπερσύγχρονο κτίριο. Υπάρχουν δυο πισίνες (μια εσωτερική και μια εξωτερική) με ιαματικό θαλασσινό νερό και θερμοκρασία μεταξύ 36 – 39 βαθμούς Κελσίου, ατομικές μπανιέρες (1 διπλή και 6 μονές), μία σάουνα, δυο χαμάμ, δυο αίθουσες με υδρομασάζ. Λειτουργούν όλο το χρόνο, από 1η Μαΐου καθημερινά ενώ από 1/1 – 30/4 Παρασκευή, Σάββατο, Κυριακή (τηλ. 23740 71358, 71810) (<http://parallaximag.gr/taxidi/ellada-taxidi/ta-yperocha-loutra-stin-agia-paraskevi-sti-chalkidiki>)

Το υδροθεραπευτήριο (SPA) φημίζεται για τις σπάνιες θεραπευτικές του ιδιότητες, απευθύνεται σε όλες τις ηλικίες και διαθέτει πισίνες, σάουνες, χαμάμ, κατεωνιστήρες, υδρομασάζ (ατομικά και ομαδικά) για θεραπεία και αναζωογόνηση. Το υδροθεραπευτήριο καλύπτει τις ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου, ο οποίος εργάζεται και κινείται μόνιμα σε γοργούς ρυθμούς. Προσφέρει χαλάρωση σε ένα υπέροχο περιβάλλον με πλήρη ιατρική υποστήριξη. Το νερό των πηγών ενδείκνυται για πολλές παθήσεις όπως αυτές των οστών, των αρθρώσεων και των μυών, καθώς και για δερματικές παθήσεις. Οι υπηρεσίες της ευεξίας μπορούν με το μαγικό τους άγγιγμα να πάρουν από πάνω μας το άγχος και την ένταση. Το φυσικό σκηνικό, με τις χρυσαφένιες αμμουδιές και τα τυρκουάζ νερά, συνδυάζεται με υπηρεσίες πολλών αστέρων.

Πρόσφατα, ανακαινίστηκε ουσιαστικά, για πρώτη φορά. (2015-2016). Η ανακαίνιση είχε να κάνει με την σκεπή της εσωτερικής πισίνας, με την διαμόρφωση και την συντήρηση της εξωτερικής πισίνας, αλλά και με την δημιουργία καινούριου χώρου-δωματίου, τύπου VIP, 2 ατόμων, με εσωτερικό ντους και μασάζ ψιλής βροχής κατά την είσοδο στο χώρο του δωματίου.



(<http://parallaximag.gr/taxidi/ellada-taxidi/ta-yperocha-loutra-stin-agia-paraskevi-sti-chalkidiki>)



(αίθουσα VIP)



(ανακαινισμένη σκεπή)

(πηγή: προσωπικό αρχείο)



<http://parallaximag.gr/taxidi/ellada-taxidi/ta-yperocha-loutra-stin-agia-paraskevi-sti-chalkidiki>

Χαρακτηρισμός Νερού

Μεσόθερμο Cl Na-K Br Hs –B As –CO₂

Μεταλλικό – υπερτονικό

Θερμοκρασία νερού (φυσική) 37,5 – 39ο C

Με βάση την αλληλογραφία που είχε η ομάδα μελέτης με το Ινστιτούτο Μεταλλειολογίας και Κλιματοφυσιολογίας του Πανεπιστημίου του Φραιμπουργκ Δ. Γερμανίας, για την αξιοποίηση των θερμομεταλλικών πηγών Αγ. Παρασκευής, επιβεβαιώνεται ότι το νερό των πηγών ενδείκνυται για τις παρακάτω παθήσεις:

Παθήσεις οστών και αρθρώσεων – μυών

Ρευματοειδής αρθρίτιδα, Αγγυλωτική σπονδυλοαρθρίτιδα, Ελυστική οστεοαρθρίτιδα, Παραμορφωτική αρθρίτιδα, Δισκοπάθεια, Μυΐτιδα –μυαλγία, Τενοντίτιδα, Παλαιά κατάγματα, Αυχενικό σύνδρομο

Δερματικές παθήσεις

Σμιγματορροϊκή δερματίτιδα, Ψωρίαση, Ακμή, Εκζεματοϊδή

Ουρολογικές και γυναικολογικές παθήσεις

Χρόνια κυστίτιδα – Φλεγμονές

Παροχές

Πισίνα Εξωτερική, Πισίνα εσωτερική, Δωμάτια, Αναψυκτήριο, Ατομικές Μπανιέρες, Φυσικοθεραπεία, Υδρομασάζ, Μασάζ Χαλάρωσης, Σάουνες, Ιατρική Υποστήριξη,

Χαμάμ



(<http://parallaximag.gr/taxidi/ellada-taxidi/ta-yperocha-loutra-stin-agia-paraskevi-sti-chalkidiki>)

Συνήθως, όταν οι επισκέπτες είναι ασθενείς, έρχονται στα λουτρά, με την καθοδήγηση και την παραπομπή του θεράποντος ιατρού τους.

Οι υπόλοιποι επισκέπτες, οφείλουν να συμπληρώσουν την παρακάτω υπεύθυνη δήλωση:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ο-Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Ημερομηνία γέννησης:		Τηλέφωνο:	
Πόλη:		Αριθμός ταυτότητας:	

Με ατομική μου ευθύνη δηλώνω ότι δεν πάσχω από τα χρόνια νοσήματα όπως:

1. Χρόνια υπερτασική νόσος
2. Χρόνια υποτασική νόσος

3. Σακχαρώδης διαβήτης
4. Χρόνια λοιμώδη δερματίτιδα
5. Δερματικά αλλεργικά νοσήματα
6. Χρόνια νευρολογικά νοσήματα
7. Αλλεργικό άσθμα
8. Θρομβοφλεβίτιδες
9. Δεν έχω ιστορικό καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων
10. Δεν είμαι έγκυος

Ημερομηνία:

Ωρα:

Ο-Η Δηλ.

(Υπογραφή)

3.4.1 Ιστορικά Στοιχεία

Η πρώτη πηγή ανακαλύφθηκε από κάποιον γεωργό, που έψαχνε να βρει θειάφι για να ραντίσει τα αμπέλια του. Μετά το τέλος του β' παγκοσμίου πολέμου, οι κάτοικοι ανατίναξαν τα βράχια με δυναμίτη και ξεπήδησε το υδροθειούχο νερό θερμοκρασίας 39 ο C από το ηφαίστειο, όπου δημιουργήθηκε η νέα Θερμοπηγή. Αρχικά ονομάστηκε πηγή Αγίου Νικολάου και μετέπειτα Αγίας Παρασκευής. Στην τοποθεσία των πηγών, τα πρώτα χρόνια δημιουργήθηκε ένα μικρό παράπηγμα με δύο αίθουσες και το 2000 χτίστηκε το νέο υπερσύγχρονο κτίριο. Έτσι, αναπτύχθηκε μια μικρή Λουτρόπολη, η πηγή αφιερώθηκε στη χάρη της Ζωοδόχου πηγής και ανακατασκευάστηκε το εκκλησάκι της.

Οι θεραπευτικές ιδιότητες του νερού ήταν γνωστές από πολύ παλιά. Το 2.000 π.χ. οι Βαβυλώνιοι είχαν συνδέσει την έννοια του γιατρού με "αυτόν που γνώριζε πολύ καλά το νερό". Στην Ελληνική μυθολογία αναφέρονται συχνά οι θαυματουργές θεραπευτικές ιδιότητες πολλών πηγών και το 5ο π.χ. Αιώνα η εμπιστοσύνη αυτή προς το Ιαματικό νερό εκφράζεται με την ίδρυση των Ασκληπιείων που κτίζονται κοντά στις Ιαματικές Πηγές. Ο Ηρόδοτος είναι ο πρώτος παρατηρητής των Ιαματικών νερών που αναφέρει και συνιστά την λουτροθεραπεία και ο Ιπποκράτης καθορίζει τις παθήσεις για τις οποίες ενδείκνυται η χρήση των Ιαματικών νερών. Κατά τη Ρωμαϊκή εποχή Έλληνες γιατροί, οπαδοί της Ιατρικής του Ιπποκράτη, ασχολούνται με την Υδροθεραπεία. Ο Στράβων, ο Πλούταρχος, ο Πausanias περιγράφουν πολλές

Ιαματικές Πηγές και την εμφάνιση αυτών. Κατά τα Βυζαντινά χρόνια μέχρι και τον βον μ. Χ. αιώνα εξακολουθεί να γίνεται χρήση των Ιαματικών Υδάτων. Το Μεσαίωνα ο θερμαλισμός παρακμάζει και αναβιώνει πάλι στις αρχές του 16ου αιώνα. Στους νεότερους χρόνους η Κυβέρνηση Καποδίστρια επέδειξε ενδιαφέρον για τις πηγές, το δε έτος 1830 Ιατροί της επισκέφθηκαν την Κύθνο όπου και μελέτησαν τις πηγές. Επί βασιλείας του Όθωνα δημιουργήθηκε το Υδροθεραπευτήριο στα Λουτρά της Κύθνου. Η αξιοποίηση των περισσότερων Λουτροπόλεων που λειτουργούν και σήμερα έγινε την δεκαετία του 1930. Ο Χημικός Περτέσης κατά το χρονικό διάστημα από 1923-1953 μελέτησε την φυσικοχημική σύσταση των μεταλλικών νερών των περισσότερων Πηγών της Ελλάδος. Το έτος 1927 συστήθηκε ο κλάδος των μονίμων υδρολόγων ιατρών και το 1938 συστήθηκε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών έδρα κλινικής Υδροθεραπείας και Ιατρικής κλιματολογίας. Η εξέλιξη των Ιαματικών Πηγών είναι στενά συνδεδεμένη με τις αντιλήψεις της Ιατρικής Παθολογίας. Σε εποχές όπου η Ιατρική επιστήμη εφαρμόζει φυσικά μέσα θεραπείας των διαφόρων παθήσεων παρατηρούμε και ανάπτυξη των Ιαματικών Πηγών. Η επαναληπτική μορφή που έχει η Υδροθεραπεία (ορισμένος αριθμός λούσεων σε ορισμένο χρονικό διάστημα), για να ολοκληρωθεί η θεραπεία, θέτει στη διάθεση του ασθενούς πολύ χρόνο και για άλλες δραστηριότητες. Έτσι δημιουργήθηκαν τα θέρετρα του Ιαματικού Τουρισμού (SPAS) που συνδυάζουν εκτός της υγείας και την ψυχαγωγία.

Φιλόξενη ηφαιστειογενής γη, η Χερσόνησος της Κασσάνδρας παραμένει σταθερή αξία στο πέρασμα των χρόνων για όσους επισκέπτες αποζητούν έναν όμορφο τόπο για να περάσουν τις διακοπές τους. Ο επισκέπτης μπορεί να περιπλανηθεί στους μικρούς όρμους που σχηματίζουν τα βράχια και η άμμος στον παραθαλάσσιο οικισμό των Λουτρών και να ατενίσει την απεραντοσύνη του Αιγαίου πελάγους. Η απέριτη ομορφιά του τοπίου, οι δαιδαλώδεις σπηλιές στα βραχώδη όρη, τα πεύκα που ακουμπούν τη θάλασσα, συνθέτουν μια απaráμιλλη αρμονία της φύσης. Σε όποιο σημείο κι αν βρεθεί, μια ευχάριστη εμπειρία τον περιμένει.

Κατά την αρχαιότητα πολύ κοντά στα Λουτρά βρισκόταν το βασίλειο της αρχαίας Σκιώνης η οποία χτίστηκε από τους Έλληνες κατά την επιστροφή τους από την Τροία κι αργότερα αποικίστηκε από τους Ευβοείς. Η περιοχή απέκτησε ιδιαίτερη σημασία κατά την διάρκεια του Πελοποννησιακού πολέμου (περίπου το 423 π. Χ.) κι ανακαταλήφθηκε από τους Αθηναίους αφού αποσπάστηκε από την Αθηναϊκή συμμαχία, για να δοκιμαστεί σκληρά αργότερα. Την εποχή του Στράβωνα η ευρύτερη περιοχή της Σκιώνης θεωρούνταν μια από τις μεγαλύτερες πόλεις της Χαλκιδικής και

σήμερα τα ερείπια της αναγνωρίζονται στον ορεινό όγκο της Νέας Σκιώνης πολύ κοντά στην περιοχή των Λουτρών της Αγίας Παρασκευής.

(<http://halkidikispa.com/el>)

3.4.2 Μορφές υδροθεραπευτικής αρωγής, πρόληψης, θεραπείας και ευεξίας που πραγματοποιούνται στο spa

Το SPA της Αγίας Παρασκευής πραγματοποιεί υδροθεραπείες και θαλασσοθεραπεία.

Αναλυτικότερα οι υπηρεσίες και οι παροχές είναι οι παρακάτω:

- Πισίνα Εξωτερική, προσφάτως ανακαινισμένη, με ιαματικό και θαλασσινό νερό, ύψους 1,10m, σε θερμοκρασία 28 °C.



(εξωτερική πισίνα) (πηγή:προσωπικό αρχείο)



- Πισίνα Εσωτερική, ολυμπιακών διαστάσεων, με ιαματικό και θαλασσινό νερό, ύψους 1,10 m, σε θερμοκρασία 37 °C.



(εσωτερική πισίνα με εκτοξευτήρες) (πηγή:προσωπικό αρχείο)



(όψεις εσωτερικής πισίνας) (πηγή:προσωπικό αρχείο)



- 6 Ατομικές μπανιέρες με ιαματικό νερό, στους 37°C.



(ατομικές μπανιέρες) (πηγή:προσωπικό αρχείο)

- Καταιωνιστήρες
- Υδρομασάζ, με νερό ύδρευσης.



(υδρομασάζ) (πηγή:προσωπικό αρχείο)

- Σάουνα



- Χαμάμ



- Πολυθρόνες Μασάζ
- Ιατρική Υποστήριξη

Ο ιατρός βρίσκεται καθημερινά στον χώρο, σε ξεχωριστό δωμάτιο, για τον έλεγχο των λουτρόμενων και των ασθενών.

- Αποδυτήρια και αποχωρητήρια, σε επαρκή αριθμό, πλήρως εξοπλισμένα.



(αποχωρητήρια εξοπλισμένα) (πηγή:προσωπικό αρχείο)



(ντουλαπάκια ανδρών και γυναικών αντίστοιχα) (πηγή:προσωπικό αρχείο)
(σύντομα θα αντικατασταθούν με νέα)

- Αναψυκτήριο – Café bar με εσωτερικό και εξωτερικό χώρο με μοναδική μαγευτική θέα.



(εσωτερικός και εξωτερικός χώρος αναψυκτηρίου) (πηγή:προσωπικό αρχείο)

Οι έξτρα θεραπείες που παρέχονται μέσα στο SPA είναι θεραπευτικό μασάζ, αποτρίχωση με κερί και περιποίηση άκρων. Αυτά διατίθενται μέσα από ιδιώτη και ξεχωριστά από το προσωπικό του SPA. (μέχρι και πέρυσι, σήμερα (08/05/2016) δεν λειτουργούν προς στιγμήν οι θεραπείες της αποτρίχωσης και της περιποίησης άκρων).



(αίθουσες φυσιοθεραπείας) (πηγή:προσωπικό αρχείο)

Ο υπάρχον τιμοκατάλογος έχει ως εξής:

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΤΙΜΕΣ

- ✓ Πισίνα 5 € / άτομο
- ✓ Πισίνα + Χαμάμ ή Σάουνα + Υδρομασάζ 12 € / άτομο
- ✓ Πισίνα + Χαμάμ ή Σάουνα + Υδρομασάζ + Χαλαρωτικό Μασάζ 30' 30€
/ άτομο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΟΥΤΡΟΠΟΛΕΩΝ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

4.1 ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Διεθνώς οι σημερινές λουτροπόλεις είναι γνωστές ως τόποι όπου οι θεραπευτικές ιδιότητες των ιαματικών πηγών τους σε συνδυασμό με τις εγκαταστάσεις και τον κατάλληλο εξοπλισμό, προσφέρονται και για την εφαρμογή των διαφόρων προϊόντων του τουρισμού υγείας και ευεξίας. (Gilbert and Van De Weerd, 1991).

Σήμερα, λειτουργούν πολλά τέτοιου είδους οργανωμένα κέντρα στη Βόρεια Ευρώπη (Σουηδία, Φινλανδία), Κεντρική (Γερμανία, Ιταλία, Γαλλία, Ελβετία, Αυστρία, Βέλγιο, κλπ) και Ανατολική Ευρώπη (Ουγγαρία, Τσεχία, Ρωσία, κλπ), στη Μεσόγειο (Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, Τουρκία, Μαρόκο, Κύπρος), στο χώρο της Βαλκανικής Χερσονήσου (Βουλγαρία, Ρουμανία) και στη Βόρεια Αμερική (Καλιφόρνια, Φλόριδα) (Gilbert and Van De Weerd, 1991). Η Γερμανία, η Ιταλία και η Γαλλία είναι οι κυριότεροι προορισμοί θερμαλισμού στην Ευρώπη, επιπλέον στην Αυστρία και Βουλγαρία ο θερμαλισμός ανθίζει.

Οι λουτροπόλεις αυτές, εκτός των ασθενών, προσελκύουν νέους και άτομα όλων των ηλικιών λόγω της στροφής, που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, προς τις παραδοσιακές μορφές φυσικής θεραπείας που παρέχουν πρόληψη και ευεξία.

Ύστερα από διεθνή αναγνώριση της υδροθεραπείας ως ιατρικής θεραπευτικής μεθόδου από τον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης σε πολλές χώρες, ιδίως της Ευρώπης, οδήγησε σε μια σχετικά αυξημένη ζήτηση στα κέντρα του ιαματικού τουρισμού, όπως προαναφέρθηκε, συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια. Η σημαντική αύξηση, που παρατηρείται τελευταία, στη ζήτηση των προϊόντων τα οποία προσφέρονται στα κέντρα τουρισμού υγείας και ευεξίας αποδίδεται στη στροφή των ατόμων προς τις παραδοσιακές μεθόδους θεραπείας, αλλά και στην αυξανόμενη έμφαση που δίνεται από πολλούς στην κατ' επανάληψη επανάκαμψη του οργανισμού, που επιτυγχάνεται με τη σωματική άσκηση και τις ειδικές αγωγές που ακολουθούνται στο καθαρό και υγιεινό περιβάλλον ενός κέντρου τουρισμού υγείας και ευεξίας (www.statistics.gr)

Στις προαναφερόμενες χώρες καθώς και στην Ελλάδα οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς ασφάλισης υγείας έχουν κατατάξει τις ασθένειες και τις αντίστοιχες θεραπείες. Την ίδια στιγμή, τα ιαματικά θερμαλιστικά κέντρα φαίνεται επίσης να έχουν ταξινομηθεί ανάλογα με την κάθε ασθένεια που μπορούν να θεραπεύσουν. (Σπαθή, 2000)

Παρατηρείται ότι περισσότερα κέντρα έχει η Βουλγαρία, η οποία έχει αξιόλογα υδροθεραπευτήρια, λιγότερα έχει η Ελβετία αλλά αποτελεί μια χώρα όπου το κλίμα και το υψόμετρο της τοποθεσίας των κέντρων είναι ιδανικά για την προσφορά προϊόντων που προορίζονται για ανάρρωση και χαλάρωση, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται διεθνώς ως προορισμός αναζωογόνησης. (Σπαθή, 2000)

Σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπάρχουν επιτυχημένα ιαματικά θερμαλιστικά κέντρα όμως κάποια από αυτά αποτελούν την εξαίρεση του κανόνα. Το υψηλό επίπεδο των υπηρεσιών και η ποιότητά τους είναι βασικοί παράγοντες που κάνουν τα θερμαλιστικά κέντρα σε μεγάλο βαθμό ανταγωνιστικά. (Σπαθή, 2000)

Η Βουλγαρία διαθέτει πάνω από 500 ιαματικές πηγές συγκεντρωμένα, με πάνω από 240 συνθέσεις νερού, θερμοκρασίες που κυμαίνονται από 37 °C έως 101°C, σε βάθος άνω των 2000 μέτρων, με εξειδίκευση στη λουτροθεραπεία, κλιματοθεραπεία, θαλασσοθεραπεία. Έχει κέντρα, που εκτός της υδροθεραπείας, προσφέρουν και προγράμματα τουρισμού υγείας και ευεξίας όπως θεραπεία κατά του άγχους, του καπνίσματος, προγράμματα μακροζωίας, κλπ (Σπαθή, 2000). Τα ιαματικά νερά στη Βουλγαρία είναι γνωστά για την ποικίλη χημική τους σύνθεση, για την πλούσια u963 σε μέταλλα και μικροστοιχεία δομή τους. Οι πηγές με λάσπη, κατά μήκος των ακτών της Μαύρης Θάλασσας και η θεραπευτική άργιλος διαθέτουν μεγάλες δυνατότητες για την αντιμετώπιση πολλών διαφορετικών ασθενειών. Τα βουλγαρικά θερμαλιστικά κέντρα βρίσκονται σε ευνοϊκές κλιματικά περιοχές, παρέχοντας τη δυνατότητα συνδυασμού λουτροθεραπείας με τις θεραπευτικές ιδιότητες του κλίματος (www.visitbulgaria.net) . Κοντά σε ιαματικές πηγές έχουν κατασκευαστεί τα υδροθεραπευτήρια Hisarya, Kyustendil , spa Bourgas, δημόσια λουτρά Separeno, δημόσια λουτρά Slivens και Σόφια - Ulriya Serdika και τα λουτρά στο Βέλινγκραντ. Το μεταλλικό νερό είναι λίγο έως πολύ ανοργανοποιημένο. Χρησιμοποιούνται για ποσιθεραπεία σε νεφρικές-ουρολογικές, γαστρεντερικές, ενδοκρινικές-μεταβολικές παθήσεις και χρόνιες δηλητηριάσεις(www.thermalbathbudapest.heliospanzio.hu). Επίσης, ορισμένες μεγάλες εγκαταστάσεις ιαματικών λουτρών έχουν αναπτυχθεί σε χώρους

όπως: Σαντάνσκι , Kjusten-dil, Hisarja, Velingrad, Sapareva Μπάνια, κλπ. Ακόμα και η πρωτεύουσα της Βουλγαρίας, Σόφια, ιδρύθηκε κοντά σε θερμομεταλλική πηγή με θερμοκρασία 20oC-50oC (Bojadgieva et al., 2002).

Στην **Αυστρία** υπάρχουν περίπου 80 περιοχές με θερμομεταλλικές πηγές.

Αρκετές από αυτές αποτελούν και παραθεριστικά κέντρα, τόσο θερινά όσο και χειμερινά ή γειτνιάζουν με τέτοια κέντρα. Έτσι προφέρουν εκτός από τη λουτροθεραπεία πλήθος αθλητικών δραστηριοτήτων καθώς και πολιτιστικές και κοινωνικές εκδηλώσεις. Κεντρικός άξονας της διαφημιστικής καμπάνιας του κλάδου είναι ότι ο συνδυασμός φυσικής ομορφιάς, κλίματος, ατμόσφαιρας, θερμών νερών και ιαματικού πηλού παρέχοντας ξεκούραση, χαλάρωση και ίαση από διάφορες ενοχλήσεις. Επομένως, δεν είναι απαραίτητο να τις επισκέπτονται μόνο άτομα με προβλήματα υγείας, αλλά και όσοι επιθυμούν να βρεθούν σε ένα περιβάλλον κατάλληλο για αναζωογόνηση του σώματος και της ψυχής. Τα κέντρα είναι στελεχωμένα με εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο δημιουργεί ένα πρόγραμμα θεραπείας και δραστηριοτήτων προσαρμοσμένο στις ανάγκες του κάθε χρήστη. Γνωστές περιοχές στην Αυστρία με θερμομεταλλικές πηγές είναι: Baden Bai Wien, Bad Gastein και Bad ischi (Austrian National Tourism Office, 1997).

Η **Ουγγαρία** βρίσκεται σε μία από τις πλουσιότερες γεωθερμικές περιοχές σε όλο τον κόσμο. Η τοπική κουλτούρα της κολύμβησης ανάγεται δύο χιλιάδες χρόνια πριν. Από ανασκαφές έχουν ανακαλυφθεί ερείπια σπιτιών με μπάνιο, τοιχογραφίες και ψηφιδωτά, αποδείξεις ότι οι Ρωμαίοι ανακάλυψαν και εκμεταλλεύτηκαν αυτούς τους θερμικούς υδάτινους πόρους. Έχει περίπου 1300 spa και περίπου 130 ιαματικά λουτρά σε εθνικό επίπεδο(www.thermalbathbudapest.heliospanzio.hu). Η λίμνη Heviz ιαματική λίμνη της Ευρώπης, φημισμένη για τις θεραπευτικές της ιδιότητες. Τα ιαματικά νερά της λίμνης και η θεραπευτική της λάσπη έχουν προσελκύσει πολλούς τουρίστες υγείας.

Η Βουδαπέστη φιλοξενεί περίπου 40 ιαματικά λουτρά πολλά από αυτά με θεραπευτικές ιδιότητες. Επιπλέον, έχει επιλεγεί και επισήμως ως η “Πόλη των Λουτρών” ("City Spa"), το 1937 σε διάσκεψη 37 χωρών στην “Πρώτη Παγκόσμια Ομοσπονδία Υδροθεραπείας και Κλιματοθεραπείας”. Τα περισσότερα από τα λουτρά στη Βουδαπέστη έχουν μια σύνθεση από μεταλλικά στοιχεία (ασβέστιο, μαγνήσιο, υδρογόνο-ανθρακικό, θειικό- χλωριούχο, νάτριο, ιόντα φθορίου), που συνιστάται για βλάβη των αρθρώσεων, για εκφυλιστικές ασθένειες, για τη χρόνια και ημιοξεία αρθρίτιδα, την εξάρθρωση του σπονδυλικού δίσκου, νευραλγία, αλλά και για πόνους

στην πλάτη ή οσφυαλγία. Είναι επίσης αποτελεσματικά μετά από ατυχήματα, ως μετατραυματική θεραπεία (www.baths.topbudapest.org) . Διαθέτει πηγές διαφόρων θερμοκρασιών. Είναι η μοναδική μεγάλη πόλη του κόσμου, που αφθονεί σε συντριβάνια της ιαματικό νερό. 70 εκατομμύρια λίτρα 21-78oC θερμικό ζεστό νερό πηγής τρέχει καθημερινά από 118 ιαματικές πηγές (www.budapesthotels.com) . Δημοφιλή ιαματικά λουτρά στη Βούδα είναι τα λουτρά Gellert, Kiraly και Lukacs Τα πιο γνωστά για θεραπεία λοιμώξεων είναι τα λουτρά Dagaly και Szechenyi (www.budapesthotels.com) .

Η **Γερμανία** έχει μια μακρά ιστορία ιαματικών λουτρών. Ρωμαίοι εκτίμησαν τις εστές ιαματικές πηγές στο Baden-Baden, από τον 18ο και 19ο αιώνα, Ευρωπαίοι βασιλείς και αριστοκράτες συναντιόντουσαν σε πόλεις με ιαματικά θερμαλιστικά κέντρα. Μερικά από τα καλύτερα ιαματικά λουτρά στη Γερμανία βρίσκονται στο Baden-Wuerttemberg. Αποτελεί τον πρώτο προορισμό της Γερμανίας για τουρισμό υγείας και ευεξίας, έχοντας πλούσια ζεστά, ιαματικά νερά. Σήμερα, η Γερμανία έχει ένα από τα πιο πλήρως οργανωμένα spa στην Ευρώπη, με την υποστήριξη του γερμανικού ομοσπονδιακού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Για τους λάτρεις του εν λόγω τουρισμού το Baden- Wuerttemberg περιλαμβάνει το Baden-Baden , την ιστορική λουτρόπολη. Τέλος, υπάρχει ένας πλούτος λουτρών σε πόλεις όπως η Στουτγάρδη και η καταπληκτική Bad Duertheim, γνωστή για το αλμυρό νερό της (www.world66.com) .

Από τον προηγούμενο αιώνα, στην **Ιταλία**, πολλά ξενοδοχεία έχουν ανεγερθεί γύρω από θερμικές ιαματικές πηγές, τα οποία έχουν αποκτήσει διεθνή αναγνώριση. Τον τελευταίο καιρό προσφέρουν πληθώρα παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους επισκέπτες. Μπάνιο στο ιαματικό νερό είναι ένα τυπικό χαρακτηριστικό της λουτροθεραπείας. Εκτενείς δραστηριότητες αναψυχής ενθαρρύνονται από τα περισσότερα θερμαλιστικά κέντρα. Το ηφαιστειακό ζεστό νερό που αναβλύζει σε όλες τις περιφέρειες της Ιταλίας είναι σε ιδανικές τοποθεσίες για την ανάπτυξη ιαματικών θερέτρων. Προτείνεται η λασποθεραπεία, κυρίως σε άτομα που υποφέρουν από ρευματικές παθήσεις, αναπνευστικά προβλήματα και παθήσεις των γυναικείων αναπαραγωγικών οργάνων. (www.mapsofworld.com)

Κάθε χρόνο η επισκεψιμότητα κυμαίνεται περίπου στα 1.000.000-2.000.000 άτομα. Οι ιαματικές πηγές έχουν χημικά χαρακτηριστικά: θειούχο, ιωδιούχο, χλωριούχο νάτριο, που βοηθούν στη θεραπεία ασθενειών όπως μεταβολικές διαταραχές, ρευματισμούς και αρθρίτιδα, δερματικές ασθένειες και προβλήματα που σχετίζονται

με το αγγειακό σύστημα. Είναι επίσης γνωστά σε παγκόσμιο επίπεδο κυρίως για τη θεραπεία των νεφρών. Abano , Salsomaggiore, Chianciano, Montecatini, Fiuggi και Ischia είναι μερικά μόνο από τα ονόματα γνωστών ιαματικών θερμαλιστικών κέντρων μεταξύ πολλών που είναι γνωστά σε ολόκληρο τον κόσμο και τα οποία προσελκύουν εκατομμύρια επισκέπτες κάθε χρόνο (www.mapsofworld.com) .

