



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Επιστήμες Αποκατάστασης - Rehabilitation Sciences»**

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών:

« Επιστήμες αποκατάστασης »

**«Η επίδραση της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια
και ο ρόλος της στην αποκατάσταση»**

ΥΠΟ

ΚΟΥΡΚΟΥΛΗ ΕΛΕΝΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2018

ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΛΕΣΜΑ ΔΙΚΗΣ ΜΟΥ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΚΑ ΜΟΥ ΛΟΓΙΑ.ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ Η ΜΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΠΗΓΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΩ ΕΧΩ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΟΠΟΥ ΧΡΙΑΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΧΩ ΠΑΡΑΘΕΣΕΙ ΤΙΣ ΠΗΓΕΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

ΒΕΒΙΑΩΝΩ ΟΤΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΛΕΞΕΩΝ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΝ ΞΕΠΕΡΝΑ ΤΙΣ 50.000 ΛΕΞΕΙΣ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να εκφράσω της θερμές μου ευχαριστίες στους ανθρώπους που με στήριξαν στην υλοποίηση αυτής της προσπάθειας.

Τον καθηγητή μου κ. Μπακάλη Νικόλαο που με την πολύτιμη βοήθεια του κατάφερα να ολοκληρώσω την διπλωματική μου εργασία παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισα.

Τον Κ Ανδρικόπουλο Ανδρέα και τον Κ Κουτσογιάννη Κων/νο για την βοήθεια στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Τον Κ Αδαμόπουλο Λούκα για την βοήθεια του ανάλυση των ειδών μουσικής και επιλογή των μουσικών κομματιών.

Τους διευθυντές των ιδρυμάτων που μου επέτρεψαν να προσεγγίσω τους τροφίμους και το προσωπικό που με βοήθησε στην διεξαγωγή της έρευνας

Τους συμμετέχοντες που δέχτηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις της έρευνας.

Τέλος την οικογένεια μου για την ηθική συμπαράσταση και την πολύτιμη στήριξη της τόσο στην αρχή όσο και κατά την διάρκεια αυτού του μεταπτυχιακού.

Στην γιαγιά και τον παππού.....



ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	IV
Κατάλογος πινάκων.....	4
Κατάλογος διαγραμμάτων	5
Συνομογραφίες	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	9
Πρόλογος	10
Εισαγωγή.....	12
A Γενικό μέρος	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	13
1.1 Άνοια.....	13
1.1.1 Ορισμοί	13
1.1.2 Συμπτώματα.....	14
1.1.3 Αιτιολογία.....	16
1.1.4 Επιδημιολογία.....	17
1.2 Τύποι άνοιας	18
1.2.1 Νόσος Alzheimer.....	18
1.2.2 Μετωποκροταφική εκφύλιση.....	18
1.2.3 Άνοια στην νόσο Parkinson.....	20
1.2.4 Αγγειακή άνοια.....	20
1.2.5 Άνοια με σωμάτια του Lewy.....	21
1.2.6 Άνοια νόσου Creutzfeldt-Jacob.....	21
1.2.7 Ήπια νοητική έκπτωση.....	22
1.2.8 Άλλες αιτίες άνοιας	22
1.3 Διάγνωση.....	22
1.4 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	23

1.5 Μη φαρμακευτική θεραπεία.....	25
1.5.1 Νοητική ενδυνάμωση.....	25
1.5.2 Λογοθεραπεία.....	26
1.5.3 Εργοθεραπεία.....	26
1.5.4 Ψυχοθεραπεία.....	27
1.5.5 Θεραπεία πρόκλησης ευχάριστων αναμνήσεων.....	27
1.5.6 Φυσιοθεραπεία –Γυμναστική.....	27
1.5.7 Θεραπείες τέχνης	28
1.6 Φροντίδα ασθενών με άνοια	28
1.7 Νοσηλευτική παρέμβαση στην άνοια	30
1.8 Πρόληψη	33
1.9 Δομές	34
1.10 Μουσικοθεραπεία.....	37
1.10.1 Τι είναι η μουσικοθεραπεία.....	38
1.10.2 Πως εφαρμόζεται η μουσικοθεραπεία.....	41
1.10.3 Μουσικοθεραπεία στις χρόνιες παθήσεις στην Τρίτη ηλικία.....	43
1.10.4 Μουσικοθεραπεία στην άνοια.....	43
1.10.5 Η μουσικοθεραπεία στην Ελλάδα	45
1.11 Αποκατάσταση	46
1.11.1 Νοσηλευτής στην αποκατάσταση.....	48
1.11.2 Αποκατάσταση στην άνοια.....	50
B Ειδικό μέρος	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	54
2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	54
2.2 Σχεδιασμός	55
2.3 Μέθοδος.....	56
2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	57

2.5 Δείγμα.....	63
2.6 Διαδικασία.....	63
2.7 Ανάλυση δεδομένων.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	66
3.1 Αποτελέσματα.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	78
4.1 Συζήτηση.....	78
4.2 Προτάσεις	83
4.3 Περιορισμοί της έρευνας	86
Βιβλιογραφία	87
Παραρτήματα.....	94
I Ερωτηματολόγιο έρευνας	94
II Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	96
III Επιστολή προς τους διευθυντές των ιδρυμάτων.....	99
IV Έγκριση διεξαγωγής έρευνας.....	101
V Πινάκας με ανάλυση των ειδών μουσικής.....	103

Κατάλογος πινάκων:

Πίνακας 1:Δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα

Πινάκας 2 : Σύγκριση ομάδων

Πίνακας 3 :Πολλαπλή σύγκριση μεταξύ των ομάδων-multiple comparisons



Κατάλογος γραφημάτων:

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων

Γράφημα 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με το νομό που βρίσκονται τα ιδρύματα

Γράφημα 3: Η διάγνωση εισαγωγής αναφορικά με το τύπο άνοιας.

Γράφημα 4: Σας αρέσει να ακούτε μουσική;

Γράφημα 5: Ποιο είδος μουσικής σας αρέσει;

Γράφημα 6: Έχετε αναμνήσεις από την νεαρή σας ηλικία;

Γράφημα 7: Σας αρέσει να ακούτε μουσική;

Γράφημα 8: Γνωρίζετε αυτό το είδος μουσικής;

Γράφημα 9: Σας αρέσει αυτό το είδος μουσικής ;

Γράφημα 10 :Πως νομίζετε είναι η μελωδία αυτής της μουσικής ;

Γράφημα 11: Πως αισθάνεστε όταν ακούτε αυτή την μουσική;

Γράφημα 12: Σας δημιουργεί αναμνήσεις αυτή η μουσική;

Συντομογραφίες

NRIS: Near-infrared spectroscopy

ΚΑΦΚΑ: Κέντρο αποθεραπείας φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης

ΚΕΦΙΑΠ: Κέντρα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης

ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ: Κέντρο εκπαίδευσης κοινωνικής υποστήριξης και κατάρτισης ατόμων με αναπηρία

ΚΑΠΗ : Κέντρο ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων



Περίληψη

Εισαγωγή: Η άνοια αποτελείται από ένα σύνολο συμπτωμάτων με κύρια εκείνα που υποδηλώνουν έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων όπως η απώλεια μνήμης και άλλες μεταβολές στην προσωπικότητα του ασθενούς. Η άνοια δημιουργεί υψηλή υγειονομική δαπάνη ως αποτέλεσμα των αυξημένων αναγκών για θεραπευτική αγωγή, φροντίδα του πάσχοντος και υποστήριξη των φροντιστών. Η φαρμακευτική αγωγή συνδυαστικά με μη φαρμακευτικές θεραπείες όπως η μουσικοθεραπεία, έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ασθενή. Η μουσικοθεραπεία παρέχει ευκαιρίες για ανάκληση μνήμης, συμβάλλει στην ανάμνηση και την ικανοποίηση από την ζωή, δημιουργεί θετικές αλλαγές στη διάθεση.

Σκοπός: Να διερευνηθεί αν η θεραπεία με μουσική έχει αποτελέσματα σε ασθενείς με άνοια. Οι ερευνητικές υποθέσεις που κατασκευάστηκαν ήταν τρεις: α) η παραδοσιακή μουσική αρέσει περισσότερο στους ασθενείς με άνοια από ό,τι τα άλλα δυο είδη μουσικής (κλασική και λαϊκή μουσική), β) η παραδοσιακή μουσική κάνει τους ασθενείς με άνοια πιο χαρούμενους σε σχέση με την λαϊκή και κλασική μουσική και γ) η λαϊκή και παραδοσιακή μουσική προκαλούν ανάκληση μνήμης σε ασθενείς με άνοια.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ιδρύματα ηλικιωμένων στους νομούς Αχαΐας και Λακωνίας. Το δείγμα ήταν συνολικά $n=75$ άτομα που έπασχαν από άνοια (ελαφρά έως μετρίου βαθμού). Στη συνέχεια τα μέλη του δείγματος κατανεμήθηκαν τυχαία σε δυο ομάδες (ελέγχου και παρέμβασης). Η πειραματική ομάδα χωρίστηκε σε τρεις υποομάδες και υποβλήθηκε σε πειραματική παρέμβαση ακούγοντας μουσική, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν υποβλήθηκε σε κανένα χειρισμό. Η συλλογή δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS.20.

Αποτελέσματα: Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η μουσική αρέσει στους ασθενείς με άνοια και δημιουργεί αναμνήσεις καθώς υπήρχε στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ ομάδας ελέγχου και παρέμβασης. Φαίνεται ακόμη ότι αρέσει περισσότερο η παραδοσιακή μουσική, τόσο στην ομάδα ελέγχου (35%) όσο και στην ομάδα παρέμβασης(33,3). Επίσης θεωρούν εύθυμη

την μελωδία της παραδοσιακής μουσικής (32,7) της λαϊκής 25,4 και της κλασσικής μουσικής 12,7. Σχετικά με τις αναμνήσεις που δημιουργεί η παραδοσιακή μουσική υπερτερεί έναντι των άλλων ειδών μουσικής με ποσοστό 27,2 και ακολουθεί η λαϊκή μουσική (21,8).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μουσικοθεραπεία είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση για την άνοια που σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και να προσφέρει μια ποιότητα ζωής στον ασθενή. Σημαντικό είναι να αναπτυχθεί ο κλάδος της μουσικοθεραπείας στην Ελλάδα και να δημιουργηθούν προδιαγραφές για την εφαρμογή της μουσικοθεραπείας στους χώρους που βρίσκονται οι ασθενείς.



Abstract

Introduction: Dementia consists of a set of symptoms, predominantly those suggestive of cognitive impairment such as memory loss and other changes in the personality of the patient. Dementia generates high health costs as a result of increased needs for treatment, care of the sufferer and support for careers. Medication combined with non-pharmaceutical therapies such as music therapy, results in maintaining the patient's functionality and quality of life. Music therapy provides opportunities for memory recall, contributes to memory and satisfaction with life, creates positive changes in mood.

Purpose: To investigate whether music therapy has effects in patients with dementia. The research papers that were made were three: a) traditional music liked more to dementia than the other two types of music (classical and folk music); b) traditional music makes dementia more happy than folk and classical music and c) folk and traditional music cause memory recall in patients with dementia. **Methodology:** The survey was carried out in elderly institutions in the prefectures of Achaia and Laconia. The sample was n = 75 in total, suffering from dementia (mild to moderate). Subsequently, the sample members were randomly assigned to two groups (control and intervention). The experimental group was divided into three subgroups and subjected to experimental intervention by listening to music, while the control group was not manipulated. Data collection was done using a questionnaire. The results of the survey were analyzed with the SPSS.20 statistical package.

Results: The most important results of the research showed that music likes dementia patients and creates memories as there were statistically significant differences between control and intervention groups. It also appears that traditional music is liked by both the control group (35%) and the intervention team (33.3). Also consider the melody of traditional music (32.7) of popular 25.4 and classical music 12.7.

Regarding the memories created by the traditional music, it prevails over the other types of music with a percentage of 27.2 followed by folk music (21.8).

Conclusions: The results have shown that music therapy is an effective intervention for dementia that in combination with medication can slow the progression of the disease and offer a quality of life to the patient. It is important to

develop the music therapy industry in Greece and to create standards for the application of music therapy in the areas where the patients are located.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η άνοια είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων και σημείων που έχουν να κάνουν με την απώλεια της γενικής νοητικής ικανότητας του ατόμου. Η άνοια μπορεί να είναι αναστρέψιμη είτε μη αναστρέψιμη, ανάλογα με την αιτιολογία της ασθένειας, ωστόσο λιγότερο από το 10% των περιπτώσεων άνοιας οφείλονται σε αιτίες που μπορούν να αναστραφούν με θεραπεία (Croisile, 2012). Η άνοια αποτελεί την κλινική έκφραση πολλών νευροεκφυλιστικών νοσημάτων με πιο συχνή τη νόσο Alzheimer, ωστόσο υπάρχουν και άλλες μορφές άνοιας που εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα όπως για παράδειγμα αγγειακή άνοια (Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία, 2014). Η φαρμακευτική αγωγή συνδυαστικά με μη φαρμακευτικές θεραπείες όπως η μουσικοθεραπεία, έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ασθενή (Teixeira, 2013).

Η μουσικοθεραπεία είναι η συστηματική χρήση μουσικής στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης που αποσκοπεί στην πρόληψη, αποκατάσταση, βελτίωση διατήρηση σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας. Η μουσικοθεραπεία παρέχει ευκαιρίες για ανάκληση μνήμης, συμβάλλει στην ανάμνηση και την ικανοποίηση από την ζωή, δημιουργεί θετικές αλλαγές στη διάθεση και τις συναισθηματικές καταστάσεις, δίνει αίσθηση ελέγχου της ζωής μέσω επιτυχών εμπειριών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μη φαρμακολογική αντιμετώπιση του πόνου και της δυσφορίας καθώς μειώνει άγχος και το stress για τους ηλικιωμένους (Coomans, 2016).

Από την άλλη πλευρά η διέγερση από την μουσική προκαλεί ενδιαφέρον ακόμα και όταν δεν υπάρχει αποτελεσματική άλλη προσέγγιση, διότι είναι μια δομή που προάγει τη ρυθμική και συνεχή κίνηση ή τη φωνητική ευελιξία ως μια προσθήκη στη φυσική αποκατάσταση (Tanaka & Nogawa, 2015). Επίσης προκαλεί συναισθηματική οικειότητα όταν οι σύζυγοι και οι οικογένειες μοιράζονται δημιουργικές μουσικές εμπειρίες και τέλος είναι αποτελεσματική στη μείωση της

συχνότητας των παραγμένων και επιθετικών συμπεριφορών για άτομα με διάγνωση της νόσου του Alzheimer και συναφείς άνοιας (American Music Therapy Association, 2006). Η μουσική είναι μια μορφή αισθητικής διέγερσης, η οποία προκαλεί απαντήσεις λόγω της εξοικείωσης, και τα συναισθήματα ασφάλειας που συνδέονται με αυτή και μειώνει την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους ενήλικες (Ragio & Gianelli, 2009). Αποτελέσματα έρευνας και κλινικές εμπειρίες επιβεβαιώνουν τη βιωσιμότητα της μουσικοθεραπείας ακόμη και σε εκείνους που είναι ανθεκτικοί σε άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις υποδεικνύουν ότι η φροντίδα για ασθενείς με άνοια μεταβάλλει τους υποκείμενους φυσιολογικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ενώ αρκετές εμπειρικές μελέτες έχουν αναφέρει σημαντικά αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια (Park et al, 2009).



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις αναπτυγμένες χώρες, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έφερε την άνοια σαν ένα μείζον ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Η άνοια δημιουργεί υψηλή υγειονομική δαπάνη ως αποτέλεσμα των αυξημένων αναγκών για θεραπευτική αγωγή και φροντίδα του πάσχοντος και υποστήριξη των φροντιστών. Τα ισχύοντα πρότυπα στη γηριατρική φροντίδα συνιστούν μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις σε αυτές τις προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένων ασφαλών προσεγγίσεων για τη διαχείριση του πόνου και του άγχους, την ενίσχυση της ανακούφισης των συμπτωμάτων και την προώθηση ανεξάρτητων τρόπων ζωής με την υψηλότερη δυνατή ποιότητα ζωής. Ο μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια έρχονται να ενισχύσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα των διαθέσιμων φαρμάκων και έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι ελεύθερες παρενεργειών και ιδιαίτερα ευέλικτες γιατί προσαρμόζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η μουσική προκαλεί συναισθήματα, τα οποία φέρνουν στον νου αναμνήσεις, αυτός είναι ο λόγος που πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η μουσική ενισχύει τη δραστηριότητα του εγκεφάλου, πράγμα το οποίο είναι βοηθητικό ακόμα και για τους ανθρώπους που πάσχουν από άνοια.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΟΙΑ

1.1.1 Ορισμοί

Σύμφωνα με τον Walton (2014) είναι η προοδευτική αποδιοργάνωση των νοητικών λειτουργιών της μνήμης και της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη είναι μια διανοητική διαταραχή που προέρχεται γενικά από οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές οι οποίες προσβάλλουν τον εγκέφαλο. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, στις περιπτώσεις άνοιας όμως εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό με συνέπεια τη μη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου (Walton, 2014).

Άνοια είναι μια χρόνια επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών και γνωστικών ικανοτήτων με αποτέλεσμα να παρεμποδίζει την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών λειτουργιών. Η άνοια αποτελείται από ένα σύνολο συμπτωμάτων με κύρια εκείνα που υποδηλώνουν έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων όπως η απώλεια μνήμης και άλλες μεταβολές στην προσωπικότητα του ασθενούς. Συνοπτικά είναι μια νευροεκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου που επηρεάζει την ικανότητα του άτομου στη εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του (Αργυριάδη,2002).|

Ως άνοια ορίζεται ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την έκπτωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών. Εμφανίζονται προβλήματα στη μνήμη, το λόγο, το προσανατολισμό και την αφηρημένη σκέψη. Η νοητική έκπτωση συνήθως συνοδεύεται από διαταραχή συμπεριφοράς και απώλεια λειτουργικότητας στο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον (Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία,2014).

1.1.2 Συμπτώματα

Οι αρχικές ενδείξεις της άνοιας μπορεί να είναι ανεπαίσθητες, αόριστες και μπορεί να μην είναι άμεσα φανερές. Μερικά συνηθισμένα συμπτώματα μπορεί να είναι η προοδευτική και συχνή απώλεια μνήμης η σύγχυση αλλαγή προσωπικότητας. Ακόμη υπάρχει απάθεια και απόσυρση και απώλεια της ικανότητας να εκτελεί καθημερινά πράγματα. (Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία,2014).

Τα συμπτώματα είναι ποικίλα και γι' αυτό το λόγο έχει επιτευχθεί μια συγκεκριμένη σταδιοποίηση της νόσου (Reisberg et al 1982), (Paterson & Pond, 2009):

1.Απουσία νοητικής έκπτωσης: Καμία ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.

2.Πολύ μέτρια νοητική έκπτωση άτομο παραπονείται για ανεπάρκεια μνήμης δηλαδή μπορεί να μην θυμάται ονόματα που γνώριζε ή που έχει τοποθετήσει αντικείμενα (Paterson & Pond, 2009).

3.Μέτρια νοητική έκπτωση: Η πρώτη σαφής ένδειξη ανεπάρκειας μνήμης. Το έλλειμμα μπορεί να εκδηλωθεί σε πολλούς τομείς. Συγκεκριμένα ασθενής μπορεί να χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστες περιοχές , υπάρχει αδυναμία στην εξεύρεση λέξεων και ονομάτων η οποία εντοπίζεται από τους οικείους ή όταν διαβάζει ένα κείμενο συγκρατεί ελάχιστα από αυτό. Επίσης μπορεί να εμφανίζει μειωμένη ικανότητα στο να θυμάται ονόματα ατόμων που γνώρισε πρόσφατα και να χάνει ή να τοποθετεί σε λάθος μέρος αντικείμενα. Στις κλινικές εξετάσεις φαίνεται ανικανότητα συγκέντρωσης. Παρατηρείται επίσης φθίνουσα ικανότητα εκτέλεσης επαγγελματικών και κοινωνικών λειτουργιών και αρχίζει να εκδηλώνεται στον ασθενή αρνητικότητα και κάποιες φορές ανησυχία (Croisele,2012).

4.Μέτρια νοητική έκπτωση: Στις κλινικές συνεντεύξεις υπάρχουν σαφείς ενδείξεις. Οι ασθενείς σε αυτό το στάδιο εμφανίζουν ελαττωμένη μνήμη προσφάτων γεγονότων, αδυναμία συγκέντρωσης στην εκτέλεση μαθηματικών πράξεων καθώς μειωμένη ικανότητα διαχείρισης των οικονομικών του. Ακόμη υπάρχει πιθανότητα να εμφανίσει μερική μείωση της μνήμης όσον αφορά την προσωπική του ιστορία.

Συχνά δημιουργείται ανικανότητα στην εκτέλεση εργασιών πιο συνθετών. Όσο αφορά τη συμπεριφορά κυριαρχεί άρνηση και παθητικότητα (Sanjay, 2010).

5.Σχετικά σοβαρή νοητική έκπτωση: Ο ασθενής στο στάδιο αυτό δεν έχει τη ικανότητα να ζήσει μόνος του. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ότι συχνά αποπροσανατολίζεται χρονικά (ημερομηνία, εποχή κλπ) ή τοπικά (αδυναμία αναγνώρισης του τόπου διαμονής) . Επίσης ένα άτομο μορφωμένο μπορεί αντιμετωπίζει δυσκολία στην αντίστροφη μέτρηση αριθμών (Plassman et al., 2007).

Διατηρούν τη γνώση πολλών κυρίων συμβάντων που αφορούν είτε τα ίδια είτε άλλα άτομα και θυμούνται το όνομά τους, και γενικά θυμούνται της συζύγου και των παιδιών τους. Στη φάση αυτή δεν χρειάζονται βοήθεια για το πλύσιμο και το φαγητό ωστόσο μπορεί να υπάρχει κάποια δυσκολία στην επιλογή του κατάλληλου ενδύματος που θα χρειαστεί να φορέσουν. Οι ενδείξεις στις κλινικές συνεντεύξεις το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί σοβαρά γεγονότα που έγιναν πρόσφατα για παράδειγμα εξεύρεση διευθύνσεων, τηλεφώνων πολλών ετών, τα ονόματα εγγυτέρων συγγενών (εγγόνια) τα ονόματα σχολείων, πανεπιστημίων από τα οποία αποφοίτησε ο ασθενής (Weiner, 2005).

Σοβαρή νοητική έκπτωση: Συμβαίνουν αλλαγές στην προσωπικότητα και στα συναισθήματα Συγκεκριμένα μπορεί i) εμφανίσουν παραισθησιακή συμπεριφορά π.χ. οι ασθενείς μπορεί να κατηγορήσουν τις συζύγους τους σαν ψεύτες, μπορεί να μιλάνε με φανταστικά πρόσωπα στο χώρο τους ή με την εικόνα τους στον καθρέπτη. ii) ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα όπως π.χ. ένα πρόσωπο μπορεί να εμφανίσει συνεχή επαναληπτική συμπεριφορά σε λειτουργίες προσωπικής υγιεινής iii) νοητική αβουλία π.χ. απώλεια δύναμης θέλησης γιατί δεν μπορεί να διατηρήσει μια σκέψη για μεγάλο χρονικό διάστημα έτσι ώστε να καθορίσει το σκοπό των πράξεών τους (Paterson & Pond, 2009).

Μερικές φορές μπορεί να ξεχνούν το όνομα του συζύγου τους από τους οποίους εξαρτάται η επιβίωσή τους. Επίσης δεν θυμούνται γεγονότα που έγιναν πρόσφατα ενώ συγκρατούν κάποια γνώση από το παρελθόν τους όμως μόνο επιγραμματικά και συγκεχυμένα. Στη κλινική συνέντευξη φαίνεται ότι δεν γνωρίζουν το περιβάλλον τους, το χρόνο, την εποχή και μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία στο μέτρημα από και προς το 10 και παραπάνω. Σχεδόν πάντα θυμούνται το

όνομά τους ,αρκετές φορές συνεχίζουν να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα πρόσωπα του περιβάλλοντός τους. Όσο αφορά τη λειτουργικότητα τους στο στάδιο αυτό θα χρειασθούν κάποια βοήθεια με την άσκηση των καθημερινών τους λειτουργιών όπως εμφάνιση ακράτειας, θα χρειασθούν βοήθεια στις μετακινήσεις τους ,ενώ εμφανίζονται διαταραχές του προγράμματος ύπνου – εγρήγορσης (Weiner, 2005).

7.Πολύ σοβαρή νοητική έκπτωση. Στο τελικό στάδιο της νόσου έχουν χαθεί όλες οι λεκτικές ικανότητες. Σε πολλές περιπτώσεις ο έναρθρος λόγος αντικαθίσταται από μούγκρισμα. Υπάρχει ακράτεια ούρων και κοπράνων το άτομο δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο και στο φαγητό. Το μυαλό αδυνατεί να δώσει εντολή στο σώμα για το τι πρέπει να κάνει, υπάρχει βασική απώλεια των ψυχοκινητικών ικανοτήτων όπως η βάρδια (Rubistein, 2000).

1.1.3 Αιτιολογία

Η άνοια είναι μια νόσος για την οποία ευθύνονται πολύ παράγοντες. Είναι το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων κινδύνου.

Παράγοντες κινδύνου:

- Ηλικία. Η νόσος προσβάλλει άτομα κυρίως άνω των 65 ετών (Jorm, 2002).
- Φύλο. Οι ασθενείς είναι κυρίως γυναίκες λόγο μεγαλύτερου όρου ζωής.
- Γενετικοί παράγοντες .Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την άνοια έχει ενοχοποιηθεί το αλληλόμορφο γονίδιο E4 το οποίο σχετίζεται επιπλέον με ήπια γνωστική διαταραχή και κατάθλιψη. Σε κλινικές μελέτες τα άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό στο γονίδιο αυτό αποτέλεσαν ομάδα υψηλού κινδύνου για να εκδηλώσουν την νόσο (Μαϊλλης, 2013).
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

- Η κατάσταση των αγγείων. Συστολική πίεση, αυξημένη χοληστερόλη και τριγλυκερίδια ευθύνονται για στην σκλήρυνση των αγγείων και θρόμβους. Με συνέπεια αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια με πιθανό επακόλουθο άνοια (αγγειακού τύπου) (Borenstein et al., 2006).
- Τοξικοί παράγοντες. Η χρήση κάποιων φαρμάκων ενοχοποιείται για γνωστικές διαταραχές και κατά συνέπεια εμφάνιση άνοιας. Επίσης το κάπνισμα και το αλκοόλ μπορεί να επηρεάσουν συνδυαστικά με άλλους παράγοντες.
- Ψυχοσωματικοί παράγοντες. Σύμφωνα με μελέτες αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποιο τύπο άνοιας ,έχουν άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και ήπιες γνωστικές διαταραχές (Borenstein et al., 2006).
- Κοινωνικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες. Παράμετροι όπως η ποιότητα και ένταση της εργασίας, ανεργία, διατροφικές συνήθειες και κατανάλωση αλκοόλ βρίσκονται υπό μελέτη για σχέση του με την άνοια (Τσολάκης και Καζής ,2005).

1.1.4 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με το Εθνικό Παρατηρητήριο για την Άνοια και το Alzheimer (2017) η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει την συχνότητα της νόσου, υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη δαπανώνται γύρω στα 17 δισ. ευρώ ενώ στην Ελλάδα, το κοινωνικοοικονομικό κόστος της άνοιας υπολογίστηκε στα 341 ευρώ/μήνα και ανά άτομο για το στάδιο της αυτονομίας, 957 ευρώ στο στάδιο της εξάρτησης στο σπίτι και στο στάδιο της εξάρτησης σε ίδρυμα 1.276 ευρώ. Το μεγαλύτερο ποσοστό της ετήσιας δαπάνης αφορά το κόστος της άτυπης φροντίδας και την απώλεια της παραγωγικότητας (Καϊταλίδου,2013).

Επίσης 24,2 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είχαν άνοια και 4,6 εκατομμύρια νέα περιστατικά της πάθησης αυτής εμφανίζονταν κάθε έτος (Alzheimer's, Disease International, 2011). Ο υψηλότερος επιπολασμός άνοιας παρατηρείται στην

Βόρειο Αμερική (6,4%) και την Δυτική Ευρώπη (5,4%) ο κίνδυνος για ανάπτυξη άνοιας και νόσου Alzheimer, της συχνότερης αιτίας άνοιας, αυξάνεται εκθετικά με τη γήρανση και η νόσος είναι εξαιρετικά συχνή στις μεγάλες ηλικίες: 2% του πληθυσμού ηλικίας 65-74 έχει άνοια, ποσοστό που ανεβαίνει στο 19% για τις ηλικίες 75-84 και στο 42% για τους μεγαλύτερους των 85 ετών (Jonsson & Berr,2005) . Αυτή τη στιγμή στις ΗΠΑ πάνω από 5 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από νόσο Alzheimer, νούμερο που αναμένεται να ανέλθει σε πάνω από 13 εκατομμύρια το 2050 (Alzheimer's, Disease International, 2011).

1.2 ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ

1.2.1 Νόσος Alzheimer

Στους ενήλικες της τρίτης ηλικίας η νόσος Alzheimer είναι ο πιο κοινός τύπος άνοιας, οι ασθενείς εμφανίζουν αργή προοδευτική και νοητική και συμπεριφορική έκπτωση κύριο χαρακτηριστικό είναι η δυσλειτουργία μνήμης και εμφανίζεται από νωρίς στην κλινική πορεία (Μαΐλλης & Πολίτης, 2008). Ο Alois Alzheimer είναι πρώτος που περιέγραψε τη νόσο το 1901, μελέτησε την κλινική περίπτωση μιας γυναίκας με νοητική διαταραχή, αποπροσανατολισμό, αφασία, παραλήρημα και δυσλειτουργία συμπεριφοράς. Σε μεταγενέστερη παρουσίαση ο Dr Alzheimer περιέγραψε ιστολογικές λεπτομέρειες τις νευροϊνδιακές συσσωρεύσεις και τις νεριτικές πλάκες, που παρατηρήθηκαν κατά τη νεκροψία και αναγνωρίζονται έως και σήμερα ως καθοριστικές για τη νόσο (Graham & Warner, 2009). Η νόσος Alzheimer αντιπροσωπεύει την κύρια αιτία ανοιών παγκοσμίως, είναι γνωστή αιτία θανάτου, νοητικής αναπηρίας και οικονομικού φόρτου. Η εμφάνισή της νόσου σχετίζεται με την ηλικία, διπλασιαζόμενη κάθε 5 χρόνια, μετά την ηλικία των 65. Η επικράτηση της είναι 30% ή και υψηλότερη, σε πληθυσμούς από 85 ετών και άνω. Η διάρκεια της νόσου ποικίλει ευρέως από 2 έως 20 χρόνια και επηρεάζει τα ποσοστά επικράτησης (Brandy,2010).

1.2.2 Μετωποκροταφική εκφύλιση

Προκαλεί εστιακή εκφύλιση στο μετωπιαίο πρόσθιο κροταφικό λοβό και την νήσο. Σε μερικούς ασθενείς εμπλέκονται τα βασικά γάγγλια και οι νωτιαίοι κινητικοί νευρώνες. Παρουσιάζεται συνήθως με συμπεριφορικά συμπτώματα, διαταραχές λόγου ή και τα δυο. Πολλοί ασθενείς με μετωποκροταφική εκφύλιση εμφανίζουν

κλινικά ή παθολογικά χαρακτηριστικά τυπικά του παρκινσονικού συνδρόμου άνοιας της φλοιοβασικής εκφύλισης (CBD) ή της προϊούσας υπερπυρηνικής παράλυσης (Graham & Hodges, 2005). Έχουν χρησιμοποιηθεί από τους ερευνητές αρκετές ονοματολογίες για να περιγράψουν τον συγκεκριμένο τύπο άνοιας, με ονόματα όπως μετωποκροταφική άνοια (προς στιγμήν ο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενος όρος), άνοια μετωπιαίου τύπου, άνοια πρόσθιου λοβού μη-Alzheimer τύπου, πρωτοπαθής προοδευτική αφασία και σύνθετη διαταραχή Pick (Görsev et al, 2010).

Άνοια Πρόσθιου Εγκεφαλικού Λοβού σημαίνει προοδευτική βλάβη στο μετωπικό ή και κροταφικό λοβό του εγκεφάλου. Τα συμπτώματα συχνά αρχίζουν όταν τα άτομα είναι στα 50 ή 60τους και μερικές φορές νωρίτερα. Υπάρχουν δύο κύριες εκδηλώσεις της άνοιας πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού - μετωπική (που εμφανίζεται με συμπτώματα συμπεριφοράς και αλλαγές στην προσωπικότητα) και κροταφική (που εμφανίζεται με διαταραχές στον προφορικό λόγο(Boustani et al, 2007). Όμως αυτές οι δύο συχνά αλληλεπικαλύπτονται. Επειδή οι μετωπιαίοι λοβοί του εγκεφάλου ελέγχουν την κρίση και την κοινωνική συμπεριφορά, οι άνθρωποι με άνοια πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού συχνά έχουν προβλήματα διατήρησης μιας κοινωνικά κατάλληλης συμπεριφοράς. Μπορεί να είναι αγενείς, να παραμελούν συνηθισμένες υποχρεώσεις, να είναι ψυχαναγκαστικοί ή επαναληπτικοί, να είναι επιθετικοί, να δείχνουν έλλειψη αναστολής ή να ενεργούν αυθόρμητα (Boustani et al., 2007). Υπάρχουν δύο κύριες μορφές κροταφικής ή γλωσσικής παραλλαγής της άνοιας πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού. Η σημασιολογική άνοια περιλαμβάνει μια σταδιακή απώλεια της έννοιας των λέξεων, προβλήματα στην εύρεση των λέξεων και να θυμούνται ονόματα ανθρώπων και έχουν δυσκολίες κατανόησης του προφορικού λόγου. Η εκφυλιστική 'μη άπταιστα – αφασία' είναι λιγότερο συχνή και επηρεάζει την ικανότητα να μιλάει το άτομο άπταιστα. Η άνοια πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού μερικές φορές ονομάζεται εκφύλιση πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού (εκφύλιση FTLD) ή νόσος Pick (Rossor,2002).

Οι ασθενείς με συμπεριφορική παραλλαγή της μετωποκροταφικής εκφύλισης συνήθως διαγιγνώσκονται λανθασμένα με ψυχιατρικές διαταραχές ή άλλες νευρολογικές νόσους, καθώς η εμφάνιση της νόσου περιλαμβάνει διαταραχές της συμπεριφοράς ή της προσωπικότητας. Η απάθεια και έλλειψη ενδιαφέροντος, και τα δύο πρώιμα συμπτώματα (Görsev et al, 2010).

1.2.3 Άνοια στην νόσο Parkinson

Σε πρόσφατες μελέτες έχουν ταυτοποιηθεί διάφορα γονίδια που σχετίζονται με τη νόσο Parkinson , όπως η α-συνουκλεΐνη, λευκίνη επανάληψης κινάση 2 και glucocerebrosidase, τα οποία μπορεί να βοηθήσουν στο να γίνει καλύτερα κατανοητή η παθοφυσιολογία και η θεραπεία της νόσου (Dubois et al., 2007). Οι παρκινσονικές εκφυλιστικές διαταραχές μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες με βάση τα μοριακά προφίλ: (1) συνουκλείνοπάθειες, οι οποίες περιλαμβάνουν τη νόσο Parkinson με άνοια ,την άνοια με σωμάτια Lewy (DLB) και τις πολυσυστημικές ατροφίες και (2) τις ταυτοπάθειες, οι οποίες περιλαμβάνουν την προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση (PSP) και τη φλοιοβασική εκφύλιση (Louis, 2008). Ο τύπος, ο χρόνος εμφάνισης και η θέση των παρκινσονικών συμπτωμάτων είναι σημαντικά για τη διαφορική διάγνωση καθώς συσχετίζονται με νοητικά, νευροψυχιατρικά και άλλα κλινικά χαρακτηριστικά (Possin, & Kaufer, 2010).

1.2.4 Αγγειακή άνοια

Είναι γνωστική δυσλειτουργία που προκαλείται έπειτα από βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου. Μπορεί να εμφανιστεί μετά από μόνο ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή μετά από πολλά εγκεφαλικά επεισόδια με την πάροδο του χρόνου. Στην αγγειακή άνοια η διάγνωση γίνεται σε ενδείξεις της νόσου των αιμοφόρων αγγείων στον εγκέφαλο και ελαττωμένη νοητική λειτουργία που προκαλεί προβλήματα στην καθημερινή ζωή (Χριστοδούλου & Δουζένης, 2009). Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν ξαφνικά έπειτα από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο είτε να εμφανιστούν σταδιακά καθώς επιδεινώνεται η νόσος. Το μέγεθος της βλάβης του εγκεφάλου καθορίζει τα συμπτώματα καθώς μπορεί να επηρεάσει μια ή περισσότερες λειτουργίες. Η αγγειακή άνοια μπορεί να φαίνεται παρόμοια με

την άνοια από Alzheimer και ένας συνδυασμός των δύο είναι αρκετά συνηθισμένος (Gorelick & Nyenhuis, 2013).

1.2.5 Άνοια με σωμάτια του Lewy

Στη περίπτωση αυτή το κυριότερο παθολογανατομικό εύρημα για την διάγνωση της νόσου είναι η παρουσία των σωματίων του Levy στον υποφλοιό και το φλοιό. Συνυπάρχει μεγάλη χολινεργική ανεπάρκεια στο φλοιό διαταραχή των μονοαμινών και ανωμαλίες των ντοπαμινεργικών υποδοχέων στα βασικά γάγγλια (Neef & Walling, 2006). Η άνοια τύπου Lewy στα πρώτα στάδια εμφανίζει συμπτώματα νόσου Parkinson όπως δυσκαμψία τρόμου κυρίως στα χέρια και περιορισμό στη κινητικότητα. Συχνά υπάρχουν παραισθήσεις τα άτομα αυτά βλέπουν πράγματα που δεν υπάρχουν, και κινούνται και κατά των διάρκειά του ύπνου με συνέπεια να είναι επιρρεπείς στις πτώσεις. Δυσκολίες στη σκέψη και την μνήμη είναι όμοιες με την άνοια τύπου Alzheimer (McKeith, 2005).

1.2.6 Άνοια νόσου Creutzfeldt- Jacob

Η νόσος Creutzfeldt- Jacob είναι η νόσος σπογγώδης εγκεφαλοπάθειας. Είναι εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου που οδηγεί στον θάνατο, στην περίπτωση αυτή οι κοιλότητες του εγκεφάλου γεμίζουν με υγρό Εμφανίζεται κυρίως μετά τα 60 έτη (Gorelick & Nyenhuis 2013). Αρχικά εμφανίζεται προβλήματα μνήμης οπτικές διαταραχές, αλλαγές στη συμπεριφορά και στην προσωπικότητα. Στην συνέχεια παρουσιάζεται ραγδαία ελάττωση των νοητικών λειτουργιών, μειωμένη κινητικότητα μυϊκή αδυναμία ενώ παρουσιάζει αθέλητες ακανόνιστες κινήσεις. Τελικά ο ασθενής μετά την απώλεια των φυσιολογικών λειτουργιών καταλήγει σε κώμα και οδηγείτε στο θάνατο από κάποια λοίμωξη (Geschwind,2010).

1.2.7 Ήπια νοητική έκπτωσηση

Ήπια νοητική έκπτωσηση μελετάται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται ως η μεταβατική φάση που αφορά ασθενείς που τελικά θα εμφανίσουν εκφυλιστική άνοια όπως Alzheimer, γι αυτό και χρησιμοποιούνται οροί για να το περιγράψουν όπως αρχόμενη άνοια, μεμονωμένο μνημονικό έλλειμμα.(Petersen,2010). Συμπτώματα αυτής της μορφής είναι προβλήματα μνήμης τα οποία και επιβεβαιώνονται και από άτομα του οικείου περιβάλλοντος ενώ η ευρύτερη νοητική κατάσταση είναι φυσιολογική. Παρατηρείτε ότι τα ελλείμματα μνήμης είναι αντικειμενικά για την ηλικία με απουσία άνοιας χωρίς να παρατηρούνται δυσλειτουργίες στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (Petersen,2010).

1.2.8 Άλλες αιτίες άνοιας

Σε κάποιες περιπτώσεις η άνοια μπορεί να οφείλεται σε μεταβολικά ή άλλα αίτια, κάποια από τα οποία μπορεί είναι μερικώς ή πλήρως αναστρέψιμα. Αυτό μπορεί να συμβεί σε υποθυρεοειδισμό, τα χαμηλά επίπεδα B12 (Κονταξάκης et al., 2005), η άνοια που σχετίζεται με τον ιό HIV, ο υδροκέφαλος φυσιολογικής τάσης, όγκοι ή αιματώματα εγκεφάλου (Fuller & Manfur 2011, Aminoff & Greeberg 2017). Κατά συνέπεια είναι πολύ σημαντικό κάθε ασθενής με άνοια να λαμβάνει ένα πλήρη αιματολογικό και απεικονιστικό έλεγχο έτσι ώστε να γίνεται η κατάλληλη διάγνωση του αιτίου της (Geschwind,2010).

1.3 Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου είναι νευραλγικής σημασίας για την αντιμετώπιση της νόσου και επιβράδυνση της εξέλιξης της .Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση συντελεί στην αποδοχή και προσαρμογή της καθημερινότητας τόσο των ιδίων των

ασθενών όσο και των οικείων τους .Επίσης αντιμετωπίζονται κατάλληλα συνωδὰ προβλήματα της νόσου όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη, και μπορεί να καθοριστούν οι κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης (Plassman et al, 2007). Η διάγνωση απαιτεί αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς και της κλινικής, νευρολογικής και ψυχολογικής του κατάστασης. Συγκεκριμένα ιστορικό και κλινική εξέταση είναι το πιο σημαντικό μέρος της διάγνωσης, γίνεται εκτίμηση των νοητικών λειτουργιών με ειδικές κλίμακες και την βοήθεια των μελών της οικογένειας ή φροντιστών (Plassman et al, 2007). Εξετάζονται η προσοχή και συγκέντρωση, βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη , γλωσσικές και οπτικοχωρικές ικανότητες , προσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο, εκτελεστικές λειτουργίες (Τσολάκη και Καζής, 2005).

Η πρώτη πιο συχνή και γρήγορη εξέταση για την ποσοτικής εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων είναι Mini Mental State Examination (MMSE). Εφόσον από τα παραπάνω διαπιστωθεί η νοητική έκπτωση διενεργούνται κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις για διαπίστωση κάποιων μη αναστρέψιμων τύπων άνοιας (Etgen, 2011). Οι εξετάσεις που γίνονται είναι είτε αίματος που πραγματοποιούνται με γενική αίματος , βιοχημικές , B12 θυρεοειδοτρόπος ορμόνη είτε απεικονιστικές αξονική η μαγνητική τομογραφία (Aminoff & Greeberg,2017). Οι αιματολογικές εξετάσεις ανιχνεύουν αναστρέψιμες αιτίες άνοιας ενώ τα ευρήματα των απεικονιστικών εξετάσεων είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε διάγνωση αγγειακής άνοιας, μετωποκροταφική , άνοια Creutzfeldt- Jacob ή άνοια που οφείλεται σε όγκους εγκεφάλου(Geschwind 2010, Croisele 2012).

1.4 Φαρμακευτική αντιμετώπιση άνοιας

Στην νόσο της άνοιας δεν υπάρχει κάποια αγωγή με φάρμακα η οποία να προλαμβάνει την νόσο. Η φαρμακευτική θεραπεία έχει στόχο την σταθεροποίηση των νοητικών διαταραχών, βελτίωση συμπεριφορικών διαταραχών, καθώς και βελτίωση της κατάθλιψης που συχνά συνυπάρχει στην άνοια και να καθυστερήσει την εξέλιξη της. Τα φάρμακα που δίνονται ουσιαστικά ανήκουν σε δύο κατηγορίες σε αυτά που δίνονται για να καθυστερήσουν την εξέλιξη της νόσου αποτελεσματικά σε αυτή την κατηγορία είναι φάρμακα που αυξάνουν την χολινεργική μεταβίβαση ,αναστολείς χολινεραστών. Η άλλη κατηγορία φαρμάκων

είναι εκείνα που αντιμετωπίσουν συγκεκριμένα συμπτώματα όπως αϋπνία, εκνευρισμός άγχος παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις και βίαιες συμπεριφορές (Παπαγεωργίου,2014) .

Η **Δονεπεζίλη (Aricept)**: βοηθά σημαντικά σταθεροποίηση της νοητικής λειτουργίας, παρατηρείτε σημαντική βελτίωση σε περιστατικά με σοβαρή μορφή άνοιας (Βαγενά,2007). **Γκαλανταμίνη (reminyl)**: έχει θετική επίδραση κυρίως σε ασθενείς που βρίσκονται σε μέτριο στάδιο της νόσου και έχει καλύτερα αποτελέσματα σε αγγειακή άνοια και άνοια τύπου Alzheimer. Η δράση της βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου και την λειτουργικότητα του ασθενή με αποτέλεσμα να εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής (Alva & Cummings,2008). **Ριβαστιγμίνη(Exelon)**: Η δράση της ενδείκνυται σε διαταραχές συμπεριφοράς ενώ ανήκει στα φάρμακα που καθυστερούν την εξέλιξη της νόσου ,έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενής με μέτρια βαρύτητα της νόσου (Zuniga & Yescas et al, 2018). **Μεμαντίνη(ebixa)**: Χρησιμοποιείται σε παρκινσονισμό και εγκεφαλική περιφερική σπαστικότητα και νοητικές διαταραχές (Emre et al, 2008) .Ακόμη χρησιμοποιείτε και ταγκρίνη (cognex). Όσο πιο σύντομα ξεκινήσει ο ασθενής την φαρμακευτική αγωγή το άτομο μπορεί να παραμείνει λειτουργικό για μεγαλύτερο διάστημα και να έχει καλύτερη ποιότητα ζωής (Waldemar et al, 2008).

Την τελευταία δεκαετία η χρήση των αναστολέων της δράσης της ακετυλοχολινεστεράσης έχει αλλάξει τη διαχείριση της νόσου Alzheimer. Τα φάρμακα δεύτερης γενιάς όπως η δονεπεζίλη και η ριβαστιγμίνη έχουν μεγαλύτερη δράση και λιγότερες παρενέργειες (Saxtot et al 2012). Μια μελέτη για την αξιολόγηση της ριβαστιγμίνης όσον αφορά τη βελτίωση στη λειτουργικότητα αλλά και τις γνωστικές ικανότητες σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια νόσο Alzheimer πρότεινε ότι η φαρμακοθεραπεία πρέπει να συνδυάζεται και με στρατηγικές γνωστικής αποκατάστασης διότι παρατηρείται βελτίωση και στη γνωστική λειτουργία αλλά και στη συμπεριφορά (Παπαγεωργίου,2014).

Επίσης τα τελευταία χρόνια κυκλοφορεί διατροφικό σκεύασμα με ω3 χολίνη, ουριδίνη αντιοξειδωτικά και βιταμίνες συμπλέγματος B (Παπαγεωργίου και άλλοι,2014) και συστήνεται στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ βρίσκονται σε κλινική δόκιμη πάνω από 100 φάρμακα για την άνοια(Zuniga & Yescas et al, 2018) είναι γεγονός ότι καλύτερα αποτελέσματα υπάρχουν όταν φαρμακευτική

θεραπεία συνδυάζεται με μη φαρμακευτικές θεραπείες και προγράμματα ενδυνάμωσης με αυτό τον τρόπο διατηρείτε η πλαστικότητα του εγκεφάλου ως το τελικό στάδιο της άνοιας (Τσολάκη και Καζής, 2005).

1.5 Μη φαρμακευτικές θεραπείες

Η άνοια επιδρά σε κάθε άτομο με διαφορετικό τρόπο γι αστό το λόγο κρίνεται αναγκαία η εξατομικευμένη θεραπεία γι κάθε ασθενή. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έχουν στόχο να ενισχύσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα των φαρμάκων. ασθενή (Teixeira et all,2013). Οι θεραπείες αυτές έχουν προσωποκεντρικό χαρακτήρα, προσαρμόζονται στις εκάστοτε ανάγκες και δεν έχουν παρενέργειες . Εφαρμόζονται σε ατομικά και ομαδικά προγράμματα μπορεί να εφαρμόζεται συνδυασμός με παραπάνω από μια παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στο στάδιο της νόσου που βρίσκεται ο ασθενής (Ξενάκη,2017). Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις που είναι πιο διαδομένες είναι:

- Νοητική ενδυνάμωση
- Λογοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Ψυχοθεραπεία
- Θεραπεία πρόκλησης ευχάριστων αναμνήσεων
- Θεραπείες Τέχνης
- Φυσιοθεραπεία –Γυμναστική

Στη χώρα μας μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται κυρίως στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ατόμων με άνοια υπό την επίβλεψη των εταιριών άνοιας και alzheimer (Τσολάκη,202).

1.5.1 Νοητική ενδυνάμωση

Η άνοια προκαλεί γνωστικές διαταραχές μέσω της νοητικής ενδυνάμωσης γίνεται προσπάθεια να σταθεροποιηθεί και να ελαττωθεί αν είναι εφικτό το πρόβλημα. Η παρέμβαση αυτή αφορά λειτουργίες όπως η μνήμη, λόγος, προσοχή, κρίση και

γίνεται χρήση ποικίλων δραστηριοτήτων που ασχολούνται με ασκήσεις μνήμης, ενημέρωση για θέματα επικαιρότητας, συχνή αναφορά σε πληροφορίες που αφορούν το περιβάλλον του ασθενή δηλαδή, ονόματα αγαπημένων προσώπων, ονόματα αντικειμένων και τέλος μύηση στην εφαρμογή μνημονικών βοηθημάτων όπως ημερολόγιο, σημειωματάριο (Texiera et al, 2013).

Νέες τεχνολογίες εισάγονται τα τελευταία χρόνια στα προγράμματα ενδυνάμωσης. Σήμερα υπάρχει δυνατότητα χρήσης στην οθόνη μας ,μέσω του υπολογιστή ή κινητού μας αρκετών εφαρμογών που περιέχουν ασκήσεις ώστε να γίνεται εξάσκηση όλων των νοητικών λειτουργιών (Texiera et al, 2013). Συγκεκριμένα υπάρχουν νοητικές ασκήσεις σε μορφή παιχνιδιών ευχάριστες και προσιτές για όλους του χρήστες , εφαρμογές νοητικής ενδυνάμωσης υπάρχουν στα κέντρα ημέρας της Εταιρείας Alzheimer και ένα παράδειγμα είναι το πρόγραμμα sociable (Τσολάκη, 2012).

1.5.2 Λογοθεραπεία

Στους ασθενείς με άνοια η λογοθεραπεία μπορεί να διατηρήσει και να βοηθήσει στην καλύτερη δυνατή λεκτική επικοινωνία. Οι παρεμβάσεις λογοθεραπείας προσαρμόζονται στον εκάστοτε ασθενή με άμεσο στόχο την διευκόλυνση της καθημερινής επικοινωνίας με τους οικείους, την αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας και τη συντήρηση και όταν είναι εφικτό την ανάκτηση ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου(Yang et all,2013).

1.5.3 Εργοθεραπεία

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση αποσκοπεί στην αποκατάσταση του ατόμου σε μέγιστο βαθμό σύμφωνα με τη λειτουργικότητα του έτσι ώστε να διατηρήσει ποιότητα ζωής. Εφαρμόζονται προγράμματα ενεργοποίησης, δραστηριοποίησης , αυτοεξυπηρέτησης στην καθημερινότητα καθώς και εργονομικές παρεμβάσεις στο χώρο που κατοικεί. Ο ασθενής εκπαιδεύεται σε αυτά ενώ οι στο τελικό στάδιο της νόσου γίνονται προσπάθειες για βελτίωση κάποιων περιορισμών από προβλήματα κατάποσης μάσησης και ενυδάτωσης του ασθενούς (Τσολάκη,2012).

1.5.4 Ψυχοθεραπεία

Η εφαρμογή ψυχοθεραπείας στην άνοια απαιτεί την προσαρμογή και τροποποίηση των κλασικών μεθόδων ψυχοθεραπείας όπως η συμβουλευτική, με στόχο την επαναφορά δεξιοτήτων που πλέον δεν υπάρχουν ή την αποδοχή τις απώλειας τους (Vassiliadou, 2008). Η παρέμβαση αυτή εξαρτάται από το νοητικό επίπεδο του ασθενούς . Στην περίπτωση αυτή σε αρχικά στάδια της νόσου η παρεμβάσεις είναι λεκτικού τύπου ενώ αργότερα επειδή οι ασθενείς έχουν απολέσει την ικανότητα να επεξεργαστούν ένα λεκτικό μήνυμα οι παρεμβάσεις πρέπει να τροποποιηθούν ανάλογα το επίπεδο της άνοιας γι αυτό χρησιμοποιούνται εναλλακτικοί τρόποι έκφρασης όπως μέσω της τέχνης (πχ η ζωγραφική και η μουσικοθεραπεία) (Yang et al, 2013).

1.5.5 Θεραπεία πρόκλησης ευχάριστων αναμνήσεων

Η παρέμβαση αυτή γίνεται ομαδικά, απευθύνετε σε ανοϊκούς ασθενείς. Οργανώνονται συνεδρίες που αφορούν ένα θέμα κάθε φορά όπως η οικογένεια και προσπαθούν να ανασύρουν ευχάριστες αναμνήσεις από το παρελθόν τους με τη μορφή συζήτησης. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως βοηθήματα αντικείμενα και φωτογραφίες .Με αυτό τον τρόπο προκαλούνται ευχάριστα συναισθήματα, ενισχύεται η αυτοπεποίθηση και η κοινωνικότητα του ατόμου (Τσολάκη,2012).

1.5.6 Φυσιοθεραπεία -Γυμναστική

Η άνοια εκτός από τα προβλήματα μνήμης προκαλεί διαταραχές στην κινητικότητα και την ισορροπία. Η φυσιοθεραπεία συμβάλει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλούν προάγει την κινητικότητα, την ισορροπία και την αντοχή και απαλλαγή από σωματικές ενοχλήσεις. Η γυμναστική χρησιμοποιείται ενάντια στα συναισθήματα κατάθλιψης ως μέσο ψυχαγωγίας και στη διατήρηση της φυσικής κατάστασης. Σε άτομα με άνοια η γυμναστική που περιλαμβάνει

προγράμματα ενδυνάμωσης μυών περπάτημα αεροβικές ασκήσεις και ποδηλασία (Saddicha και Pandey, 2008) .

1.5.7 Θεραπείες Τέχνης

Οι θεραπείες τέχνης βελτιώνουν την συναισθηματική κατάσταση στους ασθενείς με άνοια και βοηθούν στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης. Η ζωγραφική, μουσικοθεραπεία εφαρμόζονται ως θεραπείες τέχνης βοηθώντας τα άτομα με άνοια να εκφραστούν μη λεκτικό τρόπο Saddicha & Pandey (2008).

1.6 Φροντίδα ασθενών με άνοια

Οι στόχοι της φροντίδας των ατόμων με άνοια είναι η προαγωγή εξατομικευμένης φροντίδας, δημιουργία υποστηρικτικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, αντιμετώπιση με σεβασμό του ανοϊκού ασθενή και αποτελεσματική επικοινωνία του ασθενή με το περιβάλλον του. Η φροντίδα ενός ατόμου με άνοια μπορεί να είναι πολύ δύσκολη μερικές φορές. Παρόλα αυτά υπάρχουν τρόποι να αντιμετωπίσει κανείς τις δυσκολίες. Γενικά η θεραπευτική προσέγγιση των ανθρώπων που πάσχουν από άνοια αφορά στη χορήγηση υποστηρικτικής σωματικής φροντίδας, ψυχολογικής υποστήριξης των αρρώστων και των οικογενειών αλλά και τη φαρμακευτική φροντίδα των ειδικών συμπτωμάτων, όπως η διαταραγμένη συμπεριφορά (Καπάκη& Παρασκευάς, 2006).

Καθοριστικής σημασίας είναι η ενημέρωση και η πληροφόρηση της οικογένειας του ασθενούς με άνοια. Ο φροντιστής θα πρέπει να γνωρίζει τα συμπτώματα και την εξέλιξη της νόσου τις αλλαγές που θα συμβούν και το διάστημα που θα διαρκέσουν. Η διαδικασία αυτή διαφοροποιείται ανά οικογένεια καθώς υπάρχουν συγγενείς που με μια απλή ενημέρωση μπορούν να στηρίξουν κατάλληλα των ασθενή αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που οι φροντιστές χρειάζονται καθοδήγηση βήμα βήμα (Γαβρανοπούλου,2006). Σημαντικό είναι σε βαθμό που είναι εφικτό να κινητοποιούν γνωστικά τους ασθενείς και να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή τους σε καθημερινές δραστηριότητες (Κουταλίδου, 2013).