Πάνω από 105 θερμαλιστικά κέντρα έχουν αναγνωριστεί από το **Γαλλικό** κράτος, με μεγάλη ποικιλία στο μέγεθος και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Όλες οι εγκαταστάσεις λειτουργούν υπό την επίβλεψη ιατρικού προσωπικού και ρυθμίζονται από το Υπουργείο Υγείας. Μερικά θερμαλιστικά κέντρα είναι συνδεδεμένα με μεγάλα ιατρικά πανεπιστήμια και με αλλά ερευνητικά κέντρα. (www.mapsofworld.com)

Επιπλέον, οι περισσότερες λουτροπόλεις της Γαλλίας προσφέρουν ένα μεγάλο εύρος ξενοδοχειακής υποδομής, όπως επίσης πολλά εστιατόρια, πολιτιστικές εκδηλώσεις και τέλος πολλές ευκαιρίες αναψυχής. Μεγάλη επιτυχία γνωρίζουν επίσης τα γαλλικά κέντρα θαλασσοθεραπείας, σε ορισμένα από τα οποία υπάρχει δεκάμηνη αναμονή. Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικά κάποια μεγάλα ιαματικά θερμαλιστικά κέντρα όπως, το Aix-les- Bains (Savoie) το οποίο προσφέρει θεραπεία σε εκείνους που έχουν υποστεί βλάβη στις φωνητικές χορδές τους, το Les Celestins Vichy Spa γνωστό για τα ιαματικά λουτρά του από τον 1ο αιώνα μ.Χ., το Evian προσφέρει θεραπείες από όλο τον κόσμο (Κινεζική ρεφλεξολογία και αποκλειστικές θεραπείες για άνδρες ή μωρά ηλικίας 16 με 36 μηνών), το Divonne-les-Bains το οποίο διαθέτει διεθνούς φήμης ιαματικά ύδατα, δέχεται επισκέπτες από όλο τον κόσμο, το La Roche-Posay είναι γνωστό για τα νερά του και τις πρωτοποριακές θεραπείες που εφαρμόζει για την ελαστικότητα του δέρματος και σταθερότητα γύρω από τα μάτια και το στόμα . (www.mapsofworld.com).

4.2. ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ SPA RESORTS

Ο κλάδος του ιαματικού τουρισμού αναπτύσσεται παγκοσμίως με τους ταχύτερους ρυθμούς σε σχέση με κάθε άλλη εποχή. Παρόλο που δεν υπάρχει έγκυρη και ακριβής πληροφόρηση σχετικά με το συνολικό μέγεθος και την αξία του τουριστικού αυτού κλάδου παγκοσμίως, ωστόσο δίδονται κάποιες εκτιμήσεις και υπολογισμοί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού και τους αντίστοιχους εθνικούς φορείς. Σύμφωνα

με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Παρακολούθησης Τουρισμού (European Travel Monitor), οι διακοπές και μετακινήσεις για λόγους υγείας και ευεξίας ξεπερνούν το 15% του συνόλου των τουριστικών μετακινήσεων του πληθυσμού της Ευρώπης. Σε παγκόσμιο επίπεδο το μέγεθος του τουρισμού υγείας, ευεξίας και αναζωογόνησης, όπου ο βασικός λόγος ταξιδιού είναι είτε η υγεία είτε η ευεξία και αναζωογόνηση, υπολογίζεται σε 5 εκατομμύρια ταξίδια ετησίως.

Από την εποχή των Ρωμαίων ακόμη, είναι γνωστή στην Ευρώπη η διαδικασία της λούσης σε νερά με θεραπευτικές ιδιότητες. Τα γνωστά ως «Roman baths» εντοπίζονται και σήμερα στην Αγγλία, Ολλανδία, Γαλλία, Ιταλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ρουμανία και Ισπανία. Κατά τη διάρκεια του 18ου και 19ου αιώνα πραγματοποιήθηκε η έξαρση του ενδιαφέροντος για τις λούσεις σε θερμές ιαματικές πηγές, οπότε και έγιναν διάσημες οι θεραπευτικές ενδείξεις.

Παρόλο που στην Ευρώπη τα κέντρα ευεξίας και αναζωογόνησης δεν έφυγαν ποτέ από τη μόδα, αλλά και ούτε υπολειπώθηκαν, σήμερα χαρακτηρίζονται ως η «μεγάλη έκρηξη». Πολλοί οργανισμοί και φορείς δραστηριοποιούνται στην προώθηση των κέντρων αυτών στην Ευρώπη, ενώ όλο και περισσότερα ασφαλιστικά συστήματα και συστήματα υγείας αναγνωρίζουν οικονομικά τη δαπάνη για επισκέψεις σε αυτά (εκτός αισθητικών παρεμβάσεων). Στα κέντρα ευεξίας της Ευρώπης η επίσκεψη μπορεί να διαρκέσει από μία ώρα μέχρι και βδομάδες ολόκληρες, τόσο για την αναζωογόνηση όσο και για τη θεραπεία προβλημάτων και δυσλειτουργιών. Αποτυπώνοντας τα βασικά χαρακτηριστικά της αγοράς ιαματικού τουρισμού στην Ευρώπη (Πύλη Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης - Θερμαλισμός και Ιαματικός Τουρισμός (www.kpe.gr)), δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί η αναφορά στην πόλη Spa του Βελγίου στην οποία αποδίδεται η σημερινή ονομασία της κατηγορίας αυτής κέντρων ευεξίας και αναζωογόνησης που χρησιμοποιείται παγκοσμίως.

Μια από τις πιο γνωστές υπηρεσίες που προσφέρονται στην κατηγορία αυτή κέντρων είναι η σάουνα. Συγκεκριμένα στη Φινλανδία, η σάουνα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής των κατοίκων της. Δεν είναι απλά ένα μέρος λούσης, αλλά ένα χώρος ανανέωσης του σώματος και του πνεύματος. Λειτουργούν στη χώρα εγκαταστάσεις σάουνας ποικίλων μεγεθών και τύπων, από την ηλεκτρική σε ξενοδοχεία, πισίνες και ιατρικά κέντρα μέχρι τη μορφή των καμπίνων με την ατμόσφαιρα ατμού που τις καλύπτει. Για περισσότερο προηγμένες υπηρεσίες ευεξίας και αναζωογόνησης είναι οι λουτροπόλεις του Baden – Baden στη Γερμανία.

Πρόκειται για σύγχρονες εγκαταστάσεις όπου η θεραπευτική ικανότητα των ιαματικών πηγών έχει αξιοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό και η περιοχή έχει αναπτυχθεί με πάσης φύσεως επιχείρηση η οποία μπορεί να υποστηρίξει το προϊόν (διαμονή, εστίαση, εναλλακτικός τουρισμός, κ.λπ). (www.kpe.gr)

Παράλληλα, ίδιας ποιότητας και κατηγορίας είναι και τα ιαματικά κέντρα της Γαλλίας. Η σημασία των ιαματικών πηγών στην υγεία και ομορφιά έχουν άλλωστε αναγνωρισθεί από πολλούς οίκους προϊόντων ομορφιάς, όπως Vichy, Vittel και Evian με τις γνωστές σειρές περιποίησης οι οποίες εκμεταλλεύονται τις θεραπευτικές αυτές ενδείξεις.

Εντοπίζεται μεγάλος αριθμός κέντρων ιαματικού τουρισμού, όπως οι «Παρισιανές Οάσεις» και κέντρα θαλασσοθεραπείας. Επίσης, άλλες χώρες που καινοτομούν και επενδύουν συνεχώς στον ιαματικό τουρισμό είναι η Αυστρία, Σουηδία, Ισπανία και Ιταλία (www.traveldailynews.gr)

Όσον αφορά στην Ανατολική Ευρώπη, οι συνθήκες παροχής των υπηρεσιών που στηρίζονται στις ιαματικές πηγές έχουν εξελιχθεί κατά πολύ. Χώρες όπως η Τσεχία, Σλοβακία και Σλοβενία αποτελούν πλέον ανταγωνιστικούς προορισμούς και δεν έχουν να φοβηθούν τίποτε από τα αντίστοιχα κέντρα της Κεντρικής Ευρώπης. Το εύρος των υπηρεσιών έχει αυξηθεί και δεν περιορίζεται μόνο στη ποσιθεραπεία και λούση στα ιαματικά νερά, αλλά περιλαμβάνει ποικίλες υπηρεσίες ομορφιάς, ευεξίας και ανανέωσης σε υγιείς και μη επισκέπτες. Επίσης μεγάλη δύναμη παγκοσμίως σε θερμές ιαματικές πηγές είναι η Ουγγαρία. Στις λουτροπόλεις της χώρας εντοπίζονται ποικίλες δραστηριότητες από τις Ρωμαϊκές λούσεις και τα Τούρκικα λουτρά μέχρι και πάσης φύσεως εναλλακτικού τουρισμού. (www.espa-ehv.com)

Τέλος, εικόνα ανάπτυξης παρατηρείται σε χώρες όπως η Ελλάδα, Βουλγαρία, Σερβία, Τουρκία και, προσφάτως, η Κύπρος. Η αξιοποίηση αυτών εστιαζόταν ως τώρα κυρίως σε ιατρικές υπηρεσίες, αλλά τα τελευταία χρόνια αναπτύσσουν και εξελίσσουν εγκαταστάσεις και πακέτα υπηρεσιών. (www.espa-ehv.com)

Γενικότερα, στην Ευρώπη ο κλάδος του ιαματικού τουρισμού αναφέρεται ως «Ευεξία και Αναζωογόνηση», εντάσσοντας σε αυτόν όλες τις υπηρεσίες οι οποίες ικανοποιούν ανάγκες υγείας, ομορφιάς, χαλάρωσης και ανανέωσης. Απευθύνονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά και στα δύο φύλα του πληθυσμού. Πρόκειται για μια μορφή τουρισμού η οποία χαρακτηρίζεται από ένταση δραστηριοτήτων και με πολλές προοπτικές ανάπτυξης. Στη συνέχεια δίδεται μια συνοπτική εικόνα του ιαματικού τουρισμού βασικών προορισμών της Ευρώπης, με τον αριθμό των ιαματικών πηγών,

καθώς και το πλήθος των λουτροπόλεων – εγκαταστάσεων που λειτουργούν(European Spa Association , www.espa-ehv.com)

Άποψη του Thermal Bath Spa από την ομώνυμη πόλη Μπαθ/ Αγγλία



Πηγή: www.thermaebathspa.com

Άποψη των εγκαταστάσεων των Λουτρών Caracalla στην Λουτρόπολη Baden-Baden/ Γερμανία



Πηγή: www.caracalla.de

4.3 ΕΓΧΩΡΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στην Ελλάδα η αξιοποίηση των ιαματικών λουτρών ξεκίνησε εκ νέου στις αρχές του 20ου αιώνα. Οι πρώτοι ιαματικοί σταθμοί που αναπτύχθηκαν ήταν η Υπάτη, η Αιδηψός, η Κύθνος, η Κυλλήνη, το Λουτράκι Κορινθίας και ο Καϊάφας. Πολλά ιαματικά λουτρά, λόγω της γειννιάσής τους με τη θάλασσα, έγιναν μεγάλα, μοντέρνα τουριστικά θερμαλιστικά κέντρα που προσέλκυαν πολλούς τουρίστες (www.mif.uni-freiburg.de). Η Ελλάδα έχει το πλεονέκτημα έναντι άλλων χωρών της Ευρώπης να συνδυάζει το μεσογειακό κλίμα και τις καθαρές θάλασσες με τις ιαματικές πηγές. Οι ιαματικοί φυσικοί πόροι είναι διάσπαρτοι στην ελληνική επικράτεια, ενώ τα νερά των πηγών διαφέρουν από τα συνηθισμένα, είτε λόγω της υψηλής τους θερμοκρασίας είτε λόγω της παρουσίας σπάνιων δραστικών συστατικών (www.statistics.gr)

Η Ελλάδα είναι μία από τις πλουσιότερες χώρες σε φυσικές πηγές. Σύμφωνα με στοιχεία του Ινστιτούτου Γεωλογικών και Μεταλλευτικών Ερευνών (ΙΓΜΕ) (Σφέτσος, 1988), υπάρχουν 822 καταγεγραμμένες πηγές θερμομεταλλικών νερών όλων των κατηγοριών. Από το σύνολο των πηγών οι 752 μπορούν να αξιοποιηθούν, ενώ χρησιμοποιούνται σε μεγάλο ή μικρό βαθμό οι 348 (42%).

Από τις 348 πηγές οι 180 χρησιμοποιούνται για λουτροθεραπεία, οι 20 για λουτροθεραπεία και πόση ύδατος και 148 περίπου για πόση ύδατος. Οι περισσότερες πηγές βρίσκονται στα νησιά και αριθμούνται στις 229.

Ακολουθεί η Στερεά Ελλάδα με 156 πηγές, η Μακεδονία με 115, η Πελοπόννησος με 114, η Θεσσαλία με 57, η Ήπειρος με 56 και η Θράκη με 25. Από τις πηγές αυτές λειτουργούν ως λουτροπόλεις οι 80. (www.statistics.gr)

Συγκεκριμένα, περιοχές με εξαιρετικές ιαματικές πηγές είναι τα Καμένα Βούρλα, η Αιδηψός με θερμοκρασία 78οC η οποία είναι από τις πιο ονομαστές λουτροπόλεις της Ελλάδας με ιστορία 20.000 ετών, το Λουτράκι Αριδαίας, οι Θερμοπύλες στις οποίες, όπως αναφέρεται στη μυθολογία, ο Ηρακλής όφειλε τη δύναμή του επειδή λουζόταν στα νερά τους, η Βουλιαγμένη, η Θέρμη Μυτιλήνης, η Ικαρία και τα Μέθανα, τα οποία συνιστώνται σε ανθρώπους με ρευματικές, γυναικολογικές, δερματικές και κυκλοφορικές παθήσεις, καθώς και νεφρικά προβλήματα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η περιοχή Θέρμα της Λήμνου. Πρόκειται για μία πηγή με θερμοκρασία 42οC

χειμώνα-καλοκαίρι. Το νερό είναι πόσιμο και χωνευτικό, θεραπεύει παθήσεις του ουροποιητικού, αλλά και άλλων συστημάτων του οργανισμού (www.iraj.gr) .

Η ύπαρξη πολύ σημαντικών ιαματικών πηγών στη χώρα, σε τόπους με εξαιρετικό φυσικό περιβάλλον και κλίμα, παρέχει μεγάλες δυνατότητες ώστε, με την αξιοποίησή τους να εξελιχθούν από θεραπευτικά κέντρα που είναι σήμερα, στην πλειοψηφία τους, σε παραθεριστικά κέντρα υγείας, κατά το πρότυπο των μεγάλων κέντρων τουρισμού υγείας της Κεντρικής Ευρώπης.

Έτσι, η ανάπτυξη του ιαματικού τουρισμού είχε ως αποτέλεσμα πολλές από τις πηγές να αναδείξουν μεγάλες λουτροπόλεις. Οι περιοχές αυτές παρέχουν μεγάλες δυνατότητες, ώστε με την αξιοποίησή τους να εξελιχθούν σε κέντρα υποδοχής λουομένων όλων των ηλικιών για θεραπεία, πρόληψη, ξεκούραση, αναζωογόνηση και αναψυχή (www.statistics.gr)

Η Ελλάδα είναι πλούσια σε ιαματικές πηγές με νερά που έχουν ποικίλη φυσικοχημική σύσταση και ενδείκνυνται για εφαρμογή στη σύγχρονη φυσική υδροθεραπεία. Σχεδόν σε όλες τις ιαματικές πηγές που λειτουργούν στη χώρα σήμερα συναντάται μόνο η μορφή της θεραπείας και όχι η προσφορά υπηρεσιών που έχουν σχέση με την αναζωογόνηση του οργανισμού. Δηλαδή τα κέντρα που λειτουργούν στην Ελλάδα είναι περισσότερο κέντρα ιαματικού τουρισμού και όχι τουρισμού υγείας.

Σε ορισμένες από τις ιαματικές πηγές, που διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό, εφαρμόζονται και οι νέες μέθοδοι λουτροθεραπείας, όπως καταιονήσεις (για ορισμένο χρόνο το σώμα δέχεται το θερμομεταλλικό νερό, που έρχεται με ψηλή ή χαμηλή πίεση), υδρομαλάξεις, υδροκινησιοθεραπεία, ασκήσεις γυμναστικής, φυσιοθεραπεία, κλπ (Σπαθή, 2000).

Τα λουτρά στην Ελλάδα ταξινομούνται με βάση τη θερμοκρασία του νερού:

- σε κρύα (κάτω των 28οC)
- σε ζεστά (άνω των 28οC) (www.iama.gr) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑΣ

5.1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διοίκηση ολικής ποιότητας(ΔΟΠ) (Total Quality Management-TQM), στις υπηρεσίες υγείας, είναι μια σύγχρονη διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, ως σύνολο, με την συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα. Η έννοια της ποιότητας διακρίνεται στην τεχνική, τη διαπροσωπική ποιότητα και την ξενοδοχειακή υποδομή, έχοντας ως επίκεντρο την ικανοποίηση των ασθενών. Οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας της ΔΟΠ, στους οργανισμούς, για επιχειρηματική αριστεία σε συνεχές ανταγωνιστικό μεταβαλλόμενο περιβάλλον, είναι η δέσμευση της ηγεσίας, η εστίαση στον χρήστη-πελάτη υγείας, η συνεχής επικοινωνία με τους εργαζόμενους, η υποκίνηση, η ενθάρρυνση και η επιβράβευσή τους, η εκπαίδευση και επιστημονική κατάρτιση, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές, η ενεργή συμμετοχή των εργαζόμενων, η δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών, ο καθορισμός στόχων και η βαθμολόγηση αποδόσεων, η διαρκής αξιολόγηση αποτελέσματος και συνεχή ανασκόπηση και τέλος, η αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος. Σκοπός του παρόντος άρθρου, είναι μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, να εισαγάγει τη μεθοδολογία υλοποίησης ενός έργου ΔΟΠ, στις υπηρεσίες υγείας, ως καθημερινή βέλτιστη πρακτική, με έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ΔΟΠ συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος καθώς και στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ηγεσίας, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση όλων. Η ΔΟΠ αποτελεί μια καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Χρειάζεται ολοκληρωμένη προσπάθεια, προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας από την ηγεσία και εισαγωγή της στην κουλτούρα των εργαζομένων.

5.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγχρονη διοικητική λειτουργία που γνωρίζει ιδιαίτερη ανάπτυξη την τελευταία δεκαετία, ως το καλύτερο και το αποδοτικότερο μοντέλο διοίκησης, στην αποτελεσματική αξιοποίηση των παραγωγικών πόρων (ανθρώπινων, υλικών, τεχνικών) για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων του οργανισμού (Κουτουζής, κ.α, 1999, Μπουραντάς, 2002), είναι η διοίκηση ολικής ποιότητας – ΔΟΠ (Total Quality Management-TQM). Η ΔΟΠ προσαρμόζεται σε συνθήκες συνεχούς αλλαγής και στηρίζεται στην ενεργή κινητοποίηση των συνεργατών, για βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της επιχείρησης (Ahire et al, 1996, Lee et al, 2010, Talib et al, 2013). Η ΔΟΠ εμφανίζεται, ως το μέσο που μπορεί να εφαρμοστεί και στις μονάδες υγείας για την αύξηση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Johnson & Omachonu, 1995, Faloudah et al, 2015). Σε ένα περιβάλλον που εξελίσσεται συνέχεια, λόγω κοινωνικοπολιτικών αλλαγών και συνεχούς τεχνολογικής εξέλιξης, με την εμφάνιση νέων κινδύνων για την υγεία και την παγκοσμιοποιημένη ανταγωνιστική αγορά, η διοίκηση ενός νοσοκομείου, καλείται να υλοποιήσει αποφάσεις. Οι αποφάσεις, έχουν ήδη ληφθεί στη βάση των μετρήσιμων στόχων, στοχεύοντας με τις κατάλληλες ενέργειες να επιτευχτεί βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών ποιοτικών υπηρεσιών (Ennis & Harrington 1999). Τα τελευταία 30 χρόνια οι δαπάνες για την υγεία έχουν διπλασιαστεί, χωρίς να σημαίνει, ότι επιφέρουν και τα αναμενόμενα αποτελέσματα (WHO, 2006). Η ΔΟΠ, εμπεριέχει σε μεγάλο βαθμό την έννοια του ελέγχου. Ο έλεγχος έχει ιδιαίτερη σημασία στην επίτευξη στόχων και στη συγκράτηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εφαρμογή προγραμμάτων ΔΟΠ και πιο συγκεκριμένα η εφαρμογή συστημάτων ποιότητας, σε νοσηλευτικό ίδρυμα δίνει αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης στους ασθενείς-χρήστες υπηρεσιών υγείας (Hughes, 2008, McFadden et al, 2009). Βελτιώνεται, θεματικά η διαχείριση των αποθεμάτων και των πόρων, εξοικονομώντας χρόνο και κεφάλαια σε περίοδο συνεχούς εξελισσόμενου ανταγωνισμού (Yusuf et al, 2007). Επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με τη συνεχή βελτίωση του ποιοτικού αποτελέσματος (Lee, 2012, Talib et al, 2013).

5.3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ- TOTAL QUALITY MANAGEMENT

Η ΔΟΠ είναι μια διοικητική φιλοσοφία, για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού ως σύνολο, με τη συμμετοχή όλων των εργαζόμενων, σε όλα τα επίπεδα. Αποτελεί ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας, σε όλα τα στάδια των διεργασιών του οργανισμού και όχι μόνο στην παραγωγή ή την εξυπηρέτηση των πελατών (Seetharaman et al, 2006, Evans & Lindsay, 2011). Ο Oakland (2012), αναφέρει ότι η ΔΟΠ, είναι μια προσπάθεια για αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της δομής όλου του οργανισμού. Ουσιαστικά τα στοιχεία της ΔΟΠ, όπως προκύπτει και από το όνομα Λογοθέτης, 1992, Lau & Anderson, 1998, Oakland, 2012). Το στοιχείο Διοίκησης: αναφέρεται στη δέσμευση της διοίκησης σε όλες της δραστηριότητες του οργανισμού, για τη συνεχή υποστήριξη της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το στοιχείο της ολικής συμμετοχής: μια συνολική συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων (εργαζόμενοι, προμηθευτές, ασθενείς) (Lau & Anderson, 1998, Dayton, 2003), ενώ το στοιχείο της ποιότητας: εμπεριέχει εκπλήρωση απαιτήσεων, προσδοκιών των πελατών - ασθενών (Sit et al, 2009). Ως πελάτης θεωρείται εσωτερικός και εξωτερικός. Η έννοια του πελάτη, εμπεριέχει τελικούς καταναλωτές, χρήστες προϊόντων και εργαζόμενους σε όλες τις βαθμίδες, οι οποίοι συμμετέχουν στην παραγωγή και επηρεάζουν την προσφερόμενη ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

5.3.1 Η εξέλιξη της σειράς προτύπων ISO

Η πρώτη σειρά διεθνών προτύπων από το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standard Organization) για τη διασφάλιση της ποιότητας κυκλοφόρησε το 1987 με την γενική ονομασία ISO 9000 και εξειδικευμένα πρότυπα ανάλογα με το είδος εφαρμογής. Η ευρύτητα στη χρήση τους αλλά κυρίως η καθολική αποδοχή τους οδήγησε στην πρώτη γενική αναθεώρησή τους το 1994. Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 είναι χρήσιμα σε όλες τις κατηγορίες επιχειρήσεων από βιομηχανίες έως επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών όπως ιατρική, τουρισμός, ασφαλιστικές εταιρείες κλπ. Στη σειρά προτύπων ISO 9000 έχουμε δύο βασικές κατηγορίες προτύπων. Η πρώτη αφορά τα πρότυπα απαιτήσεων για πιστοποίηση τα ISO-9001, ISO- 9002, ISO-9003, και ISO-

10012. Μια επιχείρηση που θέλει να πιστοποιηθεί θα πρέπει να επιλέξει ένα απ' αυτά τα πρότυπα για να πιστοποιηθεί από κάποιο αρμόδιο φορέα. Στη δεύτερη κατηγορία έχουμε τα καθοδηγητικά πρότυπα τα ISO-8402, ISO-9000, ISO-9004 και ISO-10011. Αυτά έχουν συμβουλευτικό χαρακτήρα και προσδιορίζουν κάποιες ιδιότητες που είναι σημαντικές για την ποιότητα. (Αρβανητογιάννης, Σ.Ι και Κούρτης, Λ.2002)

Μια γενική περιγραφή των προτύπων ανάλογα με τη χρήση τους αλλά και με το είδος της επιχείρησης είναι (Αρβανητογιάννης Σ.Ι και Κούρτης Λ2002)

1 ISO 9001 το οποίο περιλαμβάνει τη διασφάλιση ποιότητας στο σχεδιασμό, στην ανάπτυξη, στην παραγωγή προϊόντων ή προσφορά υπηρεσιών, στην εγκατάσταση και την τεχνική υποστήριξη. Το συγκεκριμένο πρότυπο στην έκδοση ISO-9000:1994 είναι το πιο ολοκληρωμένο πρότυπο πιστοποίησης.

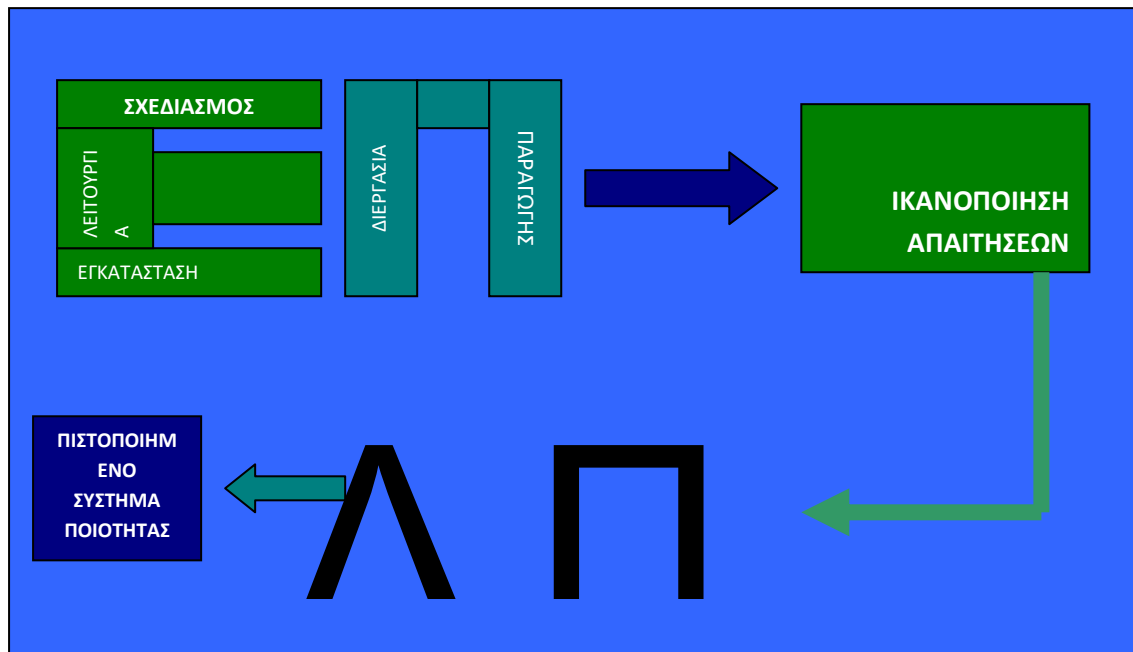
2 ISO 9002 που περιλαμβάνει τη διασφάλιση ποιότητας στην παραγωγή προϊόντων ή προσφορά υπηρεσιών, την εγκατάσταση και την υποστήριξη.

3 ISO 9003 περιλαμβάνει τη διασφάλιση της ποιότητας μόνο στον τεχνικό έλεγχο και στη δοκιμή του προϊόντος. Στην αναθεωρημένη του μορφή έχει διευρυνθεί και περιλαμβάνει επιθεώρηση των συμβάσεων, έλεγχο των προϊόντων προς παράδοση σε πελάτες, παραγωγικές δραστηριότητες και εσωτερικούς ελέγχους ποιότητας καθώς και αυξημένη συμμετοχή του μανάτζμεντ.

Η επιβίωση ενός οργανισμού στο σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο και ανταγωνιστικό περιβάλλον, αλλά και η πιθανή επιτυχία του ανεξάρτητα από τις συνεχείς πιέσεις που δέχεται από τις έξωθεν δυνάμεις π.χ οικονομικές πιέσεις, τεχνολογικές εξελίξεις, πολιτικές ανακατατάξεις, κοινωνικές μεταβολές κ.λπ. βασίζεται πια σε μεγάλο βαθμό στη ποιότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών που προσφέρει. Σύμφωνα με το δικτυακό τόπο (<http://www.dti.gov.uk/quality/evolution>) όπως αυτός δίνεται από τον Αρβανητογιάννη Σ.Ι (2002), η ποιότητα ορίζεται ως «το σύνολο των ιδιαιτεροτήτων και των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή της υπηρεσίας που στηρίζεται στην ικανότητα του να ικανοποιεί δηλωμένες ή επιβαλλόμενες ανάγκες».

Η ποιότητα ορίζεται μέσω δυο διαφορετικών διεργασιών: Του ελέγχου Ποιότητας και της Διασφάλισης Ποιότητας. Ο Έλεγχος ποιότητας αποτελεί μέρος της διοίκησης Ποιότητας, στοχεύει στην εκπλήρωση στην εκπλήρωση των απαιτήσεων της ποιότητας και ασκείται σ' όλα τα επίπεδα στα οποία εστιάζει η Διασφάλιση

Ποιότητας δίνοντας συγκεκριμένες ενδείξεις ότι οι απαιτήσεις ποιότητας πρόκειται ν' εκπληρωθούν .