Πιο συγκεκριμένα ένα πρόγραμμα μπορεί να μειώσει τις αποφάσεις που θα χρειαστεί να πάρει το άτομο με άνοια και επαναφέρει την τάξη και την οργάνωση σε μια, κατά τα άλλα, μπερδεμένη καθημερινή ζωή. Το πρόγραμμα μπορεί να παρέχει αίσθημα ασφάλειας σε ένα άτομο με άνοια. Παρόλο που το πρόγραμμα είναι χρήσιμο, είναι σημαντικό να διατηρηθεί η καθημερινότητα, όσο πιο φυσιολογική γίνεται. Όσο το επιτρέπει η διαφοροποιημένη κατάσταση ενός ατόμου με άνοια, προσπαθήστε να το αντιμετωπίζετε όπως κάνατε πριν από την εμφάνιση της νόσου (Τσολάκη και Καζής ,2005).

Επίσης είναι απαραίτητο το άτομο να παραμείνει ανεξάρτητο όσο περισσότερο γίνεται. Αυτό βοηθάει να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του και να μειώσει το βάρος που δέχεται ο περιθάλπων δηλαδή με δραστηριότητες τις οποίες το άτομο θα μπορεί να τις κάνει όσο πιο πολύ καιρό ακόμα γίνεται (Hudges, Julian et al,2006). Η ασφάλεια είναι πολύ σημαντική στην άνοια καθώς η απώλεια του συντονισμού της κίνησης και της μνήμης αυξάνει την πιθανότητα τραυματισμού, οπότε θα πρέπει το περιβάλλον στο οποίο διαμένει να είναι όσο το δυνατόν ασφαλέστερο. Τέλος διατήρηση της επικοινωνίας σε οποίο στάδιο βρίσκεται ακόμα και σε περιπτώσεις δύσκολης επικοινωνίας, χρήση εξωτερικών βοηθημάτων μνήμης (Alzheimer's, Disease International, 2011).

Ο γιατρός, ο νοσηλευτής ή ο κοινωνικός λειτουργός μπορούν να αναγνωρίσουν τη βοήθεια που χρειάζεται κανείς και να τον παραπέμπουν στην αντίστοιχη υπηρεσία. Οι ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες για τα άτομα με άνοια και τους περιθάλποντες τους διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ανεξάρτητα, όμως, από το μέρος που ζει κάποιος υπάρχουν κάποια βασικά πράγματα που θα χρειαστεί. Αυτά είναι:

- Ιατρική βοήθεια για τη διάγνωση της νόσου και για την παροχή περίθαλψης
- Βοήθεια με τα πρακτικά ζητήματα της περίθαλψης
- Διαλείμματα από τη περίθαλψη
- Συστηματικοί έλεγχοι της υγείας

- Περίθαλψη στο σπίτι, σε κέντρο ημέρας ή σε οίκο νοσηλείας
- Πληροφόρηση (Πανελλήνια Ομοσπονδία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, 2015)

Η Παγκόσμια Εταιρεία Νόσου Alzheimer (ADI) είναι η ομοσπονδία όλων των εταιρειών Alzheimer σε όλο τον κόσμο. Αυτές οι εταιρείες εκπροσωπούν τα άτομα με άνοια και τις οικογένειές τους και τους προσφέρουν πληροφόρηση και βοήθεια. Σε κάθε χώρα οι εταιρείες Alzheimer εργάζονται με στόχο να αναπτύξουν ομάδες στήριξης και εκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να ωφεληθούν τόσο οι οικογένειες των ατόμων με άνοια όσο και ο γενικός πληθυσμός (Γαβρανοπούλου, 2006). Όλες απαρτίζονται από ιατρικό και επιστημονικό προσωπικό. Κάποιες από αυτές παρέχουν, επίσης, συμβουλευτικές υπηρεσίες, κέντρα ημέρας, φροντίδα στο σπίτι και άλλων ειδών προγράμματα φροντίδας (Alzheimer's, Disease International, 2011).

1.7 Νοσηλευτική παρέμβαση στην άνοια

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ειδική ομάδα πληθυσμού που απαιτεί εξειδικευμένη αντιμετώπιση για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν εξειδικευμένη εκπαίδευση ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στην πολυπλοκότητα των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων. Στόχος επιμήκυνση της ζωής και βελτίωση της ποιότητας ζωής (Law,2008). Ένα από τα σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τα ελλείμματα μνήμης λόγω άνοιας. Η φροντίδα των ανθρώπων που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή άνοιας χρήζει ιδιαίτερης εξειδίκευσης.

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα ασθενών με άνοια έχουν να αντιμετωπίσουν ποικίλα συμπτώματα καθώς πρόκειται για ένα χρόνια νόσημα που διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο ενώ μεταβάλλονται τα συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου. Ο ασθενής με άνοια, συχνά δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του και όταν το κάνει, δεν επικοινωνεί με τρόπο κατανοητό ή εύκολα αντιμετωπίσιμο. Το περιβάλλον του δεν είναι συχνά σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις που έχει η νοσηλεία του ασθενή με άνοια, πόσο δε

μάλλον όταν εμπλέκεται σε αυτή και η συναισθηματική σχέση που συνδέει φροντιστή και ασθενή (Lemone et al., 2011).

Οι ανοσοικοί συχνά χρειάζονται εντατική υποστήριξη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της νόσου. Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην μακροχρόνια υποστήριξη των ασθενών αυτών παρέχοντας τους στους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για συνέχιση της φροντίδας τους στα πλαίσια της κοινότητας (Lemone et al., 2011). Η νοσηλευτική διεργασία διευκολύνει την ολική προσέγγιση υποστήριξης του ασθενούς και του φροντιστή καθ' όλη την διάρκεια της νόσου. Οι βασικοί στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η προστασία του ασθενούς από τραυματισμό, η αντιμετώπιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών και η υποστήριξη του ασθενή και του φροντιστή στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής (Τερζή, 2017). Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι έτοιμοι να βοηθήσουν τους οικογενειακούς φροντιστές στη διαχείριση της άρνησης, του θυμού, της ενοχής, του θρήνου ή της κλινικής κατάληξης καθώς ο ασθενής επιδεινώνεται ώστε να μπορέσει ο φροντιστής να προσαρμοστεί στις αλλαγές που σχετίζονται με τα στάδια εξέλιξης (Kittle, 2010).

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς αφορά την χορήγηση του κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους, την βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα συμπτώματα κατάθλιψη, επιθετικότητα. Επίσης ασχολείται με φυσική δραστηριότητα, την κατάλληλη δραστηριότητα, διατροφή, έλεγχο εντέρου κύστης και εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος. Σημαντικό είναι ότι ασχολείται με ενέργειες που αφορούν την επικοινωνία του ασθενή με του οικείου του και την παρότρυνση τους στη συμμετοχή για την φροντίδα. Ακόμη ασχολείται με την προαγωγή της ανεξαρτησίας αλλά και τη αποφυγή ατυχημάτων (Graham & Warner, 2009).

Συγκεκριμένα όσο αφορά την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, σε συνεργασία με τον ασθενή ο νοσηλευτής σχεδιάζει ένα ρεαλιστικό πρόγραμμα για την κάλυψη των καθημερινών αλλαγών. Ενθαρρύνοντας έτσι την μέγιστη ανεξαρτητοποίησή του μέσα στους περιορισμούς της κινητικότητας που έχουν τεθεί. Ακόμη εφαρμόζει μέτρα για την διατήρηση του καλύτερου δυνατού επίπεδου κινητικότητας και τέλος ενημερώνει τους οικείους για τις ικανότητες του ασθενούς να αυτοεξυπηρετείται.

(Lemone & Burke, 2004). Σχετικά με το πρόβλημα διαταραχής της μνήμης οι τεχνικές αντιμετώπισης θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην διδασκαλία τόσο του ασθενούς, όσο και του ατόμου που το φροντίζει.

Ο νοσηλευτής υποδεικνύει συμπληρωματικές θεραπείες όπως είναι ο διαλογισμός, οι μαλάξεις, η γυμναστική. Οι δραστηριότητες αυτές βοηθούν για στην μείωση του στρες, το οποίο μπορεί να επιδεινώσει την απώλεια της μνήμης. Επίσης οι γραπτές ή προφορικές υπενθυμίσεις μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τον ασθενή με διαταραγμένη μνήμη, οπότε ο νοσηλευτής συστήνει στον ασθενή να χρησιμοποιεί ημερολόγιο, ακόμη συστήνει την χρήση ενός κουτιού για τα φάρμακα με σημειωμένες τις ημέρες και ώρες λήψης τους ώστε να θυμάται να παίρνει τα φάρμακά του (Lemone & Burke, 2004).

Μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές και τους φροντιστές είναι η αντιμετώπιση συμπεριφορών του ασθενούς με άνοια που σχετίζονται με άγχος, νευρικότητα και σύγχυση. Συνήθως τις πρωινές ώρες οι ασθενείς είναι ήρεμοι και υπάρχουν εκρήξεις εκνευρισμού κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες. Ο ασθενής μπορεί να ξυπνήσει την νύχτα με κρίση φόβου και πανικού. Η απομάκρυνση του από καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, όπως οι θορυβώδεις δραστηριότητες είναι μια αξιόλογη παρέμβαση. Η διατήρηση των καθημερινών ενεργειών του ασθενή είναι σημαντική γιατί παρέχοντας του μια αυστηρά δομημένη μέρα δημιουργείται μια αίσθηση οικειότητας και εξαλείφεται το άγχος του (Lemone et al., 2011).

Επίσης νοσηλευτική παρέμβαση νευραλγικής σημασίας είναι η παρακολούθηση μη λεκτικών συμπεριφορών, όπως γκριμάτσες ή αυξημένη ανησυχία μπορεί να υποδηλώνουν πόνο ή δυσφορία, τα οποία μπορεί να αυξήσουν τον εκνευρισμό. Παράλληλα για την εξάλειψη του θορύβου και της ακαταστασίας προτείνεται η δημιουργία ενός ήρεμου περιβάλλοντος ενώ τόσο η παροχή στοιχείων για τον προσανατολισμό συμπεριλαμβανομένων και των λεκτικών στοιχείων ρολογιών, ημερολογίων, όσο και η ένδειξη εικόνων, αναμνηστικών και η ενθάρρυνση αναπολήσεων, συμβάλουν στον επαναπροσανατολισμό του ασθενή στην πραγματικότητα και στην και στην πυροδότηση των αναμνήσεων αντίστοιχα (Kittle, 2010).

Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να καλύπτει όλες τις βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές και οικονομικές παραμέτρους της ζωής, να εξατομικεύεται και να προσαρμόζεται σύμφωνα με το στάδιο της εξέλιξης της νόσου, με σκοπό να βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής τους και να ανακουφίζονται αυτοί που σηκώνουν το βάρος της φροντίδας τους(Τσολάκη,2009).

1.8 Πρόληψη

Η πρόληψη είναι η έγκαιρη παρέμβαση δηλαδή αφορά τους μηχανισμούς που οδηγούν σε ένα παθολογικό αποτέλεσμα, αυτό συμβαίνει όταν αφορά σε συγκεκριμένη νόσο, Στη περίπτωση της άνοιας είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων που δεν οφείλονται πάντοτε στην ίδια νόσο (πάθηση). Η νόσος Alzheimer και η αγγειακή άνοια είναι υπεύθυνες για το μεγαλύτερο ποσοστό των ανοιών (Leibing,2014). Εκτός από τους παράγοντες που δεν μπορούμε να μεταβάλουμε, όπως η πρόοδος της ηλικίας, το φύλο, η φυλή, το επίπεδο εκπαίδευσης και η κληρονομικότητα. Έτσι, γνωρίζουμε ότι οι άνθρωποι που έχουν κληρονομήσει από τους γονείς τους το γονίδιο APOE-ε4 διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο –αλλά όχι βεβαιότητα– να εμφανίσουν νόσο Alzheimer (Leibing,2014). Ακόμα η υγεία του εγκεφάλου στη μεγάλη ηλικία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την υγεία των αιμοφόρων αγγείων που τον τρέφουν. Για το λόγο αυτό σημαντικό είναι αρχικά να ρυθμιστεί σωστά η αρτηριακή πίεση: ούτε πολύ χαμηλή, ούτε πολύ ψηλή δηλαδή οι συνήθεις τιμές για μεγάλο χρονικό διάστημα οπότε συνίσταται καρδιολογικός έλεγχος, τακτικά (Tarriot et al,2010). Θα πρέπει επίσης να είναι ρυθμισμένοι κατά ανάλογο τρόπο, όλοι οι λεγόμενοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου δηλαδή σάκχαρο αίματος LDL, HDL τριγλυκερίδια. Ακόμη η παχυσαρκία ιδίως στην περιοχή της κοιλίας, το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η άπνοια κατά τον ύπνο είναι επίσης σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου (Tarriot et al,2010).

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία των αγγείων, όπως για παράδειγμα οι σοβαροί ή επαναλαμβανόμενοι τραυματισμοί στο κεφάλι (πχ ένα πέμπτο των επαγγελματιών πυγμάχων αναπτύσσει κάποιο είδος άνοιας). Τέλος η ύπαρξη αγγειακού εγκεφαλικού επεισόδιου στο παρελθόν ή ύπαρξη

κατάθλιψης στη μέση ηλικία καθώς και η βαρηκοΐα και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο άνοιας (Βλάχος,2015).

1.9 Δομές

Κάθε ασθενείς με άνοια ιδίως στα αρχικά στάδια θα πρέπει να παραπέμπεται στις ανάλογες δομές ώστε να βοηθηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο τόσο ο ίδιος όσο και η οικογένεια του. Σήμερα Ιατρεία Μνήμης λειτουργούν είτε ως ειδικά ιατρεία Νευρολογικών κλινικών είτε ως ιατρεία στο πλαίσιο Ψυχογηριατρικών μονάδων τόσο σε τμήματα γενικών νοσοκομείων του ΕΣΥ όσο και σε Πανεπιστημιακές Νευρολογικές και Ψυχιατρικές κλινικές. Επιπλέον, Ιατρεία Μνήμης δραστηριοποιούνται σε ΜΚΟ που ασχολούνται με την Νόσο Alzheimer και την Άνοια γενικότερα όσο και σε Κέντρα Ημέρας για ασθενείς με Άνοια. Τα Ιατρεία μνήμης παρέχουν ολοκληρωμένη αξιολόγηση: νευρολογική εξέταση, νευροψυχολογική αξιολόγηση, συμβουλευτική) σε ανθρώπους με άνοια και στις οικογένειες τους .

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ΜΚΟ Alzheimer παραπέμπουν σε νευρολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων και ψυχογηριατρικές μονάδες. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπάρχουν 57 Νευρολογικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (συμπεριλαμβανομένων των Ιατρείων Μνήμης) (Μούγιας,2011).

Στη χώρα μας υπάρχουν τα Κέντρα Ημέρας για άτομα με άνοια. Τα κέντρα αυτά λειτουργούν ως μονάδες ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας ασθενών με Alzheimer και άλλες συναφείς διαταραχές. Στοχεύουν στην οργάνωση και την εφαρμογή ομαδικών και ατομικών θεραπευτικών προγραμμάτων, που διαμορφώνονται πάντα ανάλογα με το στάδιο της νόσου κάθε ασθενή. Κατά την εισαγωγή πραγματοποιείται κλινική εξέταση από νευρολόγο ή ψυχίατρο του Κέντρου, νευροψυχολογική εκτίμηση από ψυχολόγο και αξιολόγηση κοινωνικού ιστορικού, και υπάρχει δυνατότητα εφόσον επιθυμούν να συμμετάσχουν στα προγράμματα, όπου εντάσσονται σε ομάδες ανάλογα με τον βαθμό δυσκολιών που αντιμετωπίζουν και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Τα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται στις ομάδες παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή, έχουν στόχο τη νοητική ενδυνάμωση των συμμετεχόντων, και την κινητοποίηση και διατήρηση των δεξιοτήτων και των επικοινωνιακών ικανοτήτων τους για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επίσης δίνεται έμφαση στην πρόληψη, πληροφόρηση, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών των ασθενών και στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα σχετικά με την άνοια (Καπάκη και Παρασκευάς, 2006). Τα προγράμματα συνήθως περιλαμβάνουν ιατρεία μνήμης, θεραπείες ενδυνάμωσης νοητικών λειτουργιών (μνήμης, προσοχής, λόγου) προγράμματα γυμναστικής, ατομική και ομαδική δημιουργική απασχόληση, άλλες ειδικές θεραπείες όπως θεραπείες τέχνης, θεραπεία δια αναμνήσεων, λογοθεραπεία, εργοθεραπεία. Πολύ σημαντικό για τους ασθενείς είναι το γεγονός ότι οι παροχές στα κέντρα ημέρας είναι δωρεάν ωστόσο τα κέντρα αυτά είναι περιορισμένα και βρίσκονται σε μεγάλες πόλεις με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό ασθενών ειδικότερα στην επαρχία να μην έχει πρόσβαση σε αυτές τις δομές (Μουγιάς,2011).

Σημαντικός ο ρόλος της Ψυχογηριατρικής Εταιρεία «Ο Νέστωρ» προσφέρει πλήθος εξειδικευμένων υπηρεσιών εντελώς δωρεάν, σε ασθενείς και φροντιστές ασθενών με άνοια και άλλες ψυχογηριατρικές παθήσεις. Αυτές προσφέρονται στο Κέντρο Alzheimer και το Ψυχογηριατρικό Κέντρο Ημέρας της εταιρείας με προσωπικό που ακολουθεί τα διεθνή πρότυπα της διεπιστημονικής συνεργασίας και αποτελείται από Ψυχιάτρους, Νευρολόγους, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Εργοθεραπευτές, Λογοθεραπευτές, Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Νομικούς Συμβούλους. Ατομική Ψυχοθεραπεία: εξειδικευμένοι ψυχολόγοι προσφέρουν στους φροντιστές υποστηρικτική, συμβουλευτική και άλλου τύπου (ανάλογα με την περίπτωση) ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων των φροντιστών (Μουγιάς,2011).

Επίσης διοργανώνει εκπαιδευτικές ομιλίες: (θεωρητικά σεμινάρια) από εξειδικευμένους επιστήμονες (γιατρούς και άλλους Επαγγελματίες Υγείας) στην αίθουσα εκδηλώσεων του Κέντρου Alzheimer και σε μηνιαία βάση (Μαράτου,2008). Ψυχοεκπαιδευτική Ομάδα Φροντιστών: δίωρης διάρκειας, δεκαπενθήμερης συχνότητας, με συντονιστή Επαγγελματία Υγείας, κατά την οποία

διενεργείται σύντομη εισαγωγή με θεωρητικό θέμα και ακολουθεί συζήτηση ανοιχτού τύπου. Πολύ σημαντικό είναι το ομαδικό πρόγραμμα για τη βελτίωση της διάθεσης : για τους φροντιστές, με στόχο τον εντοπισμό των αρνητικών συναισθημάτων και των επιπτώσεών τους στην καθημερινότητα του ατόμου και την αντιμετώπισή τους, μέσω γνωσιακών συμπεριφοριστικών τεχνικών (Μαργιώτη, 2011). Ακόμη υπάρχει η κοινωνική Λέσχη – Café Alzheimer - Σωματείο Αλληλοβοήθειας φροντιστών ασθενών με Νόσο Alzheimer: συγκέντρωση των φροντιστών και των οικογενειών τους με την παρουσία των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, την επικοινωνία κοινών εμπειριών, την διατήρηση και προαγωγή του επιπέδου αυτοεκτίμησης των φροντιστών-συγγενών, τη μείωση του αισθήματος της απομόνωσης, την ενθάρρυνση και την απόκτηση χρήσιμων γνώσεων από τις εμπειρίες άλλων φροντιστών, καθώς και την ανταλλαγή πληροφοριών για τις υπάρχουσες υποστηρικτικές δομές (Μαράτου,2008).

Μία άλλη σημαντική δομή στην οποία μπορεί να έχουν πρόσβαση άτομα από όλη τη χώρα είναι η γραμμή SOS για την άνοια: υπάρχει κάποιος Επαγγελματίας Υγείας ή φροντιστής πάντα ο οποίος μπορεί να ενημερώσει τους φροντιστές για τη νόσο, τις προσφερόμενες υπηρεσίες και να δώσει πρακτικές συμβουλές για την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων(Μαργιώτη,2011). Εξάλλου, συχνά, μόνο και μόνο η συζήτηση αρκεί για τη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης ενός επιβαρυσμένου φροντιστή, όταν ο ίδιος νιώσει ότι το χρειάζεται. (Μούγιας, 2003).

Τέλος από το 2016 λειτουργεί στο νομό Αττικής το πρόγραμμα ολοκληρωμένης κατ' οίκον φροντίδας για την Άνοια «160 Plus» και παρέχεται δωρεάν. Στόχος είναι να ωφεληθούν 160 και περισσότερες οικογένειες από ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών μέσω μιας πολυκλαδικής ομάδας παρέμβασης, η οποία θα προσφέρει δωρεάν ολοκληρωμένη και εξειδικευμένη διαχείριση της νόσου του Alzheimer και των συνεπειών της σε ασθενή και φροντιστή κατ' οίκον Συγκριμένα ο επιστημονικά υπεύθυνος του προγράμματος εποπτεύει το πρόγραμμα ενώ ο συντονιστής έχει την ευθύνη της αρχικής ενημέρωσης των οικογενειών προς ένταξη. Επίσης υπεύθυνος για την προσφορά των υπηρεσιών είναι ο διαχειριστής περίπτωσης (case manager), ο οποίος έχει τον συνεχή συντονισμό στην παροχή υπηρεσιών εξατομικευμένα στην κάθε οικογένεια βάσει των αναγκών της. Η ανάληψη κάθε οικογένειας από case manager βασίζεται σε ένα μοντέλο συνεχούς φροντίδας

στην κοινότητα που εφαρμόστηκε αρχικά στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1980. Η πολυκλαδική ομάδα του προγράμματος αποτελείται από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή, ψυχίατρο, από οικογενειακούς βοηθούς καθώς και εθελοντές (Μούγιας, 2016).

1.10 Μουσικοθεραπεία

Η λέξη μουσικοθεραπεία αποτελείται από τις λέξεις μουσική και θεραπεία. Η μουσικοθεραπεία είναι η συστηματική χρήση της μουσικής στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης που στόχο έχει την πρόληψη, αποκατάσταση, βελτίωση ή διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας. Πραγματοποιείται με εξειδικευμένη τεχνογνωσία του ειδικευμένου μουσικοθεραπευτή, οποίος θα σχεδιάσει και θα εργαστεί με συγκεκριμένους εξατομικευμένους στόχους. Η μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται είτε παίζοντας (ενεργητική) είτε ακούγοντας μουσική (δεκτική) και δεν απαιτείται από τον συμμετέχοντα να έχει μουσικές γνώσεις. Η μουσικοθεραπεία είναι η προγραμματισμένη χρήση μουσικής που επιδιώκει να συμβάλει στην θεραπεία παιδιών και ενηλίκων που αντιμετωπίζουν ειδικές ανάγκες λόγω κοινωνικών, συναισθηματικών σωματικών η διανοητικών προβλημάτων. Η ειδική εφαρμογή μουσικής στην υπηρεσία ατόμων με ανάγκες στην πνευματική και σωματική υγεία, στην αποκατάσταση ή την ειδική αγωγή (American Music Therapy Association, 2006).

Σύμφωνα με την Γερμανική ένωση μουσικοθεραπευτών είναι η σκόπιμη χρήση μουσικής ή μουσικών στοιχείων ώστε να επιτευχθούν θεραπευτικοί στόχοι αποκατάσταση, στήριξη παρέμβαση στην ψυχική και σωματική υγεία (Κορτασίδου,2004). Ακόμη μουσικοθεραπεία αναφέρεται ως η χρήση της μουσικής για την επίτευξη θεραπευτικών στόχων αποκατάστασης, βελτίωσης και συντήρησης την διανοητικής και σωματικής λειτουργίας (Σακαλάκ, 2004).

Η μουσικοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα που χρησιμοποιεί την μουσική και τις μουσικές δραστηριότητες για να αντιμετωπίσει στις σωματικές ψυχολογικές, γνωσιακές κοινωνικές ανάγκες ατόμων με ειδικές ανάγκες (Αμερικανικός σύλλογος μουσικοθεραπείας, 2015). Ένας άλλος ορισμός αναφέρει ότι η μουσικοθεραπεία είναι μία συστηματική διαδικασία κατά την οποία ο θεράπων

βοηθά των πελάτη να θέλει να γίνει υγιής, χρησιμοποιώντας την μουσική εμπειρία και την σχέση που αναπτύσσετε μεταξύ τους μέσω αυτής ως μια δυναμική δύναμη αλλαγών (Bruscia,1989).

Σύμφωνα με τον Ελληνικό σύλλογο μουσικοθεραπευτών (2004) είναι η χρήση της μουσικής για την επίτευξη θεραπευτικών στόχων αποκατάστασης, βελτίωσης και συντήρησης την διανοητικής και σωματικής λειτουργίας .Η μουσικοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα που χρησιμοποιεί την μουσική και τις μουσικές δραστηριότητες για να αντιμετωπίσει στις σωματικές ψυχολογικές, γνωσιακές κοινωνικές ανάγκες ατόμων με ειδικές ανάγκες (Αμερικανικός σύλλογος μουσικοθεραπείας,2015).

1.10.1 Τι είναι η μουσικοθεραπεία

Μουσικοθεραπεία είναι ένα καθιερωμένο επάγγελμα υγείας ασχολείται με τη θεραπευτική χρήση της μουσικής και των μουσικών στοιχείων (ήχος, ρυθμός, μελωδία, αρμονία, χροιά, ένταση). Ως επιστήμη μελετά τα μετρήσιμα αποτελέσματα της επίδρασης της μουσικής στην ανθρώπινη φυσιολογία. Πχ για την ρύθμιση του κυκλοφορικού, της αρτηριακής πίεσης, του αναπνευστικού, την μεγαλύτερη ανοχή στον σωματικό πόνο, την έκκριση των λεγόμενων ορμονών της ευτυχίας, την μείωση αγχολυτικών και αναισθητικών φαρμάκων, την μείωση του προεγχειρητικού άγχους, την πιο γρήγορη ανάρρωση κ.α. (Coomans,2016).

Οι συνεδρίες διεξάγονται από έναν καταρτισμένο μουσικοθεραπευτή και περιλαμβάνει την κλινική και επιστημονικά τεκμηριωμένη χρήση μουσικών παρεμβάσεων, για την επίτευξη θεραπευτικών στόχων που σχετίζονται με τον ψυχικό, σωματικό, συναισθηματικό, διανοητικό, κοινωνικό, γνωστικό τομέα και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μουσικοθεραπεία δεν έχει στόχο στο καλλιτεχνικό αποτέλεσμα, στη ψυχαγωγία ή στη μουσική εκπαίδευση. Ο θεραπευμένος αλληλεπιδρά με τον θεραπευτή ή με άλλα μέλη της ομάδας είτε ενεργητικά (παίζοντας μουσική είτε παθητικά (ακούγοντας μουσική). Οι θεραπείες έχουν αρχή, μέση και τέλος (Καρτασίδου,2004).

Η πρώτη μουσικοθεραπευτική σχέση του κάθε ανθρώπου (όχι φυσικά με την έννοια κλινικής προσέγγισης), είναι η επικοινωνιακή σχέση μητέρας – βρέφους. Στην κλινική μουσικοθεραπεία ο συμμετέχων καλείται να επιλέξει και να παίξει

μουσικά όργανα (δεν χρειάζεται να έχει γνώσεις μουσικής). Ο Μουσικοθεραπευτής είναι ειδικά εκπαιδευμένος στο να ακούει το «παιδί-μουσικό» (“music child”, P.Nordoff-C.Robbins) στον άνθρωπο και να συνθέτει την ανάλογη ηχητική εικόνα, στη μοναδικότητα της στιγμής. Ο άνθρωπος είναι σα «μουσικό όργανο» με τη μοναδική μουσική του ταυτότητα η οποία εναρμονίζεται ανάλογα με τις συνθήκες. Η αναπνοή, οι σφυγμοί της καρδιάς, η χροιά, η τοποθέτηση και ένταση της φωνής και των κινήσεων καθώς οι ήχοι των σκέψεων και συναισθημάτων συνθέτουν αυτή τη μουσική ταυτότητα του ανθρώπου προσφέροντας έτσι υλικό στον θεραπευτή για το μουσικό «θέμα» του κλινικού αυτοσχεδιασμού (American Music Therapy Association,2006).

Στον κλινικό αυτοσχεδιασμό ο μουσικοθεραπευτής απελευθερώνεται από τις νόρμες της μουσικής σκέψης και χρησιμοποιεί τα μουσικά στοιχεία έτσι ώστε να συνδεθεί και να επικοινωνήσει με το «είναι» του ανθρώπου και να διευκολύνει τη διαδικασία για αλλαγή. Δε γίνεται λοιπόν λόγος για προηχογραφημένη μουσική και γνωστά τραγούδια, όπου ο άνθρωπος μπορεί να «κουρντιστεί» ανάλογα με την μουσική που του προτείνεται και να οδηγηθεί σε πρόσκαιρες αλλαγές οι οποίες δεν απευθύνονται στο «είναι» του.

Όπως ο ψυχαναλυτής δεν χρησιμοποιεί τον οπλισμό των γνώσεών του αλλά περιμένει να αιφνιδιαστεί από τον αναλυόμενο όταν ο ίδιος θα μεταφέρει σε λόγο αυτό (το σύμπτωμα) που δεν μπορεί να ειπωθεί, έτσι και ο μουσικοθεραπευτής περιμένει από τον συμμετέχοντα να δώσει τον «οπλισμό» της κλίμακας και τον ρυθμό. Ενόσω ο συμμετέχων βιώνει αυτό που δεν μπορεί να ειπωθεί ενθαρρύνεται από τον μουσικοθεραπευτή να προχωρήσει σε δημιουργική έκφραση. Η μουσική λειτουργεί ως συμβολική προβολή ασυνείδητων πλευρών του είναι του ανθρώπου – και το «ασυνείδητο είναι δομημένο ως γλώσσα» (Lacan). Από τη γλώσσα της μουσικής ο συμμετέχων θα περάσει στη συνειδητοποίηση (Ridder,2013).

Η φωνή του ανθρώπου πχ, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική γνώση, καθορίζεται από τη σχέση με τη μητέρα και τον τρόπο με τον οποίο η σχέση αυτή συνδέεται με τη συνάντηση με την πραγματικότητα. Ανάλογα λοιπόν με το πώς γίνεται αποδεκτό το αίτημα του παιδιού από τη μητέρα στην πραγματικότητα, διαμορφώνεται και η φωνή του.

Η μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται σε πολλούς τομείς , κυριότερα κλινικά πεδία είναι:

- ❖ Ψυχικές νόσους όπως ψυχώσεις , κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές
- ❖ Συναισθηματικές αγχώδεις διαταραχές
- ❖ Αναπτυξιακές διαταραχές όπως αυτισμός, νοητική στέρση, διαταραχές λόγου
- ❖ Νευρολογία
- ❖ Καρδιολογία
- ❖ Παιδιατρική
- ❖ Γεροντολογική
- ❖ Προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά κατά την διάρκεια νοσηλείας
- ❖ Χρόνιες παθήσεις όπως καρκινοπαθείς , ασθενείς σε MTN
- ❖ Νεογνολογία
- ❖ Τελικό στάδιο ασθενείς
- ❖ Αποκατάσταση
- ❖ Χειρουργική-Αναισθησιολογία
- ❖ Εντατική θεραπεία
- ❖ Μαιευτική

❖ Ογκολογία

❖ Κλινικές πόνου

1.10.2 Πως εφαρμόζεται η μουσικοθεραπεία

Η θεραπεία με μουσική εφαρμόζεται με δύο μεθόδους είναι είτε διαδραστική μουσικοθεραπεία είτε δεκτική. Η πρώτη μέθοδος στηρίζεται στον αυτοσχεδιασμό με μουσική και η δεύτερη σε πρακτικές ακρόαση (Δρίτσας, 2003). Στόχος είναι οι συμμετέχοντες με τη χρήση μουσικών οργάνων και τη φωνή τους, δημιουργώντας μια «μουσική γλώσσα» που υποδεικνύει συναισθηματική και ψυχοσωματική τους κατάσταση. Με αυτό τον τρόπο ουσιαστικά μπορούν έρθουν σε επαφή με τον ψυχισμό τους κόσμο αλλά και με τους άλλους .

Η μουσικοθεραπεία βασίζεται στην αρχή ότι η ασθένεια είναι αίτια συναισθηματικής έντασης και αρνητικού τρόπου σκέψης .Η μουσική απομακρύνει αρνητικά συναισθήματα, προάγει την έκφρασή τους και προσφέρει οφέλη στην υγεία του ατόμου ασθενή ή μη (Καρτασίδου και Στάμου, 2006).

Ως μορφή ψυχοθεραπείας η μουσικοθεραπεία μπορεί να είναι συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, ουμανιστικής-υπαρξιστικής, transpersonal ή αναλυτικής (Τσίρης,2011). Ο μουσικοθεραπευτής είναι δηλαδή ψυχοθεραπευτής και έχει την ευθύνη να καθορίσει τον καλύτερο τρόπο για να βοηθήσει τον πελάτη του. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητο να κινείται σε πλούσια γκάμα διαφορετικών προσεγγίσεων, να είναι δηλαδή εκλεκτικός θεραπευτής. Η μουσικοψυχοθεραπεία σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μπορεί να λειτουργήσει ως:

- Βασική παρέμβαση με σεβασμό στην ιατρική αγωγή,
- Στηρικτική παρέμβαση στην ιατρική αγωγή,
- Ισότιμη παρέμβαση με την ιατρική αγωγή (Καρτασίδου και Στάμου,2006).

Σύμφωνα με κλινικές έρευνες της νευρολογίας , υπάρχει ένας ξεχωριστός μηχανισμός στον εγκέφαλος ,που αντιλαμβάνεται την μουσική διαφορετικά από τους άλλους ήχους. Επίσης Ο εγκέφαλος πραγματοποιεί ξεχωριστά την επεξεργασία των μουσικών στοιχείων. Οι άνθρωποι έχουν την έμφυτη ικανότητα να αντιδρούν στην μουσική και σε ήχους σε όλες τις ηλικίες από βρέφη έως

υπερήλικες (Sarkamo et al,2014). Σημαντικό είναι το γεγονός ότι ο άνθρωπος ακόμα και στην περίπτωση που υπάρχουν εγκεφαλικές βλάβες έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται την μουσική ενώ φαίνεται ότι η μουσική αποτελεί έναν τρόπο εκδήλωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Τσολάκη,2009).

Η μουσική έχει την δυνατότητα να επιδρά σε ολόκληρο το ανθρώπινο σύστημα, στην θεραπευτική διαδικασία εμπλέκονται κάποιοι μηχανισμοί συγκεκριμένα ο μηχανισμός που έχει σχέση με τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ανθρώπου και έχει σχέση με συναισθήματα, υποκίνηση, μνήμη. Ο μηχανισμός που δρα σε νοητικό και γνωστικό επίπεδο και αφορά σκέψεις, συνειρμούς και εικόνες . Επίσης στην μουσική διαδικασία περιλαμβάνεται ακόμα μηχανισμός που έχει να κάνει με την ιδιότητα του ρυθμού της μουσικής και συντονίζει τους εσωτερικούς ρυθμούς στο σώμα. Τα τελευταία χρόνια μελετάται ο ήχος (μουσική) ως αυτόματα ερεθίσματα στα περιφερικά και επιδερμικά νεύρα. Τέλος οι ψυχοσωματικοί παράγοντες που υπάρχουν από την ενασχόληση με την μουσική συμβάλλουν στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας (Tanaka & Nogawa, 2015).

Η μουσικοθεραπεία στοχεύει στην αποκατάσταση διατήρηση και ανάπτυξη της ψυχικής σωματικής και πνευματικής υγείας. Προσπαθεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον το οποίο βοηθά το άτομο να αποκαταστήσει ή να βελτιώσει κάποιες λειτουργίες ώστε να πετύχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Τσίρης,2011). Οι στόχοι ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να είναι η συναισθηματική έκφραση, επικοινωνία απουσίας λέξεων, βελτίωση των διανοητικών λειτουργιών ανάπτυξη κοινωνικών και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου. Η μουσικοθεραπεία δεν μπορεί να υποκαταστήσει την κλασική ιατρική την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων και τις μηχανικές παρεμβάσεις ο μουσικοθεραπευτής συνεργάζεται με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει αναλάβει την θεραπεία και φροντίδα του εκάστοτε ασθενή (Orelano,2009). Ουσιαστικά η μουσικοθεραπεία στοχεύει στην ενίσχυση του ασθενή κατά την διάρκεια μιας ασθένειας .Η μουσικοθεραπεία κατατάσσεται διεθνώς στις mind-body therapies. Ο άνθρωπος είναι μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα αποτελείται από το σωματικό (body) πνευματικό μέρος (mind) , όταν το άτομο υποφέρει σωματικά ο μουσικοθεραπευτής ενισχύει το πνευματικό (Δρίτσας,2012).

1.10.3 Μουσικοθεραπεία στις χρόνιες παθήσεις στην Τρίτη ηλικία

Οι ψυχοκοινωνικές και σωματικές ανάγκες των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, σε βραχεία ή μακρά νοσηλεία, οι οποίες συνδέονται με τη φύση της ασθένειας ή με τη νοσηλεία ή/και με άλλους ψυχογενείς παράγοντες αποτελούν κύριο στόχο της μουσικο-ψυχοθεραπείας. Ενδεικτικά αναφέρονται οι ακόλουθοι στόχοι για τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες: αντιμετώπιση κατάθλιψης, θυμού, άγχους, υπερδιέγερσης, «κακής» διάθεσης. Επίσης βελτίωση ικανότητας να αντεπεξέρχεται ο ασθενής στις εκάστοτε τλαιπωρίες, βελτίωση αυτοπεποίθησης και αυτοεικόνας, βελτίωση στην ικανότητα υπομονής, στην όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητη διαβίωση, στην επικοινωνία, στην αυτοέκφραση, στον έλεγχο των παρορμήσεων, στην όσο το δυνατόν πιο λειτουργική συνεργασία του με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, στο να έχει κίνητρο, ελπίδα και πίστη για ποιότητα ζωής και στο να διαχειρίζεται λειτουργικά τον συναισθηματικό του κόσμο (Carson 2012, Cevasco 2010). Σχετικά με τις σωματικές ανάγκες η μουσικό-ψυχοθεραπεία υπόσχεται μείωση του πόνου ή/και αντοχή στον πόνο. Ανακούφιση από αϋπνίες, βελτίωση σε λόγο, μνήμη, κινητικότητα, γνωστικές ικανότητες, διάσπαση προσοχής, ικανότητα αναπνοής, αύξηση όρεξης, ικανότητα για χαλάρωση και για ισορροπία, μείωση της αρτηριακής πίεσης και της μυϊκής έντασης, αύξηση του κυκλοφοριακού και του ανοσοποιητικού. Υπάρχει πλέον αρκετή βιβλιογραφία, όπου αποδεικνύεται η σύνδεση του συγκινησιακού με το ανοσοποιητικό, καθώς και το γεγονός ότι όσο ο ασθενής ανακαλύπτει ασφαλείς τρόπους να εξωτερικεύει και να μοιράζεται τον ψυχικό του πόνο τα σωματικά συμπτώματα βελτιώνονται σημαντικά (Δρίτσας, 2012).

1.10.4 Μουσικοθεραπεία στην άνοια

Η μουσική στα πρώιμα στάδια της άνοιας μπορεί να ενισχύσει την διάθεση των ατόμων αλλά και την εγκεφαλική λειτουργία (Sarkamo et al ,2014). Δεδομένης της αυξανόμενης συχνότητας και του βάρους της άνοιας για την κοινωνία, αλλά και των περιορισμένων πόρων για την φροντίδα των ασθενών, είναι σημαντικό να

βρούμε εναλλακτικούς τρόπους διατήρησης και διέγερσης της γνωστικής, συναισθηματικής και κοινωνικής κατάστασης των ατόμων αυτών.

Η θεραπευτική αγωγή με μουσικοθεραπεία είναι αποτελεσματική για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία παρουσιάζουν λειτουργικά ελλείμματα σε σωματική, ψυχολογική, γνωστική λειτουργία. ενήλικες (Ragio & Gianelli, 2009). Σύμφωνα με κλινικές έρευνες επιβεβαιώνεται τη βιωσιμότητα της μουσικοθεραπείας ακόμη και σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η μουσική είναι μια μορφή αισθητικής διέγερσης, η οποία προκαλεί απαντήσεις λόγω της εξοικείωσης, και τα συναισθήματα ασφάλειας που δημιουργεί (Tanaka & Nogawa, 2015).

Η τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην μουσικοθεραπεία είναι η τεχνική remotivation (επανά-υποκίνηση). Με την τεχνική αυτή διεγείρονται η σκέψη και ο διάλογος και παράλληλα βελτιώνεται η κοινωνικότητα. Ενδείκνυται για όσους δεν έχουν επαφή με το περιβάλλον αλλά έχουν ικανότητα λόγου. Σε αυτή την μέθοδο γίνεται χρήση υλικού από το παρελθόν του ασθενή ή την επικαιρότητα (Davis, 1999).

Μια μέθοδος μουσικοθεραπείας που χρησιμοποιείται είναι η Reality Orientation (προσανατολισμός στη πραγματικότητα). Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην επανάληψη στοιχείων που ηλικιωμένοι δεν έχουν την ικανότητα να θυμηθούν, ωστόσο δεν έχουν χάσει την οικειότητα με το περιβάλλον τους. Χρησιμοποιούνται ημερολόγια, ρολόγια ένας πίνακας προσανατολισμού που περιλαμβάνει χρονολογία, μηνά εβδομάδα συνθήκες καιρού, γιορτές. Η μέθοδος αυτή είναι αποτελεσματική σε συνδυασμό με την μουσική κυρίως σε αρχικά στάδια άνοιας (Clair, 1996)..

Ακόμη η τεχνική Reminiscence (ανάμνηση) είναι ένα πρόγραμμα μιας μουσικής ανασκόπησης των χρόνων ζωής. Οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να μοιραστούν την εμπειρία τους καλές ή τραυματικές και να δουν τον εαυτό τους με διαφορετικό τρόπο. Δίνει ικανοποίηση και νόημα στη ζωή με την χρήση της κατάλληλης μουσικής έρχονται στο νου τα αντίστοιχα γεγονότα που ανακαλέστηκαν χάρη σε αυτή (Bruscia, 1998).

Η τεχνική Sensory training (εκπαίδευση των αισθήσεων) χρησιμοποιεί ως εργαλείο τις αισθήσεις. Στη μέθοδο αυτή χρησιμοποιούνται οι αισθήσεις όραση ακοή γεύση κ.α. με στο να επαναφέρει εικόνες και μυρωδιές (Clair,1996). Χρήσιμη μέθοδος για άτομα που δεν θυμούνται τις υποχρεώσεις τους έχουν χάσει τις λεκτικές ικανότητες και την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον γι αυτό ο μουσικοθεραπευτής μπορεί να μην έχει επικοινωνία μαζί τους. Με την μέθοδο αυτή επιδιώκεται απόκτηση καλύτερου έλεγχου της κίνησης με μικρές δραστηριότητες με λίγες οδηγίες και σαφή λόγο. Οι ασθενείς που δουλεύουν με αυτή την τεχνική μπορούν να αναπτύξουν μουσικές δεξιότητες και να τις διατηρήσουν για το υπόλοιπο της ζωής τους. Έρευνες δείχνουν ότι η μουσικοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια (Kaldy,2013,Vink et all 2012, Raggio et all ,2012) και Alzheimer.Carson,2012 & Cevasco 2010).

1.10.5 Η μουσικοθεραπεία την Ελλάδα

Η μουσικοθεραπεία έχει τις ρίζες της στον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό. Τόσο οι Πυθαγόρειοι όσο και ο Αριστοτέλης αναγνώριζαν τις θετικές επιδράσεις που ασκεί η μουσική στον ψυχικό κόσμο αλλά και ο Όμηρος ακόμη μας πληροφορεί για τη χρήση της μουσικής στη ίαση τραυμάτων. Στον 20^ο αιώνα αναγνωρίστηκε και επιστημονικά ότι η μουσική μέσα από τις δημιουργικές, δομικές και συναισθηματικές της ιδιότητες μπορεί να αντιμετωπίσει σωρεία ψυχικών και νοητικών παθήσεων ενώ αποτελεί ένα χρηστικότατο εργαλείο για την κοινωνική ένταξη συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Σήμερα η μουσικοθεραπεία αποτελεί ξεχωριστό κλάδο της παιδαγωγικής και θεραπευτικής και στις περισσότερες προηγμένες χώρες προβλέπεται ειδική ακαδημαϊκή κατάρτιση των μουσικοθεραπευτών (Δρίτσας,2003).

Στην Ελλάδα η μουσικοθεραπεία αρχίζει να εξελίσσεται τα τελευταία χρόνια, χάρη στους ειδικευμένους μουσικοθεραπευτές οι οποίοι έχοντας ολοκληρώσει τις σπουδές τους στο εξωτερικό είτε στη Ευρώπη είτε στην ΗΠΑ επιστρέφουν για να ασχοληθούν με την ψυχικής και σωματικής αγωγής αλλά και την ειδικής παιδαγωγικής. Ως επάγγελμα η μουσικοθεραπεία στην Ελλάδα βέβαια δεν είναι

ακόμα πλήρως οργανωμένη και αντιμετωπίζει την πρόκληση της ορθής ενημέρωσης και εξοικείωσης του ευρέως κοινού, προκειμένου να διακριθεί η ποιότητα της προσφοράς των εξειδικευμένων μουσικοθεραπευτών καθώς δεν έχει την ίδια αναγνώριση που έχει στο εξωτερικό. (Παπανικολάου,2011). Μεμονωμένες προσπάθειες και εφαρμογές, υπάρχουν ήδη αλλά ως χώρα γενέτειρα αυτής της πρακτικής, θα πρέπει να την αναπτύξουμε συστηματικά, διαμορφώνοντας τις κατάλληλες συνθήκες και θεσμούς μέσα από τις οποίες θα μπορούν να παραχθούν ειδικά καταρτισμένοι μουσικοθεραπευτές, αναγνωρίζοντας θεσμικά την ειδίκευση και επαγγελματική κατοχύρωση του μουσικοθεραπευτή, υποστηρίζοντας την έρευνα για την θεραπευτική δράση της μουσικής και τέλος διευρύνοντας και ενισχύοντας τα πεδία εφαρμογών της μουσικοθεραπείας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες που μπορούν να επωφεληθούν από αυτήν (Δρίτσας,2012) .

Σήμερα οι περισσότεροι μουσικοθεραπευτές εργάζονται με παιδιά και ενήλικες στο τομέα της ειδικής αγωγής(60%) στο τομέα της ψυχικής υγείας (30-40%), ενώ οι μουσικοθεραπευτές που εργάζονται σε ιατρικά και νοσοκομειακά πλαίσια αγγίζουν μόλις το 10% (Παπανικολάου,2011).

1.11 Αποκατάσταση

Συμφώνα με τον ΠΟΥ (2011) αποκατάσταση είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο αναρρώνει από τραυματισμό ή ασθένεια ώστε να ανακτήσει την σωστή λειτουργία και αποκατάσταση των μελών του. Πρόκειται για μια εξατομικευμένη, δραστηριότητα με γνώμονα τον ασθενή που επικεντρώνεται στην αναπηρία και όχι ασθένεια με στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να βρει "ικανότητες" στην παρούσα προφανή αναπηρία. Απαιτεί συνεργασία ατόμων από διάφορες ειδικότητες, ώστε να αποκατασταθούν οι ικανότητές του ατόμου, σε φυσικό, ψυχικό, κοινωνικό, επαγγελματικό, εκπαιδευτικό και πολιτισμικό επίπεδο (Law,2008).

Η αποκατάσταση έχει ως βάση την διεπιστημονικότητα και κατ'επέκταση την διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης. Η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης είναι μια ομάδα θεραπείας που αποτελείται από γιατρούς, φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές ειδικούς θεραπευτές όπως λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές ψυχολόγους κοινωνικούς λειτουργούς. Ανάλογα με την ηλικία και την βαρύτητα της

νόσου του ατόμου η σύνθεση της ομάδας αποκατάστασης μπορεί να διαφέρει (Claref, 2017).

Η αποκατάσταση ενδείκνυται σε περιπτώσεις βλάβης σε οποιαδήποτε απώλεια ή ανωμαλία της ψυχολογικής, σωματικής ή ανατομική δομής ή λειτουργίας. Ακόμη σε ανικανότητα δηλαδή κάθε περιορισμό ή έλλειψη δυνατότητας να εκτελεσθεί μια δραστηριότητα με τον τρόπο ή εντός του εύρους που θεωρείται κανονικό για έναν άνθρωπο (Fuller & Manfur,2011). Σε καταστάσεις αναπηρίας όπου ένα μειονέκτημα για ένα δεδομένο άτομο που προκύπτει από την βλάβη ή την ανικανότητα που περιορίζει ή εμποδίζει την εκπλήρωση ενός ρόλου που είναι φυσιολογικός για το συγκεκριμένο άτομο. Επίσης σε λειτουργικό περιορισμό δηλαδή οποιοδήποτε απώλεια της ικανότητας να εκτελέσει τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των συνήθων ρόλων και να έχει μια φυσιολογική καθημερινή ζωή. Τέλος σε χρόνιες ασθένειες, σε περιπτώσεις με μη αναστρέψιμη παρουσία, συσσώρευση ή λανθάνουσα κατάσταση νοσηρών καταστάσεων ή βλάβες που περιλαμβάνει το συνολικό ανθρώπινο περιβάλλον(Vahakangas, Noro and Finne,2008).

Στόχοι στην αποκατάσταση είναι :

1.Ποιότητα Ζωής έναντι Ποσότητα της. Η αποκατάσταση εστιάζεται στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου, όχι μόνο τη διατήρηση της ίδιας της ζωής (Κραβορίτης,2011).

2.Φροντίδα έναντι Ύασης .Πολλές παθήσεις είναι μη αναστρέψιμες. Ως εκ τούτου, το επίκεντρο της φροντίδας σχετίζεται με την προσαρμογή και αποδοχή των αλλαγών στη ζωή και όχι στην επίλυση μιας ασθένειας.

Συγκεκριμένα ένα πρόγραμμα αποκατάστασης θα πρέπει να γίνονται οι ενέργειες ώστε να μεγιστοποιούν την ποιότητα ζωής του ατόμου και να αντιμετωπίζουν τις ειδικές ανάγκες του και να τον βοηθούν με την προσαρμογή του σε ένα αλλαγμένο τρόπο ζωής . Ακόμη οφείλει να κατευθύνει προς την προώθηση της ευεξίας και της ελαχιστοποίηση των επιπλοκών, αλλά και στην επίτευξη του υψηλότερου βαθμού

της λειτουργικότητας και της αυτάρκειας είναι δυνατόν .Βασικό είναι τέλος να βοηθήσει το άτομο να επιστρέψει στο σπίτι και την κοινότητα ((Vahakangas, Noro and Finne,2008).

1.11.1 Νοσηλευτής στην αποκατάσταση

Η νοσηλευτική αποκατάσταση αποτελεί σε ορισμένες χώρες ξεχωριστή ειδικότητα, λόγω των ιδιαίτερων γνώσεων που απαιτούνται για την εφαρμογή της. Η αποκατάσταση (rehabilitation) συχνά περιλαμβάνει και τον ορό της προσαρμογής (habilitation) των ατόμων που έχουν γεννηθεί ή απέκτησαν πολύ νωρίς στη ζωή τους μια αναπηρία και οι οποίοι πρέπει να αναζητήσουν τρόπους ώστε να ξεπεράσουν ή να βελτιώσουν, τις δυσχέρειες που τους προκαλεί η ασθένεια τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στους κοινωνικούς τους ρόλους και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία (Marit Mjorud et al, 2017).

Ο στόχος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση είναι να βοηθήσει τον κάθε ασθενή ξεχωριστά να ανακτήσει και να διατηρήσει στον μέγιστο την λειτουργικότητα του. Επίσης φροντίζει για την δημιουργία ενός κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, σχεδιάζουν εξατομικευμένα πλάνα θεραπείας και αντιμετωπίζουν τον ασθενή ολιστικά. Σημαντικό είναι ότι αναλαμβάνουν σταδιακή κοινωνικοποίηση τους, εκπαιδεύοντας τους ασθενείς να αναπτύξουν δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν στην βελτίωση της καθημερινότητας τους (Marit Mjorud et al,2017).

Οι νοσηλευτές πρέπει να αποσαφηνίζουν το ρόλο τους στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής ομάδας. Εναλλακτικά ο ρόλος μπορεί να είναι του συντονιστή, του εκπαιδευτή, του διαχειριστή περιπτώσεων, του συμβούλου, του ερευνητή, του σταθερός και αφορά στην πρόληψη της χρονιότητας της νόσου, μιας επιπρόσθετης αναπηρίας ή επιπλοκής, παρόλο που οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τους ασθενείς, το υποστηρικτικό τους πλαίσιο, με υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον Hoeman (2008) ο νοσηλευτής στην αποκατάσταση

συμβάλει στην προαγωγή της ελευθερίας που προσφέρει η αυτοφροντίδα, την ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων και τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον πάσχοντα.

Ο νοσηλευτής έχει πλήρη γνώση των ιατρικών ιστορικών των ασθενών, καθώς και των ιδιαιτεροτήτων της συμπεριφοράς και της φαρμακευτικής τους αγωγής, τα οποία επανεξετάζονται ανά τακτά διαστήματα. Με την αλληλεπίδραση με τον εξυπηρετούμενο εντοπίζει συμπτώματα που οδηγούν επιπλέον ιατρική διερεύνηση. Συνεργάζεται με το υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό και την οικογένεια, αξιολογεί τις ανάγκες τους και καταρτίζει προγράμματα προαγωγής υγείας και προώθησης της αυτόνομης διαβίωσης. Επιπρόσθετα σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, πραγματοποιούνται προγράμματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, πρόληψης νόσου ή ατυχημάτων, άλλα και προγράμματα ευαισθητοποίησης για θέματα αναπηρίας στην κοινότητα (Hoeman, 2008).

Τα γνωστικά αντικείμενα στα οποία εξειδικεύεται η εκπαίδευση του νοσηλευτή αποκατάστασης είναι: η αποκατάσταση, η γεροντολογία, η νευροπαθολογία, ο χειρισμός και η επικοινωνία με τον ασθενή, η δυσφαγία, η μετακίνηση ασθενών με προβλήματα του μυοσκελετικού συστήματος, η διαχείριση του πόνου, της ουροδόχου κύστης και του εντέρου, οι κατακλίσεις, οι αναπηρίες, η σεξουαλικότητα, η ειδική αγωγή και η αγωγή υγείας (Mauk, 2013). Την ίδια στιγμή εφαρμόζονται πρακτικές βασισμένες στην εμπειρία ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποκατάστασης (Pierce, 2007).

Σε αντίθεση με τις άλλες δομές τα αποτελέσματα της παρέμβασης γίνονται εμφανή με αργούς ρυθμούς και δεν εναλλάσσονται γρήγορα τα πρόσωπα που φροντίζει ο νοσηλευτής. Επίσης, εργάζεται με άτομα που πρέπει να αποδεχθούν ο τρόπος ζωής τους έχει ανατραπεί πλήρως και ορισμένες φορές χωρίς μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Η βοήθεια που δίνει ο νοσηλευτής στον ασθενή για να ανακτήσει μέρος των προηγούμενων δυνατοτήτων του ή στο άτομο με αναπηρία να κατακτήσει την αυτονομία του μπορεί να του προσφέρει επαγγελματική ικανοποίηση παρόλη την επαγγελματική εξουθένωση .

Στην Ελλάδα, υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται μέσα από δημόσιες και ιδιωτικές δομές. Τα δημόσια Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) αποτελούν συμφώνα με το ν. 4025/2011 (Α΄228) μετεξέλιξη των

Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) και των Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ). Μέχρι την ένταξη τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελούσαν αυτόνομα νομικά πρόσωπα δημόσιου δίκαιου του τομέα Κοινωνικής Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας.

Τα μεν ΚΕΚΥΚΑ- ΜΕΑ είχαν περισσότερο το χαρακτήρα δομών ανοιχτής φροντίδας ατόμων με αναπηρία, τα δε ΚΑΦΚΑ έδιναν έμφαση στη νοσηλεία χρόνια πασχόντων. Συνοψίζοντας τα κέντρα αποκατάστασης είναι χώροι που προωθούν την καινοτομία, οι νοσηλευτές που διαθέτουν μια ιδιαίτερη κλίση ή γνώση εκτός από τη νοσηλευτική, μπορούν να εξειδικευτούν σε εναλλακτικές θεραπείες, όπως η μουσικοθεραπεία ή η θεραπεία μέσω της τέχνης. Σε συνεργασία με ψυχολόγο ή και αυτόνομα μπορούν να οργανώσουν ατομικές ή ομαδικές θεραπείες που θα ανακουφίσουν τον ψυχισμό του ασθενή και θα τον οδηγήσουν μέσα από επιστημονικές τεχνικές, στην ενδυνάμωση, την ψυχική ανάταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Hoeman ,2008).