Πηγή: Αρβανητογιάννης Σ.Ι και Κούρτης Α(2002), ISO9000:2000

Ιστορικά προσεγγίζοντας τα πρότυπα Ποιότητας θα χρειαστεί να πάμε αρκετά χρόνια πίσω, μια και το πρώτο πρότυπο αναπτύχθηκε μετά το τέλος του Πρώτου Παγκόσμιου Πολέμου το 1920 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το συγκεκριμένο πρότυπο Ποιότητας ονομαζόταν πρότυπο πυρομαχικών και το ανέπτυξαν οι Βρετανοί με σκοπό να έχουν υψηλής ποιότητας οπλικά συστήματα τα οποία θα δημιουργούσαν προβλήματα στον εχθρό χωρίς να βάζουν σε κίνδυνο τους στρατιώτες τους Βρετανικού στρατού. Η επόμενη κίνηση σε σχέση με τα πρότυπα ποιότητας έγινε πολλά χρόνια μετά και συγκεκριμένα το 1950 όπου ο Αμερικάνος ναύαρχος Rickover ανέπτυξε μια λίστα με 18 αιτίες στις οποίες οφειλόταν τα περισσότερα ελαττώματα στη κατασκευή των υποβρυχίων, στοχεύοντας μ' αυτό τον τρόπο να μην επαναληφθούν. Η NASA χρησιμοποίησε αργότερα την εφαρμογή της συγκεκριμένη φιλοσοφίας διασφάλισης ποιότητας στα διαστημικά προγράμματα.

Το 1946 στη Γενεύη της Ελβετίας ιδρύθηκε ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO, International Standards Organization). Βασικός σκοπός του οργανισμού αυτού ήταν η δημιουργία κοινών διεθνών προτύπων για την παραγωγή και το εμπόριο (Αγγελίδης Κ.Δ 2001). Κατανοώντας ο συγκεκριμένος οργανισμός τη σημασία των αρχών της ποιότητας ανέθεσε σε μια ειδική Τεχνική Επιτροπή (ISO/TC 176) τη

δημιουργία ειδικών προτύπων που θα υποστήριζαν, τη προσπάθεια διαφόρων επιχειρήσεων οι οποίες δραστηριοποιούνταν σε διάφορους κλάδους να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν συγκεκριμένα πρότυπα ποιότητας (International Standards Organization:ISO9000 Series Publication- όπως παραπέμπει Δερβισιώτης 2001).

Η Επιτροπή στηριζόμενη και σε μια μετέπειτα κίνηση του Ινστιτούτου Βρετανικών Προτύπων (BSI) το 1972, (το οποίο δημοσίευσε έναν οδηγό για τη Διασφάλιση Ποιότητας, ο οποίος αργότερα το 1979 εξελίχτηκε σ' ένα νέο πρότυπο γνωστό ως BS5750, ώστε να χρησιμοποιείται για εσωτερικούς και εξωτερικούς ελέγχους αλλά και στη διασφάλιση ποιότητας) (Αρβανητογιάννη Σ.Ι ,2002), δημιούργησε τα πρότυπα σειράς ISO9000, τα οποία αποτελούν οδηγό των επιχειρήσεων όλων των τύπων και μεγεθών για την εφαρμογή και πιστοποίηση των συστημάτων διασφάλισης ποιότητας των λειτουργικών δραστηριοτήτων τους(Αγγελίδης, Κ.Δ, 2001).

Σύμφωνα με τον Αρβανητογιάννη, Σ.Ι (2002), ο ISO (Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης- International Standards Organization) είναι μια διεθνής ομοσπονδία των εθνικών οργανισμών προτύπων που αντιπροσωπεύει περισσότερες από 160 χώρες. Η μετατροπή και αναστροφή του όρου IOS, που ήταν αρχικά, σε ISO (που θυμίζει την ελληνική προσφώνηση ίσος) έγινε διότι η προηγούμενη ονομασία θύμιζε περισσότερο χάος. Η συγκεκριμένη οργάνωση προωθεί την ανάπτυξη της τυποποίησης και των σχετιζόμενων δραστηριοτήτων και ενισχύει την ανταλλαγή προϊόντων και υπηρεσιών σε διεθνές επίπεδο, ενισχύοντας συγχρόνως τις επιστημονικές, τεχνολογικές και οικονομικές συνεργασίες. Ο ISO αποτελείται από περισσότερες από 170 τεχνικές επιτροπές, 650 υποεπιτροπές, περίπου 2000 ομάδες εργασίας και 20-ερευνητικές-ομάδες μελέτης.

5.3.2 Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000:1994

Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 κατατάσσονται σε 4 βασικές κατηγορίες (Αρβανητογιάννη Σ.Ι 2002) :

1. Ορισμοί Το πρότυπο της κατηγορίας αυτής ISO 8402 περιέχει τους αστικούς όρους και ορισμούς εννοιών αναφορικά με τη διαχείριση και διασφάλιση ποιότητας.
2. Οδηγίες για επιλογή και χρήση. Τα πρότυπα ISO 9000 – 1, ISO 9000-2, ISO 9000-3 και ISO 9000-4 παρέχουν οδηγίες ως προς την επιλογή, χρήση και εφαρμογή των προτύπων μίας σειράς ISO 9000.

3. Στοιχεία συστήματος διασφάλισης ποιότητας. Τα πρότυπα που εντάσσονται στην κατηγορία αυτή παρέχουν τα βασικά στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας. Είναι κατευθυντήριες οδηγίες υπό τη μορφή συμβουλών και παρέχουν βοήθεια σε οργανισμούς ή επιχειρήσεις για την ανάπτυξη και υλοποίηση ενός αποτελεσματικού ενδοεπιχειρησιακού προγράμματος για τη διασφάλιση της ποιότητας. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τα πρότυπα ISO 9004-1, ISO 9004-2, ISO 9004-3, και ISO 9004-4.

4. Μοντέλα διασφάλισης ποιότητας. Τα μοντέλα διασφάλισης ποιότητας ISO 9001, ISO 9002, και ISO 9003 χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου η διασφάλιση της ικανότητας ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης να προμηθεύει προϊόντα ή να παρέχει υπηρεσίες με βάση συμφωνημένες προδιαγραφές αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση στις εμπορικές συναλλαγές. Για τη διαπίστωση της συμμόρφωσης ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης προς ένα από τα τρία μοντέλα διασφάλισης ποιότητας χρησιμοποιείται ο μηχανισμός της πιστοποίησης. Η πιστοποίηση είναι η ανεξάρτητη και τεκμηριωμένη διαπίστωση από έναν αρμόδιο φορέα, τον Οργανισμό Πιστοποίησης, ότι ο ενδιαφερόμενος οργανισμός ή επιχείρηση λειτουργεί με βάση ένα αποτελεσματικό σύστημα ποιότητας το οποίο εναρμονίζεται με τις απαιτήσεις των προτύπων της σειράς ISO 9000. (Αρβανητογιάννη Σ.Ι 2002)

5.3.3 Τα πρότυπα της σειράς ISO 9000:2000

Βασισμένη στην παγκόσμια εμπειρία εφαρμογής των προτύπων της σειράς ISO 9000 (1994), η τεχνική επιτροπή 176 του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης ISO τα προηγούμενα χρόνια ξεκίνησε μια μεγάλη συζήτηση για την αναμόρφωση και προσαρμογή τους στις σημερινές απαιτήσεις της αγοράς. Κατέληξε στις τελικές προτάσεις της το καλοκαίρι του 2000 και παρέπεμψε το τελικό κείμενο προς έγκριση. Το Νοέμβριο του 2000, εκδόθηκε από το ISO η αναθεωρημένη σειρά προτύπων ISO 9000 : 2000. Οι αλλαγές στη σειρά των προτύπων περιλαμβάνουν (Tsiotras, 1993):

- Την σύμπτυξη των ISO 9001 : 1994, ISO 9002: 1994 και ISO 9003 : 1994 σε ένα καινούργιο πρότυπο, το ISO 9001 : 2000 (απαιτήσεις του προτύπου)

- Την σύμπτυξη του ISO 8402 και μέρος του ISO 9000-1 σε ένα καινούργιο πρότυπο το ISO 9000:2000 (αρχές και ορολογία – λεξικό)
- Την αναθεώρηση του ISO 9004-1 σε ένα καινούργιο πρότυπο, το ISO 9004:2000 (οδηγίες για βελτιώσεις στην απόδοση της επιχείρησης).
- Την σύμπτυξη του ISO 10011 με τα ISO 14010, ISO 14011 και ISO 14012 σε ένα καινούργιο πρότυπο (οδηγίες) για την επιθεώρηση συστημάτων ποιότητας και περιβαλλοντικών συστημάτων (ονομάζεται ISO 19011).

Οι κυριότερες αλλαγές που έχουν ενσωματωθεί στο νέο πρότυπο ISO 9001:2000 και ISO 9004:2000 είναι οι εξής (Tsiotras, 1993):

1. Νέα δομή προσανατολισμένη στις διαδικασίες, που υποστηρίζεται από μια πιο λογική σειρά των περιεχομένων του προτύπου.
2. Διαδικασία συνεχούς βελτίωσης, ως ένα σημαντικό βήμα για την ανάπτυξη του συστήματος ποιότητας.
3. Μεγαλύτερη έμφαση στο ρόλο της ανώτατης διοίκησης ο οποίος περιλαμβάνει τη δέσμευσή της στην ανάπτυξη και βελτίωση του συστήματος ποιότητας, συνυπολογισμό κανονισμών και νομικών απαιτήσεων, καθώς και καθορισμό μετρήσιμων στόχων σε κάθε σχετική λειτουργία και επίπεδο του οργανισμού.
4. Η έννοια των «επιτρεπτών εξαιρέσεων» έχει συμπεριληφθεί στο πρότυπο έτσι ώστε να καλυφθούν όλες οι επιχειρήσεις οποιουδήποτε κλάδου.
5. Η απαίτηση να διαθέτει ο οργανισμός πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση και / ή τη μη ικανοποίηση των πελατών ως ένα μέτρο της απόδοσης του συστήματος.
6. Σημαντική μείωση στον όγκο της απαιτούμενης τεκμηρίωσης.
7. Αλλαγές και βελτιώσεις στην ορολογία για καλύτερη κατανόηση του προτύπου.
8. Μεγαλύτερη συμβατότητα με το πρότυπο της περιβαλλοντικής διαχείρισης.
9. Συγκεκριμένη αναφορά τις αρχές της Διαχείρισης Ποιότητας.
10. Λαμβάνονται υπόψη τα οφέλη και οι ανάγκες όλων των ενδιαφερόμενων μερών (επιχείρησης, πελατών, εργαζομένων κλπ.)
11. Δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στη διαθεσιμότητα των πόρων.
12. Καθορισμός της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης.
13. Οι μετρήσεις επεκτείνονται στο σύστημα, στις διαδικασίες και στο προϊόν.

14. Αναλύσεις των δεδομένων που έχουν συγκεντρωθεί σχετικά με την απόδοση του συστήματος ποιότητας.

15. Επιπλέον εισάγεται έννοια της αυτό-αξιολόγησης της επιχείρησης ως οδηγός για βελτιώσεις (ISO 9004). (Tsiotras, 1993)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ISO 9001, 9002 ΚΑΙ 9003

<u>ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ</u>	<u>ISO-9001</u>	<u>ISO-9002</u>	<u>ISO-9003</u>
<i>Αρμοδιότητες και ευθύνες διοίκησης</i>	X	X	X
<i>Χαρακτηριστικά του συστήματος ποιότητας και του αντίστοιχου εγχειριδίου που προσδιορίζει τον τρόπο λειτουργίας του</i>	X	X	X
<i>Διαδικασία αξιολόγησης συμβολαίων με τρίτους</i>	X	X	-
<i>Έλεγχος σχεδιασμού</i>	X	-	X
<i>Έλεγχος σχεδίασης προϊόντος</i>	X	X	X
<i>Έλεγχος στοιχείων τεκμηρίωσης και δοκιμών</i>	X	X	X
<i>Διαδικασία Προμηθειών</i>	X	X	X
<i>Έλεγχος προϊόντων εισροών από προμηθευτές</i>	X	X	X
<i>Κωδικοποίηση παρακολούθηση</i>	X	X	X
<i>Έλεγχος παραγωγικής διαδικασίας</i>	X	X	X
<i>Εξοπλισμός επιθεώρησης, μέτρησης και δοκιμής</i>	X	X	X
<i>Έλεγχος εξοπλισμού</i>	X	X	X
<i>Ενέργεια επανόρθωσης</i>	X	X	X
<i>Χειρισμός, αποθήκευση, πακετοποίηση και παράδοση</i>	X	X	X
<i>Αρχεία ποιότητας</i>	X	X	X
<i>Εσωτερικός έλεγχος ποιότητας</i>	X	X	X
<i>Εκπαίδευση</i>	X	X	X
<i>Υπηρεσίες</i>	X	X	X
<i>Στατιστικές τεχνικές</i>	X	X	-
<i>Χρήση στατιστικών εργαλείων</i>	X	X	X

Πηγή: Δερβιτσιωτης Ν, Κ,(2001), Ανταγωνιστικότητα Με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, INTERBOOKS, σελ 114-118

5.4 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Deming (1993), η ποιότητα ως έννοια υφίσταται από το 1950. Από τότε έως και σήμερα, έχουν δοθεί διάφορες ερμηνείες, από διάφορους υποστηρικτές «καλή ποιότητα είναι ένας προβλέψιμος βαθμός αξιοπιστίας, με χαμηλό κόστος και σύμφωνα με τις απαιτήσεις της αγοράς». «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση στις απαιτήσεις» (Crosby, 1980). Ο ευρύτερα χρησιμοποιημένος ορισμός, είναι «η ποιότητα να ικανοποιεί και υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans & Lindsay, 2011). Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας, είναι πιο σύνθετη και πολύπλοκη, σε σχέση με τις επιχειρήσεις, που η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν ή υπηρεσία) είναι ταυτόσημη με την τήρηση προδιαγραφών του προϊόντος. Βασικός σκοπός είναι να μην υπάρχουν αποκλίσεις από διαδικασίες και τελικό αποτέλεσμα (Crosby, 1980). Στις υγειονομικές μονάδες, η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές προσεγγίσεις. Όταν στην υγεία, αναφέρεται ελάττωμα ή έλλειψη, σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της κακής πρακτικής στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (Gilbert et al 1992, Τούντας, 2003, Lillrank, 2015). Η βάση της βελτίωσης σύμφωνα με τον Gilbert et al, (1992), είναι η πρόληψη των ίδιων λαθών, σε όλα τα επίπεδα της παροχής της υπηρεσίας και η διακοπή μέχρι να εξακριβωθεί το λάθος. Ο Donabedian (1980), ορίζει την ποιότητα, ως «τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, αφού υπολογιστούν όλες οι ωφέλειες και οι απώλειες, που πρόκειται να αντιμετωπιστούν σε μια διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης» (Theodorakioglou & Tsiotras, 2000, Harteloh, 2003). Σύμφωνα με τον Black (1990), υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, είναι όταν παρέχει αποτελεσματική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη, που παρέχεται δίκαια, αποδοτικά, αποτελεσματικά και ανθρώπινα. Ο Kronenfeld (2006), ορίζει την ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ως το βαθμό κατά τον οποίο, οι παρεχόμενες υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και είναι σύμφωνα με τη σύγχρονη ιατρική γνώση. Η Ποιότητα συμβαδίζει με την ικανοποίηση του πελάτη, τις προσδοκίες και αντιλήψεις του. Ως ικανοποίηση, μπορεί να οριστεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι προσδοκίες των ασθενών, επιβεβαιώνονται με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (Naidu, 2009, Faloudah et al, 2015).

5.5 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, συνίσταται σε τρεις επιμέρους διαστάσεις, σύμφωνα με τον Donabedian (1980) την τεχνική ποιότητα (technical quality), τη διαπροσωπική ποιότητα (Interpersonal) και τη ξενοδοχειακή υποδομή. Η τεχνική ποιότητα εκφράζει γνώση, επιστημονική κατάρτιση, επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας, για το όσο γίνεται καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα, με όλα τα επιστημονικά, τεχνολογικά μέσα που έχουν οι υπηρεσίες στη διάθεση τους. Επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας, προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα (Καϊτελίδου, 2010). Η διαπροσωπική ποιότητα, εστιάζεται στις προτιμήσεις, ανάγκες των ασθενών, στην επιλογή των κατάλληλων μεθόδων στην ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας, στις απαιτήσεις των ασθενών. Η ξενοδοχειακή υποδομή αφορά το χώρο και συνθήκες περιβάλλοντος που προσφέρεται η φροντίδα. Οι διαστάσεις αυτές, συσχετίζονται με ποικίλους τρόπους για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αφορούν, όλη την παραγωγική διαδικασία του συστήματος παραγωγής και διάθεσης, υπηρεσιών υγείας. Εστιάζονται, στη σωστή αξιοποίηση των εισροών του συστήματος (οικονομικοί πόροι, ανθρώπινο δυναμικό, υλικοτεχνική υποδομή), στις διαδικασίες (εξετάσεις, λήψη ιστορικού, διάγνωση, θεραπεία, επανέλεγχος, αποκατάσταση) που εφαρμόζονται για την παροχή φροντίδας, μέχρι και στα αποτελέσματα της όλης διαδικασίας (βελτίωση επιπέδου υγείας, ποιότητας ζωής) (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2002, Λιαρόπουλος, 2010). Υπάρχουν, μερικά χαρακτηριστικά που προσδίδουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, στην απόδοση των υπηρεσιών υγείας, που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) (2002) είναι:

- η φροντίδα να χορηγείται με το σωστό τρόπο, την κατάλληλη επιστημονική γνώση, για το επιθυμητό αποτέλεσμα, να ικανοποιηθεί ο ασθενής σύμφωνα με τις ανάγκες του,
- να υπάρχει ασφάλεια όσον αφορά τη μείωση των ανεπιθύμητων κινδύνων για τους χρήστες και για εμπλεκόμενους φορείς και φυσικά,
- να υπάρχει αναλογία των αποδόσεων της φροντίδας, προς τις πηγές και τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν (εκτίμηση κόστους - αποτελέσματος). Τελική, θετική έκβαση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Η ΔΟΠ περιλαμβάνει στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοχεύοντας στη διασφάλιση της ποιότητας. Διαθέτει μέτρα, γίνεται λεπτομερής καταγραφή και

ανάλυση των διαδικασιών και του αποτελέσματος (Gilbert et al, 1992, Κοράκη & Πέππας, 2013, Mosadeghrad, 2014b). Η ΔΟΠ υιοθετεί μια προσέγγιση μείωσης του κόστους, με ταυτόχρονη αύξηση της ικανοποίησης και κατά επέκταση της εμπιστοσύνης των πελατών - χρηστών υγείας, μέσω διαρκών βελτιώσεων, οι οποίες οδηγούν σε ένα αναβαθμισμένο σύνολο, δίνοντας έτσι ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Zhang et al, 2000, Talib & Rahman, 2010).

5.5.1 Μεθοδολογία Υλοποίησης Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Ο στόχος της ΔΟΠ, είναι να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ πελάτη και προμηθευτή και να γίνουν αντιληπτές, οι ανάγκες των πελατών. Η ΔΟΠ δεν είναι απλώς ένα σχέδιο που εφαρμόζεται και στη συνέχεια εγκαταλείπεται. Είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες της μονάδας. Προϋποθέτει αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης ποιότητας που ξεκινά από την ιεραρχία και επεκτείνεται οργανωτικά προς τα κάτω, χαρακτηρίζοντας όλη τη λειτουργία του οργανισμού (Sarathy, 2013). Αν και δεν υπάρχουν μοντέλα απόλυτα, εισαγωγής, υιοθέτησης και συνεχούς εφαρμογής ΔΟΠ, υπάρχουν όμως κρίσιμα βήματα, για τη μετάβαση προς τη διοίκηση με αρχές ολικής ποιότητας. Πριν από την ανάπτυξη ενός συστήματος ΔΟΠ, ο οργανισμός θα πρέπει να αξιολογήσει το εσωτερικό, εξωτερικό περιβάλλον και να προσδιορίσει την αποστολή και το όραμα του (Μποχώρης, 2008, Fotopoulos & Psomas, 2010). Σύμφωνα με τους Talib & Rahman (2010), υπάρχουν κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας της ΔΟΠ, που μπορεί να βοηθήσουν τους οργανισμούς να επιτύχουν επιχειρηματική αριστεία και να προσαρμοστούν στο συνεχές ανταγωνιστικό μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Αυτό το οργανωτικό μοντέλο, μπορεί να εφαρμοστεί και στους οργανισμούς υγείας και να επιφέρει ανάλογα αποτελέσματα (Faloudah et al, 2015).

5.6 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ, ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Βασικό σημείο στην υλοποίηση προγράμματος ΔΟΠ, είναι η ανίχνευση των αναγκών των πελατών (εσωτερικών και εξωτερικών) και να διενεργούνται μετρήσεις που αντανακλούν την ικανοποίηση των αναγκών (Naidu, 2009). Απαραίτητη προϋπόθεση, ο καθορισμός στόχων, η εξάλειψη λαθών στη θεραπεία με την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και ο ορισμός δεικτών μέτρησης ποιότητας (Chassin &

Leob, 2013, AlAssaf & Sheikh, 2004). Οι Δείκτες Αξιολόγησης είναι μετρήσιμα στοιχεία των παρεχόμενων υπηρεσιών και μπορούν, να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, δίνοντας σημαντικά στοιχεία για το επίπεδο υγείας, αλλά και συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας υγείας (Ψαρόπουλος, 2010). Οι δείκτες αφορούν τη δομή του οργανισμού (Παπακωστίδη & Τσουκαλά, 2012), μέθοδοι αξιολόγησης, οργάνωση ανθρώπινου δυναμικού, σύνολο αναπτυγμένων κλινών, νοσηλευτές ανά κλίνη (Καϊτελίδου, 2010, Παπακωστίδη & Τσουκαλά, 2012). Δείκτες που εκτιμούν τις διαδικασίες, που δίνουν πληροφορίες για το τι συμβαίνει στον ασθενή από τη διάγνωση μέχρι και την έξοδο του, την κατάσταση αναμονής, αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία, εφαρμογή διασφάλισης ποιότητας, χρήση ενδεδειγμένων επιστημονικών πράξεων, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, απαιτούμενες ιατρικές εξετάσεις. Δείκτες αποτελέσματος που εστιάζουν, στις συνέπειες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στο επίπεδο υγείας των ατόμων αλλά και του πληθυσμού, ποσοστό επιβίωσης, υποτροπές νόσου, ικανοποίηση ασθενών (Ader et al, 2001, Mainz, 2003) και δείκτες αποδοτικότητας, αναφορικά με το διάστημα εναλλαγής, Μ.Δ.Ν, ρυθμός εισροής. Διαρκή αξιολόγηση αποτελέσματος και σύγκριση με τους στόχους, βαθμολόγηση αποδόσεων (Benchmarking) του οργανισμού (Talib et al, 2011). Οι λειτουργίες και οι διαδικασίες παρακολουθούνται και αξιολογούνται συνεχώς, για να υπάρχει γνώση κάθε φορά στα στελέχη, για το τι ακριβώς συμβαίνει. Εάν, από την σύγκριση των αποτελεσμάτων, με βάση κριτήρια που έχουν καθοριστεί από την αρχή, υπάρχουν αποκλίσεις, απαιτείται λήψη διορθωτικών μέτρων. Η σύγκριση στοχεύει στο εντοπισμό των αποκλίσεων μεταξύ επιθυμητού και πραγματοποιηθέντος (Jackson, 2001, Mosadeghrad, 2006a). Διαρκής ανασκόπηση και αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος. Η πρόοδος της ΔΟΠ βασίζεται στη συστηματική ανασκόπηση και στον έλεγχο της βελτίωσης της ποιότητας (Ovretveit, 2000, Carman, 2010). Επανεκτιμάται η όλη διαδικασία, καθορίζονται αναθεωρήσεις και νέοι στόχοι υψηλότεροι. Ωστόσο η λεπτομερής καταγραφή της παρεχόμενης φροντίδας, η εξαγωγή δεικτών, ο καθορισμός προτύπων για τη σύγκριση της απόδοσης, είναι απαραίτητα όχι μόνο για την εφαρμογή ΔΟΠ, αλλά για όλους τους υγειονομικούς οργανισμούς (Cheng et al 1999, WHO 2003). Τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένας οργανισμός υγείας από την υιοθέτηση ενός προγράμματος ΔΟΠ (Oakland & Rortter, 1999, Jackson, 2001, Ovretveit, 2004, Talib & Rarhman, 2010, Talib, 2013) είναι:

- Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Αύξηση της ικανοποίησης εσωτερικών - εξωτερικών πελατών.
- Αύξηση της ανταγωνιστικότητας των παραγόμενων υπηρεσιών.
- Αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων σε όλες τις βαθμίδες.
- Μείωση κόστους εργασιών. Εξετάζονται όλες οι διεργασίες, ώστε να μειωθεί η σπατάλη και η μη παραγωγική διαδικασία. Καλύτερο ποιοτικό αποτέλεσμα με το όσο δυνατόν μικρότερο κόστος.
- Αναπτύσσονται καλές διαδικασίες επικοινωνίας και πληροφόρησης, Ενισχύονται οι σχέσεις μεταξύ των εργαζόμενων.
- Η φροντίδα παρέχεται στον σωστό χρόνο.

5.7 ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΟΠ

Η εισαγωγή ΔΟΠ, απαιτεί κατάλληλες προϋποθέσεις, σχεδιασμό ενεργειών, υπευθυνοτήτων και μέσων, στηριζόμενα στις βασικές αρχές που την διέπουν. Στην εφαρμογή της, που δεν είναι καθόλου εύκολη, στους πολύπλοκους οργανισμούς υγείας, εμφανίζονται συχνά εμπόδια και λάθη. Διαπιστώνεται:

- ✚ Έλλειψη συμμετοχής της διοίκησης και άρνηση των εργαζόμενων να συμμετέχουν σε αντίστοιχα προγράμματα (Jackson, 2001, Chen et al, 2004, Mosadeghrad, 2014a).
- ✚ Μη συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού που δημιουργεί δυσκολία στην υιοθέτηση και την συνέχιση ενός προγράμματος ΔΟΠ (Shortell et al 1998, Wardhani et al 2009).
- ✚ Έλλειψη ομαδικής εργασίας και συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων και απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για κατάρτιση και ενίσχυση των εργαζόμενων σε όλες τις βαθμίδες (Wardhani et al, 2009, Mosadeghrad, 2014a).
- ✚ Δυσκολία δημιουργεί και η αδυναμία θεώρησης των προβλημάτων, από όλες τις πλευρές προκειμένου να βρεθεί λύση (Brashier et al 1996).
- ✚ Ανεπαρκείς οικονομικοί πόροι (Ovretveit 2000, Mosadeghrad, 2014a).
- ✚ Η χρησιμοποίηση του υψηλού κόστους, ως δικαιολογία για τη μη εφαρμογή της ΔΟΠ, αναφέρεται στην υποστήριξη νέων τεχνολογιών και στην

προσαρμογή του οργανισμού στο συνεχές αναπτυσσόμενο περιβάλλον της ιατρικής (Mosadeghrad, 2013).

- ✚ Οι μάνατζερ και οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν την έλλειψη χρόνου, ως εμπόδιο, προκειμένου να επικεντρωθούνε προγράμματα ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης που θα φέρουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Ovretveit 2000).
- ✚ Έλλειψη οργανωμένης πληροφόρησης και χρήσης στοιχείων. Ένα πρόγραμμα ολικής ποιότητας, χρειάζεται αξιόπιστα στοιχεία, για αποτελέσματα αξιόπιστα και η μέτρηση τους να είναι συνεπής (Chen et al, 2004, Wardhani et al, 2009).
- ✚ Τα Εμπόδια κουλτούρας στον οργανισμό, δυσχεραίνουν τη διοίκηση ποιότητας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να δίνουν έμφαση σε αξίες που συνδέονται άμεσα με την εξασφάλιση της ποιότητας (Henry 2001, Wardhani et al 2009).
- ✚ Να υπάρχει η βεβαιότητα, ότι η υποστήριξη προγράμματος ΔΟΠ, θα έχει θετικές αλλαγές, στους ίδιους και στον οργανισμό. Η κάθε αλλαγή, σε κάτι καινούργιο, συνδέεται λίγο ή πολύ με αβεβαιότητα, ως προς τα χαρακτηριστικά και τις συνέπειες στα άτομα (Grol et al, 2002, Mosadeghrad, 2006b).
- ✚ Οι εργαζόμενοι έχουν την εντύπωση, ότι θα στερηθούν δύναμη, αξία ή περιεχόμενο εργασίας, που απολαμβάνουν στην κατεστημένη κατάσταση (Stephens, 1994, Scott et al, 2003). Οι ομάδες ποιότητας, θα πρέπει να λαμβάνουν την ευθύνη για το αποτέλεσμα της εργασίας τους, να μετρούν την απόδοση τους, να προγραμματίζουν και να εφαρμόζουν βελτιωτικές ενέργειες.

Πέρα από τα εμπόδια που υπάρχουν, τα τελευταία χρόνια, αρκετοί οργανισμοί (ISO 9000, 2000, ΕΛΟΤ), έχουν αναπτυχθεί για να υποστηρίξουν τις υπηρεσίες υγείας στην εφαρμογή της ΔΟΠ, σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. Παρέχουν υπηρεσίες πιστοποίησης και διασφάλισης ποιότητας – τελειότητας, μέσα από συγκεκριμένα εννοιολογικά πλαίσια και μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας σε όλους τους τομείς του οργανισμού. Οι σημαντικότεροι, είναι το μοντέλο επιχειρηματικής αριστείας EFQM (European Foundation For Quality Management) στην Ευρώπη, το SERVQUAL (εργαλείο μέτρησης και υπολογισμού της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών), το διεθνές και το εθνικό βραβείο ποιότητας MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award)

στις ΗΠΑ, το ISO 9000:2000, το Joint commission of Administration of Health Care Organizations (JCAHO), το Balanced Scorecard και το Six Sigma Approach (Μπουραντάς, 2002, Zelmen et al, 2003, Χλέτσος, 2014)

5.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η ΔΟΠ είναι ένα συνεχές πρόγραμμα, που ενσωματώνεται καθημερινά σε όλες τις δραστηριότητες των μονάδων υγείας. Προϋποθέτει αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης ποιότητας που ξεκινά από τη διοίκηση και επεκτείνεται οργανωτικά προς τα κάτω, χαρακτηρίζοντας όλη τη φιλοσοφία λειτουργίας του οργανισμού. Δεν είναι απλώς, ένα σχέδιο που εφαρμόζεται και στη συνέχεια εγκαταλείπεται. Συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων των υγειονομικών υπηρεσιών, στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος, συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ηγεσίας, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση όλων. Η εισαγωγή της σε έναν οργανισμό απαιτεί κατάλληλες προϋποθέσεις, σχεδιασμό ενεργειών, υπευθυνοτήτων και μέσων, στηριζόμενα στις βασικές αρχές που τη διέπουν. Τα νοσοκομεία αποτελούν βασικές υπηρεσίες υγείας, που θα πρέπει να υποστηρίζονται από ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας. Η ποιότητα ενδιαφέρει καταρχήν τους ασθενείς, χρήστες υπηρεσιών υγείας, τους επαγγελματίες υγείας, αυτούς που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) και την κοινωνία. Συνεπάγεται ουσιαστικά, οφέλη υγειονομικά (έγκαιρη διάγνωση, αποτελεσματική αντιμετώπιση, πρόληψη επιπλοκών), οικονομικά (μείωση του κόστους, με την βελτίωση της ποιότητας, και εξοικονόμηση πόρων από περιορισμό των εξετάσεων, του συνολικού χρόνου νοσηλείας, από θεραπείες που δεν είναι οι ενδεικνυόμενες) και κοινωνικά (αίσθηση εκπλήρωσης του σκοπού, περιορισμός της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των μονάδων υγείας, ενίσχυση της εικόνας του κράτους). Ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των εργαζόμενων και η ασφάλεια τους, η ικανοποίηση που αποκομίζουν από το έργο τους, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους. Όλοι οι μηχανισμοί, μέσα από ένα οργανωμένο πρόγραμμα ΔΟΠ, συμβάλλουν στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, έχουν την ικανότητα να συλλέγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την καταγραφή και την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η

πρόκληση, που έχουν να αντιμετωπίσουν οι οργανισμοί υγείας, τα τελευταία χρόνια, είναι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, που διαφοροποιούν τις δραστηριότητες για τη βελτίωση της καλής υγείας των πολιτών, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών, αλλά και τη διαχείριση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων των εργαζομένων τους. Οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι. Οι εργαζόμενοι αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο στη νέα διοικητική φιλοσοφία. Ο προσανατολισμός στην ποιότητα, την δημιουργικότητα, την ικανοποίηση των χρηστών υγείας, με την μέτρηση της αποδοτικότητας, κάνει την ΔΟΠ να είναι καθαρά ανθρωποκεντρική θεωρία οργάνωσης και διοίκησης. Η συμμετοχή όλων των εργαζομένων, ανεξαρτήτου ιεραρχικής βαθμίδας, αποτελεί το κλειδί της επιτυχούς, αποτελεσματικής εισαγωγής, εφαρμογής και αξιολόγησης προγραμμάτων ποιότητας. Η ύπαρξη ενός νομοθετικού πλαισίου θα μπορούσε να βοηθήσει αρκετά, αλλά δεν διασφαλίζει την ουσία της εφαρμογής, γιατί πέρα από την τυπική ακολουθία του νόμου, χρειάζεται ολοκληρωμένη προσπάθεια και προσέγγιση της βελτίωσης της ποιότητας από την ηγεσία, εισαγωγή της ποιότητας στην κουλτούρα των εργαζομένων, ενώ απαιτείται όραμα με ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Η ΔΟΠ έχει αποτελέσει ένα ουσιαστικό βήμα στη βελτίωση των υγειονομικών οργανισμών, ιδιαίτερα μετά την κρίση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας τα τελευταία χρόνια, όπου ο έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών που παράγουν, αποτελεί πρωταρχικό στόχο και είναι βασική ευθύνη της διοίκησης του οργανισμού.

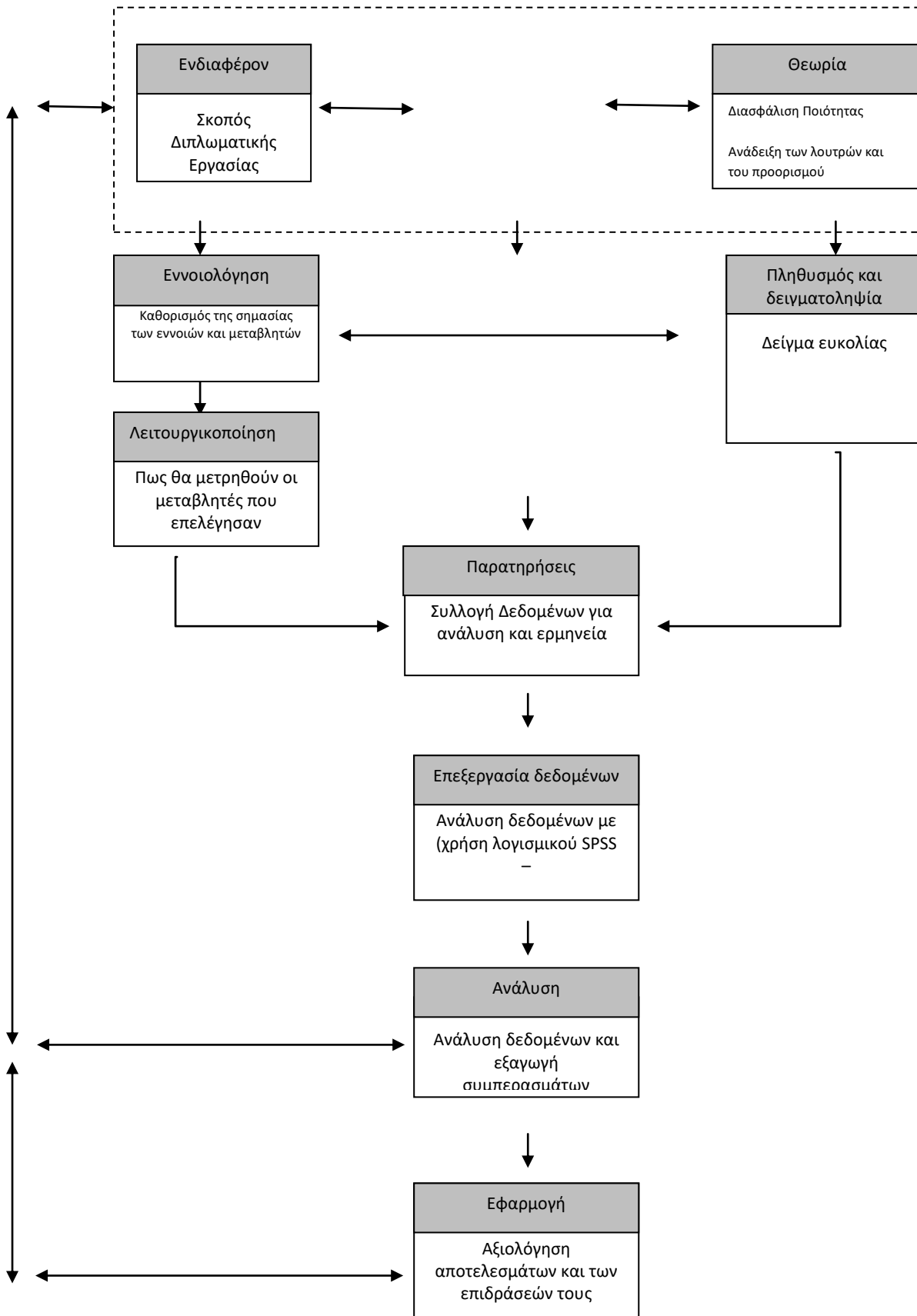
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται παρουσίαση της περιοχής στην οποία διεξήχθη η παρούσα έρευνα, καθώς και της ποσοτικής έρευνας με σκοπό τη συνοπτική περιγραφή του μεθοδολογικού πλαισίου της δειγματοληπτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε για τη συλλογή των πρωτογενών δεδομένων της διατριβής. Συγκεκριμένα, περιγράφεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, η ανάλυση που έλαβε χώρα και οι περιορισμοί που υπήρχαν σε ό,τι αφορά στο σχεδιασμό της. Παράλληλα, γίνεται συνοπτική παρουσίαση των ενοτήτων του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τους επισκέπτες, καθώς και των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την ανάλυση αξιοπιστίας και εγκυρότητας των σημαντικότερων για την έρευνα ερωτημάτων (μεταβλητών στάσεων).

Απεικόνιση της μεθοδολογικής προσέγγισης



6.2 ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΩΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ

Ο Kaplan (1964) διέκρινε τρία ήδη πραγμάτων που μετρώνται στις έρευνες: Τα άμεσα παρατηρήσιμα, που βασίζονται στην απλή και άμεση παρατήρηση, τα έμμεσα παρατηρήσιμα που απαιτούν περισσότερο λεπτές έμμεσες ή σύνθετες παρατηρήσεις και τέλος τις κατασκευές ή θεωρητικές δημιουργίες, που βασίζονται σε παρατηρήσεις, αλλά είναι δυνατό να παρατηρηθούν είτε άμεσα είτε έμμεσα. Οι θεωρητικές κατασκευές συντίθενται από έννοιες, στις οποίες λαμβάνουμε υπόψη (ή δημιουργούμε) κατά της διαδικασία ανάπτυξης μιας θεωρίας.

Ο ίδιος ο Kaplan (1964:49) ορίζει την έννοια ως μια «οικογένεια αντιλήψεων», υπονοώντας ότι μια έννοια είναι κάτι που δημιουργείται μέσα από την αντίληψη του καθενός για τα πράγματα. Πρόκειται λοιπόν για κατασκευές που προέρχονται από την αμοιβαία συμφωνία νοητικών εικόνων και αντιλήψεων. Οι αντιλήψεις μας συνοψίζουν σύνολα παρατηρήσεων και εμπειριών που φαινομενικά συνδέονται. Οι παρατηρήσεις και οι εμπειρίες είναι πραγματικές, ακόμη και αν έχουν υποκειμενικό χαρακτήρα, ωστόσο οι αντιλήψεις και οι έννοιες που προκύπτουν από αυτές είναι μόνο νοητικές κατασκευές. Συνήθως ωστόσο, πιστεύουμε (εσφαλμένα) ότι οι κατασκευασμένοι όροι διαθέτουν εγγενές νόημα ονομάζοντας πραγματικές οντότητες του κόσμου, τούτο όμως δεν συμβαίνει μέχρις ότου ανακαλύψουμε το πραγματικό τους περιεχόμενο και την αυθεντική μέθοδο μέτρησής τους.

6.3 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΗΣΗ

Σύμφωνα με τον Babbie (2010), η διαδικασία μέσω της οποίας προσδιορίζουμε τι εννοούμε όταν χρησιμοποιούμε συγκεκριμένους όρους στην έρευνα, ονομάζεται εννοιολόγηση. Στην επικείμενη έρευνα, ο όρος για παράδειγμα της κοινωνικότητας, έλαβε συγκεκριμένο νόημα επιτυγχάνοντας ένα λειτουργικό consensus κάνοντας αντιληπτό το περιεχόμενο της έννοιας στα πρόσωπα που έλαβαν μέρος στην πρωτογενή έρευνα. Ουσιαστικά λοιπόν, παρήχθει ένα συγκεκριμένο (συμβατικό) νόημα για τους σκοπούς της έρευνας. Αυτή η διαδικασία προσδιορισμού του νοήματος με ακρίβεια, περιλαμβάνει τους δείκτες, (Item) που χρησιμοποιήθηκαν για να μετρηθούν οι έννοιες και να αποκτήσουν μια περισσότερο «απτή» υπόσταση, διασαφηνίζοντας παράλληλα τις συμπεριφορές των ανθρώπων στους οποίους

εστιάζουμε και μελετούμε. Από την άλλη πλευρά, η εστίαση στο τι σημαίνουν οι λέξεις και οι συμπεριφορές (πράξεις) για τους υπό μελέτη ανθρώπους, περιπλέκει σχεδόν πάντοτε τις έννοιες που ενδιαφέρουν τον ερευνητή και αυτό διότι η κάθε έννοια μεταφράζεται ή διυλίζεται μέσα από την προσωπική θεώρηση και σύστημα αξιών του καθενός ανθρώπου- εργαζομένου. Αυτό σημαίνει ότι οι καταχωρήσεις στο νοητικό αρχείο του καθενός μπορεί να εκτείνονται σε ένα ευρύ φάσμα αποχρώσεων της ίδιας αντιληπτής έννοιας. Για το λόγο αυτό οφείλουμε να δημιουργήσουμε ομαδοποιήσεις ή «διαστάσεις» προσδιορίζοντας συνολικά και με έναν κοινά αντιληπτό και αποδεκτό τρόπο τις έννοιες. Για παράδειγμα, στην έννοια της κοινωνικότητας, συμπεριλήφθηκαν οι υποέννοιες- διαστάσεις της εμπιστοσύνης (φυσικής και εργασιακή) της κατά πρόσωπο επικοινωνίας, της ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων, της προθυμίας για συνεργασία και παροχή βοήθειας. Στην ουσία δημιουργώντας διαστάσεις και εναλλαξιμότητα στους δείκτες, επιτυγχάνεται καλύτερος προσδιορισμός των εννοιών, κοινή προσέγγιση και ως εκ τούτου, διασφάλιση εγκυρότητας και πληρότητας στη μέτρηση, ενώ περιορίζεται σημαντικά ο κίνδυνος της αμφισημίας και λανθασμένης κατανόησης από την πλευρά του πληθυσμού της έρευνας.

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της ερευνητικής μεθοδολογίας, έγινε επίσης αντιληπτό, ότι η βελτίωση προσδιορισμού των εννοιών είναι μια επίπονη και δυναμική διαδικασία και πολύ συχνά απαιτήθηκε να τροποποιηθούν τόσο οι δείκτες, όσο και οι διαστάσεις που χρησιμοποιήθηκαν, προκειμένου να έρθουν σε απόλυτη συμφωνία με το πληθυσμό της έρευνας. Η επιτυχία της προσαρμογής και η εγκυρότητα, αποδείχθηκε ωστόσο μέσα από τα εργαλεία εγκυρότητας τα οποία ξεπέρασαν κατά πολύ (όπως θα αναφθεί σε επόμενη παράγραφο)τα βιβλιογραφικά όρια (thresholds). Στα πλαίσια της ποιοτικής έρευνας, ο προσδιορισμός των εννοιών (εννοιολόγηση) έγινε χρησιμοποιώντας σε ένα γκρουπ ειδικών, τη μέθοδο Delphi, όπου σε μια διαδικασία συγκεκριμένων γύρων αξιολόγησης, επελέγησαν οι κατάλληλοι δείκτες (στην ουσία ερωτήσεις) που συνέθεσαν το ημι-δομημένο ερωτηματολόγιο.

6.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΠΟΙΗΣΗ-ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

Επιτυγχάνοντας την εννοιολόγηση, δηλαδή την επεξεργασία και εξειδίκευση αφηρημένων εννοιών, το επόμενο στάδιο δράσης είναι αυτές οι έννοιες να τεθούν

στην διάθεση του ερευνητή ως μετρήσιμα μεγέθη, ουσιαστικά να λειτουργικοποιηθούν, οδηγώντας σε εμπειρικές παρατηρήσεις

Κατά τη λειτουργικοποίηση μιας έννοιας, δόθηκε ιδιαίτερο βάρος στο εύρος της διακύμανσης των εννοιών συνδυάζοντας ιδιότητες και εντάσσοντάς τες στην υπό συζήτηση έννοια. Είναι σαφές, ότι για να μετρήσουμε το πλήρες εύρος της διακύμανσης, πρέπει η λειτουργικοποίηση των στάσεων (που αφορούν την συγκεκριμένη έννοια) να περιλαμβάνει όλο το εύρος των υπο- εννοιών, με την υποσημείωση όμως ότι θα πρέπει να επιλεγούν οι κατάλληλες που εξυπηρετούν τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας.

Για τη λειτουργικοποίηση, των μεταβλητών, πρέπει λοιπόν να ληφθεί υπόψη τόσο ο βαθμός της ακρίβειας όσο και της πιστότητας, θέτοντας σαφή όρια ανάμεσα στο πόσο λεπτές και ευδιάκριτες θα είναι οι διακρίσεις μεταξύ των πιθανών τιμών που θα συνθέτουν τη μεταβλητή. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αξιοπιστία και αντιμετωπίζεται υποκειμενικότητα του ενός παρατηρητή / ερευνητή, ο οποίος αντιλαμβάνεται και επεξεργάζεται τις απαντήσεις και συμπεριφορές του παρατηρουμένου πληθυσμού. Στην παρούσα έρευνα, η υποκειμενικότητα αντιμετωπίστηκε με την μέθοδο «ελέγχου – επανελέγχου», αναπροσαρμόζοντας δυναμικά τα ερευνητικά εργαλεία και διενεργώντας συνολικά 3 πιλοτικές δοκιμές.

Η αξιοπιστία επίσης της έρευνας διασφαλίστηκε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της διχοτόμησης με σκοπό αφενός να εκφραστούν πλήρως οι υπό –έννοιες που χρησιμοποιήθηκαν, αλλά και αφετέρου να υπάρξει η πληρέστερη δυνατή κατηγοριοποίηση. Τέλος η αξιοπιστία διασφαλίστηκε με τη χρησιμοποίηση καθιερωμένων μέτρων που λήφθηκαν από τη διεθνή βιβλιογραφία στο θεματικό αντικείμενο.

6.5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6.5.1 Ποσοτική έρευνα

Η διαδικασία διεξαγωγής μιας ποσοτικής κοινωνικής έρευνας ακολουθεί δύο διακριτά στάδια. Το στάδιο σχεδιασμού και το στάδιο υλοποίησης, ενώ τέλος, ακολουθεί η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν και γίνεται η

σύνθεσή τους και διατύπωση των σχετικών συμπερασμάτων. Κατά το πρώτο στάδιο προσδιορίζονται τα ερωτήματα, οι ανάλογες παραδοχές και σχηματίζονται οι υποθέσεις εργασίας η ισχύς των οποίων τίθεται υπό διερεύνηση. Το κύριο ερευνητικό εργαλείο στις ποσοτικές έρευνες είναι το ερωτηματολόγιο μέσω του οποίου ο ερευνητής προσπαθεί να αντικειμενοποιήσει συγκεκριμένες έννοιες και επομένως να τις μετρήσει. Συνήθως, μετά την κατάρτιση του ερωτηματολογίου, γίνεται δοκιμαστική έρευνα για να προσδιορισθεί η λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου και να διαμορφωθεί οριστικά η δομή του. Εν συνεχεία ακολουθεί η επιλογή δείγματος από το σύνολο του πληθυσμού, στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η επιτόπια έρευνα. Μετά την συλλογή των δεδομένων λαμβάνει χώρα το στάδιο της επεξεργασίας τους. Η φάση της επεξεργασίας αποτελείται από τα εξής διακεκριμένα στάδια: έλεγχο, κωδικογράφηση, μηχανογραφική επεξεργασία

Ο έλεγχος είναι μια συνεχής και δυναμική διαδικασία που γίνεται σε όλα τα στάδια της έρευνας και αφορά στην διατήρηση της εγκυρότητας και την αξιοπιστία της έρευνας. Κομβικό σημείο της έρευνας είναι αυτό της κωδικογράφησης, όπου ο ερευνητής μετατρέπει αφηρημένες έννοιες σε μετρήσιμες. Είναι μια μηχανογραφική διαδικασία, από όπου ξεκινά η περιγραφική στατιστική επεξεργασία, οποία περιλαμβάνει της κατάρτιση των πινάκων συχνοτήτων, γίνονται οι παλινδρομήσεις που αφορούν στη συσχέτιση δύο μεταβλητών και τέλος δημιουργούνται τα διαγράμματα, όπου αποτυπώνονται με γραφικό τρόπο τα στοιχεία της έρευνας

6.6 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Στην καθημερινή της χρήση, η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό στο οποίο ένα εμπειρικό μέτρο αντικατοπτρίζει επαρκώς το πραγματικό νόημα της υπό εξέταση έννοιας, χρησιμοποιώντας κριτήρια που εξασφαλίζουν τη συμφωνία των μετρήσεων με την ορθή αντίληψη των εννοιών. Το πρώτο κριτήριο είναι η φαινομενική εγκυρότητα, όπου συγκεκριμένα εμπειρικά μέτρα, συνάδουν με τις ατομικές θεωρήσεις και νοητικές εικόνες που αφορούν σε μια ορισμένη έννοια. Για παράδειγμα, η συχνότητα προσέλευση ενός ατόμου σε θρησκευτικές εκδηλώσεις είναι ένδειξη της θρησκευτικότητας του ατόμου που μοιάζει λογική, χωρίς να χρειάζονται πολλές εξηγήσεις. Έχει δηλαδή φαινομενική εγκυρότητα. Καθοριστικό όμως ρόλο στην επίτευξη εγκυρότητας, έχει η εγκυρότητα των κριτηρίων (ή

προγνωστική εγκυρότητα) που βασίζονται συνήθως σε κάποιο εξωτερικό κριτήριο. (παράδειγμα είναι πολύ θρήσκος, υποστηρίζει την ισότητα ανδρών γυναικών, υποστηρίζει ακροδεξιές πολιτικές παρατάξεις κλπ). Παράλληλα ή μάλλον σε συμπλήρωση της εγκυρότητας των κριτηρίων επέρχεται η εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής, (ή δομική εγκυρότητα) η οποία βασίζεται σε λογικές σχέσεις που έχουν οι μεταβλητές μεταξύ τους, προφέροντας ισχυρή επιβεβαίωση για το αν το χρησιμοποιούμενο κριτήριο μετράει πραγματικά την ιδιότητα που θέλουμε να μετρηθεί. Τέλος, η εγκυρότητα περιεχομένου, αναφέρεται στο βαθμό με τον οποίο ένα μέτρο καλύπτει τις πιθανές σημασίες που περιλαμβάνονται σε μια έννοια.

Είναι σαφές ότι επιθυμούμε οι μετρήσεις μας να είναι έγκυρες και αξιόπιστες, συχνά όμως προκύπτει μια διάσταση ανάμεσα στα κριτήρια αξιοπιστίας και τα κριτήρια της εγκυρότητας που συχνά αφαιρεί το νοηματικό πλούτο των εννοιών. Για παράδειγμα η θρησκευτικότητα είναι κάτι πολύ περισσότερο από συχνές επισκέψεις στην εκκλησιαστικές δραστηριότητες ή η ικανοποίηση των υπαλλήλων από την εργασία τους είναι κάτι περισσότερο από το ύψος της αποζημίωσης, ή η μεταφορά της γνώσης, από τη συχνότητα επικοινωνίας, το πρόβλημα δε εντείνεται, όσο η έννοια που προσπαθούμε να περιγράψουμε έχει μεγαλύτερο πλούτο. Αυτή η διάσταση εξηγεί ως ένα βαθμό την επιμονή δύο πολύ διαφορετικών προσεγγίσεων στην κοινωνική έρευνα. Την ποσοτική προσέγγιση που βασίζεται σε αυστηρές και τεχνικές δομές και την ποσοτική προσέγγιση, που βασίζεται σε περισσότερο ιδιογραφικές μεθόδους. Ωστόσο, η πρώτη είναι περισσότερο αξιόπιστες ενώ η δεύτερη προσέγγιση περισσότερο έγκυρη.

6.7 ΔΟΜΗΜΕΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το δομημένο ερωτηματολόγιο βασίστηκε εν μέρει πάνω σε κλίμακες και ερωτήσεις προηγούμενων ερωτηματολογίων που είχαν χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν από άλλους ερευνητές. Αυτή είναι μία συνήθης πρακτική που επιβάλλεται από τη διαδικασία εφαρμογής της SEM, καθώς για την ορθή εκμετάλλευση των δυνατοτήτων της θα πρέπει τόσο η αξιοπιστία όσο και η εγκυρότητα των κλιμάκων και των ερωτήσεων να έχουν αποδειχθεί μέσα από τα ευρήματα άλλων σχετικών ερευνών.

6.8 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Οι κλίμακες μέτρησης των μεταβλητών δημιουργήθηκαν στα πρότυπα της διεθνούς βιβλιογραφίας και αφού μελετήθηκαν αντίστοιχα ερωτηματολόγια άλλων ερευνών. Τόσο για τις εξωγενείς όσο και για τις ενδογενείς μεταβλητές δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή ώστε αφ' ενός οι κλίμακες να ανταποκρίνονται στις ερευνητικές απαιτήσεις της διατριβής και αφ' ετέρου να μη δημιουργούν σύγχυση και προβληματισμό στους ερωτώμενους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΜΕΛΕΤΗ ΛΟΥΤΡΩΝ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

7.1 ΛΟΥΤΡΑ ΑΓΙΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ

Τα λουτρά της Αγίας Παρασκευής βρίσκονται στη χερσόνησο της Κασσάνδρας, 85 χλμ. νότια του Πολυγύρου, πρωτεύουσα του νομού. Τα κύρια χαρακτηρισμός νερού: Φαινόμενο της ηφαιστειακής δραστηριότητας, η πηγή χαρακτηρίζεται μεσόθερμη (37,5-39 °C), αλιπηγή, βαριούχος και υδροθειούχος Εγκαταστάσεις: Ένας πλήρης εξοπλισμένος χώρος με πισίνες, σάουνες, χαμάμ, κατεωνιστήρες, υδρομασάζ (ατομικά και ομαδικά).

Για τη διερεύνηση της υφιστάμενης και της ικανοποίησης των περιηγητών-επισκεπτών διενεργήθηκε πρωτογενής έρευνα το χρονικό διάστημα του θέρους και του φθινοπώρου του 2016, δείγμα ευκολίας. Κύριο ερευνητικό εργαλείο ήταν δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο βασίστηκε στη μεθοδολογία SERVQUAL , ενώ περιείχε στοιχεία της μεθοδολογίας εύρεσης ποιότητας, Six Sigma.

Το δείγμα ήταν διαφόρων εθνικοτήτων και για το λόγο αυτό το ερευνητικό εργαλείο μεταφράστηκε και στα αγγλικά. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (Social Package for Social Sciences) έκδοσης 20.0

7.2 Η ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία της έρευνας και των ευρημάτων εν γένει, αυτή κρίνεται ως ικανοποιητική. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η μέτρηση αυτού του τύπου αξιοπιστίας γίνεται με τη χρήση ενός συντελεστή εσωτερικής συνέπειας και αποτελεί μια πρακτική και ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο (Αβδημιώτης, 2014), ελέγχοντας αν υπάρχει εσωτερική συνοχή των απαντήσεων των επιμέρους στοιχείων που συνθέτουν μια κλίμακα. Το κύριο στατιστικό εργαλείο είναι ο συντελεστής α του Cronbach. Πρόκειται για ένα είδος συντελεστή συσχέτισης, ο οποίος θα μπορούσε να θεωρηθεί ο μέσος όρος όλων των συντελεστών συσχέτισης ανάμεσα σε ομάδες στοιχείων που έχουν συλλεχθεί και παίρνει τιμές από -1 έως 1 και θεωρείται

αποδεκτός όταν δεν είναι μικρότερος από 0,70. Στην προκειμένη περίπτωση, ο δείκτης κυμάνθηκε σε ιδιαίτερα ικανοποιητικά επίπεδα τείνοντας ισχυρώς προς τη μονάδα επιτυγχάνοντας τιμή 0.94 η οποία είναι στο πεδίο τιμών αριστείας του δείκτη. Σχετικά με τη στατιστική εγκυρότητα της έρευνας, αυτή αποτελεί θεμελιώδη ιδιότητα για την κατασκευή εργαλείων μέτρησης (Ζαφειρόπουλος 2012). Ο ορισμός που δίνεται στην εγκυρότητα είναι ό,τι αφορά την ιδιότητα του εργαλείου μέτρησης (ερωτηματολογίου) και στην ουσία δείχνει ότι μια έννοια μετρήθηκε σωστά (με τη χρήση των κατάλληλων items και όχι γενικά και αφηρημένα, χωρίζεται δε, σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Την υποκειμενική εγκυρότητα και
- την εγκυρότητα του κριτηρίου.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν η φαινομενική εγκυρότητα και η εγκυρότητα περιεχομένου, και στη δεύτερη η εγκυρότητα πρόβλεψης, η εγκυρότητα συμφωνίας, η εγκυρότητα σύγκλισης και η εγκυρότητα διάκρισης.