1.11.2 Αποκατάσταση στην άνοια

Η άνοια είναι μια νόσος που προοδευτικά εξελίσσεται. Σε παγκόσμιο επίπεδο από έρευνες συνεχώς προκύπτουν καινούρια δεδομένα ωστόσο δεν υπάρχει ακόμα θεραπεία της νόσου. Εντούτοις, τα φάρμακα και οι άλλες παρεμβάσεις, μπορεί να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου, να προσφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς και να ελαττώσουν το βάρος φροντίδας για την οικογένεια. Η αποκατάσταση στην άνοια αφορά κυρίως την γνωστική αποκατάσταση και πρέπει να εφαρμόζεται στα πρώιμα στάδια της νόσου (Clarel,2017). Στόχο έχει την εύρεση τρόπων ώστε οι ασθενείς να χρησιμοποιήσουν τις διατηρούμενες ικανότητές τους (άδηλη και διαδικαστική μνήμη και γνώση) και να τις εφαρμόσουν με στόχο να εξασκηθούν πάνω στις γνωστικές και λειτουργικές ελλείψεις τους. Η αποκατάσταση πρέπει να βασίζεται στην σαφή αξιολόγηση των γνωστικών και λειτουργικών δυνατοτήτων και ελλείψεων και τα αποτελέσματα της θεραπείας να προσφέρουν στους ασθενείς ποιότητα ζωής (Τσάνταλη,2005).

Η γνωστική αποκατάσταση πρέπει να θεωρείται σαν ένα πολύ σημαντικό κομμάτι μιας ολιστικής προσέγγισης για να βοηθήσει τους ασθενείς με άνοια, τις οικογένειές τους και τους περιθάλποντες(Τσάνταλη,2005). Η γνωστική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία κατά την οποία γιατροί, ψυχολόγοι , νοσηλευτές ,λογοθεραπευτές ,φυσιοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες εργάζονται διεπιστημονικά σε συνεργασία με τους ασθενείς το περιβάλλον τους (οικογένεια-φροντιστές) έτσι ώστε να τους διευκολύνουν να ζήσουν ή και να μειώσουν τις γνωστικές και λειτουργικές τους ελλείψεις, αλλά και να προάγουν την ποιότητα ζωής (Sohlberg,2004).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η γνωστική αποκατάσταση μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά την εξέλιξη της άνοιας και ειδικότερα την τύπου Alzheimer αλλά και να μειώσει το άγχος που προέρχεται στους ασθενείς στα πρώτα στάδια από τις αλλαγές στο επίπεδο λειτουργικότητάς τους. Τα κλινικά συμπτώματα της νόσου σχετίζονται τόσο με νοητική όσο και με συμπεριφορική επεξεργασία και περιλαμβάνουν μια σειρά γνωστικών ελλείψεων ειδικά στη μνήμη που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και τις εκτελεστικές λειτουργίες (Mesulam,2011). Οι αλλαγές που σημειώνονται κατά την εξέλιξη δεν περιορίζονται μόνο στη μνήμη όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τα συμπτώματα αφορούν τη διάθεση, την προσωπικότητα, ελλειμματική προσοχή και σημαντική επιβράδυνση της επεξεργασίας της πληροφορίας, το άτομο σταδιακά χάνει τη λεκτική του ευχέρεια και κατά συνέπεια την αυτονομία του. Οι συνεδρίες της γνωστικής αποκατάστασης πρέπει πάντα να έχουν χρονικό και χωρικό προσανατολισμό ώστε να βελτιωθεί η ανεξαρτησία του ασθενούς, ο προσανατολισμός επιτυγχάνεται με τη χρήση ημερολογίων και σημειωματάρων (Κούντη,2006).

Επίσης στη γνωστική αποκατάσταση απαραίτητα στοιχεία είναι η δομή, η εκπαίδευση πάνω στις ελλείψεις και τη διαταραχή, οι στρατηγικές και τεχνικές αντιμετώπισης των δυσκολιών της καθημερινότητας λόγω των γνωστικών αδυναμιών και μια απλή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τις μεταβολές της διάθεσης και της μείωσης του άγχους και λειτουργεί συμπληρωματικά με την φαρμακευτική θεραπεία (Τσάνταλη,2005).

Σημαντικό είναι ότι παρέμβαση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί αν δεν υπάρχει διάθεση για συνεργασία από την οικογένεια του ασθενούς. Επίσης δεν μπορεί να εφαρμοστεί στα τελευταία στάδια της νόσου και σε περιπτώσεις εγκεφαλικού επεισοδίου μέχρις ότου περάσει ένα χρονικό διάστημα που να διασφαλίζει ότι έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια φυσιολογικής ανάρρωσης. Οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται στην γνωστική αποκατάσταση είναι i) η τροποποίηση της διαδικασίας που χρησιμοποιούσε παλαιότερα ο ασθενής για την εκτέλεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων (Sohlberg, 2004). Ο μηχανισμός αυτός για να ενεργοποιηθεί χρειάζεται αυξημένο χρόνο, προσπάθεια και εκπαίδευση ώστε να διατηρήσουμε ή να υποκαταστήσουμε την ελλειμματική δραστηριότητα.ii) Η υποκατάσταση δεξιότητας. Σε αυτή την περίπτωση ενεργοποιούνται κάποιες άλλες δεξιότητες , που είναι άρτιες διδάσκοντας συμπεριφορικές τεχνικές., ώστε το άτομο να καλύπτει τα λειτουργικά κενά στην καθημερινή ζωή (Κούντη,2006).

Η ενεργοποίηση τέτοιων μηχανισμών στον εγκέφαλο περιλαμβάνει αναδιανομή των ενεργοποιήσεων στον εγκέφαλο ή δημιουργία εναλλακτικών οδών ή χρήση διαφορετικών περιοχών του εγκεφάλου. Σε περιπτώσεις ελαφριάς μορφής άνοιας ενδείκνυται τέτοιου είδους ενεργοποίηση προς αποκατάσταση(Fernandez,2004). iii) Η αναπροσαρμογή. Ο μηχανισμός αυτός περιλαμβάνει την αναθεώρηση κριτηρίων και προτεραιοτήτων και την επιλογή νέων στόχων για τον ασθενή iv) Η προσαρμογή περιβάλλοντος Στην περίπτωση αυτή επιδιώκεται η προσαρμογή των προσδοκιών που έχουν οι άλλοι στις πραγματικές δυνατότητες του ασθενούς και την δημιουργία ενός περιβάλλοντος φιλικού και βοηθητικού για αυτόν. Οι μηχανισμοί όλοι αυτοί χρησιμεύουν για να μειωθεί το χάσμα μεταξύ επιπέδου δεξιότητας του ασθενούς και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος (Mesulam, 2011).

Σημαντικό στοιχείο των ελλείψεων είναι η ευσυνειδησία των ελλείψεων από τον ασθενή ενεργοποιεί αντισταθμιστικούς μηχανισμούς όπως ανάληψη πρωτοβουλίας αυτό παρατήρηση ενώ η απουσία ευσυνειδησίας δε βοηθά στην δημιουργία κινήτρων ώστε να καταβάλει ο ασθενής την προσπάθεια που

χρειάζεται ωστόσο πριν αποφασισθεί μια παρέμβαση πρέπει να υπολογιστούν οι συνέπειες της παρέμβασης (Claref, 2017). Το αποτέλεσμα της παρέμβασης που επιδιώκεται είναι να αποφευχθούν i) τα αρχικά οφέλη αλλά τελικά μακροπρόθεσμες απώλειες, ii) απώλειες στο γενικό δυναμικό απόθεμα για ανάκαμψη iii) οφέλη για τον πάσχοντα αλλά απώλειες για τους άλλους και το περιβάλλον του (Fernandez, 2004).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Έρευνα είναι η συστηματική διαδικασία κατά την οποία επιτυγχάνεται η απαιτούμενη συλλογή δεδομένων και η ακριβής ανάλυση πληροφοριών έτσι ώστε να αυξηθεί ο βαθμός κατανόησης ενός ή περισσότερων θεμάτων ή φαινομένων. Ο ερευνητής μέσω της διαδικασίας της έρευνας έχει την δυνατότητα να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση ενός φαινομένου και να μεταδώσει αυτή την νέα γνώση στους άλλους (Δαρβίρη,2009).

Σύμφωνα με τον Bowling (2014) η έρευνα στον τομέα της υγείας και των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει από περιγραφικές μελέτες της εμπειρίας της ασθένειας (έρευνα στην υγεία ή έρευνα της υγείας) έως αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας ως προς την καταλληλότητα, την αποτελεσματικότητα και τα κόστη τους (έρευνα υπηρεσιών υγείας).

Σύμφωνα με τους Bowling (2014) και Μανώλη, Γεωργαντή & Μεταξά (2015) σκοπός της διεξαγωγής μία έρευνας είναι:

- Η επισκόπηση της υπάρχουσας γνώσης
- Η περιγραφή ενός φαινομένου και η βαθύτερη κατανόηση αυτού
- Η καινοτομία και η δημιουργία νέας γνώσης με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού
- Η ερμηνεία η οποία στηρίζεται στην δυνατότητα της γενίκευσης και στην διατύπωση επιστημονικών νόμων

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση η ανάπτυξη μη φαρμακευτικών θεραπειών όπως η μουσικοθεραπεία έχει ως αποτέλεσμα στην διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών και μειώνει το κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Παρόμοιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας στην άνοια και προτίμηση στη παραδοσιακή μουσική της χώρας τους καθώς αυτή φαίνεται να προκαλεί ευχάριστες αναμνήσεις (Tanaka και Nogawa,2015). Οι ερευνητικές υποθέσεις που διαμορφώθηκαν ήταν οι ακόλουθες:

- Η παραδοσιακή μουσική αρέσει περισσότερο στους ασθενείς με άνοια από ότι τα άλλα δυο είδη μουσικής (κλασσική και λαϊκή μουσική).
- Η παραδοσιακή μουσική κάνει τους ασθενείς με άνοια πιο χαρούμενους σε σχέση με την λαϊκή και κλασσική μουσική.
- Η λαϊκή και παραδοσιακή μουσική προκαλούν ανάκληση μνήμης σε ασθενείς με άνοια.

2.2 Σχεδιασμός

Στη παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, ώστε να ληφθούν τα δεδομένα για την σύνταξη και καταγραφή της ερευνητικής εργασίας. Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας αγγλικής και ελληνικής πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων, pubmed, medlook, iatrotek, Εθνικό κέντρο τεκμηρίωσης από το 2005 έως και σήμερα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: dementia, Alzheimer, music therapy, rehabilitation σε όλους του δυνατούς συνδυασμούς. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης ήταν κυρίως άρθρα ανασκοπικά και ερευνητικά που αφορούν τα οφέλη της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια.

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, τέθηκαν οι περιορισμοί όπως συγκεκριμένα χρονικά όρια από το 2005 έως και 2017 αλλά και η πλειοψηφία αυτών να είναι δημοσιευμένες σε έγκυρες διαδικτυακές πλατφόρμες. Σε κάθε άρθρο μελετήθηκαν και οι βιβλιογραφικές παραπομπές για τον εντοπισμό επιμέρους δεδομένων.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων ελληνικών επιστημονικών περιοδικών iatrotek, Εθνικό κέντρο τεκμηρίωσης δεν έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα. Αντίθετα στο εξωτερικό βρέθηκαν παρόμοιες μελέτες για την μουσικοθεραπεία, οι οποίες έδειξαν ότι η μουσική είχε θετικά αποτελέσματα και ήταν επικουρική στην άνοια.

Συνολικά βρεθήκαν 22 άρθρα σχετικά με το θέμα εκ των οποίων τα 12 ήταν ανασκοπικά ενώ τα ερευνητικά άρθρα που είχαμε πρόσβαση ήταν τέσσερα. Συγκεκριμένα οι μελέτες των Ho et al 2011, Ridder et al 2013 και στην Ασία όπου πραγματοποιήθηκαν 2 μελέτες με την μέθοδο του πειραματικού σχεδιασμού. Η

πρώτη των (Sakamoto, Ando, Tsutou, 2013) έγινε σε 39 ασθενείς με τελικού σταδίου άνοια τύπου Alzheimer με τυχαία δειγματοληψία, υπήρχαν 2 ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου). Οι συμμετέχοντες άκουσαν εξατομικευμένα μουσική, ωστόσο οι μετρήσεις έγιναν με τις κλίμακες συμπεριφοράς (Faces, BEHAVE-AD) για να αξιολογηθεί η συναισθηματική απόκριση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μειώνεται το άγχος και βελτιώνεται η διάθεση στους ασθενείς αυτούς. Η πιο πρόσφατη μελέτη ήταν των Tanaka & Nogawa (2015) που πραγματοποιήθηκε στη Ιαπωνία συμμετείχαν 79 ασθενείς με άνοια (δεν συμμετείχαν ασθενείς με βαριά μορφή της νόσου). Όσο αφορά την μεθοδολογία ήταν με τυχαία δειγματοληψία, υπήρχαν 2 ομάδες (έλεγχου και παρέμβασης). Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο και μια νέα μέθοδος μέτρησης με φασματοσκοπία (NRIS). Οι ασθενείς άκουσαν δυο είδη μουσικής κλασική και παραδοσιακή (ιαπωνική). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μουσικοθεραπεία είναι αποτελεσματική και οι ασθενείς με άνοια προτιμούν την ιαπωνική μουσική (παραδοσιακή). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο στην δειγματοληψία της παραπάνω μελέτης, χρησιμοποιήθηκε έπειτα από μετάφραση και στην έρευνα μας. Επίσης συμμετείχε εξειδικευμένος καθηγητή μουσικολογίας – αρμονίας, με σπουδές στην κλασική μουσική και πολυετή εμπειρία στην διδασκαλία αρμονίας σε ωδεία και μουσικά σχολεία. Επίσης έχει επιμεληθεί πολλές συναυλίες κλασικής μουσικής και έχει στο ενεργητικό του συγγραφή βιβλίων στην αρμονία του κλασσικού μουσικού συστήματος. Ζητήθηκε η συμβολή στη στην επιλογή των τραγουδιών και η κατασκευή ειδικού πίνακα (Παράρτημα V) όπου περιλαμβάνει αναλυτικά τη σύνθεση των ειδών μουσικής που χρησιμοποιήθηκαν, συγκεκριμένα περιγράφονται μουσικό μετρό, μελωδία αρμονία, τρόποι, οργανική συνοδεία.

2.3 Μέθοδος

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε πειραματικός σχεδιασμός με στόχο να διερευνηθεί αν μουσική έχει θετική ή αρνητική επίδραση και πιο είδος μουσικής ανάμεσα σε κλασική, λαϊκή, παραδοσιακή προτιμάται από ασθενείς με άνοια.

Ο πειραματικός σχεδιασμός μεταξύ ομάδων, είναι η πιο βασική μορφή πειραματικού σχεδιασμού, η οποία περιλαμβάνει, την πειραματικής ομάδας και την ομάδα ελέγχου. Ο πειραματικός σχεδιασμός που χρησιμοποιήθηκε στην

παρούσα έρευνα ήταν μεταξύ ομάδων δηλαδή ερευνητικοί σχεδιασμοί με μία μεταμέτρηση.

Σε αυτόν τον τύπο ερευνητικού σχεδιασμού, αρχικά τα μέλη του δείγματος κατανέμονται τυχαία σε δύο ομάδες (πειραματική και ελέγχου). Στη συνέχεια, η πειραματική ομάδα υποβάλλεται στην πειραματική παρέμβαση (η διαδικασία περιγράφεται παρακάτω) στην ανεξάρτητη μεταβλητή, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν υποβάλλεται σε κανέναν χειρισμό. Όταν ολοκληρωθεί η διαδικασία αυτή, γίνονται οι μετρήσεις της εξαρτημένης μεταβλητής για τις δύο ομάδες (Βλαχόπουλος και Κουτσογιάννης, 2012). Διεξάγονται στατιστικές αναλύσεις για την σύγκριση των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής για τις δύο ομάδες, και αν οι διαφορές αυτές βρεθούν στατιστικά σημαντικές, συμπεραίνουμε ότι οι διαφορές αυτές οφείλονται στον πειραματικό χειρισμό των τιμών της ανεξάρτητης μεταβλητής (Φίλιας, 2000).

Στη παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν ως δείγμα 2 ομάδες ατόμων με άνοια, μια ομάδα ήταν ελέγχου και η άλλη παρέμβασης (χωρίστηκε σε τρεις υποομάδες, οι συμμετέχοντες στην μια υποομάδα άκουσαν ένα τραγούδι χαρακτηριστικό από κλασική μουσική και αντίστοιχα από παραδοσιακή και λαϊκή μουσική). Τα είδη μουσικής επιλέχθηκαν βάση της έρευνας των Tanaka & Nogawa,(2015) που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία στην οποία χρησιμοποιήθηκε η κλασική και η παραδοσιακή μουσική της χώρας.

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος, το εργαλείο συλλογής δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009) το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα από τα κυριότερα εργαλεία και όργανα μέτρησης στα πλαίσια της συλλογής δεδομένων και η δομή αλλά και το περιεχόμενο του είναι ιδιαίτερα σημαντικά καθώς βάση αυτών θα μπορέσει ο ερευνητής να αντλήσει τα δεδομένα, τις πληροφορίες που επιθυμεί δηλαδή, από το δείγμα του.

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα έντυπο στο οποίο περιλαμβάνονται σειρά επιλεγμένων ερωτήσεων βασιζόμενες στους δεδομένους ερευνητικούς σκοπούς και με τις οποίες καταγράφεται η απάντηση ή αντίδραση του ατόμου σε αυτές

γραππώς (Claude,2000).Ο τρόπος συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου αποτελεί και τον πρώτο τρόπο διάκρισης. Ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί είτε από τον ίδιο των ερωτώμενο είτε από τον ίδιο τον συνεντευκτή (Κυριαζή 2002). Τα στάδια στην δημιουργία ενός ερωτηματολογίου εφόσον έχουν καθοριστεί οι ερευνητικοί σκοποί και το δείγμα της έρευνας σύμφωνα με τον Claude (2000) περιλαμβάνουν:

1.Καθορισμό του περιεχομένου των θεμάτων του ερωτηματολογίου. Ο ερευνητής θα πρέπει να αποφασίσει ποια θέματα θα διερευνηθούν και ποια είναι τα ερευνητικά ζητήματα.

2.Καθορισμό της διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου Ο ερευνητής καλείται να αποφασίσει για θέματα που αφορούν τον τύπο των ερωτήσεων (ανοιχτές , κλειστές , συνδυασμός), την γλώσσα του ερωτηματολογίου(απλοί, σύνθετοι όροι) ,τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (απευθείας συνέντευξη, τηλεφωνικά, ταχυδρομικά) και τον τρόπο επεξεργασίας του ερωτηματολογίου.

3. Θέματα οικονομίας του ερωτηματολογίου (σειρά ερωτήσεων-τρόποι παρουσίασης του ερωτηματολογίου

4.Δομή του ερωτηματολογίου (ιδανικό για τη πιλοτική εφαρμογή)

5. Τελική μορφή ερωτηματολογίου (τύπος,περιεχόμενο, σύνταξη, δομή τρόπος συμπλήρωσης)

6.Κωδικοποίηση ερωτηματολογίου (ανάλυση)

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός καλού ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τους Bell (2001), Creswell & Bowling (2002) είναι:

- Ευανάγνωστη μορφή που αποτρέπονται τα δυσνόητα νοήματα
- Διατυπωμένες ερωτήσεις σε γλώσσα απλή, σαφή, κατανοητή
- Αποφυγή διατύπωσης ερωτήσεων που μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματικές αντιδράσεις όπως προσβλητικές ερωτήσεις ή ερωτήσεις κατευθυνόμενες που οδηγούν τον ερωτώμενο στην επιλογή της επιθυμητής απάντησης από τον ερευνητή.
- Να θέτει ερωτήματα με σύντομο και εύληπτο τρόπο, το μέγεθος να μην είναι ιδιαίτερα κουραστικό

- Να είναι κατάλληλα και ανάλογα προσαρμοσμένο στο πληθυσμό- στόχο της μελέτης και τις ικανότητες τους (παιδιά , ηλικιωμένοι μορφωτικό επίπεδο)
- Αλληλουχία στην σειρά ερωτήσεων να διέπτετε από λογική
- Να παρέχονται όλες οι απαραίτητες οδηγίες για την συμπλήρωση διατυπωμένες με σαφήνεια
- Να προηγούνται οι ευκολότερες και άμεσου τύπου ερωτήσεις ακολουθημένες από τις πολυπλοκότερες
- Να είναι καλαίσθητα γραμμένο και τυπωμένο
- Για την κωδικοποίηση των ερωτήσεων προτιμάται να υπάρχει ειδικός χώρος στο δεξί μέρος της σελίδας
- Να επιτρέπει την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων
- Να έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του
- Να έχει αξιολογηθεί μέσω πιλοτικής εφαρμογής

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης ερωτηματολογίου είναι:

- Είναι χαμηλού κόστους και χρειάζονται λιγότερο χρόνο και ενέργεια στην διαχείριση τους.
- Δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας , που μπορεί να είναι καθοριστική στην λήψη πληροφοριών για κανονικά μη αποδεκτές συμπεριφορές.
- Στις απαντήσεις δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανakλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή.
- Ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και να αναλυθεί εύκολα (Cormack, 2000).

Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια-ένα ερωτηματολόγιο ελέγχου και ένα ερωτηματολόγιο παρέμβασης. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν ερωτήσεις από την έρευνα των Tanaka & Nogawa (2015) που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία με θέμα την αξιολόγηση των επιπτώσεων μουσικοθεραπείας με τραγούδια εθνικής μουσικής σε ασθενείς με άνοια.

Τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν δυο μέρη. Συγκεκριμένα στην πρώτη σελίδα υπήρχε ενημερωτικό φύλλο με πληροφορίες σχετικά με την κατασκευή του ερωτηματολογίου και οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί, (για παράδειγμα μια μόνο επιλογή σε κάθε ερώτηση). Επίσης στην σελίδα αυτή διευκρινίστηκε στους ερωτηθέντες πως για οποιαδήποτε πληροφορία ή απορία ερωτήσεων μπορούσαν να ζητήσουν επεξηγήσεις. Το ενημερωτικό φύλλο ακόμη περιείχε στοιχεία εμπιστευτικότητας δηλαδή οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν απόρρητες και η συμμετοχή εθελοντική και μπορούσαν να σταματήσουν την διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή. Το ερωτηματολόγιο παρέμβασης επιπλέον περιελάμβανε τα τρία είδη μουσικής που χρησιμοποιήθηκαν στην ακουστική διαδικασία.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την μουσική. Στο ερωτηματολόγιο ελέγχου οι ερωτήσεις ήταν τέσσερις. Ερωτήθηκαν αν τους αρέσει η μουσική και πιο είδος μουσικής ενώ σε όσους δεν άρεσε ρωτήθηκαν για την συναισθηματική τους κατάσταση. Επιπροσθέτως υπήρχε ερώτηση για τις αναμνήσεις από την νεαρή ηλικία. (παράρτημα I). Στο ερωτηματολόγιο παρέμβασης οι ερωτήσεις ήταν έξι και απαντήθηκαν έπειτα από την ακρόαση μουσικής (κλασσική, παραδοσιακή, λαϊκή) Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις αφορούσαν το τραγούδι που άκουσαν δηλαδή 1) αν το γνωρίζουν, 2) αν τους αρέσει, 3) πως είναι η μελωδία του, 4) αν προκαλεί κάποιο συναίσθημα η ακρόαση του, υπήρχε ερώτηση σχετικά με τις αναμνήσεις που μπορεί να δημιουργεί και τέλος ερωτήθηκαν αν τους αρέσει η μουσική. (παράρτημα II). Η διαχωρισμός της ομάδας παρέμβασης σε υποομάδες έγινε κατά αλφαβητική σειρά σε συνεργασία με το προσωπικό των ιδρυμάτων.

Τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν ερωτήσεις δημογραφικού τύπου. Τέλος υπήρχε και ερώτηση σχετικά με την διάγνωση του τύπου άνοιας (ερώτηση απαντήθηκε σε συνεργασία με το προσωπικό).

Οι ερωτήσεις στα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κλειστού τύπου, ο ερωτώμενος απαντούσε επιλέγοντας από μία σειρά προκαθορισμένων απαντήσεων. Να σημειωθεί ότι τα ερωτηματολόγια διαβάστηκαν στους συμμετέχοντες και συμπληρώθηκαν από τον συνεντευκτή λόγω παθολογικών προβλημάτων (προβλήματα όρασης, πάρκινσον) και ικανοτήτων (μορφωτικό επίπεδο- αναλφάβητοι) του πληθυσμού στόχου (ηλικιωμένοι).

Σύμφωνα με τον Χαλικιά και Λάλου (2015) τα πλεονεκτήματα των ερωτήσεων κλειστού τύπου είναι:

- Εύκολη και γρήγορη απάντηση
- Δυνατότητα εύκολης σύγκρισης μεταξύ διαφορετικών απαντήσεων των ερωτώμενων
- Κωδικοποίηση εύκολη και γρήγορη
- Εύληπτο περιεχόμενο ερώτησης στις προκαθορισμένες απαντήσεις
- Οι συμμετέχοντες απαντούν πιο εύκολα σε ευαίσθητα ζητήματα

Τα μειονεκτήματα που εμφανίζουν είναι:

- Δυνατότητα επηρεασμού του ερωτώμενου απαντώντας με κάποια επιλογή που μπορεί να μην είχε σκεφτεί διαφορετικά
- Δυσaréσκεια στους ερωτώμενους σε περίπτωση που η απάντηση που τους εκφράζει δεν υπάρχει στις διαθέσιμες επιλογές
- Πιθανότητα να περάσει απαρατήρητη η όποια παρεξήγηση του πραγματικού περιεχομένου της ερώτησης
- Απλές απαντήσεις δίνονται αναγκαστικά ακόμα και σε πολύπλοκα ζητήματα (Δαρβίρη,2009)

Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν κυρίως διχοτομικές ερωτήσεις («γνωρίζω», «δεν γνωρίζω», «ναι», «όχι») και ερωτήσεις πολλαπλών απαντήσεων (κλασσική, παραδοσιακή λαϊκή) (Δαρβίρη,2009).

Σημαντικό ήταν να ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα με τον όρο αξιοπιστία(reliability) εννοούμε το βαθμό κατά τον οποίο το χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης παρουσιάζει κατά την διεξαγωγή επανειλημμένων μετρήσεων τα ίδια πάντα αποτελέσματα (Creswell 2002, Neuman 2005). Το αριθμητικό αποτέλεσμα δηλαδή που προκύπτει από ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, δεν θα εμφανίσει ποικιλία λόγω των ιδιοτήτων του οργάνου μέτρησης ή της διαδικασίας μέτρησης καθεαυτής. Η συνέπεια και η ακρίβεια των τιμών που λαμβάνονται από αυτό αναφέρεται ως αξιοπιστία του οργάνου. Ένας άλλος ορισμός την αναφέρει ως τον λόγο της μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού ως προς την μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού (Polit & Hungler, 2007).

Το κύριο κριτήριο της ποιότητας του είναι η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης που δίνει ποσοτικά δεδομένα. Κατά την συλλογή δεδομένων τα τρία χαρακτηριστικά αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης που είναι σημαντικά για τους ερευνητές είναι: η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή, και η ισοδυναμία (Παναγιωτάκος, 2011).

Επίσης το δεύτερο σημαντικό κριτήριο, με το οποίο αξιολογείται η ποιότητα του οργάνου μέτρησης είναι η εγκυρότητα. Σύμφωνα με τους Δημητρόπουλος (2001), Κατσίλλη (2002) και Φίλια (2004) εγκυρότητα είναι η ικανότητα ενός οργάνου, να μετρά ότι προτίθεται να μετρήσει και να συλλέγει δεδομένα σχετικά με την μεταβλητή που μετράται.

Η εγκυρότητα ουσιαστικά αναφέρεται στο ότι το άτομο πραγματικά μετρά ότι προτίθεται να μετρήσει. Οι τρεις τύποι εγκυρότητας που μετρούνται σήμερα είναι : εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion –related validity και δομική εγκυρότητα (construct validity) (Σαχίνη-Καρδάση, 2007). Το περιεχόμενο καθώς και η δομή του ερωτηματολογίου ήταν έγκυρο διότι έχει ξαναχρησιμοποιηθεί στην Ιαπωνία που είχε δείξει αξιοπιστία. Η έρευνα της Ιαπωνίας έδειξε αξιοπιστία καθώς έγιναν δυο μετρήσεις με ερωτηματολόγια και με τη μέθοδο της φασματοσκοπίας NRIS (εγγύς υπερύθρου). Η μέθοδος εφαρμόζεται σε θετικές και ιατρικές επιστήμες, οι μετρήσεις γίνονται σε συχνότητες (Κοντογιάννης, 2015). Τα αποτελέσματα έδειξαν αξιοπιστία εφόσον παρατηρήθηκαν υψηλές συχνότητες κατά τις μετρήσεις ($f > 0,146$ Hz). Επίσης πραγματοποιήθηκε μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά με το σύστημα double blind δηλαδή μεταφράστηκε από δυο άτομα ξεχωριστά, έναν καθηγητή αγγλικών και τον εισηγητή καθηγητή έτσι ώστε η τελική μετάφραση να είναι όμοια με το πρωτότυπο στην έρευνα. Όσο αφορά τα είδη μουσικής συμμετείχε καθηγητής μουσικής αρμονίας όποιος ανέλαβε τη ανάλυση των μουσικών ειδών (Παράρτημα V) και πρότεινε τα κατάλληλα τραγούδια για την πειραματική παρέμβαση. Τέλος ο εισηγητής καθηγητής ενέκρινε την διαδικασία.