Εστιάζοντας περισσότερο στην εγκυρότητα σύγκλισης και διάκρισης, για να ισχύει η εγκυρότητα σύγκλισης θα πρέπει οι κλίμακες που μετρούν την ίδια έννοια να εμφανίζουν υψηλούς συντελεστές συσχέτισης μεταξύ τους. Για να ισχύει η εγκυρότητα διάκρισης, πρέπει οι κλίμακες που μετρούν διαφορετικές έννοιες, να μην συσχετίζονται μεταξύ τους. (Trochim 2006). Η διαπίστωση της εγκυρότητας γίνεται στο λογισμικό SPSS πραγματοποιώντας PCA (Principal Components Analysis) με δύο συνιστώσες και Varimax περιστροφή των παραγόντων. Αν ισχύει η εγκυρότητα σύγκλισης, θα πρέπει οι φορτίσεις των κλιμάκων που συνιστούν τη μια έννοια να είναι να είναι κατ' απόλυτη τιμή υψηλές μόνο σε μία, την ίδια για όλες, συνιστώσα. Αν κάθε σύνολο κλιμάκων που μετρούν μια έννοια φορτίζουν υψηλά, σε διαφορετικές κύριες συνιστώσες, για κάθε σύνολο, τότε ισχύει και η εγκυρότητα διάκρισης. Με πιο απλά λόγια, θέλουμε οι κλίμακες που λειτουργικοποιούν μια έννοια να έχουν όλες τους υψηλές φορτίσεις μόνο σε μια συνιστώσα, ενώ σε αυτή τη συνιστώσα οι υπόλοιπες κλίμακες να έχουν υψηλές φορτίσεις. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, η ανάλυση PCA με Varimax περιστροφή δύο παραγόντων έδειξε ότι υπάρχει αξιοπιστία σύγκλισης και διάκρισης όλων των παραγόντων που χρησιμοποιήθηκαν. Σε γενικές γραμμές επίσης, οι τιμές παρουσίασαν σημαντική κανονικότητα, κρίνοντας και από τις τιμές της Κύρτωσης και της Λοξότητας οι οποίες κυμάνθηκαν επίσης, σε ιδιαίτερος ικανοποιητικό επίπεδο. Τέλος πραγματοποιήθηκε έλεγχος μονοδιαστατικότητας (unidimensionality) στις

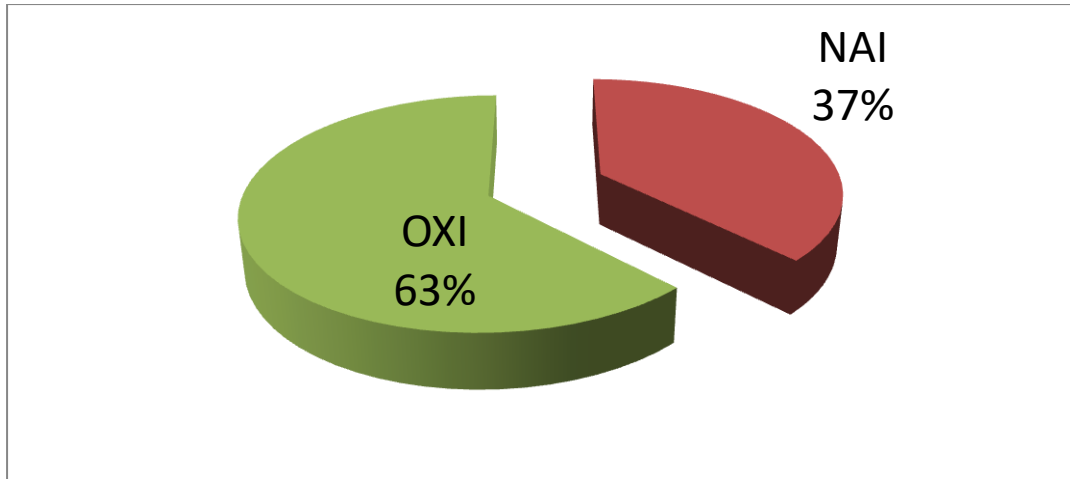
παρατηρούμενες μεταβλητές που αντιστοιχούν στην κάθε κλίμακα Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών (Principal Components Analysis – PCA) με τη βοήθεια του SPSS Statistics. Η εκτέλεση της PCA πραγματοποιήθηκε σε κάθε κλίμακα χωριστά επιλέγοντας τη δημιουργία συνιστωσών με ιδιοτιμές μεγαλύτερες ή ίσες του ένα και Varimax περιστροφή των αξόνων, ώστε να διαπιστωθεί αν η κάθε κλίμακα αντιστοιχεί σε 1 μόνο παράγοντα. Η σωστή επιλογή των ερωτημάτων καθώς φαίνεται ότι με το εν λόγω ερωτηματολόγιο πράγματι μετράται το επιθυμητό αποτέλεσμα. Δηλαδή, τα ερωτήματα που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκαν σωστά μεταξύ πολλών άλλων (εγκυρότητα). - Η σωστή διατύπωση των ερωτημάτων και η επαναληψιμότητα των μετρήσεων καθώς φαίνεται ότι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις δίνουν τα ίδια αποτελέσματα (αξιοπιστία). Στην περιγραφική στατιστική ανάλυση διερευνήθηκαν, όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης των επισκεπτών από τα λουτρά, είκοσι δύο στάσεις-απόψεις, με τη βοήθεια πενταβάθμιας κλίμακας Likert και δώδεκα μεταβλητές κατάφασης-άρνησης (ναι, όχι). Τα αποτελέσματα κρίνονται ως αναμενόμενα και περιγράφονται με τη χρήση των στατιστικών μέσων και της τυπικής απόκλισης.

7.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.3.1. Πίνακες Συχνότητας

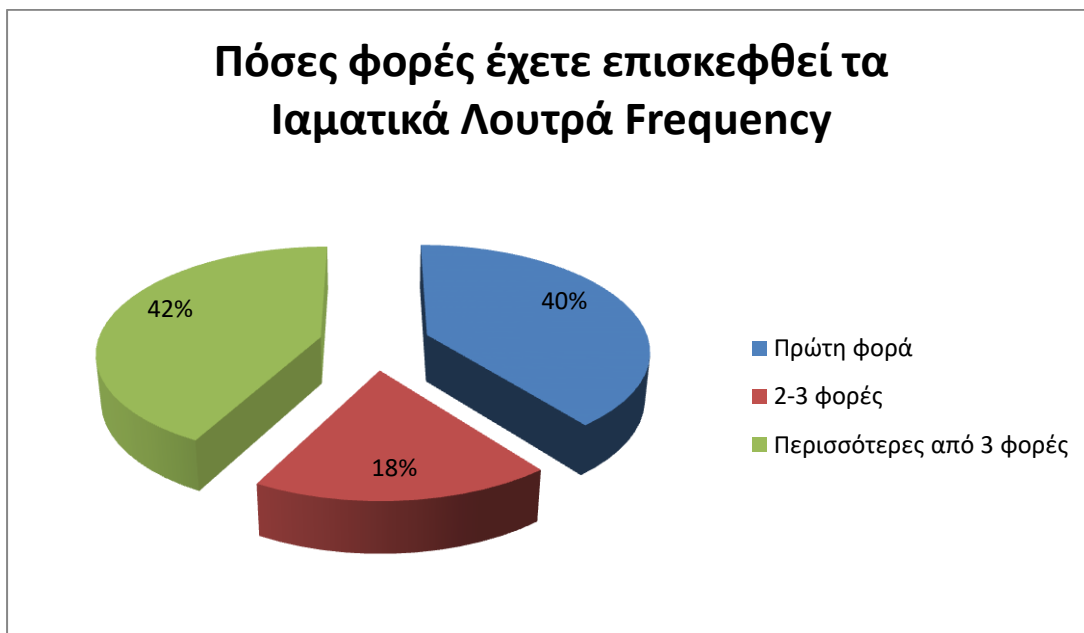
Πίνακας 1

Πρώτη σας επίσκεψη					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΝΑΙ	81	37,5	37,5	37,5
	ΟΧΙ	135	62,5	62,5	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	



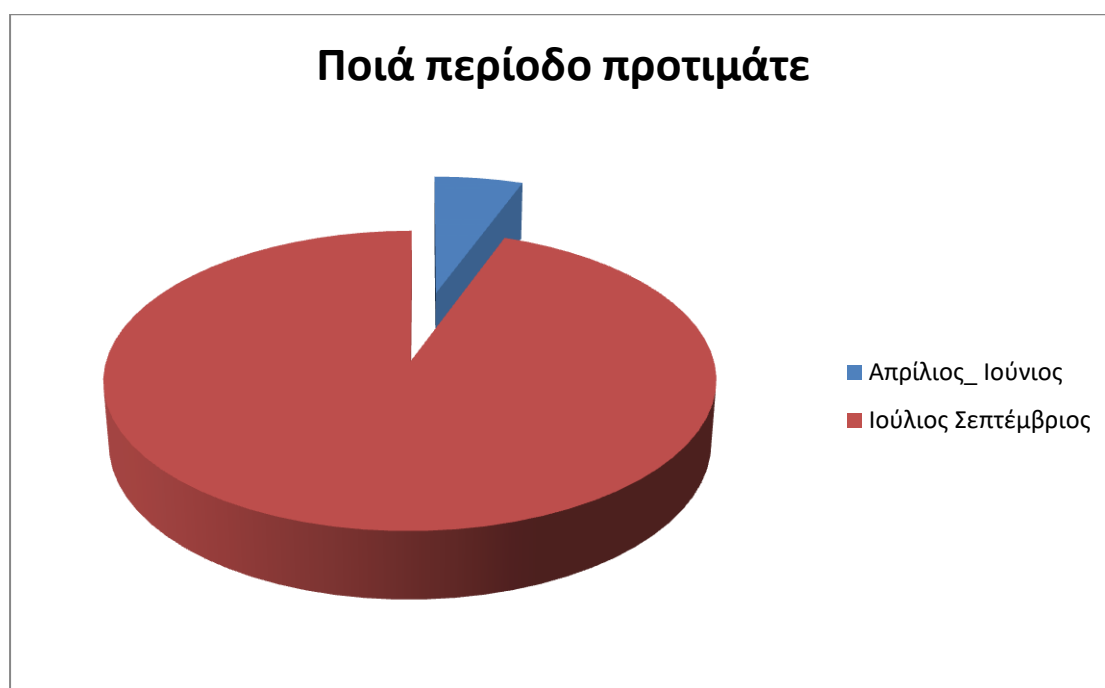
Πίνακας 2

Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί τα Ιαματικά Λουτρά					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Πρώτη φορά	84	38,9	38,9	38,9
	2-3 φορές	39	18,1	18,1	56,9
	Περισσότερες από 3 φορές	90	41,7	41,7	98,6
	Περισσότερες από 5 φορές	3	1,4	1,4	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	



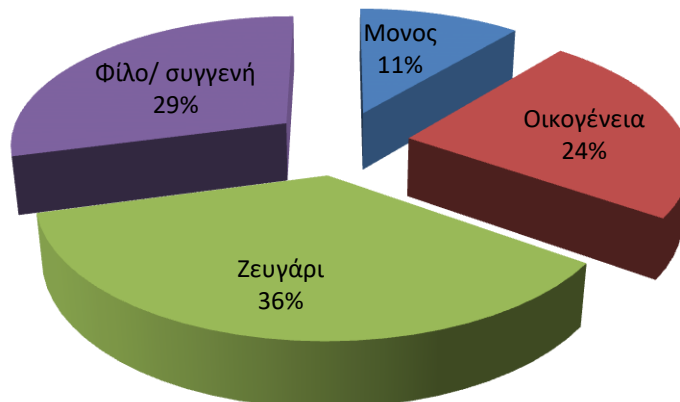
Πίνακας 3

Ποιά περίοδο προτιμάτε					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Απρίλιος_ Ιούνιος	12	5,6	5,6	5,6
	Ιούλιος Σεπτέμβριος	204	94,4	94,4	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

**Πίνακας 4**

Με ποιους επιλέξατε να επισκεφθείτε τα Ιαματικά Λουτρά;					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Μονος	24	11,1	11,1	11,1
	Οικογένεια	51	23,6	23,6	34,7
	Ζευγάρι	78	36,1	36,1	70,8
	Φίλο/ συγγενή	63	29,2	29,2	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

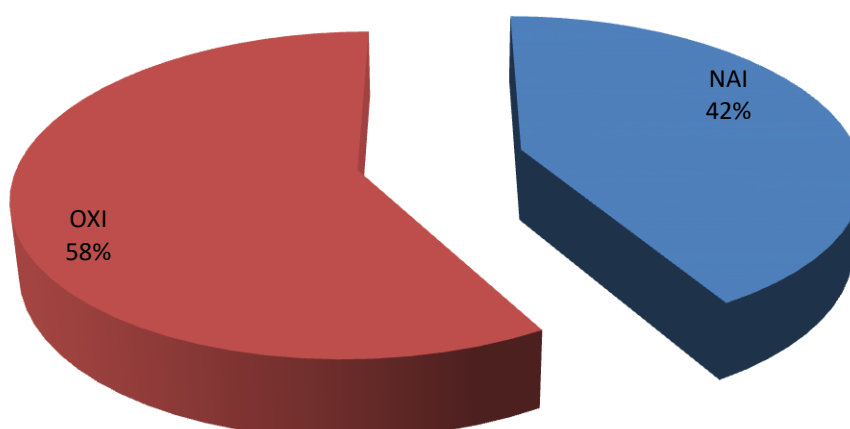
Με ποιους επιλέξατε να επισκεφθείτε τα Ιαματικά Λουτρά;



Πίνακας 5

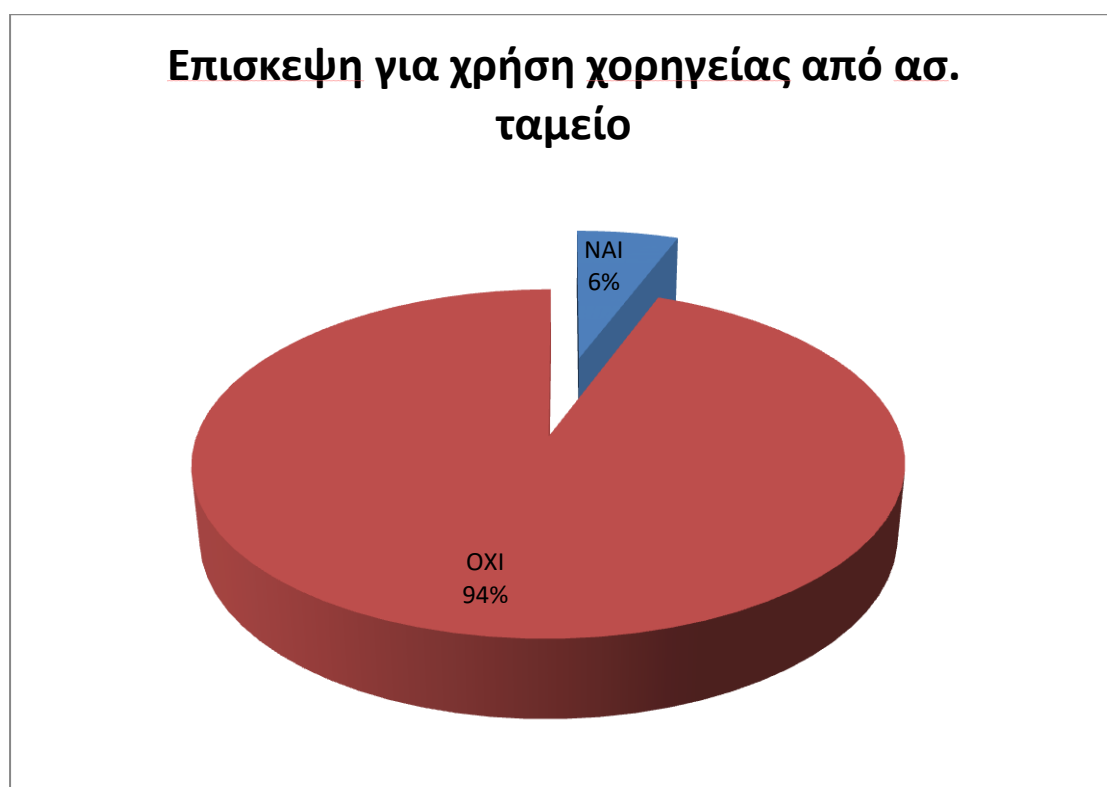
Επίσκεψη για λόγους αναψυχής					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΝΑΙ	90	41,7	41,7	41,7
	ΟΧΙ	126	58,3	58,3	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

Επίσκεψη για λόγους αναψυχής



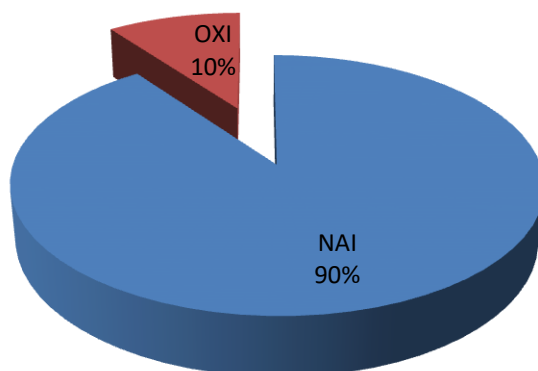
Πίνακας 6

Επίσκεψη για χρήση χορηγείας από ασ. ταμείο					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΝΑΙ	12	5,6	5,7	5,7
	ΟΧΙ	198	91,7	94,3	100,0
	Σύνολο	210	97,2	100,0	

**Πίνακας 7**

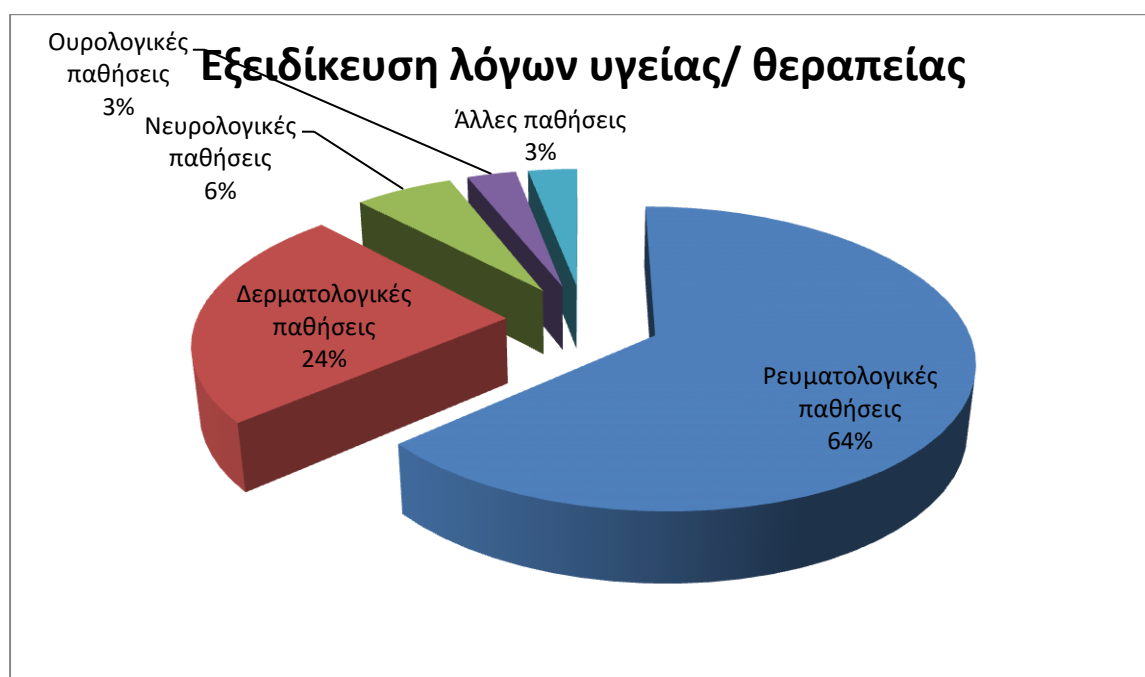
Επίσκεψη για λόγους υγείας/ θεραπείας					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	ΝΑΙ	189	87,5	90,0	90,0
	ΟΧΙ	21	9,7	10,0	100,0
	Σύνολο	210	97,2	100,0	

Επίσκεψη για λόγους υγείας/ θεραπείας



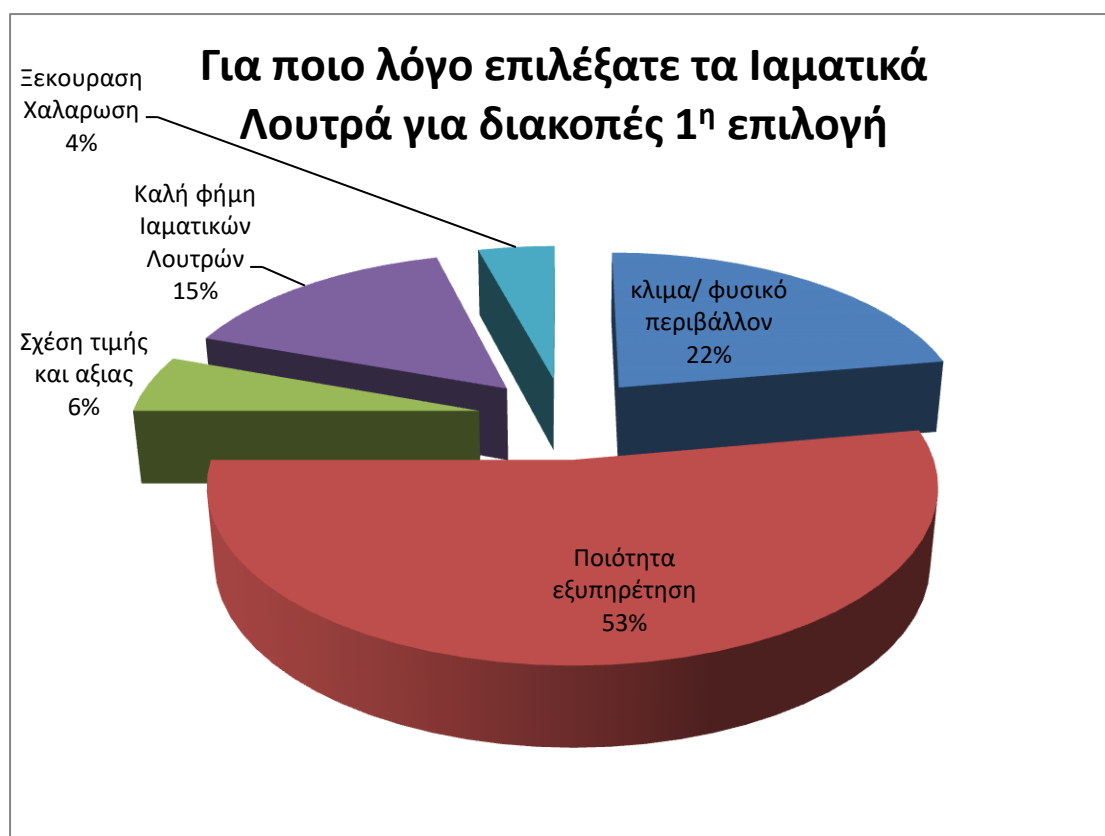
Πίνακας 8

Εξειδίκευση λόγων υγείας/ θεραπείας					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ρευματολογικές παθήσεις	126	58,3	63,6	63,6
	Δερματολογικές παθήσεις	48	22,2	24,2	87,9
	Νευρολογικές παθήσεις	12	5,6	6,1	93,9
	Ουρολογικές παθήσεις	6	2,8	3,0	97,0
	Άλλες παθήσεις	6	2,8	3,0	100,0
	Σύνολο	198	91,7	100,0	



Πίνακας 9

Για ποιο λόγο επιλέξατε τα Ιαματικά Λουτρά για διακοπές (1)					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	κλιμα/ φυσικό περιβάλλον	48	22,2	22,2	22,2
	Ποιότητα εξυπηρέτηση	114	52,8	52,8	75,0
	Σχέση τιμής και αξίας	12	5,6	5,6	80,6
	Καλή φήμη Ιαματικών Λουτρών	33	15,3	15,3	95,8
	Ξεκουραση Χαλαρωση	9	4,2	4,2	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	



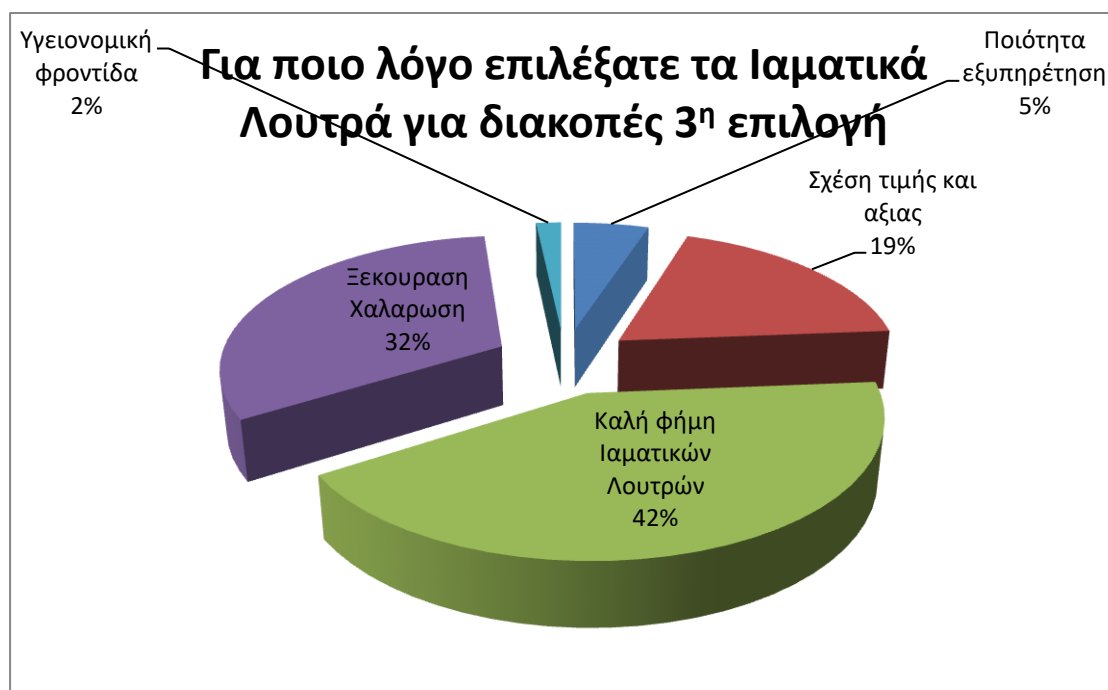
Πίνακας 10

Για ποιο λόγο επιλέξατε τα Ιαματικά Λουτρά για διακοπές (2)					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	κλιμα/ φυσικό περιβάλλον	6	2,8	3,1	3,1
	Ποιότητα εξυπηρέτηση	33	15,3	17,2	20,3
	Σχέση τιμής και αξίας	66	30,6	34,4	54,7
	Δυνατότητες ψυχαγωγίας	6	2,8	3,1	57,8
	Καλή φήμη Ιαματικών Λουτρών	48	22,2	25,0	82,8
	Ξεκουραση Χαλαρωση	33	15,3	17,2	100,0
	Σύνολο	192	88,9	100,0	



Πίνακας 11

Για ποιο λόγο επιλέξατε τα Ιαματικά Λουτρά για διακοπές (3)					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ποιότητα εξυπηρέτηση	9	4,2	5,1	5,1
	Σχέση τιμής και αξίας	33	15,3	18,6	23,7
	Καλή φήμη Ιαματικών Λουτρών	75	34,7	42,4	66,1
	Ξεκουραση Χαλαρωση	57	26,4	32,2	98,3
	Υγειονομική φροντίδα	3	1,4	1,7	100,0
	Σύνολο	177	81,9	100,0	



Πίνακας 12

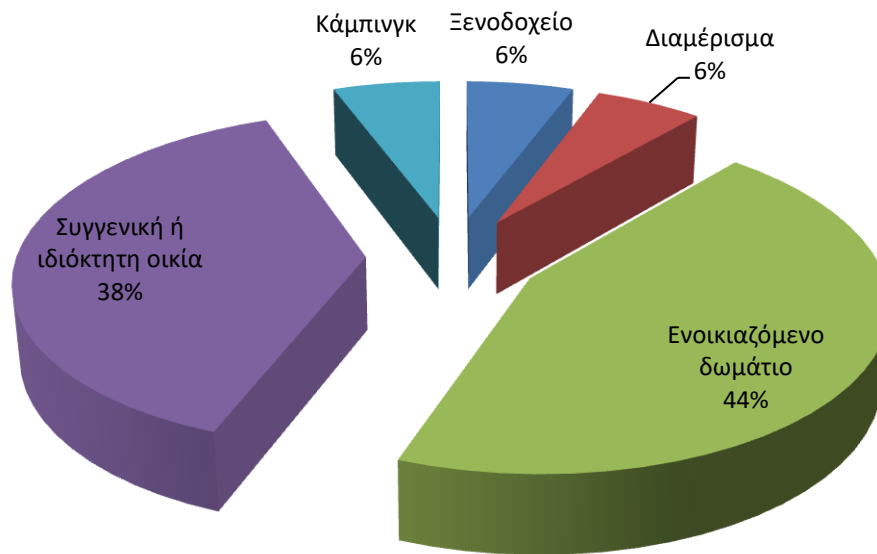
Από που αντλήσατε πληροφορίες					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Φίλους / Συγγενείς	168	77,8	77,8	77,8
	Διαδίκτυο	6	2,8	2,8	80,6
	Προσωπική εμπειρία	42	19,4	19,4	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	



Πίνακας 13

Πού διανυκτερεύσατε;					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ξενοδοχείο	12	5,6	5,7	5,7
	Διαμέρισμα	12	5,6	5,7	11,4
	Ενοικιαζόμενο δωμάτιο	93	43,1	44,3	55,7
	Συγγενική ή ιδιόκτητη οικία	81	37,5	38,6	94,3
	Κάμπινγκ	12	5,6	5,7	100,0
	Σύνολο	210	97,2	100,0	

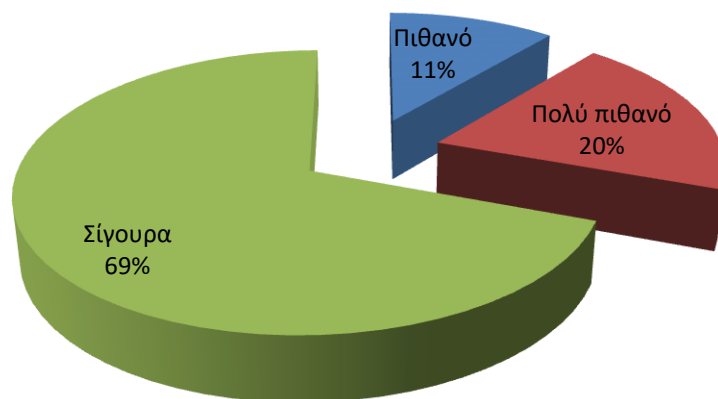
Πού διανυκτερεύσατε;



Πίνακας 14

Πόσο πιθανό είναι να επισκεφθείτε ξανά τα Ιαματικά Λουτρά					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Πιθανό	24	11,1	11,1	11,1
	Πολύ πιθανό	42	19,4	19,4	30,6
	Σίγουρα	150	69,4	69,4	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

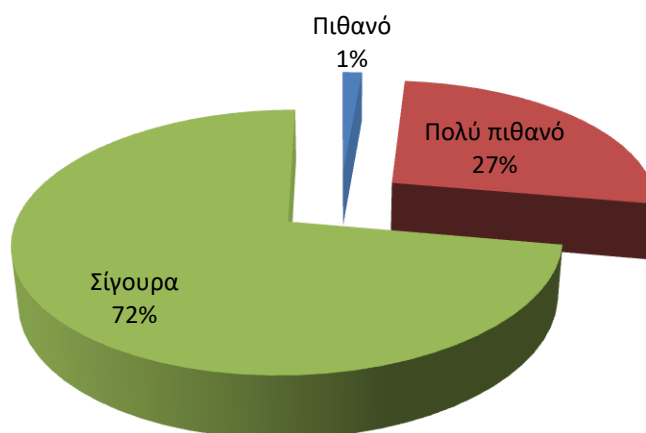
Πόσο πιθανό είναι να επισκεφθείτε ξανά τα Ιαματικά Λουτρά



Πίνακας 15

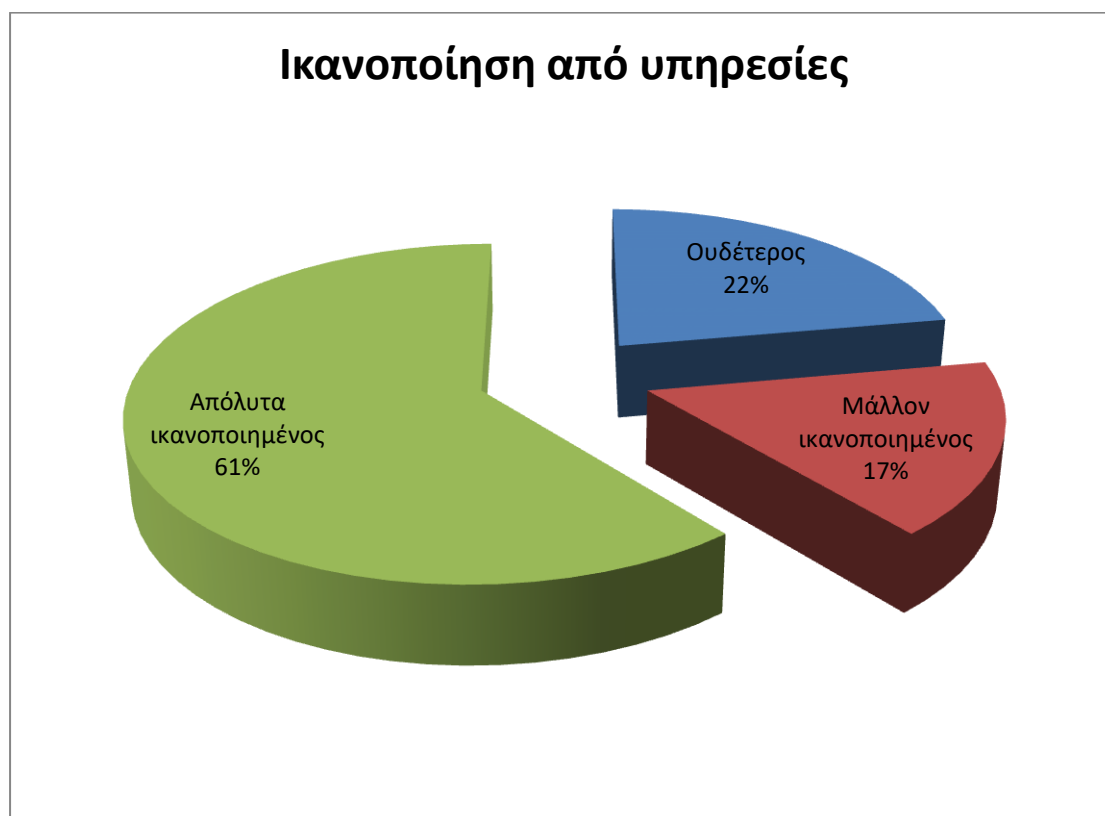
Πόσο πιθανό είναι να το συστήσετε σε κάποιον φίλο/ συγγενή					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Πιθανό	3	1,4	1,4	1,4
	Πολύ πιθανό	57	26,4	26,4	27,8
	Σίγουρα	156	72,2	72,2	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

Πόσο πιθανό είναι να το συστήσετε σε κάποιον φίλο/ συγγενή



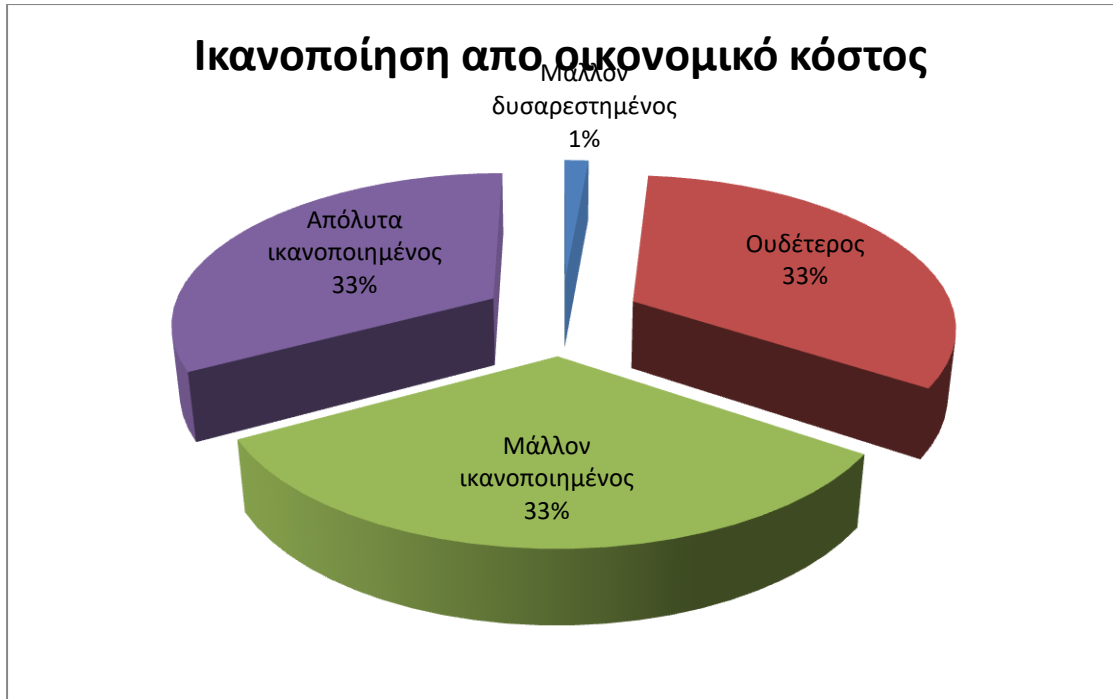
Πίνακας 16

Ικανοποίηση από υπηρεσίες					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ουδέτερος	48	22,2	22,2	22,2
	Μάλλον ικανοποιημένος	36	16,7	16,7	38,9
	Απόλυτα ικανοποιημένος	132	61,1	61,1	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	



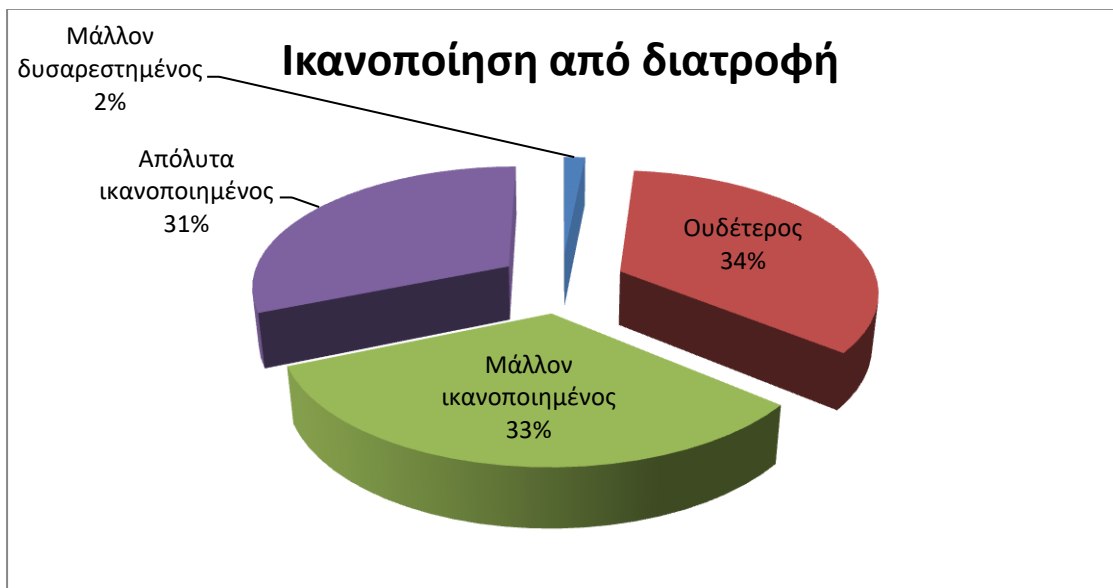
Πίνακας 17

Ικανοποίηση από οικονομικό κόστος					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Μάλλον δυσαρεστημένος	3	1,4	1,4	1,4
	Ουδέτερος	69	31,9	32,9	34,3
	Μάλλον ικανοποιημένος	69	31,9	32,9	67,1
	Απόλυτα ικανοποιημένος	69	31,9	32,9	100,0
	Σύνολο	210	97,2	100,0	



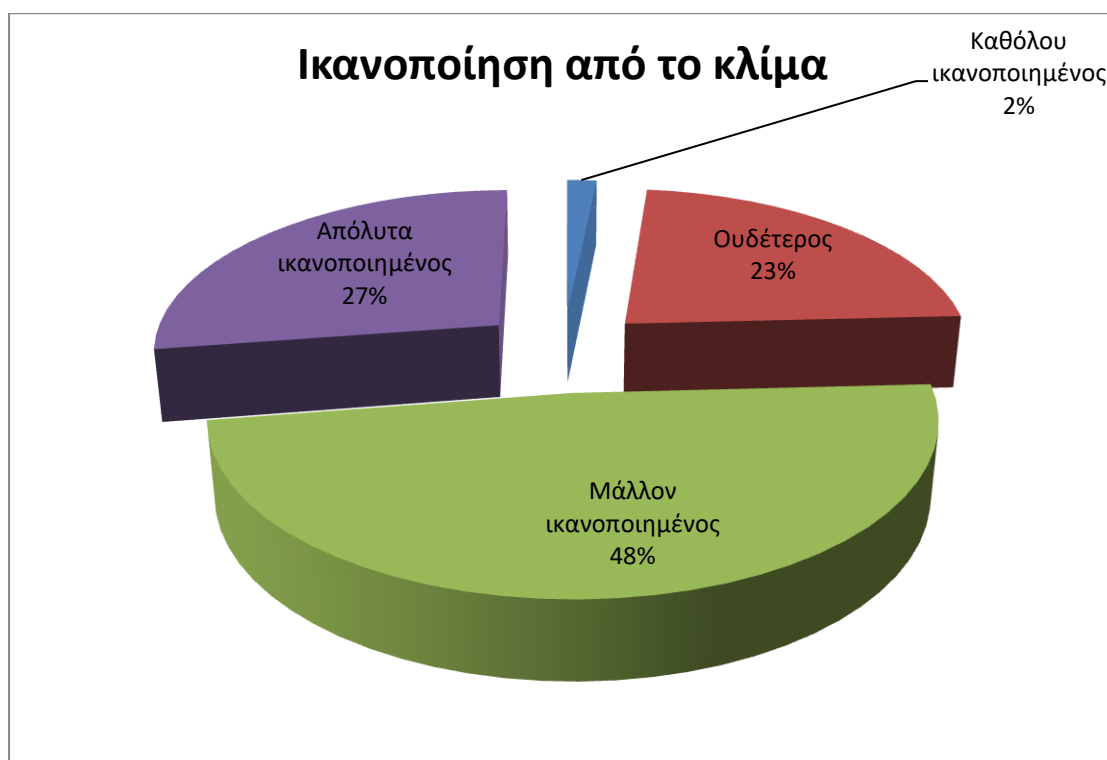
Πίνακας 18

Ικανοποίηση από διατροφή					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Μάλλον δυσαρεστημένοι	3	1,4	1,6	1,6
	Ουδέτερος	66	30,6	34,4	35,9
	Μάλλον ικανοποιημένοι	63	29,2	32,8	68,8
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	60	27,8	31,3	100,0
	Σύνολο	192	88,9	100,0	



Πίνακας 19

Ικανοποίηση από το κλίμα					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκ Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Έγκυρο	Καθόλου ικανοποιημένος	3	1,4	1,6	1,6
	Ουδέτερος	42	19,4	22,6	24,2
	Μάλλον ικανοποιημένος	90	41,7	48,4	72,6
	Απόλυτα ικανοποιημένος	51	23,6	27,4	100,0
	Σύνολο	186	86,1	100,0	



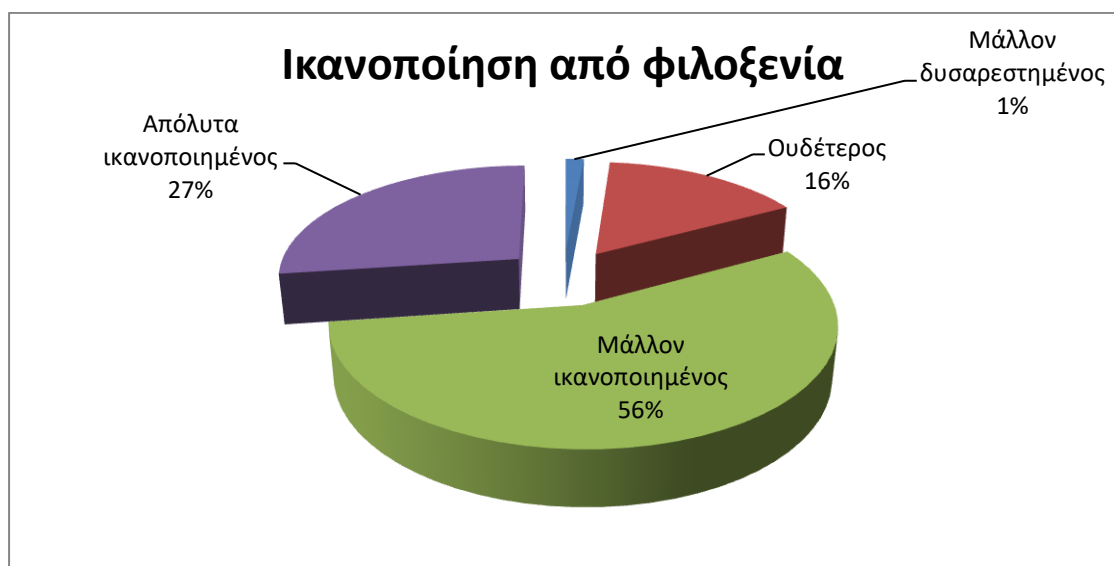
Πίνακας 20

Ικανοποίηση από το περιβάλλον					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Καθόλου ικανοποιημένος	3	1,4	1,5	1,5
	Μάλλον δυσαρεστημένος	3	1,4	1,5	3,0
	Ουδέτερος	63	29,2	31,3	34,3
	Μάλλον ικανοποιημένος	69	31,9	34,3	68,7
	Απόλυτα ικανοποιημένος	63	29,2	31,3	100,0
	Σύνολο	201	93,1	100,0	



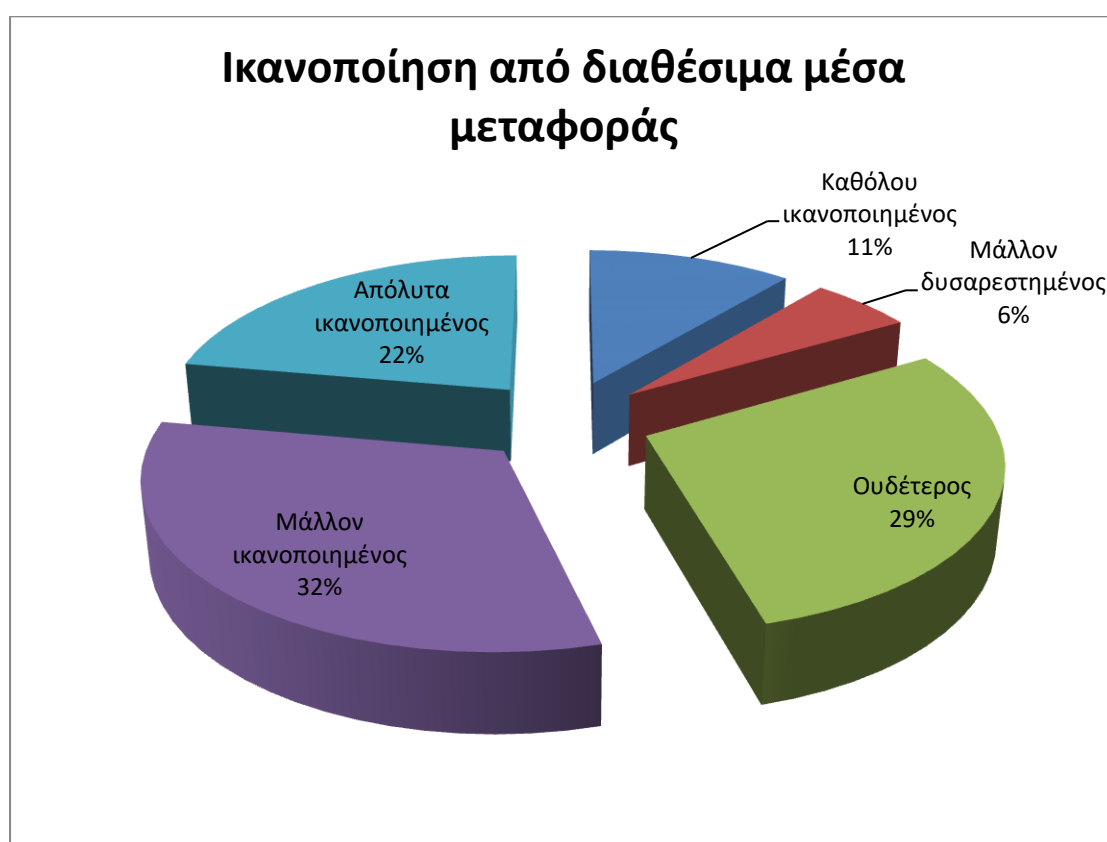
Πίνακας 21

Ικανοποίηση από φιλοξενία					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Μάλλον δυσαρεστημένος	3	1,4	1,4	1,4
	Ουδέτερος	33	15,3	15,7	17,1
	Μάλλον ικανοποιημένος	117	54,2	55,7	72,9
	Απόλυτα ικανοποιημένος	57	26,4	27,1	100,0
	Σύνολο	210	97,2	100,0	



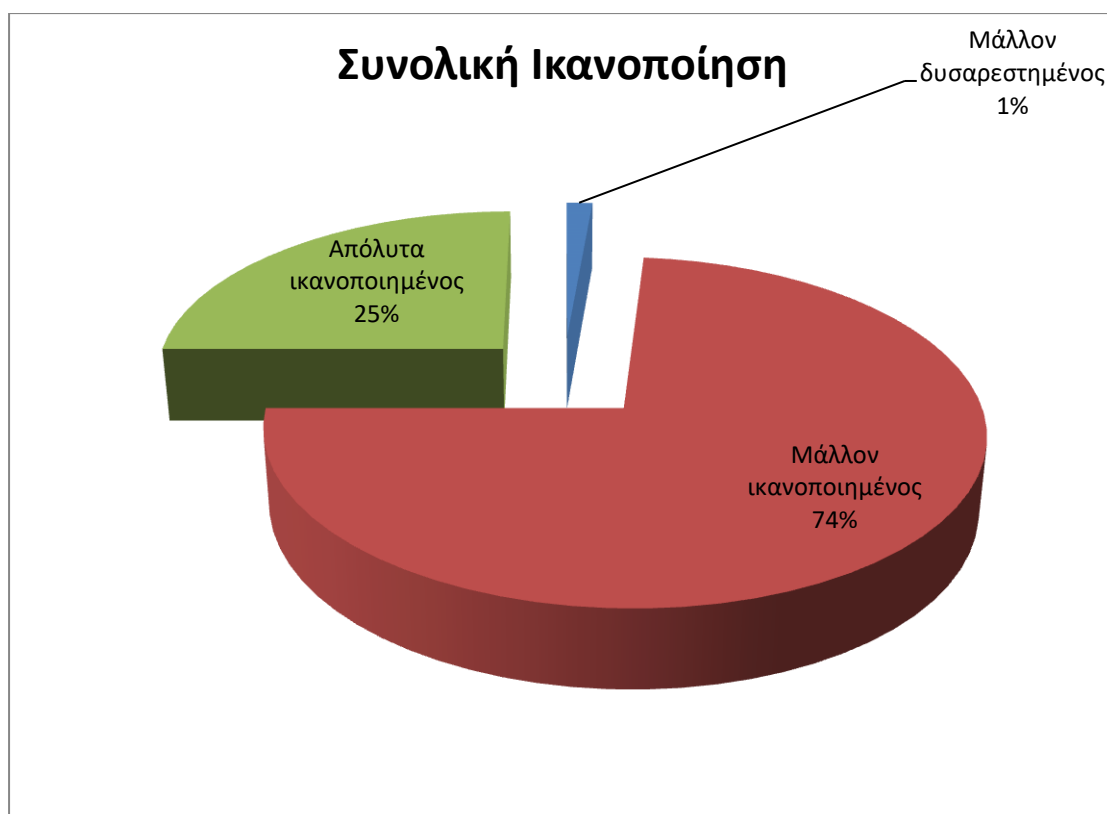
Πίνακας 22

Ικανοποίηση από διαθέσιμα μέσα μεταφοράς					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Καθόλου ικανοποιημένος	24	11,1	11,1	11,1
	Μάλλον δυσαρεστημένος	12	5,6	5,6	16,7
	Ουδέτερος	63	29,2	29,2	45,8
	Μάλλον ικανοποιημένος	69	31,9	31,9	77,8
	Απόλυτα ικανοποιημένος	48	22,2	22,2	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	



Πίνακας 23

Συνολική Ικανοποίηση					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Μάλλον δυσαρεστημένος	3	1,4	1,4	1,4
	Μάλλον ικανοποιημένος	159	73,6	73,6	75,0
	Απόλυτα ικανοποιημένος	54	25,0	25,0	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	



Πίνακας 24

Φύλο					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Ανδρας	102	47,2	47,2	47,2
	Γυναίκα	114	52,8	52,8	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

Πίνακας 25

Οικογενειακή κατάσταση					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Άγαμος	54	25,0	25,0	25,0
	Έγγαμος	162	75,0	75,0	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

Πίνακας 26

Εκπαίδευση					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Πρωτοβάθμια	54	25,0	25,0	25,0
	Δευτεροβάθμια	54	25,0	25,0	50,0
	Τριτοβάθμια	108	50,0	50,0	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

Πίνακας 27

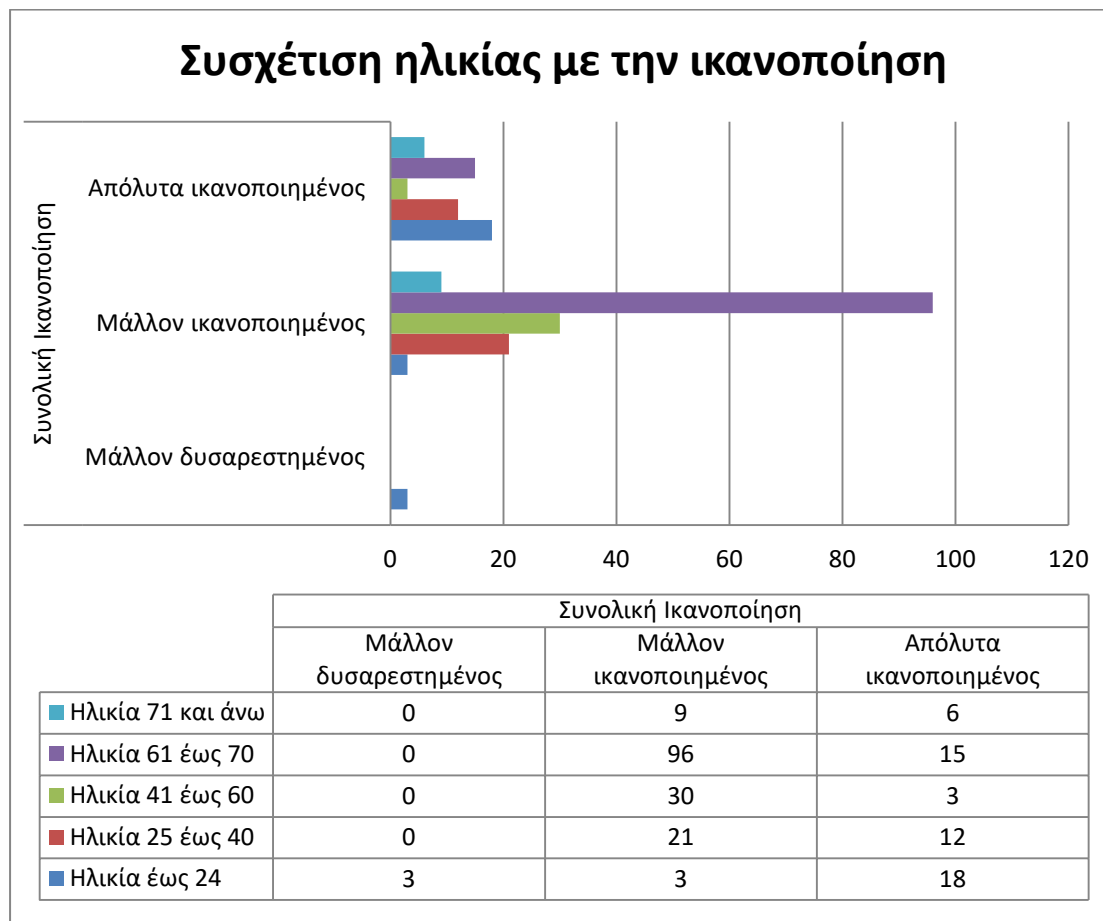
Ηλικία					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	έως 24	24	11,1	11,1	11,1
	25 έως 40	33	15,3	15,3	26,4
	41 έως 60	33	15,3	15,3	41,7
	61 έως 70	111	51,4	51,4	93,1
	71 και άνω	15	6,9	6,9	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

Πίνακας 28

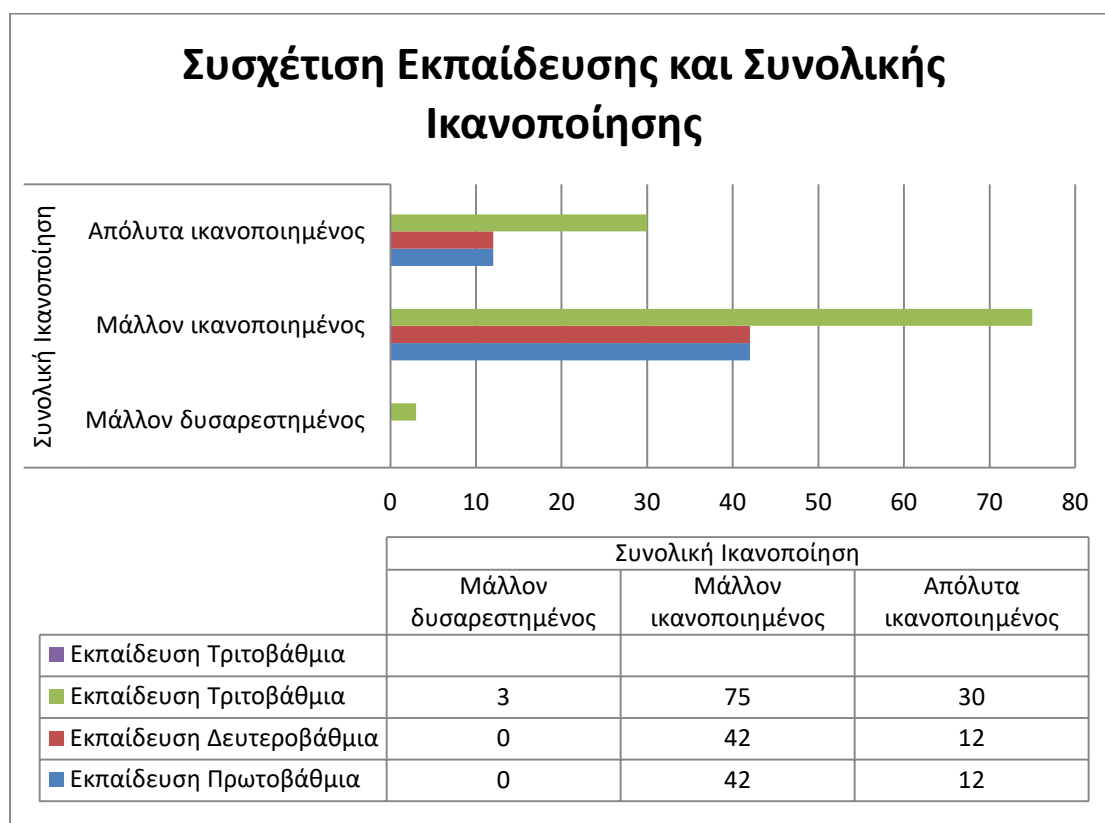
Επάγγελμα					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρο	Δημόσιος Υπάλληλος	27	12,5	12,5	12,5
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	33	15,3	15,3	27,8
	Επιχειρηματίας/ Ελεύθερος επαγγελματίας	42	19,4	19,4	47,2
	Γεωργός/ Κτηνοτρόφος	18	8,3	8,3	55,6
	Οικοκυρικά	18	8,3	8,3	63,9
	Συνταξιούχος	78	36,1	36,1	100,0
	Σύνολο	216	100,0	100,0	