2.5 Δείγμα

Σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) σημαντικό βήμα σε μια έρευνα αποτελεί η δειγματοληψία καθώς αν το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό θα μπορούν να γενικευθούν σε όλο το πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι άλλες. Οι παράγοντες που καθορίζουν ως αντιπροσωπευτικό το δείγμα είναι το μέγεθος του και ο τρόπος επιλογής του (Βλαχόπουλος και Κουτσογιάννης, 2012).

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας είναι η συλλογή όσο το δυνατό μεγαλύτερου δείγματος, κατά τη διάρκειά της συγκεντρώνονται όλες οι παρατηρήσεις στις οποίες ο ερευνητής έχει εύκολη πρόσβαση. Γενικότερα προτιμώνται τα μεγαλύτερα δείγματα όσο είναι εφικτό καθώς επιτυγχάνεται μεγαλύτερη αξιοπιστία, υπάρχουν λιγότερα δειγματολόγια λάθη και τα συμπεράσματα είναι αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού (Sirkin, 1995). Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από ηλικιωμένους που έπασχαν από άνοια από ελαφριάς έως μέτριας μορφής που ζουν σε μονάδες φροντίδας για ηλικιωμένους σε νομούς της Αχαΐας και Λακωνίας. Το συνολικό δείγμα ήταν (n= 75) άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα ενώ το κριτήριο επιλογής ήταν άτομα με αρχόμενη άνοια ή ελαφριάς μορφής ώστε να είναι σε θέση να αντιληφθούν την διαδικασία. Οι αδυναμίες που υπήρξαν κατά την δειγματοληψία ήταν κυρίως η επιλογή του δείγματος οι συμμετέχοντες όπως αναφέρθηκε έπρεπε να έχουν αρχόμενη άνοια ελαφρά μορφής και να γνωρίζουμε τη διάγνωση. Σε αυτό βοήθησε το προσωπικό των ιδρυμάτων που γνώριζε το ιστορικό των ηλικιωμένων ώστε να γίνει η επιλογή του πληθυσμού με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

2.6 Διαδικασία

Αρχικά στάλθηκαν γράμματα στους Διευθυντές των ιδρυμάτων (Παράρτημα III) Στο γράμμα αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας δηλαδή η διερεύνηση της επίδρασης της μουσικής θεραπείας σε ασθενείς με άνοια. Παράλληλα ζητήθηκε

άδεια να προσεγγίσουμε τους τροφίμους των ιδρυμάτων που πάσχουν από άνοια (ελαφριάς έως μέτριας μορφής) Το γράμμα συνόδευε και το ερευνητικό πρωτόκολλο (Παράρτημα IV).

Αφού δόθηκε άδεια στην συνέχεια σε συνεργασία με το προσωπικό των ιδρυμάτων επιλέχθηκε η μέρα και ώρα προσέγγισης των τροφίμων, δηλαδή ώρες επισκεπτηρίου (όχι ώρα φαγητού, ανάπαυσης), ώστε όσοι ήθελαν να συμμετάσχουν και να είναι διαθέσιμοι. Έπειτα εξηγήθηκε η διαδικασία και ρωτήθηκαν ποιοι ήθελαν να συμμετάσχουν. Όσοι αποφάσισαν να συμμετέχουν καταχωρήθηκαν σε κατάλογο με αλφαβητική σειρά και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: μια ομάδα ελέγχου (απάντησαν σε ερωτήσεις χωρίς να ακούσουν μουσική) και μια ομάδα παρέμβασης (η ομάδα παρέμβασης χωρίστηκε σε τρεις υπο-ομάδες η μια άκουσε τραγούδι από κλασσική μουσική, η άλλη από λαϊκή και η τρίτη από παραδοσιακή μουσική και στην συνέχεια απάντησαν στις ερωτήσεις. Επιλέχθηκε ένας ήσυχος χώρος (τραπεζαρία) για ησυχία και καλύτερη ακουστική.

Στη πρώτη φάση δόθηκε το ερωτηματολόγιο ομάδα έλεγχου. Οι ερωτήσεις έγιναν από τον συνεντευκτή η διαδικασία διήρκησε περίπου 3 λεπτά. Στη δεύτερη φάση οι 3 υπο-ομάδες ξεχωριστά άκουσαν το τραγούδι από το είδος μουσικής στο οποίο άνηκε η κάθε ομάδα (κλασσική μουσική, παραδοσιακή δημοτική και λαϊκή μουσική αντίστοιχα). Η διάρκεια του κάθε τραγουδιού ήταν 3-4 λεπτά. Χρειάστηκε να το ακούσουν δυο φορές ανά ομάδα ώστε να μπορέσουν να απαντήσουν στις ερωτήσεις (λόγω της άνοιας). Η συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου διήρκησε 4-5 λεπτά. Στη διαδικασία αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα μικρό στερεοφωνικό με usb (περιείχε τα 3 τραγούδια) ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή ακουστική. Η επιλογή των τραγουδιών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού (ηλικία, βιώματα), αλλά και στις ανάγκες της έρευνας. Ερωτήσεις δεν προέκυψαν από τις ομάδες.

2.7 Ανάλυση δεδομένων

Στη παρούσα έρευνα έγινε καταμέτρηση των συλλεχθέντων ερωτηματολογίων τα οποία απαντήθηκαν από ηλικιωμένους που φιλοξενούνται σε δυο ιδρύματα ένα στο νομό Αχαΐας και ένα στο νομό Λακωνίας. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων

έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20. Τηρήθηκαν τα τρία στάδια που ακολουθούνται κατά την επεξεργασία δεδομένων (Φίλιας 2001, Bryman 2004).

1ο στάδιο-έλεγχος: Αξιολογήθηκαν τα ερωτηματολόγια ως προς την αρτιότητα και την εγκυρότητα τους

2ο στάδιο-κωδικογράφηση: Δημιουργία ηλεκτρονικής βάσης στην οποία έγινε η αποθήκευση των δεδομένων

3ο στάδιο: Χρησιμοποιήθηκε στο στατιστικό πακέτο κοινωνικής επιστήμης (Statistical Package of Social Science SPSS) για την μηχανογραφική επεξεργασία των δεδομένων

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας οπότε χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα (BarChart), διαγράμματα πίτας (Pie Chart) και ιστογράμματα (Histogram). Επίσης υπολογίστηκε η συχνότητα (f), διάμεση τιμή (median) μέση τιμή (mean) και πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των ομάδων με την μέθοδο one way ANOVA (για ανεξάρτητα δείγματα ώστε να αποδειχθεί ένα υπάρχει στατιστικά σημαντική διάφορα. (Βλαχόπουλος και Κουτσογιάννης 2012, Landau and Everitt 2004).

Οι περιγραφικές τεχνικές εκτός από την παροχή του προφίλ μιας σειράς δεδομένων κάνουν και συγκρίσεις αλλά μπορούν και να διεξάγουν περιγραφικά συμπεράσματα με την αξιοποίηση κατάλληλων μεθόδων, τα οποία αφορούν μόνο στο υπό μελέτη φαινόμενο ή πληθυσμό (Σαχίνη-Καρδάση 2004, Δαρβίρη 2009).

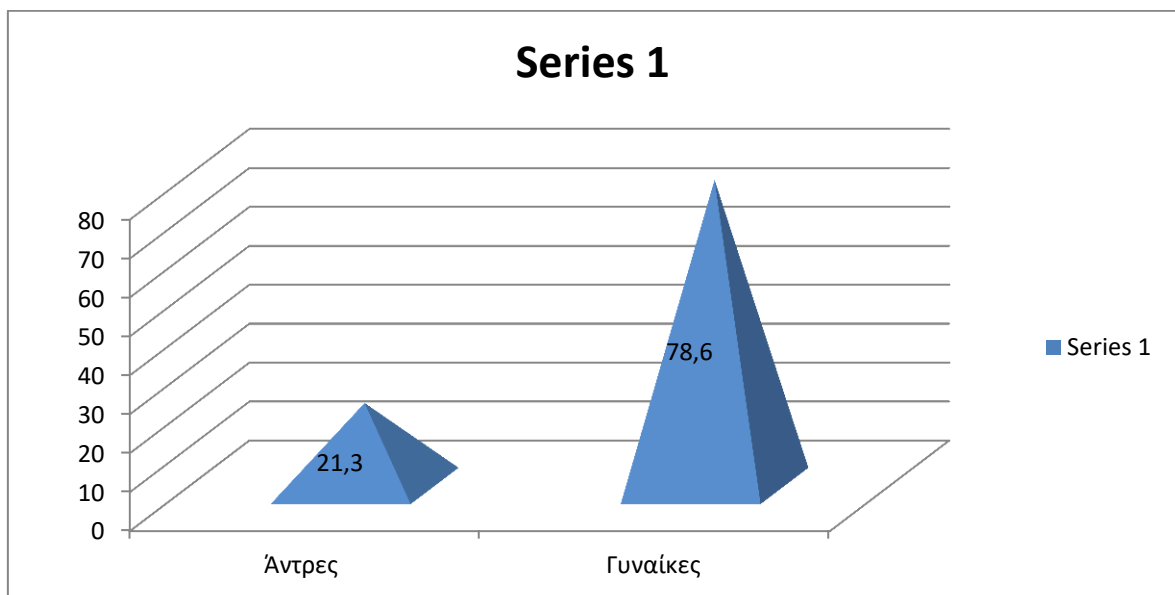
Για να μειωθεί το ποσοστό λάθους (bias), τα δεδομένα ελέγχθηκαν από ερευνητή καθηγητή στατιστικής και τον τρίτο ερευνητή (ο επιβλέπων καθηγητής), για να εκτιμήσει ότι η στατιστική διαδικασία ήταν αξιόπιστη και έγκυρη (Burns, 2000). Η συγγραφή των αποτελεσμάτων έγινε με αφηγηματικό τρόπο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

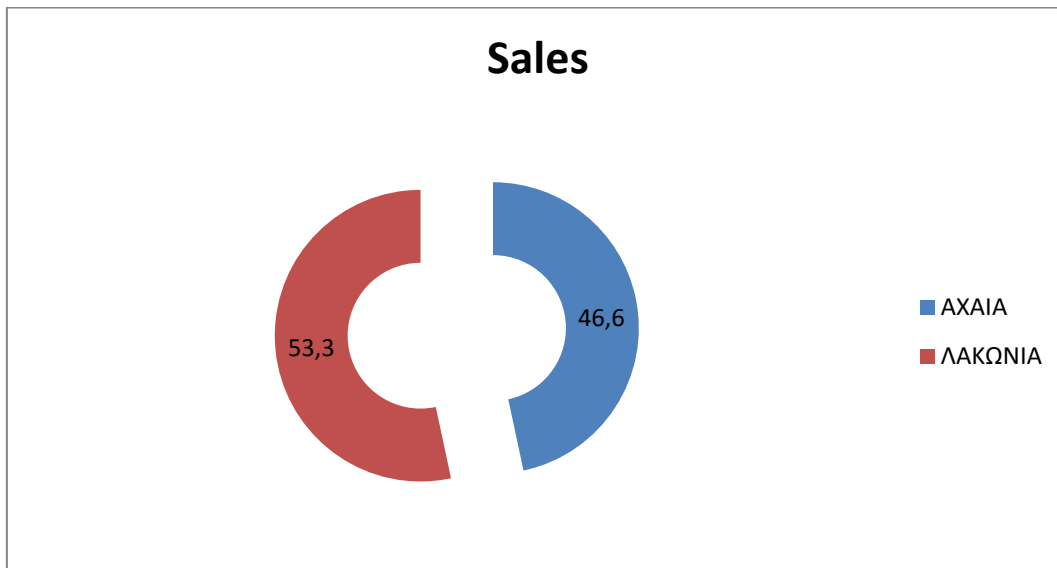
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων.



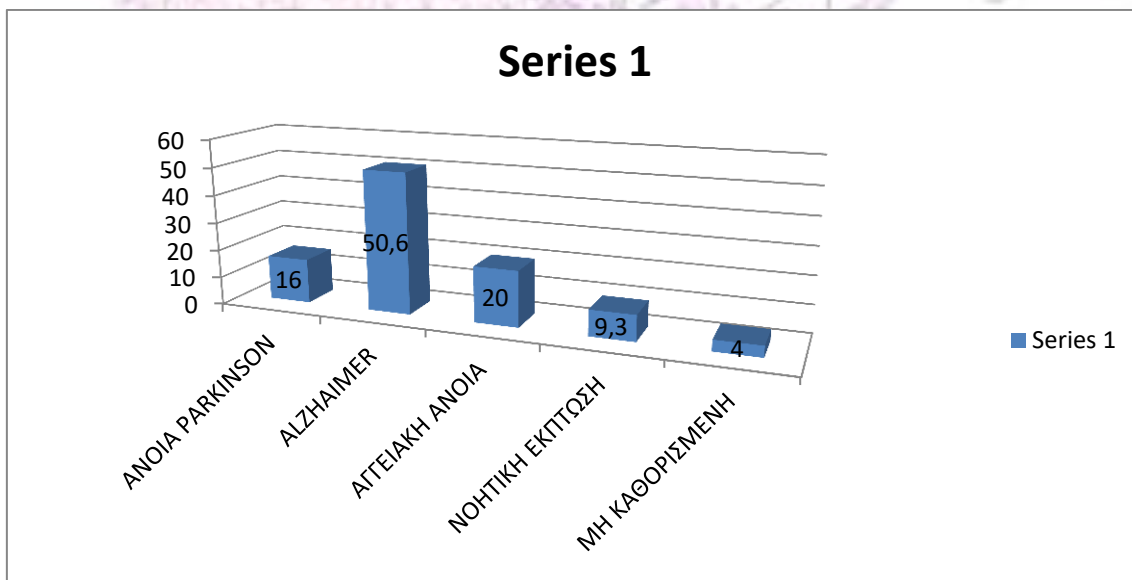
Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες **(78,6)**.

Γράφημα 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με το νομό που βρίσκονται τα ιδρύματα.



Το δείγμα προέρχεται από τον νομό Αχαΐας (46,6) και Λακωνίας (53,3).

Γράφημα 3: Η διάγνωση εισαγωγής αναφορικά με το τύπο άνοιας.



Οι περισσότεροι είχαν διάγνωση άνοιας μορφής Alzheimer (50,6) και ακολούθως αγγειακή άνοια (20,0) και άνοια τύπου Parkinson(16,0).

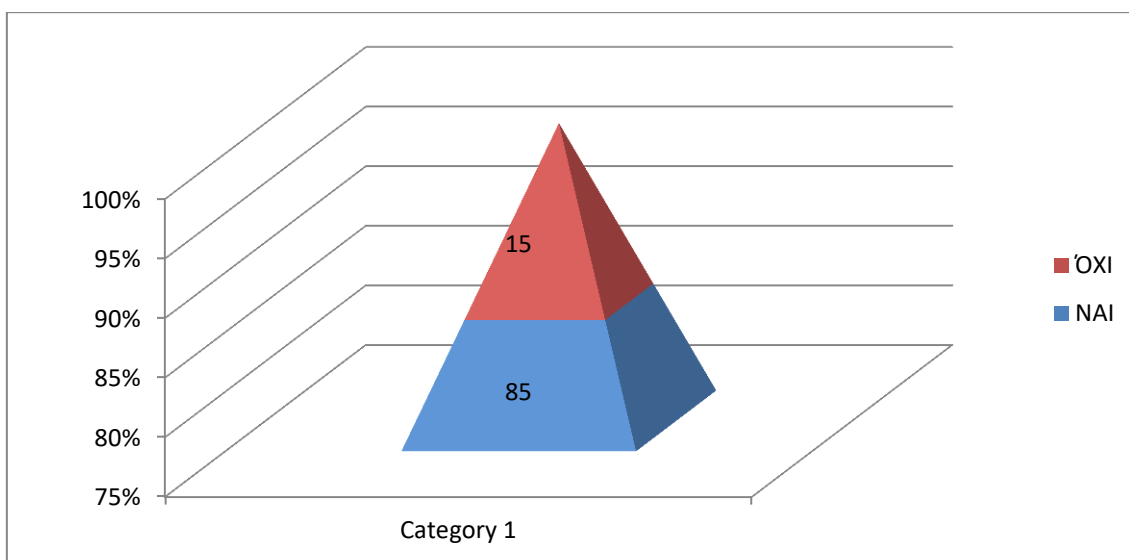
Πίνακας 1:Δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα

Ηλικία		Ηλικία		Ηλικία	
65	2	77	6	88	3
68	3	78	3	89	2
70	4	79	4	90	2
72	5	80	3	91	2
73	4	83	4	92	2
74	3	84	3	95	2
75	5	85	4	96	1
76	4	86	3	98	1

Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από **65 έως 98** έτη, με μέση τιμή τα **78** έτη.

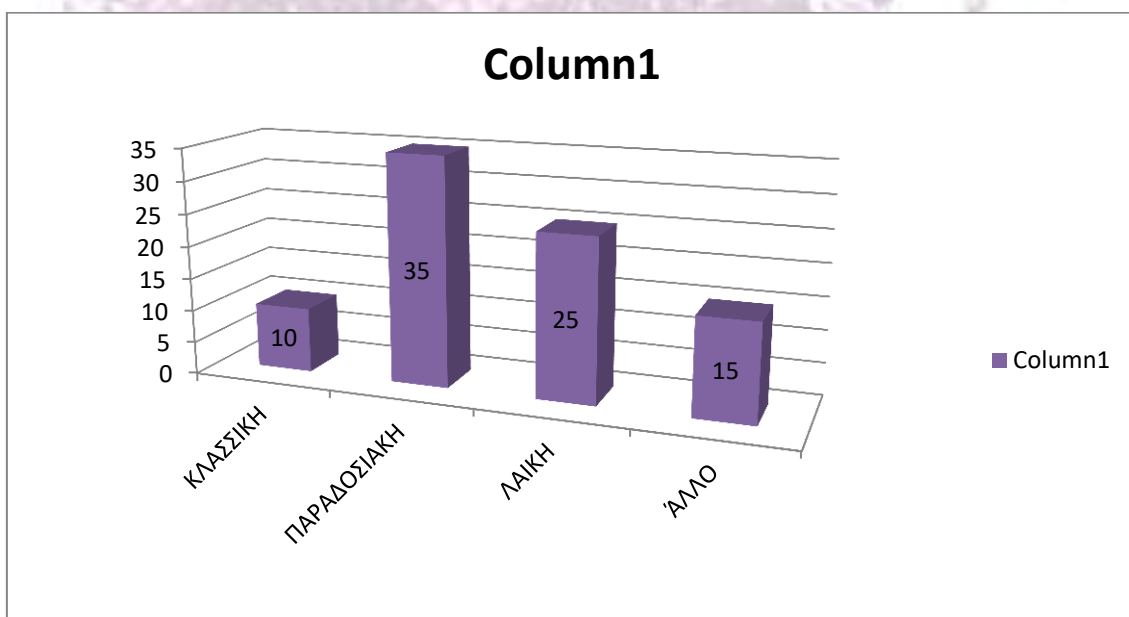
ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

Γράφημα 4: Σας αρέσει να ακούτε μουσική;



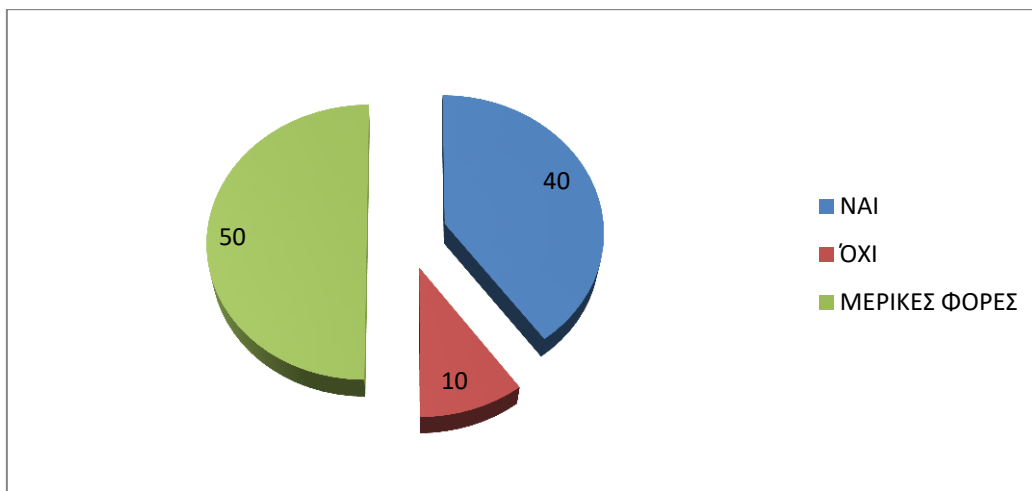
Η **πλειοψηφία** της ομάδας έλεγχου απάντησε ότι τους **αρέσει** να ακούνε μουσική (**85%**). Ένα μικρό ποσοστό απάντησε (15%) ότι **δεν του αρέσει** η μουσική. Σε όσους δεν άρεσε η μουσική υπήρχε ερώτηση σχετικά με το πώς αισθάνονται απάντησαν όλοι ότι **δεν είχαν καλή διάθεση**.

Γράφημα 5: Ποιο είδος μουσικής σας αρέσει;

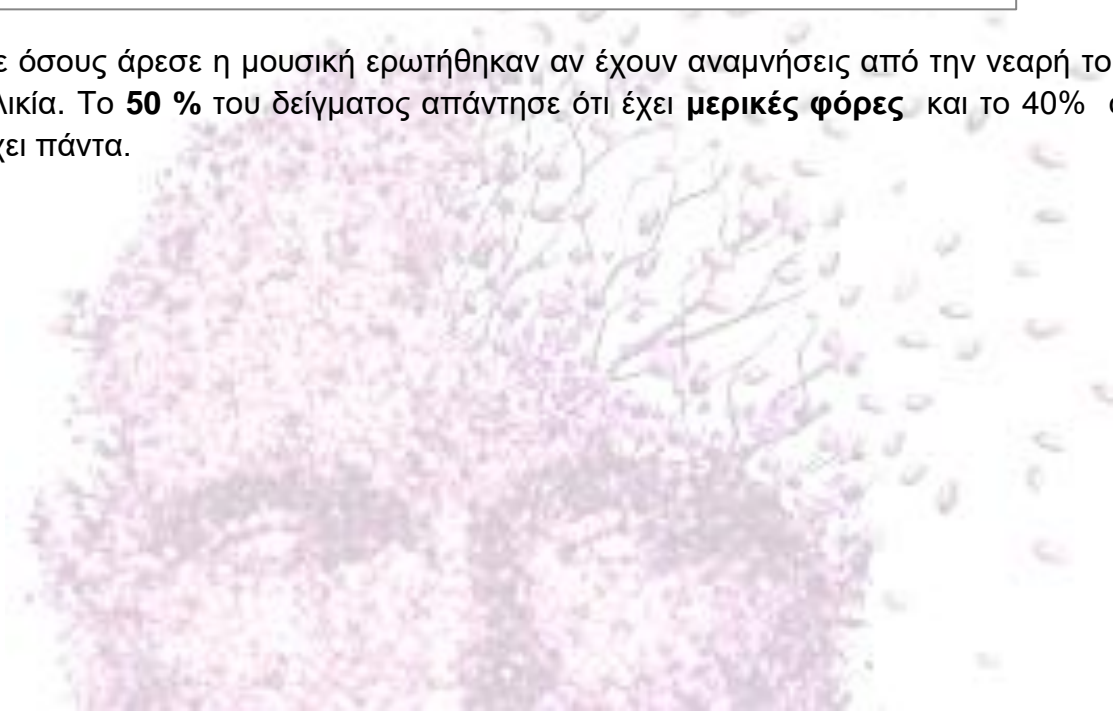


Η **παραδοσιακή** μουσική αρέσει **περισσότερο** (35%) από τα άλλα είδη μουσικής και ακολουθεί η λαϊκή μουσική με ποσοστό (25%).

Γράφημα 6: Έχετε αναμνήσεις από την νεαρή σας ηλικία;

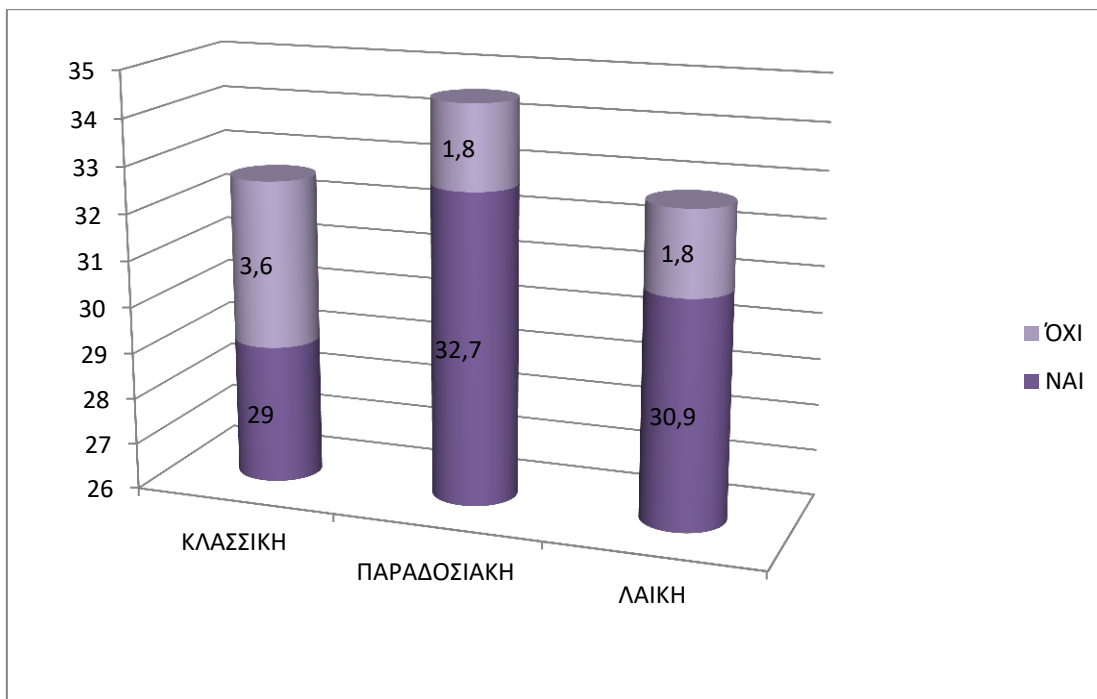


Σε όσους άρεσε η μουσική ερωτήθηκαν αν έχουν αναμνήσεις από την νεαρή τους ηλικία. Το **50 %** του δείγματος απάντησε ότι έχει **μερικές φορές** και το 40% ότι έχει πάντα.