7.3.2 Πίνακες διπλής εισόδου και συσχετίσεων

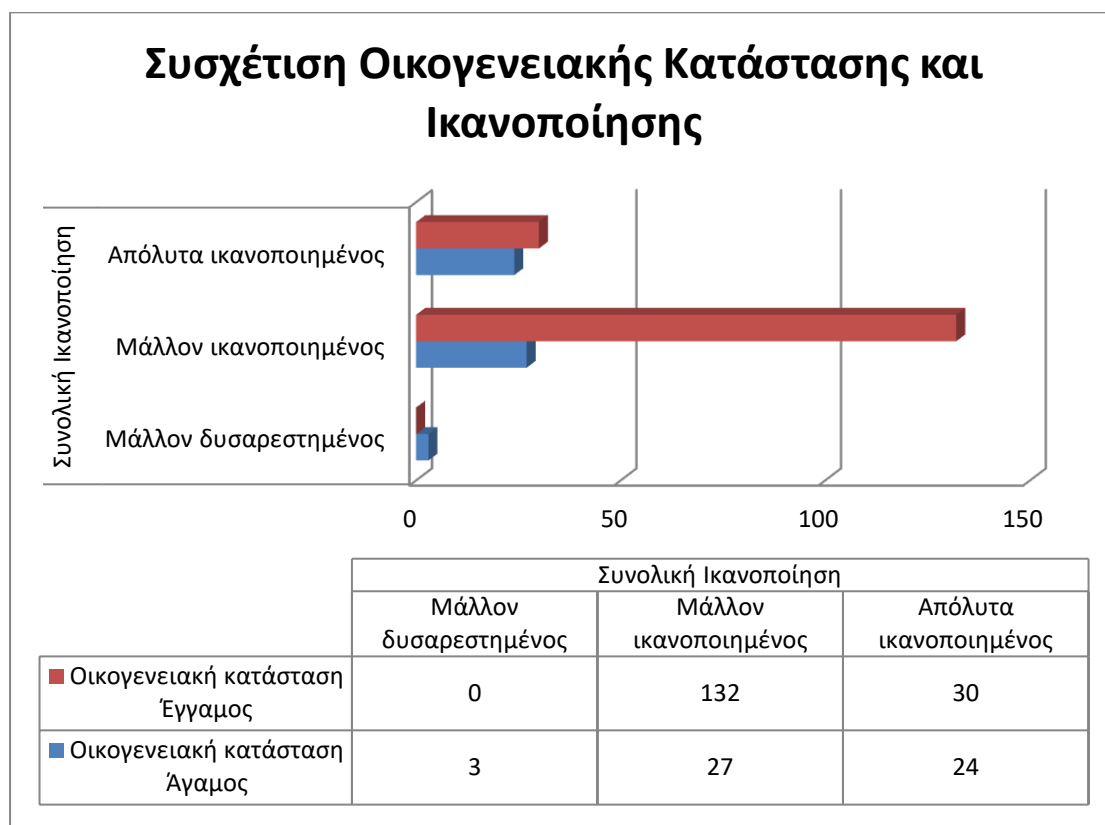
Πίνακας 1



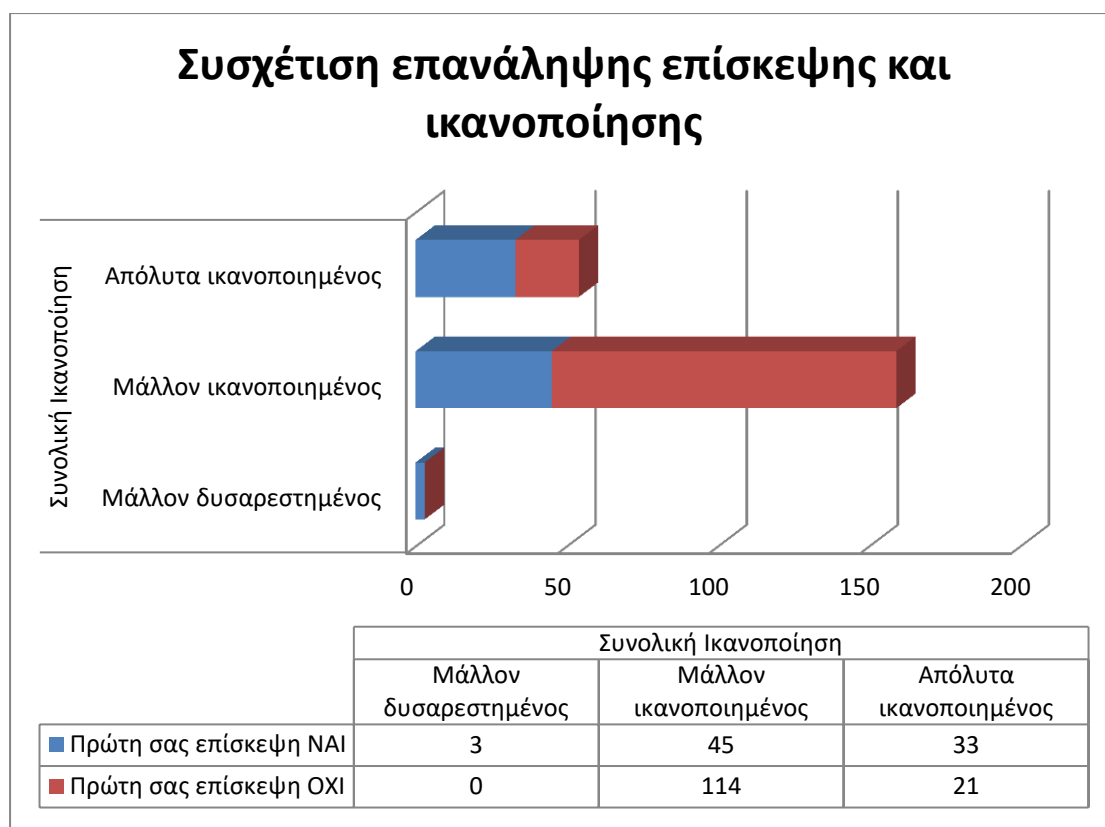
Πίνακας 2



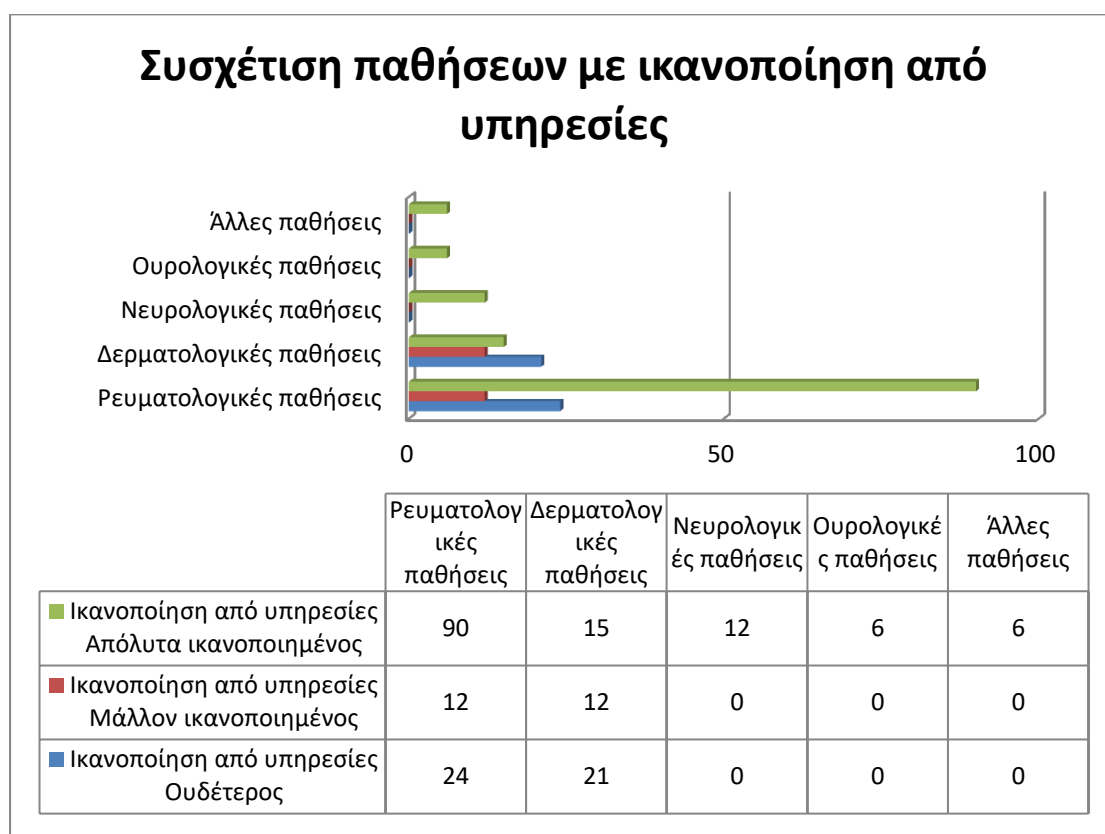
Πίνακας 3



Πίνακας 4



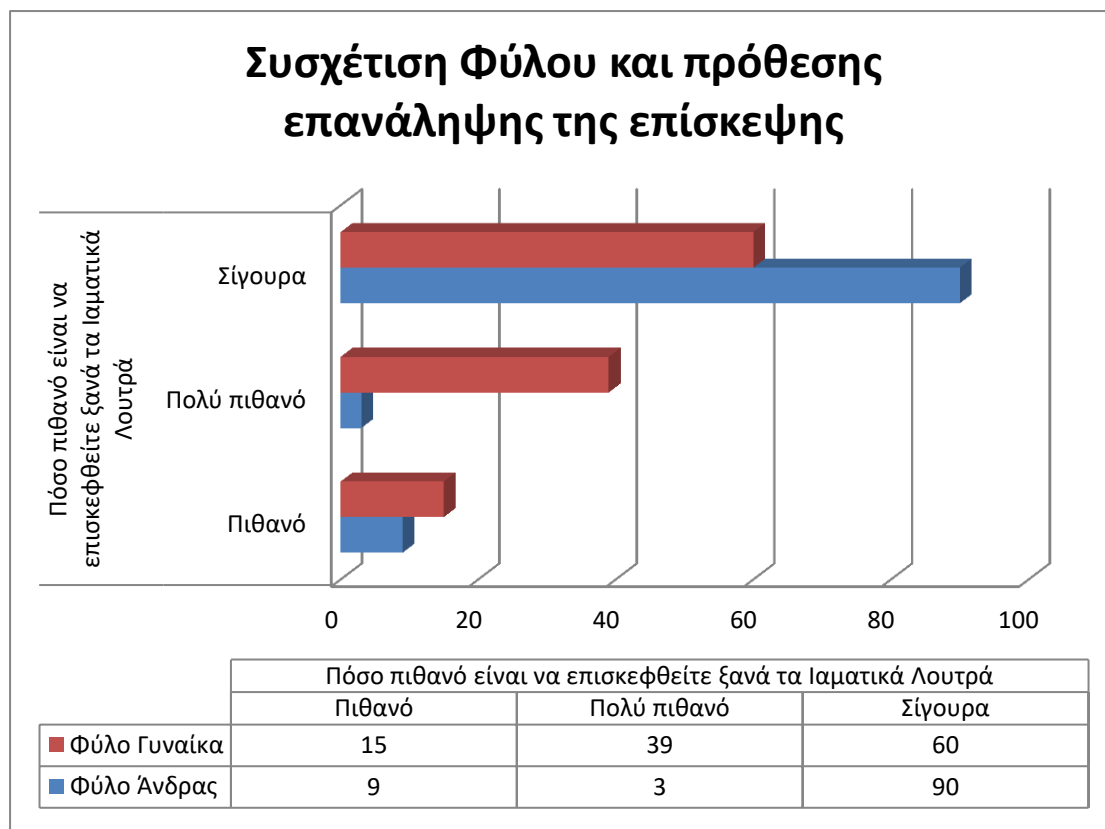
Πίνακας 5



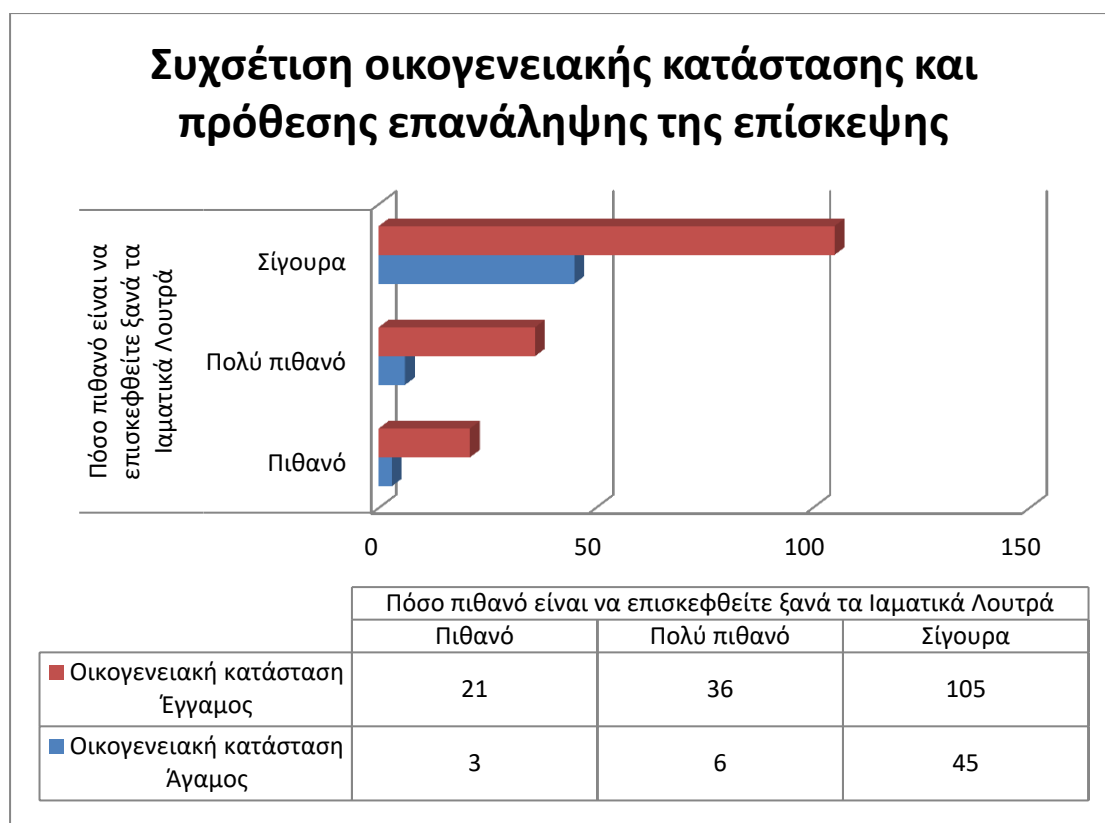
Πίνακας 6



Πίνακας 7



Πίνακας 8



7.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα δυνατά σημεία των λουτρών Αγίας Παρασκευής είναι η ποιότητα του ύδατος

- Ποιότητα Υπηρεσιών
- Σχέση τιμής και αξίας
- Καλή φήμη
- Μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης
- Σημαντικός αριθμός επαναλαμβανομένων πελατών
- Κύρια Πηγή Πληροφόρησης: Από στόμα σε Στόμα
- Κύρια ομάδα επισκεπτών, οι πάσχοντες από ρευματολογικές παθήσεις
- Σημαντική ικανοποίηση της ομάδας στους τομείς του κλίματος, της διατροφής και του κόστους
- Αδύνατο σημείο η ελλιπής υποστήριξη από μέσα μαζικής μεταφοράς
- Σημαντική ομάδα πελατών η 3η ηλικία (σε μεγάλο ποσοστό έγγαμοι), με σημαντικά ποσοστά ικανοποίησης, αδύναμο σημείο και πάλι οι μεταφορές.

- Αδύναμο σημείο της έρευνας, η μεγάλη σύμπτωση απαντήσεων που αγγίζει τα όρια της συγγραμικότητας

Μεταφέροντας αναλυτικότερα τα στοιχεία της έρευνας καταλήγουμε στις εξής απαντήσεις.

Αρχικά, σε ότι αφορά την ηλικία έχουμε με ποσοστό 69% την τρίτη ηλικία, άτομα δηλαδή άνω των 70 ετών φαίνεται να είναι αυτοί που ενδιαφέρονται περισσότερο να επισκεφτούν τα λουτρά της Αγίας Παρασκευής. Στη συνέχεια έρχονται οι ηλικίες 61-70 ετών με ποσοστό 51,4%, ηλικίες 41-60 ετών και 25-40 ετών με ποσοστά 15,3% η καθεμία και τέλος ηλικίες έως 24 ετών με ποσοστό 11,1%. Αναλύοντας το φύλο βλέπουμε ότι τα ποσοστά είναι σε σχετική ισορροπία μεταξύ ανδρών και γυναικών με ποσοστά 53% οι γυναίκες και 47% οι άντρες. Σε ποσοστό 75% έρχονται πρώτοι οι έγγαμοι επισκέπτες έναντι 25% των άγαμων. Βλέπουμε, σύμφωνα με τις απαντήσεις, πως εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και το μορφωτικό τους επίπεδο καθώς σε ποσοστό 50% έρχονται οι επισκέπτες απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ενώ σε ίδιο ποσοστό από 25% έρχονται οι επισκέπτες με χαμηλότερο μορφωτικό υπόβαθρο δηλαδή της δευτεροβάθμιας και της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Καταλήγοντας με τα δημογραφικά στοιχεία των επισκεπτών, αναλύοντας τα στοιχεία του επαγγελματικού τους προσανατολισμού, έχουμε αρχικά με ποσοστό 36,1% τους συνταξιούχους, ακολουθούν με ποσοστό 19,4% οι επιχειρηματίες και ελεύθεροι επαγγελματίες, έπονται με ποσοστό 15,3% οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, με ποσοστό 12,5% οι δημόσιοι υπάλληλοι και τέλος με ποσοστά από 8,3% οι γεωργοί –κτηνοτρόφοι και οι νοικοκυρές.

Συνεχίζοντας και παίρνοντας το ερωτηματολόγιο από την αρχή του θα δούμε τις παρακάτω απαντήσεις. Στην ερώτηση «επισκεφθήκατε τα λουτρά για πρώτη φορά» οι απαντήσεις ήταν σε ποσοστό 63% αρνητικές και σε ποσοστό μόλις 37% θετικές, πράγμα που σημαίνει πως πολλοί από τους επισκέπτες είναι επαναλαμβανόμενοι. Αυτό το επιβεβαιώνει και η ερώτηση «πόσες φορές επισκεφθήκατε τα λουτρά» στην οποία οι απαντήσεις μας δείχνουν πως σε ποσοστό 42% είναι περισσότερες από 3 φορές, σε ποσοστό 40% για πρώτη φορά και σε ποσοστό 18% 2-3 φορές.

Αναλύοντας τις περιόδους επισκεψιμότητας των λουτρών θα δούμε ότι το ποσοστό της περιόδου Ιούλιος- Σεπτέμβριος, είναι το θεαματικό 94% έναντι του μόλις 6% για την περίοδο Απριλίου- Ιουνίου.

Θέλοντας να δούμε με ποιους συνηθίζουν να επισκέπτονται τα λουτρά βρήκαμε πως με ποσοστό 36% έρχονται τα ζευγάρια, με ποσοστό 29% με κάποιον φίλο ή συγγενή,

με ποσοστό 24% με την οικογένεια και με ποσοστό μόλις 11% μόνοι. Έτσι, συμπεραίνουμε πως ακόμα και στα λουτρά που μπορούσε κάποιος να τα επισκεφθεί για λόγους υγείας, είναι δύσκολο να πάει κανείς μόνος του.

Σε ένα συγκριτικά κοντινό ποσοστό έρχονται οι απαντήσεις για το αν υπάρχει και λόγος αναφυχής σε μια τέτοια επίσκεψη με το όχι να φτάνει στο 58% και το ναι στο 42%.

Αναλύοντας τώρα το κομμάτι που αναφέρεται στους λόγους επισκεψιμότητας που αφορούν την υγεία, θα δούμε ότι το 90% επισκέπτεται τα λουτρά για λόγους υγείας ενώ μόλις το 10% όχι. Αυτό όμως που κάνει μεγάλη εντύπωση είναι πως ενώ ένα υπερβολικά μεγάλο ποσοστό έχει λόγους υγείας για να επισκεφθεί τα λουτρά, ένα υπερβολικά μικρό ποσοστό, μόλις το 6%, το επισκέπτεται έχοντας χρησιμοποιήσει κάποιο έγγραφο από κάποιο ασφαλιστικό φορέα, όπως το ΙΚΑ για παράδειγμα. Οι ειδικευμένοι λόγοι υγείας για μια επίσκεψη στα λουτρά, φαίνονται από τα ποσοστά που το 64% μας μίλησαν για ρευματολογικές παθήσεις, το 24% για δερματολογικές παθήσεις, το 6% για νευρολογικές παθήσεις και σε ποσοστό από 3% ήρθαν οι ουρολογικές παθήσεις και οι άλλες πιο γενικές παθήσεις.

Συνεχίζοντας και θέλοντας να δούμε τους λόγους για τους οποίους οι επισκέπτες θα επισκέπτονταν τα λουτρά για λόγους διακοπών ως πρώτη, δεύτερη ή τρίτη επιλογή βλέπουμε πως η ποιότητα εξυπηρέτησης φαίνεται να είναι σε ποσοστό 53% σημαντική σε εκείνους που το επέλεξαν σαν πρώτη επιλογή, σε ποσοστό 17% σαν δεύτερη επιλογή και σε ποσοστό 5% σαν τρίτη επιλογή. Η καλή φήμη των λουτρών μας δίνει στην πρώτη επιλογή ποσοστό 15%, στην δεύτερη 25% και στην τρίτη 42%. Η σχέση ποιότητας και τιμής μας δίνει ποσοστά 6% στην πρώτη επιλογή, 35% στη δεύτερη και 19% στην τρίτη. Η ξεκούραση μας δίνει ποσοστά 4% στην πρώτη επιλογή, 17% στη δεύτερη επιλογή και 32% στην τρίτη επιλογή. Το κλίμα και το φυσικό περιβάλλον υφίσταται ως λόγος μόνο στην πρώτη και δεύτερη επιλογή με ποσοστά 22% και 3% αντίστοιχα. Η ψυχαγωγία μας δίνεται ως λόγος μόνο στην δεύτερη επιλογή με ποσοστό 3%. Τέλος, η υγειονομική περίθαλψη μας δίνεται ως λόγος μόνο στην τρίτη επιλογή με ποσοστό 2%.

Σημαντικό για εμάς, ήταν να μάθουμε από πού αντλήσανε πληροφορίες οι επισκέπτες για τα συγκεκριμένα λουτρά της Αγίας Παρασκευής και μάθαμε ότι σε ποσοστό 78% από φίλους και συγγενείς που είχαν επισκεφτεί προφανώς τα λουτρά, πράγμα που μας δείχνει ότι το σημαντικότερο εργαλείο του μάρκετινγκ, η από στόμα σε στόμα διαφήμιση, στην περίπτωση των λουτρών της Αγίας Παρασκευής, λειτουργεί σε έναν

άκρως ικανοποιητικό βαθμό. Για πρόσφατη εμπειρία μας μίλησε το 19% και το 3% για το διαδίκτυο.

Την απάντηση για το που άραγε διανυκτερεύουν οι επισκέπτες των λουτρών, μας δίνουν τα ποσοστά 44% σε ενοικιαζόμενα δωμάτια, το 38% σε συγγενείς ή φίλους, σε ποσοστό από 6% σε ιδιόκτητα διαμερίσματα, ξενοδοχεία και κάμπινγκ. Ρωτώντας να μάθουμε αν οι επισκέπτες, ειδικά αυτοί που πήγαν για πρώτη φορά, θα τα επισκεπτόντουσαν ξανά, το μεγάλο ποσοστό του 69% μας απάντησε πως σίγουρα ναι, το 20% πως είναι πολύ πιθανό και το 11% πιθανό. Σε ανεβασμένα ποσοστά, βλέπουμε και τις απαντήσεις των επισκεπτών στο ερώτημα αν θα σύστηναν τα λουτρά σε άλλους που μας είπαν κατά 72% πως σίγουρα ναι, κατά 27% πως είναι πολύ πιθανό και κατά μόλις 1% απλά πιθανό.

Παρακάτω, στην ερώτηση για την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των λουτρών, οι απαντήσεις ήταν σε ποσοστό απόλυτης ικανοποίησης 67%, ουδετερότητας 22% και μάλλον ικανοποίησης σε ποσοστό 17%. Στην ερώτηση για το οικονομικό κόστος οι απαντήσεις ήταν μοιρασμένες σε ποσοστά από 33% στις βαθμίδες «απόλυτα ικανοποιημένος», «μάλλον ικανοποιημένος», «ουδέτερος» και μόλις με ποσοστό 1% ήρθε η απάντηση «μάλλον δυσαρεστημένος».

Συνεχίζουμε τις ερωτήσεις για την ικανοποίηση των επισκεπτών έχουμε την ικανοποίηση από τη διατροφή με ποσοστά 34% «ουδέτερος», 33% «μάλλον ικανοποιημένος», 31% «απόλυτα ικανοποιημένος» και σε ποσοστό μόλις 2% «μάλλον δυσαρεστημένος».

Η ερώτηση για την ικανοποίηση από το κλίμα της περιοχής οι απαντήσεις μας δίνουν τα ποσοστά 48% «μάλλον ικανοποιημένος», 27% «απόλυτα ικανοποιημένος», 23% «ουδέτερος» και μόλις με ποσοστό 2% ήρθε η απάντηση «καθόλου ικανοποιημένος».

Η επόμενη μας ερώτηση ήταν για την ικανοποίηση από το περιβάλλον και οι απαντήσεις μας δείχνουν πως, σε ποσοστό 34% «μάλλον ικανοποιημένος», 31% «απόλυτα ικανοποιημένος», 31% «ουδέτερος» και από 2% έλαβαν οι απαντήσεις «μάλλον δυσαρεστημένος» και «καθόλου ικανοποιημένος».

Όταν ρωτήσαμε για την ικανοποίηση από τη φιλοξενία οι απαντήσεις που μας δόθηκαν σε ποσοστά ήταν οι εξής, 56% «μάλλον ικανοποιημένος», 27% «απόλυτα ικανοποιημένος», 16% «ουδέτερος» και σε ποσοστό μόλις 1% η απάντηση «μάλλον δυσαρεστημένος».

Προτελευταία μας ερώτηση ήταν αυτή για την ικανοποίηση από τα μέσαμαζικής μεταφοράς και οι απαντήσεις ήταν σε ποσοστά 32% «μάλλον ικανοποιημένος», 29%

«ουδέτερος», 22% «απόλυτα ικανοποιημένος», 11% «καθόλου ικανοποιημένος» και 6% «μάλλον δυσαρεστημένος».

Αφήσαμε, όπως ήταν αναμενόμενο, για το τέλος, την ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση των επισκεπτών από τα λουτρά της Αγίας Παρασκευής και οι απαντήσεις ικανοποιούν ως ένα βαθμό πιστεύουμε τους άμεσα ενδιαφερόμενους – εμπλεκόμενους στα λουτρά αφού μας δείχνουν πως σε ποσοστό 74% έρχεται πρώτη η απάντηση «μάλλον ικανοποιημένος», σε ποσοστό 25% η απάντηση «απόλυτα ικανοποιημένος» και τέλος η απάντηση «μάλλον δυσαρεστημένος» έλαβε μόλις 1%. Ειδικότερα, το προφίλ του μέσου επισκέπτη περιγράφεται ως εξής: Έγγαμοι, ηλικίας 46-60 ετών, ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά στην κοινωνική προσέγγιση της στάσης των επισκεπτών παρατηρείται ότι κατά βάση οι λόγοι που αποτελούν κίνητρο επίσκεψης είναι ψυχαγωγικοί. Υπάρχει αναζήτηση για δραστηριότητες, οι οποίες αποσκοπούν στη διατήρηση της υγείας, παρόλα αυτά οι επισκέπτες δεν περιορίζονται μόνο στη θεραπεία, την αποκατάσταση της υγείας, αλλά η επίσκεψή τους αποσκοπεί και στην πρόληψη, χαλάρωση και ευεξία, εν ολίγοις στην ποιότητα της ζωής. Οι επισκέπτες των εν λόγω λουτρών, κατά βάση, είναι ικανοποιημένοι από τα λουτρά, απολαμβάνοντας τα καλά των ιαματικών πηγών, τις προσφερόμενες υπηρεσίες και γνωρίζοντας τη γύρω περιοχή, γεγονός που επιβεβαιώνεται καθώς συμφωνούν να τα συστήσουν και σε άλλους, προκειμένου να ζήσουν την εμπειρία που έζησαν οι ίδιοι. Συγκεκριμένα, εκφράζουν την επιθυμία τους ο φυσικός περιβάλλον χώρος να μείνει αναλλοίωτος, καθώς είναι και ο κυριότερος λόγος προτίμησής τους για τα συγκεκριμένα λουτρά. Μια μικρή μερίδα επισκεπτών, από την άλλη πλευρά, επιθυμεί τη βελτίωση/αλλαγή των εγκαταστάσεων, κυρίως όμως επιθυμούν βελτίωση των υποδομών πρόσβασης. Η τελευταία άποψη είναι έντονη, και εκφράζεται προκειμένου τα λουτρά να βελτιωθούν, φτάνοντας το επιθυμητό επίπεδο. Δεν πρέπει να παραβλεφθεί ότι οι επισκέπτες τα προτιμούν και λόγω των θεραπευτικών τους ιδιοτήτων.

Πηγή πληροφόρησης των επισκεπτών για την ύπαρξη των λουτρών της Αγίας Παρασκευής είναι, κατά κύριο λόγο, οι συγγενείς, φίλοι ή γνωστοί, με άλλα λόγια, η πληροφόρηση γίνεται από “στόμα σε στόμα”. Η τελευταία είναι πάρα πολύ σημαντική διότι στο πλαίσιο τέτοιου είδους επικοινωνίας συμπεριλαμβάνεται και η κατάθεση της προσωπικής άποψης. Η ερευνώμενη στάση επιβεβαιώνεται και από τους ερευνητές Parker και Ward (2000), Harris κ.α. (1999), Adelman κ.α. (1994), κατά τους οποίους ένας δυσαρεστημένος επισκέπτης/καταναλωτής διώχνει πολλούς

περισσότερους από αυτούς που θα φέρει ένας ευχαριστημένος, προκαλώντας αρνητικές συνέπειες (Parker and Ward 2000 · Harris et al. 1999 · Adelman et al. 1994). Οι επισκέπτες στην πλειοψηφία τους διαμένουν στην περιοχή κυρίως σε ενοικιαζόμενα καταλυματα, ενώ μετά τη θεραπεία στα λουτρά περιηγούνται και γευματίζουν σε τοπικά εστιατόρια και ταβέρνες, κάνουν περιήγηση στον οργανωμένο χώρο των λουτρών και πραγματοποιούν επισκέψεις στα γύρω χωριά, γνωρίζοντας καλύτερα την ευρύτερη περιοχή. Τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας καλύπτουν οικονομικά τη λουτροθεραπεία σε όσους τη χρειάζονται, παράλληλα, μειωμένο πακέτο εξόδων μπορούν να έχουν και τα άτομα που διαθέτουν εισιτήρια κοινωνικού τουρισμού. Μια πολύ βασική στάση-άποψη των επισκεπτών αναφέρεται στη σχέση τιμής ποιότητας που προσφέρουν τα εν λόγω λουτρά. Στο σύνολό τους οι επισκέπτες τη χαρακτηρίζουν από αρκετά καλή έως πολύ καλή και η άποψή τους είναι επαληθευμένη, καθώς η πλειοψηφία δεν τα επισκέπτεται για πρώτη φορά.

Σε γενικές γραμμές, οι επισκέπτες των εν λόγω λουτρών, είναι ευαισθητοποιημένοι με το περιβάλλον, τόσο σε τοπικό, όσο και σε γενικό επίπεδο, καθώς εκδηλώνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον φυσικό πλούτο της περιοχής, για τον οποίο και συμφωνούν ότι γίνεται ορθολογική χρήση όσον αφορά στην προστασία του φυσικού τοπίου, τη διατήρηση καθαριότητας, κλπ. Η τήρηση των συνθηκών υγιεινής είναι αναφαίρετο δικαίωμα για όλους τους ανθρώπους, πόσο μάλλον όταν προσφέρεται αντί οικονομικού αντιτίμου και σε χώρους, όπως οι οργανωμένες ιαματικές εγκαταστάσεις, οι οποίες χρησιμοποιούνται από πολλούς ανθρώπους καθημερινά. Οι περισσότεροι επισκέπτες συμφωνούν ότι τηρούνται οι συνθήκες υγιεινής, είναι όμως και μία μικρότερη μερίδα αυτών που κρατάει πιο συγκρατημένη στάση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβδημιώτης, Σ.,(2013). *Μεταφορά εμπειρικής γνώσης με τη χρήση προσαρμοσμένων κανόνων σε επιχειρήσεις φιλοξενίας*. Μη εκδιδόμενη διδακτορική διατριβή, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός
2. Αγγελίδης, Κ.Δ και Κιρκινέζου, Κ.Μ(2001). *ISO9000 στις Τεχνικές Εταιρίες*, University Studio Press, σελ 19
3. Αγγελίδης, Ζ. (2007). *Ιαματικοί Φυσικοί Πόροι και Θερμαλισμός*. Θεσσαλονίκη: Κέντρο Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης Ελευθερίου Κορδελιού.
4. Αιγηνίτης, Ν. (1999).*Τουριστική Ψυχολογία*. Interbooks: Αθήνα.
5. Ανδριώτης, Κ. (2003), *Ο εναλλακτικός τουρισμός και τα διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά του*, Αθήνα.
6. Αρβανητογιάννης Σ.Ι και Κούρτης Λ(2002), *ISO9000:2000*, Σταμούλης,103-105
7. Βαρβαρέσος, Σ. (1994). *Τουρισμός- Οικονομικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Προπομπός.
8. Βαρβαρέσος, Σ. (1997). *Τουρισμός- Οικονομικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Προπομπός.
9. Γαλάνη-Μουτάφη, Β. (2002). *Έρευνες για τον Τουρισμό στην Ελλάδα και την Κύπρο- Μια ανθρωπολογική Προσέγγιση*. Αθήνα: Προπομπός.
10. Γκέκας, Ρ. (2005). *Κλάδοι της Ελληνικής Οικονομίας. Διαρθρωτικά προβλήματα και προοπτικές. Επιστήμη και Κοινωνία*. Αθήνα: Πατάκη.
11. Γούναρη, Γ. (1990), *Το Βαλανείο και τα βόρεια προκτίσματα του οκταγώνου των Φίλιππων*, Αθήνα: Πατάκη.
12. Δερβιτσιωτης Ν, Κ,(2001), *Ανταγωνιστικότητα Με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Interbooks, 114-118
13. Διδασκάλου, Ε. Α., (1999). *Θεραπευτικός Τουρισμός: Προς Ένα Μοντέλο Ανάπτυξης Κέντρων Θεραπευτικού Τουρισμού και Εκτίμηση των Επιπτώσεων αυτών στους Τομείς του Τουρισμού και της Υγείας*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων.
14. [Ζαφειρόπουλος](#) Κ. (2012). *Ποσοτική εμπειρική έρευνα και δημιουργία στατιστικών μοντέλων*, [Κριτική](#), Αθήνα
15. Καϊτελίδου, Δ.(2010). *Ποιότητα και αξιολόγηση των Υπηρεσιών υγείας, Στο:Λιαρόπουλος,Α.Οργάνωση υπηρεσιών υγείας και συστημάτων υγείας, Α τόμος*. Αθήνα:Βήτα

16. Κοϊνάκη, Κ. και Μ. Πλουμή, (2007). *Ιαματικός Τουρισμός: Στοιχεία Προσφοράς και Ζήτησης στην Ελλάδα, Συγκρίσεις με τη Διεθνή Εμπειρία και Πρακτική*, Κρήτη: Μελέτη, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.
17. Κοκκώσης, Χ. και Τσάρτας, Π., (2001). *Βιώσιμη Τουριστική Ανάπτυξη και Περιβάλλον*. Αθήνα:Κριτική.
18. Κολτσιδόπουλος, Γ., (2001). *Τουρισμός- Θεωρητική Προσέγγιση*, Αθήνα: Έλλην.
19. Κοράκη, Α, Πέππας, Χ.,(2013). *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη τακτική, Πρόκληση ή λαίλαπα*, Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας,1(9):25-31.
20. Κουτούζης, Μ.,Δικαίος, Κ., Πολύζος ,Ν., Σιγάλας,Ι., (1999). *Διοίκηση ενός οργανισμού*. Πάτρα: ΕΑΠ
21. Λαλούμης, Δ., (1999). *Ξενοδοχειακή Ψυχαγωγία & Άθληση*, Αθήνα: Αθ.Σταμούλη.
22. Λιαρόπουλος,Λ. (2010). *Οργάνωση υπηρεσιών υγείας και συστημάτων υγείας*, Α τόμος. Αθήνα:Βήτα
23. Λογοθέτης, Ν.,(1992).*Μανατζμεντ Ολικής Ποιότητας, Από τον Taguchi στον SPC*. Αθήνα:Interbooks, TQM Hellas
24. Μπουραντάς, Δ. (2002). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας,Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα:Μπένου
25. Μποχώρης, Γ. (2008). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Διαχείριση Περιβάλλοντος*. Α τόμος. Πάτρα:ΕΑΠ
26. Παπακωστιδής,Α., Τσουκαλάς, Ν.(2012). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29(4):480-488
27. Σίσκου, Γ., Μανίνου, Μ. και Φεργιάδη, Γ., (2006). *Ιαματικός Τουρισμός, μια Ανατομία της Ποιότητας των Υπηρεσιών του*, Αθήνα: Προπομπός.
28. Σπαθή, Σ., (2000). *Ο ιαματικός τουρισμός και η ανάπτυξη του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
29. Σπανός, Α.,(1997). *Πώς Παράγονται και Παρέχονται Αποτελεσματικά Υπηρεσίες Ποιότητας*, Αθήνα: Γαλαίος.
30. Τούντας, Γ.,(2002). *Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(5):532-546
31. Χλέτσος, Μ. (2014).*Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μονάδων υγείας. Διδακτικές σημειώσεις στο εξ αποστάσεως πρόγραμμα εκπαίδευσης «Συνεχιζόμενη Κατάρτιση οικονομία και κοινωνία», Ε.Ε.Ο.Κ.Π Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*
32. Ψαρόπουλος, Χ. (2010). *Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Μοντέλα διοίκησης ολικής ποιότητας, Μετά ISO εποχή- απαιτήσεις*. Αθήνα. Διαθέσιμο στο <http://www.psaropouloschristos.com/>

ΕΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adelman, M.B., Ahuvia, A. and Goodwin, C, (1994). *Beyond smiling: social support and service quality. In Rust, R.T. & Oliver, R.L. (Eds), Service Quality: New Directions in Theory and Practice.* Sage Publications, Thousand Oaks, CA
2. Ader, M., Beresson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). *Quality indicators for health promotion programs. Health Promotion International 16(2): 187-195*
3. Ahire, S., Waller, M. & Golhar, D. (1996). *Quality Management in TQM versus non-TQM firms: an empirical investigation. International Journal of Quality and Reliability Management 13(8): 8-27.*
4. Al – Assaf, A. & Sheikh, M. (2004). *Quality improvement in primary health care. A Practical guide.* WHO. Cairo
5. Allwood, J. (1995). *An Activity Based Approach to Pragmatics. Gothenburg Papers in Theoretical Linguistics 76.* Goteborg University, dept. Of Linguistics.
6. Austrian National Tourism Office, (1997). *Nature The Healer, (Brochure)*
7. Avdimiotis (2014). *Tacit Knowledge Transfer in Hospitality Establishments. Revealing the body of the iceberg* (accepted for publication 1/7/2016 *International Journal or Knowledge Management*)
8. Avdimiotis, S. (2016). Tacit Knowledge Management Within Hospitality Establishments: Revealing the Body of the Iceberg. *International Journal of Knowledge Management (IJKM), 12(3), 15-29..*
9. Babbie, E., (2010). *The practice of social research.* Belmont, CA; : Wadsworth.
10. Becheri, E. (1989). *From thermalism to health tourism. Revue de Tourisme, Vol. 44, No. 4, pp. 15–19*
11. Bennett, M., B. King and L. Milner (2004). *The health resort sector in Australia: A positioning study.* Journal of Vacation Marketing, Vol. 10, p. 122.
12. Bitner, M.J. (1990). *Evaluating service encounters: the effects of physical] surrounding and employee responses. Journal of Marketing, Vol. 54,]No. 1, pp. 71-84*
13. Bitner, M.J., W.T. Faranda, A.R. Hubbert and V.A. Zeithaml (1997). *Customer] contributions and roles in service delivery. International Journal of Service Industry Management, Vol. 8, No. 3, pp. 193-205.*
14. Black N. (1990). *Quality assurance of medical care. Journal of puplic health medicine 12(2): 97-104.*

15. Bojadgieva, K., S.Dipchikova, A.Benderev and J.Koseva (2002). *Thermal Waters and Balneology in Bulgaria*. (The online version of this article can be found at: <http://geoheat.oit.edu/bulletin/bull23-1/art5.pdf>).
16. Boleti P. (2006). *Thermal tourism: the greek perspective with the emphasis in education and training..*
17. Bouncken, R (2000). *The Effect of Trust on Quality in the Culturally Diverse Tourism Industry*. Journal of Quality Assurance in Hospitality A Tourism, Vol. 1, No. 3, 85-104
18. Brashier L., Sower V., Motwani J & Savoie M. (1996). *Implementation of TQM/CQI in the health care industry: A Comprehensive model*. Benchmarking for Quality Management & Technology 3(2): 31 50.
19. Butler F, (1975) *Growth Pole Theory and Economic development*, Hants, Farnborough
20. Carman J., Shortell S., Foster R., Hughes E., Boerstler H., O'Brien J. & O' Connor. (1996). *Keys for successful implementation of total quality management in hospitals*. Health care management review 21(1): 48-60.
21. Chandon, J.L., P.Y. Leo and J. Philippe (1997). *Service Encounter dimension - A dyadic Perspective: Measuring the Dimensions of Service Encounters as Perceived by Customers and Personnel*. International Journal of Service Industry Management, Vol. 8, No. 1, pp. 65-86.
22. Chassin M. & Loeb J. (2013) *High-Reliability Health Care: Getting There from Here* The Milbank Quarterly 91(3): 459-490.
23. Chen H.K., Chen H.Y, Wa H.H & Lin W.T. (2004). *TQM Implementation in a healthcare and Pharmaceutical Logistics Organization: The Case of Zuelling pharma in Taiwan*. Journal of Total Quality Management and Business Excellence 15(9-10): 1171-1178.
24. Cheng Lim P., Tang N. & Jackson P. (1999). *An innovative framework for health care Performance measurement*. *Managing Service Quality: An International Journal* 9(6): 423-433.
25. Cockerell, N. (1996). *Spas and Health Resorts in Europe*. Travel and Tourist Analyst, No1, pp.53-77.
26. Cooper, C. P., Fletcher, J., Noble, A. and Westlake, J. N. (1995). *Changing tourism demand in central Europe: The case of Romanian tourism spas*. Journal of Tourism Studies. Vol. 6, No. 2, pp. 30-44.
27. Crosby P. (1980). *Quality is free*. New York, NY: Mentor Books.
28. CTC (Canadian Tourism Commission) (2001): *Canadian Ed-ventures, Learning Vacations in Canada, an Overview*, Vol. 1

29. CTC (2004). *Spa, Health and Wellness Tourism: A New Product Portfolio at the Canadian Tourism Commission*. Verschuren, F. pp. 5.
30. *Culture Change in health care: theory and practice. International Journal for Quality in healthcare 15(2): 111-118*
31. Czepiel, J.A. (1990). *Service Encounters and Service Relationships: Implications for Research*. Journal of Business Research, pp. 13-21.
32. Dayton N. (2003). *The demise of total quality management (TQM)*. The TQM Magazine 15(6): 391-396
33. De la Barre, K., S. de la Barre and M. Taggart (2005). *A Feasibility Study for a Yukon Health and Wellness Tourism Industry. Prepared for the North to Knowledge, Learning Travel Product Club and The Department of Tourism and Culture, Yukon Territorial Government*. Whitehouse, Yukon.
34. Deming W.E. (1993). *The new economics for industry, government and education*. Second edition. London England. Cambridge MA: Massachusettes Institute of Technology.
35. Donabedian A (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* Administration Press
36. Echeverri, P. (2000). *Service Encounter Communication. A Video-based Analysis of Conduct Towards Customers, with Emphasis on Non-verbal Communication*. Paper presented at the 3rd KFB Research Conference, Stockholm School of Economics, Sweden
37. Ennis K. & Harrington D. (1999). *Quality management in Irish health care*. International Journal of Health Care Quality Assurance 12(6): 232-243
38. Eurostat (2007b) *Panorama on tourism*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
39. Evans R. J. & Lindsay M.W. (2011). *The Management and control of Quality*. South Westen Cengage Learning. 8th edition International
40. Faloudah A., Qasim S. & Bahumayd M. (2015). *Total Quality Management in health*. International Journal of computer Amplications 120(12): 22-24.
41. Fotopoulos CH. & Psomas E. (2010). *The Structural Relationships between Total Quality Management Factors and Organizational Performance*. The TQM Journal. 22(5): 539-552.
42. Fukasz, G. 1989. *Leisure and thermal tourism in Hungary*, in 'Proceedings of the European Leisure and Recreation Association Congress. Vol. 2b Rotterdam, The Netherlands, June.
43. García-Altés, A. (2005). *The Development of Health Tourism Services*. Annals of Tourism Research, Vol. 32, No.1, pp. 262-266.

44. Gilbert, D. C. and M. Van De Weerd (1991). *The Health Care Tourism Product in Western Europe*, Revue De Tourisme, 2, pp.5-10.
45. Goodrich, J. N. (1993). *Socialist Cuba: A study of health tourism*. Journal of Travel Research, Vol. 32, No. 1, pp. 36–41
46. Grell, G. A. C. (1994). *Ecotourism and health tourism in the Caribbean*. Bulletin of Eastern Caribbean Affairs, Vol. 19, No. 1, pp. 39–45.
47. Gilbert, D. C. and M. Van De Weerd (1991). *The Health Care Tourism Product in Western Europe*, Revue De Tourisme, 2, pp.5-10.
48. Gummesson, E. (1995). *Relationship Marketing (RM)*. In Thomas, M.J. (ed.), Handbook of Marketing, 4th edition. London: Gower
49. Grove, S.J. and R.P. Fisk (1997). *The impact of other customers on services exchanges: a critical incident examination of "getting along"*. Journal of Retailing, Vol. 73, No. 1, pp. 63-85.
50. Gilbert, D. C. and M. Van De Weerd (1991). *The Health Care Tourism Product in Western Europe*, Revue De Tourisme, 2, pp.5-10.
51. Grol R., Baker R. & Moss F. (2002). *Quality improvement research: understanding the Science of change in health care*. Quality Safety Health Care 11(2): 110-111.
52. Harris, K., S. Baron and J. Ratcliffe (1994). *Oral participants of customers in are tail setting: an empirical study*. Proceedings of the 3rd International Research Seminar in Service Management, .La-Londe-les-Maures, France, pp. 24-27.
53. Harris, K, B.J. Davies and S. Baron (1997). *Conversations during purchase consideration: sales assistants and customers*. The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research, Vol. 7, No. 3,pp. 173-190.
54. Harris, K., S. Baron and B.J. Davies (1999). *What sort of soil do rhododendrons like? Comparing customer and employee responses to requests for product-related information*. Journal of Services Marketing, Vol. 13, No.1.
55. Harteloh P. (2003). *The meaning of Quality in health care: A conceptual Analysis*. Health care Analysis 11(3): 259-267
56. Henry S. (2001). *Developing a culture of quality within the United Kingdom health Care Quality system*. International Journal of Health care Quality Assurance 14(4): 174-180
57. Hoffman, K.D. and J.E.G. Bateson (1997). *Essentials of Services Marketing*. The Dryden Press Orlando FT.
58. Hughes R. (2008). *Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety*. In: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

59. Jackson S. (2001). *Successfully implementing total quality management tools within Healthcare: what are the key action* International Journal of Health care Quality Assurance 14(4): 157-163
60. Jenner, M. (1981). *Arab tourism: An inside look at an outward movement*. British Travel News, No. 72, pp. 32–34.
61. Johnson J. & Omachonu V. (1995). *Total Quality Management as a health care Corporate strategy*. International Journal of health care Quality Assurance 8(6): 23-28.
62. Kaplan A. (1964). *The conduct of inquiry: methodology for behavioral science*. San Francisco, CA: Chandler,. University of Michigan, Ann Arbor, MI
63. Kelley, S.W., S.J. Skinner and J.H. Donnelly (1992). *Organizational socialization of service customers*. Journal of Business Research, No. 25, pp. 197-214.
64. Kronenfeld J. (2006), *Access, Quality and Satisfaction: Three Critical Concepts in Health Services and Health Care Delivery*. Research in the Sociology of Health Care 24: 3-14.
65. Lau R.C.M & Anderson C.A. (1998). *A three dimensional perspective of total Quality management*. International Journal of Quality and Reliability Management 15(1): 87-89
66. Lee V.H., Ooi K.B., Tan B.I. & Chong A.L. (2010). *A Structural Analysis of the relationship between TQM practices and product innovation*. Asian Journal of Technology Innovation 18(1): 73-96.
67. Lee D.H. (2012) *Implementation of Quality Programs in Health Care Organizations*. Service Business. 6: 387-404.
68. Lemmink, J., Mattsson, J. (1997). *Warmth During Non-Productive Retail Encounters: The Hidden Side of Productivity*. International Journal of Research in Marketing.
69. Lillrank P. (2015). *Small and big quality in health care*. International Journal of Health Care Quality Assurance 28 (4): 356-366.
70. Mainz J. (2003). *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. International Journal for Quality health care 15(6): 523-530
71. Martin, C.L. 1996. *Consumer-to-consumer relationships: satisfaction with other consumers public behaviour*. Journal of Consumer Affairs, 30(1), 146-169.
Martin, P. & Priest, S. (1986). *Understanding the Adventure Experience*. Adventure Education, Vol, 3, No. 1, pp. 18-21.
72. McFadden K., Henagan S., & Gowen C. (2009). *The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes*. Journal of Operations Management 27(5): 390-404.

73. Mosadeghrad M.A. (2006a). *A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction*. *Leadership in Health Services* 19(2): 11-28.
74. Mosadeghrad M.A. (2006b). *The Impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management*. *The TQM Magazine* 18(6): 606- 625
75. Mosadeghrad M.A. (2013). *Obstacles to TQM success in health care systems*. *International Journal of health care Quality Assurance* 26(2): 147-173.
76. Mosadeghrad M.A. (2014b). *Essentials of total quality management: a meta-analysis*. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27(6): 544-558.
77. Naidu A. (2009). *Factors affecting patient satisfaction and health quality*. *International Journal of health care Quality Assurance* 22(4): 366-381
78. National Tourism Organization of Greece,(1995) “*Guide of Thermal Springs and Spa Resorts*”
79. Niv, A. (1989). *Health tourism in Israel: A developing industry*. *Revue de Tourisme*, Vol. 44, No. 4, pp. 30–32.
80. Oakland J.S. (2012). *Oakland on Quality Management*. Oxford: Butterworth Heinemann
81. Ogorlec, A. and B. Snoj (1998). *Guests' satisfaction with tourism services: A case of health*. *Revue de Tourisme - The Tourist Review – Zeitschrift fur Fremdenverkehr*, No. 2, pp.38-47.
82. Organization and Management of Health Systems and Services Program (2002). *Health Systems and Services Profile United States of America*. Division of Health Systems and Services. Pan American Health Organization.
83. Ovretveit J. (2000). *The Economics of quality-a practical approach*. *International Journal of Health care Quality Assurance* 13(5): 200-207
84. Ovretveit J. (2004). *Formulating a health quality improvement strategy for a developing country*. *International Journal of health care Quality Assurance* 17(7): 368-376
85. Parker, C and P. Ward (2000). *An Analysis of Role Adoptions and Scripts During Customer-to-Customer Encounters*. *European Journal of Marketing*, Vol. 34, No. 3, pp. 341-358.
86. Price, L.L, E.J. Arnould and P. Tierney (1995). *Going to extremes; managing service encounters and assessing provider performance*. *Journal of Marketing*, Vol. 59, pp. 83-97
87. Ripperger, T. (1998). *Okonomik das Vertrauens*. Tübingen: Mohr Siebeck.
88. Ross, K. (2001) *Health Tourism: An Overview*. HSMAI Marketing Review.

89. Sako, M. (1998). *Does Trust Improve Business Performance?* In C. Lane & R. Bachmann (Eds.), Oxford University Press. Scholz, K. 2002. Spa study shows growth in locations, sales
90. Sarathy P.S. (2013). *TQM Practice in Real-Estate Industry Using AHP*. *Quality Quantity* 47(4): 2049- 2063.
91. Scholz, K. (2002). *Spa study shows growth in locations, sales*. *Travel Weekly*, Vol. 61, No. 41, p. 58.
92. Scott T., Mannion R., Huwt D. & Marshall M. (2003). *Implementing*
93. Sebastian, I. (2002). *Health & Spa Tourism*. *Spa Australasia*, Vol. 13, pp. 36–43.
94. Shortell S., Bennett C. & Byck G. (1998). *Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on clinical Practice: What it will take to Accelerate Progress*. *Milbank Quarterly* 76(4): 593-624
95. Stephens R. (1994). *Cost, quality and reform*. *Health care Executive* 9(1): 23
96. Sugataghy, A. (1989). *The planning of tourism in Hungary*. *Acta Turistica*, Vol.1, No. 2, pp. 200–204
97. Sydow, J. (1998). *Understanding the Constitution of Interorganisational Trust*. In C. Lane & R. Bachmann (Eds), Oxford University Press.
98. Talib F. & Rahman Z. (2010). *Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A Proposed Model*. *Services Marketing Quarterly*. 2010a. 31 (3): 363-380
99. Talib F., Rahman Z. & Azam M. (2011). *Best Practices of Total Quality Management Implementation in health care settings*. *Health Marketing Quartering* 28(3): 232-252.
100. Talib F., Rahman Z. & Azam M. (2011). *Best Practices of Total Quality Management Implementation in health care settings*. *Health Marketing Quartering* 28(3): 232-252.
101. Talib F. (2013). *An Overview of Total Quality Management: Understanding the Fundamentals in Service Organization*. *International Journal of Advanced Quality Management* 1(1): 1-20
102. The Hartman Group (2002). *The International Spa Association*. (The online version of this article can be found at: spas.about.com/cs/spaconreference/a/prispa.html)
103. Theodorakioglou Y. & Tsiotras G. (2000). *The need for the introduction of quality management into the Greek healthcare*. *Total quality management* 11(8): 1153-1165
104. Trochim, William M.K. (2006, October 20). *Research Methods Knowledge Base*. Retrieved from <http://www.socialresearchmethods.net/kb/scallik.php>

105. Tsiotras G(1993), *Quality Improvement for Group-Work Management Process*, in *Total Quality Management*, Vol. 4, No. 3, pp. 257-260
106. Wardhani V., Utarini A., Van Dijk J., Post D. & Groothoff J. (2009). *Determinants of quality management systems implementation in hospitals*. Health Policy 89: 239-257.
107. Webster, S. (1990). Austria. *International Tourism Reports*, No. 1, pp. 5–18.
108. World Tourism Organization (1979). *Hungary: Outlines of the long-term programme to develop thermal water resources for tourism and recreational purposes*. WTO Technical Bulletin, pp. 1–4.
109. World Health Organization WHO (2002). *A Background for national quality Policies in health systems. Copenhagen*. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107458> {Accessed 07 December 2015}.
110. World Health Organization WHO (2003). *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Copenhagen Denmark.
111. World Health Organization WHO (2006). *Quality of care. A progress for making strategic choice in health systems*. France.
112. Youngdahl, W.E. and D.L. Kellogg (1997). *The relationship between service customers quality assurance behaviors, satisfaction and effort: a cost of quality perspective*. Journal of Operations Management, 15, pp. 19-32.
113. Yusuf Y., Gunasecaren A. & Dan G. (2007). *Implementation of TQM in China and Organizational Performance: An Empirical Investigation*. Total Quality Management. 18 (5): 509 530
114. Zelman W., Pink G. & Matthias C. (2003). *Use of the Balanced Scorecard in health care*. Journal of Health care finance 29(4): 116
115. Zhang Z., Waszink A. & Wijngaard J. (2000). *An Instrument for Measuring TQM Implementation for Chinese Manufacturing Companies*. International Journal of Quality and Reliability Management. 17 (7): 730-755.

ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

1. www.baths.topbudapest.org
2. www.budapesthotels.com/touristguide/ThermalBaths.asp
3. www.cnn.gr/focus/story/79516/iamatikes-piges-valsamo-gia-astheneis-pigi-esodon-gia-to-kratos
4. www.el.wikipedia.org/wiki
5. www.en.wikipedia.org/wiki/Spa

6. www.halkidiki.gov.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=907
7. <http://halkidikispa.com/el>
8. www.iama.gr/ethno/Therm/sarakiwt.html
9. www.iraj.gr/IRAJ/Greek_Spa_Sector_July_2005_Version_1.pdf
10. www.kpe.gr/
11. www.lag-periv.tripod.com/iamatika_loutra.html
12. www.loutrapozar.net
13. www.loutrapozar.com/greek/home.html
14. www.mapsofworld.com/italy/italy-vacation/thermal-spas-in-italy.html
15. www.mif.uni-freiburg.de/ISB/ws2/report/didaskalou.pdf
16. www.parallaximag.gr/taxidi/ellada-taxidi/ta-yperocha-loutra-stin-agia-paraskevi-sti-chalkidiki
17. www.statistics.gr
18. www.thermalbath-budapest.heliospanzio.hu
19. www.thermalsprings.gr/index.php/el/nea-anakoinoseis-2/483-42-oi-anagnorismenoi-iamatikoi-fysikoi-poroi-stin-ellada
20. www.traveldailynews.gr
21. www.visitbulgaria.net/en/pages/spa_and_wellness.html
22. www.world66.com/europe/germany/badenwrttemberg/stuttgart/thermalbaths/mineralbathleuze
23. Department of Trade and Industry (2006), *The Evolution of Quality*, <http://www.dti.gov.uk/quality/evolution>

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

1. ΦΕΚ (1067 / Β / 3.12.97). Κοινή Υπουργική Απόφαση με αρ. Τ/4400-24.11.97: Προδιαγραφές Εγκαταστάσεων Αξιοποίησης Ιαματικών Πηγών για την υπαγωγή τους στο Καθεστώς Κίνητρων του Ν. 1892/90,όπως ισχύει.
2. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2006), “Ν. 3498/06: Ανάπτυξη ιαματικού τουρισμού και λοιπές διατάξεις”, Τεύχος Πρώτο, Αριθμός φύλλου 230.
3. ΦΕΚ Α' 230/24.10.2006. Νόμος 3498/2006 “Ανάπτυξη ιαματικού τουρισμού και λοιπές διατάξεις”.