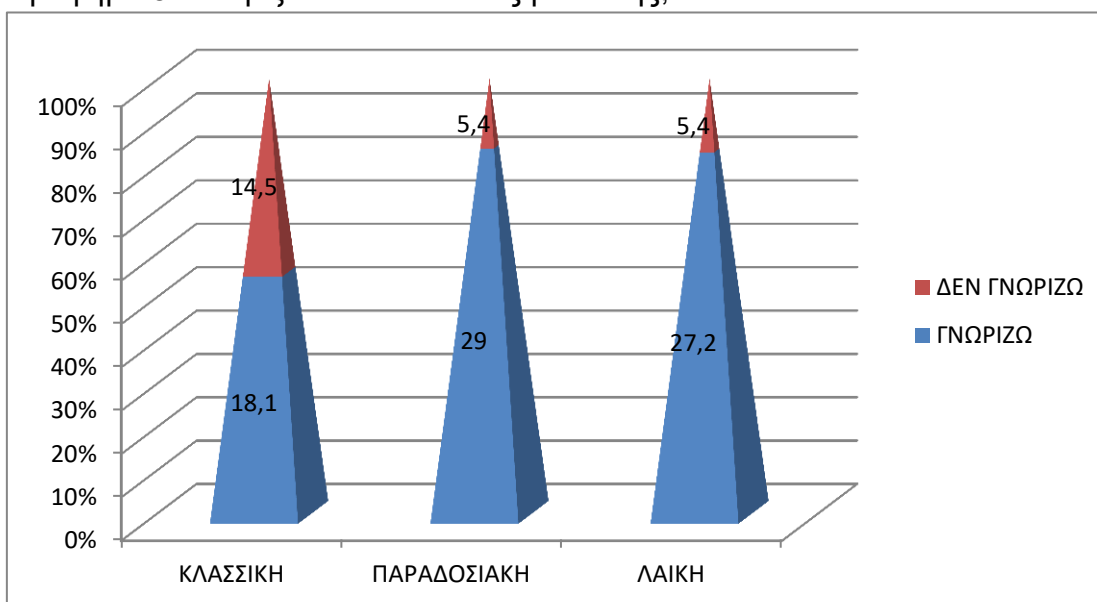
ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Γράφημα 7: Σας αρέσει να ακούτε μουσική;



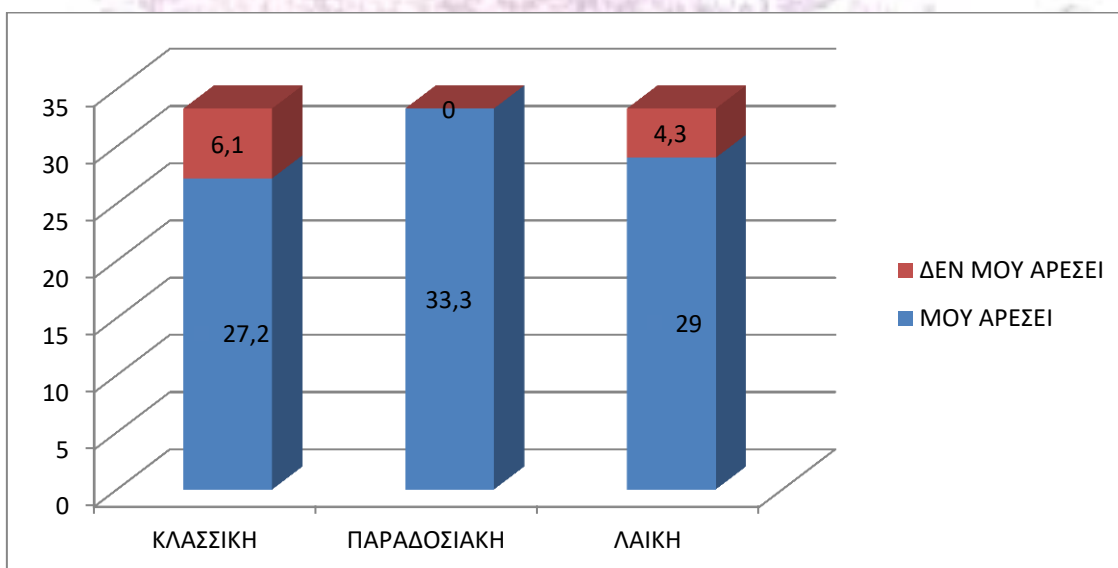
Οι ομάδες απάντησαν ότι τους **αρέσει** να ακούνε μουσική συνολικά σε ποσοστό 92,6% όπως φαίνεται και στο γράφημα. Σε κάθε ομάδα έχει απαντήσει ότι της αρέσει η μουσική (Κλασσική 29% Παραδοσιακή 32,7% Λαϊκή 30,9%).

Γράφημα 8: Γνωρίζετε αυτό το είδος μουσικής;



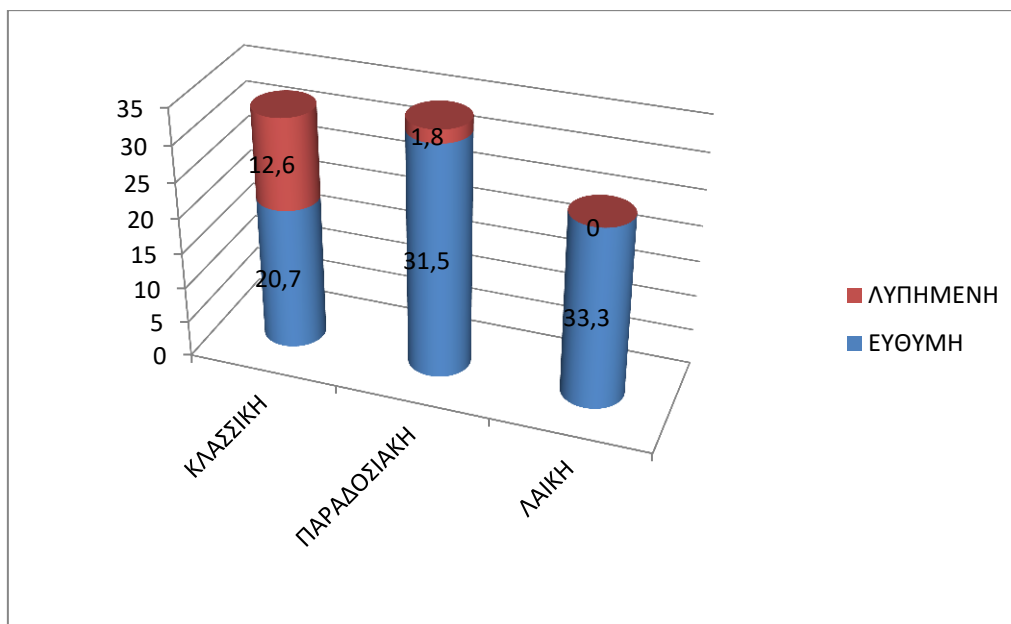
Από την ομάδα που άκουσε **κλασσική** μουσική γνώριζαν το είδος μουσικής το **18,1%**, η ομάδα της **παραδοσιακής** το **29%** και από την ομάδα που άκουσε **λαϊκή μουσική** το **27,2%**. Φαίνεται ότι η παραδοσιακή και η λαϊκή μουσική είναι περισσότερο γνώριμα είδη μουσική για τους συμμετέχοντες.

Γράφημα 9: Σας άρεσει αυτό το είδος μουσικής ;



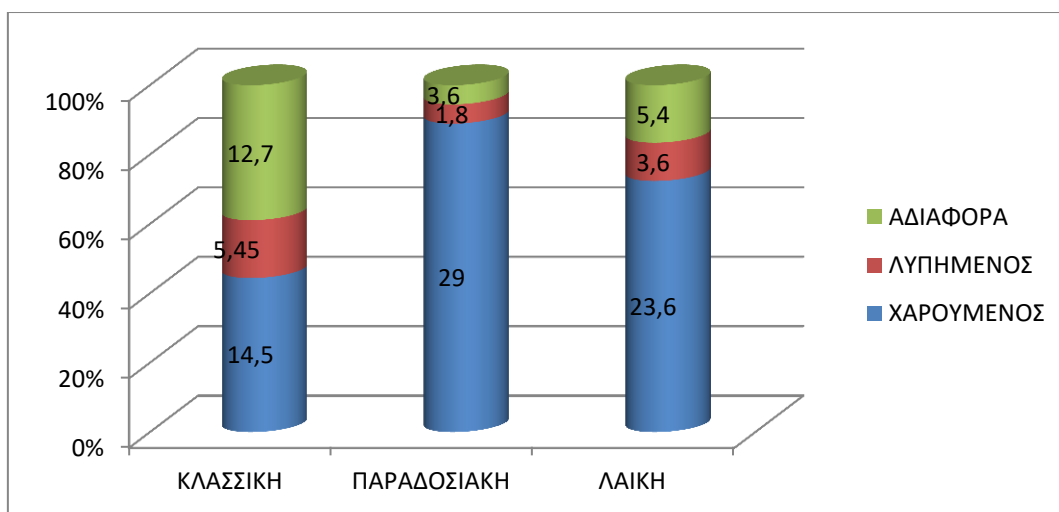
Το μεγαλύτερο ποσοστό (89,5%) και στις τρεις ομάδες απάντησε πως τους άρεσε το τραγούδι που άκουσαν ανεξάρτητα εάν το γνώριζαν. Παρατηρούμε ότι η **παραδοσιακή μουσική** άρεσε σε **όλους**, ενώ στην ομάδα κλασσική μουσική ένα ποσοστό 6,1% δεν τους άρεσε η μουσική που άκουσαν.

Γράφημα 10 :Πως νομίζετε είναι η μελωδία αυτής της μουσικής ;



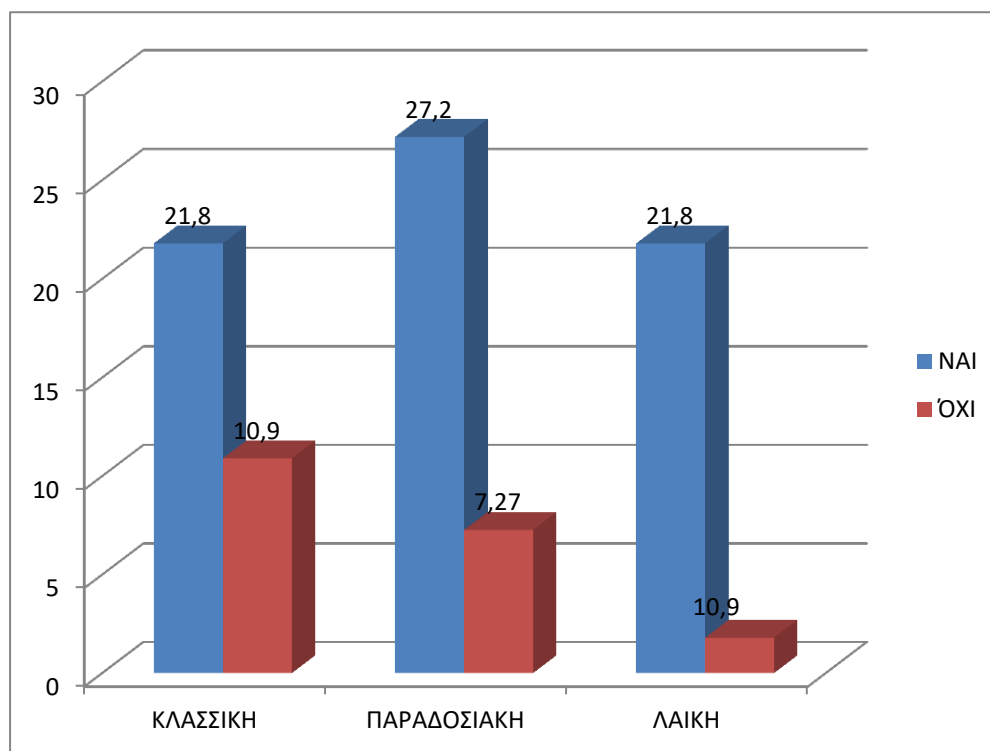
Παρατηρούμε ότι στην ομάδα της παραδοσιακής μουσικής οι **περισσότεροι (32,7%)** θεωρούν εύθυμη την μελωδία ενώ στην ομάδα της κλασσικής μουσικής υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που χαρακτηρίζει την μελωδία **λυπημένη (12,7)**. Σημαντικό είναι ότι **όλοι** από την ομάδα (33,3) χαρακτήρισαν εύθυμη την λαϊκή μουσική.

Γράφημα 11: Πως αισθάνεστε όταν ακούτε αυτή την μουσική;



Παρατηρείτε ότι στο **σύνολο** οι συμμετέχοντες ένιωσαν χαρούμενοι όταν άκουσαν μουσική (**67,1%**) ανεξάρτητα από το είδος μουσικής. Στην ομάδα της **κλασσικής μουσικής** ωστόσο ένα ποσοστό 12.7% απάντησαν **αδιάφορα** πιθανόν επειδή το συγκεκριμένο είδος δεν ήταν οικείο άκουσμα.

Γράφημα 12: Σας δημιουργεί αναμνήσεις αυτή η μουσική;



Παρατηρούμε ότι η και τα τρία είδη μουσικής **δημιουργούσαν αναμνήσεις** στους συμμετέχοντες συνολικά **(70,8%)** παρόλα τα ελλείμματα μνήμης που δημιουργεί η ασθένεια. Ειδικότερα σε ποσοστό 27,2% δημιουργεί αναμνήσεις η παραδοσιακή μουσική, στο 21,8% η λαϊκή και κλασσική μουσική.

Πίνακας 2 : Σύγκριση ομάδων

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΣΑΣ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΑΚΟΥΤΕ ΜΟΥΣΙΚΗ;	Between Groups	,118	3	,039	,450	,718
	Within Groups	6,228	71	,088		
	Total	6,347	74			
ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΑΝ ΑΚΟΥΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΜΟΥΣΙΚΗ;	Between Groups	8,052	3	2,684	5,690	,002
	Within Groups	33,494	71	,472		
	Total	41,547	74			
ΣΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΑΝΑΜΝΗΣΕΙΣ ΟΤΑΝ ΑΚΟΥΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΜΟΥΣΙΚΗ;	Between Groups	9,730	3	3,243	7,936	,000
	Within Groups	29,016	71	,409		
	Total	38,747	74			

Επειδή έχουμε τουλάχιστον 3 ερευνητικές υποθέσεις προχωράμε σε πολλαπλές συγκρίσεις για να διαπιστώσουμε ποιες επιμέρους διαφορές μεταξύ των συνθηκών είναι σημαντικές. Οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στις ερωτήσεις (σχετικά με το πώς αισθάνονται όταν ακούνε μουσική και αν τους δημιουργεί ανυμνήσεις η μουσική που άκουσαν) Αναλύονται στο παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3 :Πολλαπλή σύγκριση μεταξύ των ομάδων-multiple comparisons

Dependent Variable	(I) omada	(J) omada	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ΣΑΣ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΑΚΟΥΤΕ ΜΟΥΣΙΚΗ;	1,00	2,00	-,050	,097	,956	-,31	,21
		3,00	,000	,099	1,000	-,26	,26
		4,00	-,094	,096	,760	-,35	,16
	2,00	1,00	,050	,097	,956	-,21	,31
		3,00	,050	,097	,956	-,21	,31
		4,00	-,045	,095	,965	-,29	,20
	3,00	1,00	,000	,099	1,000	-,26	,26
		2,00	-,050	,097	,956	-,31	,21
		4,00	-,094	,096	,760	-,35	,16
	4,00	1,00	,094	,096	,760	-,16	,35
		2,00	,045	,095	,965	-,20	,29
		3,00	,094	,096	,760	-,16	,35
ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΑΝ ΑΚΟΥΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΜΟΥΣΙΚΗ;	1,00	2,00	-,833*	,226	,002	-1,43	-,24
		3,00	-,278	,229	,621	-,88	,32
		4,00	-,683*	,223	,016	-1,27	-,10
	2,00	1,00	,833*	,226	,002	,24	1,43
		3,00	,556	,226	,075	-,04	1,15
		4,00	,150	,220	,904	-,43	,73
	3,00	1,00	,278	,229	,621	-,32	,88
		2,00	-,556	,226	,075	-1,15	,04
		4,00	-,406	,223	,274	-,99	,18
	4,00	1,00	,683*	,223	,016	,10	1,27
		2,00	-,150	,220	,904	-,73	,43
		3,00	,406	,223	,274	-,18	,99
ΣΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΑΝΑΜΝΗΣΕΙΣ ΟΤΑΝ ΑΚΟΥΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΜΟΥΣΙΚΗ;	1,00	2,00	-,094	,210	,970	-,65	,46
		3,00	-,111	,213	,954	-,67	,45
	2,00	1,00	-,094	,210	,970	-,46	,65
		3,00	-,878*	,208	,000	-1,42	-,33
	1,00	2,00	-,094	,210	,970	-,46	,65
		3,00	-,111	,213	,954	-,67	,45

	3,00	-,018	,210	1,000	-,57	,54
	4,00	-,784*	,205	,002	-1,32	-,25
	1,00	,111	,213	,954	-,45	,67
3,00						
	2,00	,018	,210	1,000	-,54	,57
	4,00	-,767*	,208	,002	-1,31	-,22
	1,00	,878*	,208	,000	,33	1,42
4,00	2,00	,784*	,205	,002	,25	1,32
	3,00	,767*	,208	,002	,22	1,31

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Κατά την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε anova one way test για ανεξάρτητα δείγματα αποδείχθηκε όπως προκύπτει από το παραπάνω πίνακα σύγκρισης μέσω όρων ότι υπάρχει **στατιστικά σημαντική διαφορά** εφόσον **sig <0,005**.

Συγκεκριμένα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ερώτηση αν τους αρέσει η μουσική ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και της (παρέμβασης) υποομάδα της παραδοσιακής μουσικής (sig= 0,002). Φαίνεται ότι η παραδοσιακή μουσική αρέσει περισσότερο στην ομάδα παρέμβασης. Επίσης σχετικά με το πώς αισθάνονται όταν ακούνε αυτή τη μουσική μεταξύ της ομάδας κλασσική μουσικής και ελέγχου (sig=0,00). Σημαντικό είναι ότι στην ερώτηση που αφορά την ανάκληση μνήμων υπάρχει διαφορά μεταξύ ομάδας ελέγχου και των 3 υποομάδων (παρέμβασης (sig=0,00,0002)<0,005. Αυτό σημαίνει ότι οι ερευνητικές μας υποθέσεις επαληθεύτηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Μέσω της παρούσας ερευνητικής εργασίας μελετήθηκε η επίδραση της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια και ο ρόλος της στην αποκατάσταση σε μονάδες φροντίδας για ηλικιωμένους σε Αχαΐα και Λακωνία.

Στην αρχή της εργασίας ορίστηκαν βασικές έννοιες για την άνοια δηλαδή συμπτώματα, αιτιολογία της νόσου, επιδημιολογία, τύποι άνοιας, μέθοδοι διάγνωσης, φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπείες. Επίσης αναλύθηκε ο ρόλος του νοσηλευτή στην άνοια, μέθοδοι πρόληψης της νόσου και οι δομές που υπάρχουν στην χώρα μας για ασθενείς με άνοια. Στην συνέχεια παρουσιάστηκε η τεχνική της μουσικοθεραπείας ορισμοί, εφαρμογές και τεχνικές καθώς επίσης αναλύθηκε η ρόλος της στην Τρίτη ηλικία και στην άνοια. Στο τέλος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ορίστηκε η αποκατάσταση, ρόλος της αποκατάστασης στην άνοια αλλά και ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή.

Τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στο δείγμα των ατόμων με άνοια αφορούσαν την μουσική τις προτιμήσεις σε είδη μουσικής, την αλλαγή της διάθεσης λόγω της μουσικής και τη σχέση της μουσικής με μνήμες από το παρελθόν τους. Συγκεκριμένα το δείγμα χωρίστηκε σε δυο ομάδες μια παρέμβασης και μια έλεγχου. Η ομάδα παρέμβασης χωρίστηκε σε τρεις υποομάδες που άκουσαν μουσική (κλασσική μουσική, παραδοσιακή δημοτική και λαϊκή μουσική) και στην συνέχεια απάντησε στο ερωτηματολόγιο ενώ στην ομάδα ελέγχου απάντησαν σε ερωτήσεις χωρίς να ακούσουν μουσική. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαμε να διαπιστώσουμε την επίδραση της μουσικής σε ασθενείς με άνοια αλλά και να εντοπίσουμε τις προτιμήσεις τους ανάμεσα σε αυτά τα είδη μουσικής.

Κατά την ανασκόπηση στις βιβλιογραφίας δεν βρέθηκαν παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα. Στο εξωτερικό εντοπίστηκαν τέσσερις δημοσιευμένες μελέτες στις οποίες είχαμε πρόσβαση, κάθε ερευνητική εργασία παρουσίασε σημαντικά αποτελέσματα. Από την πιο πρόσφατη έρευνα των Tanaka & Nogawa,(2015) χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία και στη παρούσα μελέτη. Τα αποτελέσματα της

έδειξαν ότι η μουσική έχει θετική επίδραση σε ασθένειες με άνοια και ότι προτιμούσαν την ιαπωνική (παραδοσιακή) μουσική περισσότερο από την κλασσική (Tanaka & Nogawa,2015).

Όσο αφορά την έρευνα μας η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες σε ποσοστό 78,6 %. Προερχόταν από του νομούς Αχαΐας και Λακωνίας. Η διάγνωση εισαγωγής ήταν κυρίως άνοια τύπου Alzheimer (50,6%) και ακολουθούσαν όσοι είχαν αγγειακή άνοια (20%) και άνοια τύπου Parkinson (16%). Η ηλικία των συμμετεχόντων ξεκινούσε από 65 έως 98 ετών και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 78 ετών.

Σχετικά με τα αποτελέσματα στην ομάδα ελέγχου φαίνεται ότι στους ασθενείς με άνοια του δείγματος αρέσει η μουσική σε ποσοστό (85%) ενώ σε όσους δεν αρέσει (15%) απάντησαν ότι δεν είχαν καλή διάθεση. Σημαντικό είναι στις μουσικές προτιμήσεις υπερτερεί η παραδοσιακή μουσική με ποσοστό 35% σε σχέση με άλλα είδη μουσικής. Επίσης σχετικά με τις αναμνήσεις από την νεαρή ηλικία οι περισσότεροι απάντησαν ότι έχουν μερικές φορές (50%).

Στην συνέχεια τα αποτελέσματα στην ομάδα παρέμβασης έδειξαν ότι στην πλειοψηφία αρέσει η μουσική (92,6%). Ειδικότερα η υποομάδα που άκουσε τραγούδι από κλασσική μουσική απάντησε ότι γνωρίζει το είδος μουσικής σε ποσοστά (18,1) και ότι τους αρέσει (27,2). Επίσης χαρακτήρισαν την μελωδία εύθυμη (20%) και λυπημένη (12,7%) ενώ όταν ακούνε αυτή τη μουσική αισθάνονται χαρούμενοι σε ποσοστό (14,5%) και αδιάφορα (12,7%). Τέλος το 21,8 % έχει αναμνήσεις ακούγοντας το συγκεκριμένο τραγούδι από κλασσική μουσική. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και η έρευνα των Tanaka & Nogawa (2015) η έρευνα έδειξε ότι η παραδοσιακή μουσική της χώρας τους προτιμάται περισσότερο από τους ασθενείς με άνοια σε σχέση με την κλασσική μουσική.

Τα αποτελέσματα από την υποομάδα της παραδοσιακής μουσικής έδειξαν ότι οι ερωτώμενοι γνώριζαν το είδος σε ποσοστό 29% και τους άρεσε σε 34,5% . Επίσης το 32,7 χαρακτήρισε την μελωδία εύθυμη και αισθάνθηκαν χαρούμενοι 29% ενώ λυπημένοι μόλις 1,8% Σημαντικό είναι ότι αναμνήσεις από τους ήχους της παραδοσιακής μουσικής είχε το 27,2%. Στην παρούσα μελέτη η παραδοσιακή

μουσική φαίνεται ότι είναι οικεία στους ασθενείς με άνοια από την νεαρή ηλικία. Σύμφωνα με την έρευνα των Zuniga S, Yescas C et al. (2018) η μουσική οικεία στην νεαρή ηλικία δημιουργεί αναμνήσεις στους ασθενείς με άνοια.

Τέλος όσοι άκουσαν λαϊκή μουσική απάντησαν ότι τους αρέσει αυτό το είδος και το γνωρίζει σε ποσοστό (27,2%) και (29%) αντίστοιχα. Όσο αφορά την μελωδία χαρούμενη την χαρακτήρισε το 25,4%. Το 23,6% αισθάνεται χαρούμενο με την λαϊκή μουσική ενώ αναμνήσεις είχε 21,8% της ομάδας.

Συγκρίνοντας τις δυο ομάδες σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι η μουσική αρέσει στους ασθενείς με άνοια και τους προκαλεί ψυχική ανάταση κάτι που διαπιστώνεται στην ομάδα έλεγχου, οι ελάχιστοι που δεν τους άρεσε η μουσική είχαν κακή διάθεση κατά την διεξαγωγή της έρευνας. Στη δεύτερη ομάδα τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αρέσει η μουσική σε ασθενείς με άνοια και συνολικά (67,1%) τους άρεσε η διαδικασία ακόμα και αν δεν γνώριζαν το τραγούδι και ένιωθαν χαρούμενοι. Επίσης σημαντικό είναι ότι είχαν αναμνήσεις από την μουσική. Όσο αφορά τα είδη μουσικής φαίνεται ότι η παραδοσιακή μουσική προτιμάται περισσότερο από τους ασθενείς με άνοια και τους δημιουργεί τις περισσότερες αναμνήσεις. Ακολουθεί η λαϊκή μουσική ενώ η κλασική μουσική έρχεται στη τρίτη θέση φαίνεται δηλαδή ότι δεν τους είναι τόσο οικεία. Σημαντικό είναι ότι η ομάδα ελέγχου απάντησε ότι έχει αναμνήσεις μερικές φορές ενώ στην ομάδα παρέμβασης είχαν αναμνήσεις στο μεγαλύτερο ποσοστό.

Οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας φαίνεται ότι επιβεβαιώθηκαν δηλαδή η παραδοσιακή μουσική αρέσει περισσότερο στους ασθενείς με άνοια από ότι τα άλλα δυο είδη μουσικής (κλασική και λαϊκή μουσική)) και η παραδοσιακή μουσική κάνει τους ασθενείς με άνοια πιο χαρούμενους σε σχέση με την λαϊκή και κλασική μουσική. Η υποθέσεις αυτές αποδείχθηκαν στατιστικές αναλύσεις αφού $p < 0,005$ (στατιστικά σημαντικά), Ωστόσο όσο αφορά τη ανάκληση μνήμης που προκαλεί σε ασθενείς με άνοια παρατηρούμε ότι η παραδοσιακή μουσική έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τα άλλα είδη ενώ η λαϊκή μουσική βρίσκεται στο ίδιο ποσοστό με την κλασική.

Γενικά παρατηρούμε ότι οι επιλογές των μουσικών αποσπασμάτων πρέπει να γίνονται προσεκτικά και με βάση τις μουσικές προτιμήσεις των ασθενών. Μέσω των ερωτηματολογίων, διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι ασθενείς, προτιμούν

την παραδοσιακή-δημοτική μουσική. Η δημοφιλής μουσική κατά την ενήλικη ζωή των ασθενών, μπορεί να παίξει καταλυτικό ρόλο στην έκφραση των συναισθημάτων και στην κινητική ενεργοποίησή τους. Επίσης η μουσική που συνδέεται με ιστορικά γεγονότα, τα οποία οι ασθενείς έχουν βιώσει, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση διάφορων συναισθημάτων όπως συγκίνηση, λύπη, θυμός κ.λπ., αλλά και στην ανάκληση σημαντικών πληροφοριών. Η μουσική που σχετίζεται με σημαντικά χαρούμενα παρελθοντικά προσωπικά γεγονότα, όπως ο γάμος, τα βαφτίσια, τα πανηγύρια κ.ά., βοηθά στην ανάκληση, στην συναισθηματική έκφραση και στην κινητική δραστηριότητα. Οι ασθενείς σε αυτή τη περίπτωση, ταυτίζουν τα τραγούδια με το γεγονός και ανακάλεσαν έθιμα σχετικά με τον θεσμό αλλά και προσωπικές τους εμπειρίες.

Σύμφωνα και με έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό που φαίνεται ότι παραδοσιακή μουσική της εκάστοτε χώρας έχει καλύτερα αποτελέσματα στην άνοια (Tanaka & Nogawa, 2015) και (Ismayl et al, 2018). Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η μουσική αυτή είναι οικεία από τα παιδικά ακόμη χρόνια δεδομένου ότι η μουσικοθεραπεία φέρνει μνήμες από το παρελθόν μέσω της μουσικής οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι είναι πιο κατάλληλη μουσική για την συγκεκριμένη ασθένεια.

Η παρούσα έρευνα αποδεικνύει τα οφέλη της μουσικοθεραπείας στην άνοια όπως αναδείχτηκαν και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η μουσική μπορεί να λειτουργήσει ως κινητήριος δύναμη για τη λειτουργία της μνήμης συγκεκριμένα η μουσικοθεραπεία την άνοια:

- χρησιμοποιείται για να προάγει τη μνήμη και την αίσθηση του εαυτού στη θεραπεία των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας που πάσχουν από άνοια
- γίνεται χρήση μουσικής που ήταν γνωστή την εποχή που ο θεραπευόμενος ήταν ακόμα νέος με στόχο, να ακούσει κάποιο παραδοσιακό τραγούδι και αυτό να του ξυπνήσει μνήμες από την παιδική του ηλικία και το περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσε.
- η μουσική έχει στενή σχέση με το ασυνείδητο και τα αισθήματα που αναπτύσσονται εκεί, αυτό το γεγονός χρησιμοποιεί η μουσικοθεραπεία, για

να φέρει αυτά τα αισθήματα ξανά στην επιφάνεια από το ασυνείδητο του εγκεφάλου στο συνειδητό και σε επαφή με την πραγματικότητα.

- μπορεί να βοηθήσει και το κοντινό περιβάλλον του θεραπευόμενου, δηλαδή να δώσει κάποια στοιχεία στον μουσικοθεραπευτή σχετικά με το παρελθόν του θεραπευόμενου- όπως τη μουσική άκουγε όταν ήταν νέος και σε τι περιβάλλον μεγάλωσε- ώστε κατά τη μουσικοθεραπεία να χρησιμοποιηθούν οι μουσικές που εγείρουν περισσότερο τις αναμνήσεις (Τσολάκη και Κουντη,2006).
- εγείρει τη μνήμη των θεραπευόμενων, αλλά τους επιτρέπει να λειτουργήσουν σε ομαδική δραστηριότητα ακούγοντας ζωντανή μουσική και συμμετέχοντας στην παραγωγή του ήχου, (πχ. τραγουδώντας, με παλαμάκια ή μουσικά όργανα). Καθότι ένα από τα κύρια προβλήματα της τρίτης ηλικίας είναι η απομόνωση, μέσω της μουσικοθεραπείας, ο ηλικιωμένος κάνει κάτι δημιουργικό, συνεργάζεται με άλλους, είτε με τον μουσικοθεραπευτή είτε με όλη την ομάδα και ταυτόχρονα ενισχύει τη διανοητική του ικανότητα.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η θεραπεία με μουσική είναι μια μέθοδος που δεν έχει παρενέργειες έχει μικρό κόστος και κατά συνέπεια μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα χωρίς περιορισμούς .

Η μουσικοθεραπεία βασίζεται σε δυο θεμελιώδεις μεθόδους μια δεκτική μέθοδο ακρόασης μουσικής και μια ενεργή μέθοδο η οποία βασίζεται στην χρήση μουσικών οργάνων.

Η δεκτική μουσικοθεραπεία ορίζεται ως ελεγχόμενη μέθοδος ακρόασης μουσική, χρησιμοποιώντας την για φυσιολογικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές επιπτώσεις για το άτομο κατά την διάρκεια της θεραπείας για μια ασθένεια. Υπάρχει μια διάκριση μεταξύ των δυο τύπων δεκτικής μουσικοθεραπείας είναι η δεκτική “χαλαρωτική” μουσικοθεραπεία και δεκτική “αναλυτική” μουσικοθεραπεία.

Η πρώτη μέθοδος χρησιμοποιείται για την θεραπεία άγχους κατάθλιψης και γνωστικών διαταραχών ενώ η δεύτερη σαν μέσο αναλυτικής μουσικοθεραπείας με στόχο την ενθάρρυνση έκφρασης και ανάλυση σκέψης, μπορεί να επιτρέψει στους ασθενείς με γνωστικές διαταραχές να τονώνουν να χρησιμοποιήσουν και να

ανακαλύψουν τις υπόλοιπες ικανότητες που παρέμειναν. Ωστόσο η πιο διαδεδομένη μέθοδος στην άνοια είναι η δεκτική χαλαρωτική μουσικοθεραπεία.

Με την μουσική έχουμε διέγερση συναισθημάτων και μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να εκφραστούν λεκτικά. Επίσης ενεργοποιεί την πνευματική λειτουργία, επιδρά στο άγχος και την κατάθλιψη και με αυτό τον τρόπο βελτιώνει σημαντικά την αυτονομία των ασθενών. Στοιχεία της μεθόδου αυτής περιλαμβάνονται στην παρούσα εργασία και δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην επιλογή τραγουδιού διότι η επιλογή της μουσικής συνδέεται άμεσα με την προσωπική εμπειρία του ατόμου η οποία θα αφυπνίσει την μνήμη για το λόγο αυτό επιλέχτηκαν χαρακτηριστικά τραγούδια της γενιάς τους (παραδοσιακή και λαϊκή μουσική (Τσολάκη και Κουντή,2006).

Σύμφωνα με τα παραπάνω η μουσικοθεραπεία αποτελεί μια μη φαρμακευτική μέθοδο στην αντιμετώπιση της άνοιας συμβάλει επικουρικά στα προβλήματα μνήμης των ασθενών αλλά και στην αντιμετώπιση του άγχους, της αϋπνίας και άλλων διαταραχών που οφείλονται στην νόσο. Η αποκατάσταση για τους ασθενείς αυτούς έχει στόχο την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής και θεραπεία με μουσική είναι μια μέθοδος που έχει να προσφέρει πολλά οφέλη.

Συμπερασματικά η μουσικοθεραπεία βελτιώνει τη διανοητική και τη φυσική κατάσταση των θεραπευόμενων και συγκεκριμένα βοηθάει στην ανάκληση αναμνήσεων, στη βελτίωση της διάθεσης, στην αίσθηση ελέγχου πάνω στη ζωή, στον έλεγχο του πόνου χωρίς τη χρήση φαρμάκων, στην κίνηση και στην επικοινωνία και ως αποτέλεσμα δίνει την ευκαιρία αλληλεπίδρασης με άλλους

4.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η μουσική μπορεί να αποτελεί μια ευχάριστη ενασχόληση για κάθε ασθενή, αλλά και μια πρόκληση -πρόσκληση για παιχνίδι και δημιουργία. Ωστόσο η μουσικοθεραπεία, χρησιμοποιεί τη μουσική όχι μόνο για ψυχαγωγία αλλά και για ποιότητα ζωής και αποκατάσταση της σχέσης με τον εαυτό και των σχέσεων με

οικογένεια, φίλους, ιατρούς, νοσηλεύτη. Ο ασθενής όταν συμμετέχει σε δημιουργική διαδικασία μουσικοθεραπείας ξεπερνά τα αρνητικά συναισθήματα της απομόνωσης που βιώνει και έχει κορυφαίες εμπειρίες πως η μουσικοθεραπεία είναι ένα βοηθητικό μέσο, το οποίο χρειάζεται στην θεραπεία ασθενειών και αποτελεί διέξοδο συναισθημάτων και έκφρασης των ανθρώπων, ακόμη και αν δεν παρατηρηθούν άμεσα ή μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Στην Ελλάδα όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο η μουσικοθεραπεία, εξελίσσεται τα τελευταία χρόνια και δεν είναι ακόμα πλήρως οργανωμένη και αντιμετωπίζει την πρόκληση της ορθής ενημέρωσης και εξοικείωσης με τον κοινό.

Σε αρκετές χώρες του εξωτερικού υπάρχουν προγράμματα μουσικοθεραπείας σε οίκους ευγηρίας και ιδρύματα όπου διαμένουν άτομα με άνοια. Στην χώρα μας η μέθοδος αυτή δεν είναι διαδεδομένη σε ανάλογες δομές. Μια πρόταση θα ήταν η εισαγωγή προγραμμάτων μουσικοθεραπείας σε ιδρύματα, οίκους ευγηρίας, Κα.πη.

Επίσης παρατηρείτε άγνοια του κοινού σχετικά με την νόσο με αποτέλεσμα όταν κάποιο οικείο πρόσωπο εμφανίζει τα συμπτώματα να μην αναγνωρίζονται εγκαίρως γεγονός που είναι πολύ σημαντικό για την διάγνωση και εξέλιξη της νόσου. Ακόμη μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις όπως η μουσικοθεραπεία αντιμετωπίζονται με καχυποψία ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

Κατά συνέπεια θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση για την άνοια αλλά και για την μέθοδο της μουσικοθεραπείας στο ευρύ κοινό. Οι αρμόδιοι φορείς (όπως Υπουργείο Υγείας, Υγειονομική Περιφέρεια) θα πρέπει να αναλάβουν την διοργάνωση ημερίδων για κατάλληλη ενημέρωσης σε διαφορές πόλεις ώστε να έχουν πρόσβαση όσο τον δυνατόν περισσότεροι πολίτες.

Οι φροντιστές όπως αναφέρθηκε και στο γενικό μέρος της εργασίας έχουν σημαντικό και ταυτόχρονα δύσκολο ρόλο. Η χρήση αποτελεσματικών μη φαρμακευτικών θεραπευτικών μεθόδων βοήθα όχι μόνο τον ασθενή αλλά και τους ίδιους τόσο στο σωματικό όσο καις το συναισθητικό και ψυχολογικό κομμάτι ιδιαίτερα όταν πρόκειται το ρόλο του φροντιστή να έχει κάποιο μέλος της οικογένειας. Για το λόγο αυτό προτείνετε η δημιουργία εκπαιδευτικών

προγραμμάτων για φροντιστές με σεμινάρια σε θεραπείες τέχνης όπως η μουσικοθεραπεία.

Η μουσικοθεραπεία σύμφωνα τόσο με παρούσα μελέτη όσο και με έρευνες από την διεθνή βιβλιογραφία έχει θετικά αποτελέσματα και βοηθά στην μνήμη ασθενών με άνοια. Δεδομένου ότι στην Ελλάδα βρίσκεται το στάδιο της ανάπτυξης θα ήταν σημαντική η δημιουργία δομών σε όλη τη χώρα με προγράμματα μουσικοθεραπείας. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούν αν παρακολουθήσουν τα προγράμματα αυτά όσοι το έχουν ανάγκη χωρίς να χρειάζεται να επισκεφτούν μεγάλα αστικά κέντρα.

Σημαντικός παράγοντας είναι ο οικονομικός όπως σε όλες τις θεραπείες, γιατί δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση όλοι ασθενείς και οι οικείοι τους. Θα πρέπει να οργανωθούν δωρεάν συνεδρίες μουσικοθεραπείας ώστε να έχουν περισσότεροι ενδιαφερόμενοι πρόσβαση και να γνωρίσουν αυτό το είδος θεραπείας.

Τέλος η άνοια λόγω των ελλειμμάτων μνήμης και συγκέντρωσης δημιουργεί άγχος, υπερδιέγερση νευρικήτητα και αϋπνίες στον ασθενή. Η μουσική μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο χαλάρωσης και να είναι ένας τρόπος αποφυγής χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών φαρμάκων. Μια πρόταση είναι η χρήση μουσικής σε χώρους που διαμένουν ασθενείς με άνοια με στόχο την βελτίωση συμπεριφοράς και διάθεσης.

4.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι βασικοί περιορισμοί της παρούσας έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός δείγματος λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Παρόλο που η έρευνα προσέφερε σημαντικά στοιχεία για την επίδραση της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια και τον ρόλο της στην αποκατάσταση, για να υπάρξει δυνατότητα γενίκευσης είναι απαραίτητη η χρήση μεγαλύτερου δείγματος.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Alva G & Cummings J. (2008) Relative tolerability of Alzheimer's disease treatments. *Psychiatry* 5: 27–36

Aminoff M & Greenberg D. (2017) Κλινική Νευρολογία Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθηνά

Alzheimer disease international (2005) Βοήθεια για τους περιθάλποντες ατόμων με άνοια Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Πανελληνιά ομάδα Alzheimer και Συναφών Διαταραχών

Alzheimer disease international(2011) Caring for a person with dementia www.alz.co.uk/caring-for-a-person-with-dementia

Bowling M.(2014) Μεθοδολογία έρευνας στην υγεία-Μελέτη της υγείας και των υπηρεσιών υγείας. Broken Hill, Κύπρος

Brandy M. (2010) Continuum Lifelong Learning *Neurol* 16(2):15–30

Boustani, M., Sachs, G., Callahan, C.M. (2007) Can primary care meet the biopsychosocial needs of older adults with dementia *J Gen Intern Med.*, 22(11), 1625–1627

Burns, R (2000) Introduction to research methods. Sage, London

Clare L. (2017). Νευροψυχολογική Αποκατάσταση και άτομα με άνοια, Επιστημονικές εκδόσεις, Παρισιάνου, Αθηνά

Coomans, A.(2016) Moments of resonance in musical improvisation with persons with severe dementia. Publication from Aalborg University Denmark

Croisile, B et al. (2012) The new 2011 recommendations of the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease: Preclinical stages, mild cognitive impairment, and dementia. *Rev Neurol (Paris)*. Jun;168(6-7):471-82.

Dubois, B., Burn, D., Goetz, C. et al(2007) Diagnostic Procedures for Parkinson's Disease Dementia : Recommendations from the Movement Disorder Society task force. *Mov Disorders*, 22 (16), 2314-2324

Emre, M et al.(2008). Συγκριτική ανάλυση στις γνωστικές επιδράσεις της μεμαντίνης σε ασθενείς με μέτρια – σοβαρή νόσο Alzheimer, *Alzheimer Dis Journal* (21):193-9

Etgen, T. et al. (2011) Mild cognitive impairment and dementia: the importance of modifiable risk factors. *Dtsch Arztebl*, 108(44), 743-750

Fernandez, D. (2004) Executive attention and metacognitive regulation
Consciousness and cognition 9(1) 288-307

Fuller, G & Manfu,r D. (2011)Νευρολογία Εικονογραφημένο εγχειρίδιο 3^η
Εκδοση Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθηνά

Geschwind, M. (2010) Continuum Lifelong Learning, Neurol 16(2):31–56

Gorelick, P and Nyenhuis ,T.(2013) American Academy of Neurology,

Görsev ,G,Yener, Howard, J,. Rosen M, Papatriantafyllou,J.(2010)Continuum
Lifelong Learning Neurol 16(2):191–211.,

Graham, A. & Hodges,, R.J. (2005).Frontotemporal Dementia. Non
Alzheimer's Dementias Psychiatry, 4 (1), 55-58.y doctor pub

Graham, N and Warner J., (2009). Alzheimer's disease & other dementias.1st
ed. British.Famil

Ho ,SY et al .(2011) The effects of researcher-composed music at mealtime
on agitation in nursing home residents with dementia. Arch Psychiatr
Nurs. Dec;25(6):e49-55

Hughes, C,, Julian K et al ,(2006) Dementia mind meaning and the person
Ganfort University Press

Ismail S, Christopher G, Dodd E, Wildschut T, Sedikides C, Ingram TA, Jones
RW, Noonan K.A., Tingley D, Cheston R.(2018) Psychological and Mnemonic
Benefits of Nostalgia for People with Dementia. J Alzheimers Dis . 65 (4):
1327-1344

Jonsson, L &Berr C.(2005) Cost of dementia in Europe. European Journal of
Neurology, 12, 50–53.

Jorm, A. (2002) Epidemiology of the dementias of late life Στο : Jacoby R.,
Oppenheimer C (εκδ.). Psychiatry in the elderly. OXFORD University Press,
487-500

Landua,S and Everitt B,(2004) A handbook of statistical analyses using
SPSS,CRC press LLC

Leibing, A,(2014)The Earlier the Better: Alzheimer's Prevention, Early
Detection, and the Quest for Pharmacological Interventions ,Culture, medicine
and psychiatry journal Volume: 38 Issue: 2 Page: 217-236

Mesulam, M. (2011) Principles of behavioral and cognitive neurology

Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

MC Keith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M et al (2005) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. Dec 27;65(12):1863-72. Epub Oct 19.

Neef, D. & Walling, A.D. (2006). Dementia with Lewy Bodies: An Emerging Disease. *Am Fam Physician*, 73, 1223-9, 1230.

Park, et al. (2005). Effect of individualized music on agitation in individuals with dementia who live at home. *Journal of gerontology* 35:47-55

Orelano SH. (2009) The effect of music therapy on the length of life of extubated hospice patients : A post hoc analysis Florida State University

Paterson N., Pond D. (2009). Early diagnosis of dementia and diagnostic disclosure in primary care in Australia: A qualitative study into the barriers and enablers, *Alzheimer's and dementia*, 5(5), 15.

Petersen R. (2010) Continuum Dementia Update

Plassman B.L., Langa K.M., Fisher G.G., Heeringa S.G., Weir D.R., Ofsteda M.B. Burke, J.R., Hurd M.D, Potter G.G, Rodgers W.L., Steffens D.C., Willis R.J, Wallace R.B. (2007). Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology*, 29, 1-5.

Possin K and Kaufer D. (2010) *American Academy of Neurology*, 16(4):640-50

Ragio, A, Gianelli, MV. (2009) Music therapy for individuals with dementia : of areas interventions and research perspectives. *Curr Alzheimer Res* 6:293-301

Reisberg, B Ferris, S.H., de Leon, M.J., and Crook, T (1982) The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139: 1136-1139

Ridder, HM et al. (2013) Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging Ment Health*. 17(6):667-78

Rossor, M., Sampson, E, J Warren. (2002) Young onset dementia *Postgrad Med J*. Mar; 80(941): 125-139

Sakamoto ,M And H, Tsutou, A.(2013) Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *Int Psychogeriatr*. May;25(5):775-84

Sanjay, J. (2010). Screening tests for dementia. *The Psychiatrist*, 34, 163

Saxtot, J., Hofbauer RK, Woodward, M. et al (2012) Memantine and functional communication in Alzheimer's disease: results of a 12-week, international, randomized clinical trial, *J Alzheimers Dis*. 28(1):109-18

Satoh, M et al. (2015) Music Therapy Using Singing Training Improves Psychomotor Speed in Patients with Alzheimer's Disease: A Neuropsychological and fMRI Study, *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. Sep 4;5(3):296-308

Sohlberg, M et al. (2004) Γνωστική αποκατάσταση- Μια σύνθετη νευροψυχολογική προσέγγιση, *Εκδόσεις Παπαζήσης*

Sirkin, M. (1995) *Statistics for the social sciences*. Sage, Thousand, Oaks.

Tanaka ,Y & Nogawa, H. (2015) Evaluating the effects of singing songs in ethnic music therapy for dementia patients with a novel near -infrared spectroscopy . *International journal of gerontology* 9: 7-14

Tarriot T , Pierre N et al. (2010) The Alzheimer prevention initiative Alzhaiers and dementia *The journal oh Alzheimer association* 12:7

Teixeira, J et all .(2013) Cognitive stimulation, maintenance and rehabilitation. *Procedia Technology* 9: 1335 – 1343

Vähäkangas P, Noro A, Finne-Soveri H.(2008) Daily rehabilitation nursing increases the nursing time spent on resident *Int J Nurs Pract* Apr 14 (2): 157-64

Walton JR,(2014) Chronic aluminum intake causes Alzheimer's disease: applying Sir Austin Bradford Hill's causality criteria. *J Alzheimers Dis*. 40(4):765-838

Waldemar, G. et al. (2008).Προτάσεις για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer και άλλων διαταραχών σχετιζόμενων με άνοια: Κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής ομοσπονδίας νευρολογικών εταιριών-EFNS GUIDELINES 2007.

Weiner ,M. (2005) The dementias diagnosis and research Neurology. Apr 26;64(8):1384-90

Yang ,Z. Zhang, C, and Jung Lin ,C .(2013) A Longitudinal Analysis of the Lifetime Cost of Dementia Health Serv Res. 2012 Aug; 47(4): 1660–1678

Zuniga S, Yescas C et al. (2018) Pharmacogenetic studies in Alzheimers disease Neurologia Jun 10 (18)30156-7

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αργυριάδη Σ (2002). Άνοια και κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Παρέμβαση γενικού και οικογενειακού γιατρού. Διδακτορική διατριβή Σχολή Επιστημών υγείας Κρήτη

Βαγενά Ι(2007.) Εκπαιδευτικές ημερίδες πρωτοβάθμιας φροντίδας Εκδόσεις Πρωτοπαπαδάκης Αθήνα τόμος β

Βλαχόπουλος Γ και Κουτσογιάννης Κ (2012). Βιοστατιστική Εφαρμογή με Spss και R-project. Αλγόριθμος ,Πάτρα

Βλάχος Γ (2016) Νευροεκφυλιστικά αίτια άνοιας , <http://anoia.gr/alla-aitia-anoias> 05/09/18

Γαβρανοπούλου Μ (2006) Άνοια Οδηγός για φροντιστές Ψυχογηριατρική Εταιρεία Νέστωρ Αθήνα

Δαρβίρη Χ(2009) Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας .Πασχαλίδης, Αθήνα

Δρίτσας, Θ. (2003). Μουσικοκινητικά δρώμενα ως μέσον θεραπευτικής αγωγής, εκδόσεις επιστήμης κοινωνία, Αθήνα: Εκδόσεις Επιστήμης Κοινωνία

Εθνικό Παρατηρητήριο για την άνοια και alzheimer,(2017) train your brain.gr <http://trainyourbrain.gr/index.php>

Ελληνική Νευρολογική εταιρεία,(2014) Προτάσεις Για την διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου της νόσου Alzheimer και άλλων διαταραχών σχετιζόμενων με άνοια . Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας www.psychargos.gov.gr/Documents2/.../DIADIKASIES/5.Protocol_Dementia.pdf

Καϊταλίδου, Δ. (2013) Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της Νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: Πιλοτική μελέτη. Νοσηλεία και Έρευνα, Απρ. 2013.

Καπάκη, Ε και Παρασκευάς Π (2004) Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών Βήτα Medical arts, Αθήνα

Καρτασίδου, Λ., & Στάμου, Λ. (2006). Μουσική Παιδαγωγική ,Μουσική Εκπαίδευση στη Ειδική Αγωγή, Μουσικοθεραπεία, Σύγχρονες τάσεις και προοπτικές, Πρακτικά Ημερίδας, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Κονταξάκης, Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ.Ι. & Παπλός, Κ.Γ.(2010). Πρόληψη της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών συνδρόμων. Προληπτική Ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή, 5, 513-517.

Κουντή-Ζαφειροπούλου, Φ. (2006) Γνωστική αποκατάσταση διά της άσκησης ικανοτήτων προσοχής και πλευρών εκτελεστικής λειτουργίας σε ασθενείς με νόσο Alzheimer's και ήπια γνωστική εξασθένηση Διδακτορική διατριβή Σχολή Φιλοσοφική. Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Κοντογιάννης, Χ.(2015) Καθηγητής Φασματομετρία υπερύθρου Τμήμα Φαρμακευτικής Πανεπιστήμιο Πατρών

Κραβορίτης, Γ.(2011) Εισαγωγή στη αποκατάσταση Διάλεξη ιεκ Δέλτα Θεσσαλονίκη

Λαγουμιτζής, Γ., Βλαχόπουλος, Γ., Κουτσογιάννης, Κ. (2015) Μεθοδολογία της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας. ΣΕΑΒ.

Louis, E.D. (2008) Η τρομώδης παράλυση το δέκατο ένατο αιώνα. Νόσος Parkinson- ιστορική αναδρομή (μετάφραση Γαβρανοπούλου Μ.) Βαγιονάκης Ιατρικές εκδόσεις, 13-17.

Μαΐλλης, Α. & Πολίτης, Α. (2008) Ο γηράσκων εγκέφαλος. Νευροεπιστήμες και συμπεριφορά Ι, 12, 151-167

Μαράτου Β., (2008) Ιδρυματική Περίθαλψη στην Άνοια, Ενημέρωση για τη νόσο Alzheimer, Τεύχος 12, σελ.09

Μαργιώτη, Ε. (2011) Δραστηριότητες για άτομα με άνοια Εκδόσεις Γρηγόρη .Αθήνα

Μούγιας, Α. (2003). Πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer και συναφών ανοϊκών. Στο: Μούγιας Α. (εκδ.) Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας. Εκδ. Mendor. Σελ. 67-100

Μούγιας, Α. (2011) Άνοια και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία Διδακτορική διατριβή Ιωαννίνα

Ξενάκη ,Α .(2017) Η τέχνη ως εναλλακτικό μέσο θεραπείας στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με αναπηρία Διδακτορική Διατριβή Εκπα

Παπαγεωργίου, Σ. (2014) Φαρμακευτική θεραπεία ανοιών Θεραπευτικά πρωτόκολλα για την άνοια , Αθήνα www.ahepaahosp.gr/

Παπανικολάου, Ε.(2011) Μουσικοθεραπείας την Ελλάδα Δεδομένα και εξελίξεις Στα πρακτικά της 1^{ης} Επιστημονικής ημερίδας του ΕΣΠΕΜ Approaches: Μουσικοθεραπεία και ειδική μουσική παιδαγωγική Ειδικό τεύχος 7-8

Rubinstein, H. (2000) Η Νόσος του Alzheimer. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα

Σακαλακ, Η.(2004)Μουσικές βιταμίνες: Στοιχεία μουσικής ιατρικής και μουσικής ψυχολογίας Αθήνα

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2004) Μεθοδολογία έρευνας – εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Βήτα, Αθήνα

Τσίρης, Γ.(2011) Μουσικοθεραπεία στην Ελλάδα Αναπτύσσοντας εγχώρια γνώση και έρευνα Στα πρακτικά της 1^{ης} Επιστημονικής ημερίδας του ΕΣΠΕΜ Approaches: Μουσικοθεραπεία και ειδική μουσική παιδαγωγική Ειδικό τεύχος 3-4

Τσάνταλη, Ε.(2005) Γνωστική παρέμβαση σε ασθενείς με πιθανή άνοια τύπου alzheimer στα πρώτα στάδια της νόσου μέσα από λεκτικά έργα Σχολή Φιλοσοφική. Τμήμα Ψυχολογίας. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τσολάκη ,Μ και Κάζης, Α. (2005).Άνοια ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Β΄ έκδοση. Αθήνα. University Studio Press.

Τσολάκη, Μ και Κουντή- Ζαφειροπούλου, Φ(2006) Εφαρμοσμένα θέματα παθολογικού γήρατος, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών.

Τσολάκη Μ., (2008). Διαταραχές συμπεριφοράς. Συνοδοιπόροι στο Alzheimer 3 1-12.

Τερζή, Π. (2017) Νοσηλευτική παρέμβαση σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια και κάταγμα ισχίου, Διδακτορική Διατριβη Ιατρική Εκπα

Vassiliadou Μ. (2008) «Επίκτητος» Στρατηγικές Αξιολογικής Γνωσιακής Εκπαίδευσης: 55-135.

Χριστοδούλου. Χ & Δουζένης, Α. (2009). Dellirium- Ανοϊκά σύνδρομα. Διασυνδετική Ψυχιατρική, 1, 43-47.

Παράρτημα Ι

Πάτρα, 9/06/2018

Ενημερωτικό φύλλο

Είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ Επιστήμες της Αποκατάστασης στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μέρος της διπλωματικής μου εργασίας υπό την επίβλεψη του Δρ Μπακάλη Νικόλαου.

Σκοπός της ερευνητικής διαδικασίας είναι να διερευνηθεί η επίδραση της μουσικής στη θεραπεία σε ασθενείς με άνοια.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις διαλέγοντας μία μόνο επιλογή.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση μην διστάσετε να ρωτήσετε.

Μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να αποσυρθείτε από την ερευνητική διαδικασία.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!!

Κουρκούλη Ελένη

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

1) Σας αρέσει να ακούτε μουσική;

Ναι (πηγαίνετε στην ερώτηση 2) Όχι (πηγαίνετε στην ερώτηση 3)

2) Ποιο είδος μουσικής σας αρέσει;

Κλασσική Παραδοσιακή Λαϊκή Άλλο

3) Πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή;

Χαρούμενος/η Λυπημένος/η Αδιάφορα

4) Έχετε αναμνήσεις από την νεαρή σας ηλικία;

Ναι Όχι Μερικές φορές

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία: _____

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Διάγνωση (εισαγωγής): _____

Πόλη: Πάτρα Σπάρτη

Παράρτημα II

Πάτρα,

9/06/2018

Ενημερωτικό φύλλο

Είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ Επιστήμες της Αποκατάστασης στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μέρος της διπλωματικής μου εργασίας υπό την επίβλεψη του Δρ Μπακάλη Νικόλαου.

Σκοπός της ερευνητικής διαδικασίας είναι να διερευνηθεί η επίδραση της μουσικής στη θεραπεία σε ασθενείς με άνοια.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις διαλέγοντας μία μόνο επιλογή.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση μην διστάσετε να ρωτήσετε.

Μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να αποσυρθείτε από την ερευνητική διαδικασία.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!!

Κουρκούλη Ελένη

Ομάδα παρέμβασης

Ομάδα 1: Κλασσική μουσική

Τραγούδι: **Μοτσαρτ**

Piano Sonata No. 16 in C Major, K. 545

Ομάδα 2: Παραδοσιακή μουσική

Τραγούδι: **Ικαριώτικο**

Ομάδα 3: Λαϊκή Μουσική

Τραγούδι: **Ακρογιαλιές Τσιτσάνης Β**

Ερωτήσεις

1) Σας αρέσει να ακούτε μουσική;

Ναι

Όχι

2) Γνωρίζεται αυτό το είδος μουσικής;

Το γνωρίζω

Δεν το γνωρίζω

3) Σας αρέσει αυτό το είδος μουσικής;

Μου αρέσει

Δεν μου αρέσει

4) Πως νομίζετε ότι είναι η μελωδία αυτής της μουσικής;

Εύθυμη

Λυπημένη

5) Πως αισθάνεστε όταν ακούτε αυτή τη μουσική;

Χαρούμενος/η

Λυπημένος/η

Αδιάφορα

6) Σας δημιουργεί αναμνήσεις (από την νεαρή σας ηλικία) όταν ακούτε αυτή τη μουσική;

Ναι

Όχι

Δημογραφικά χαρακτηριστικά:

Ηλικία: _____

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Διάγνωση (εισαγωγής): _____

Πόλη: Πάτρα Σπάρτη

Παράρτημα III

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΠΜΣ : Επιστήμες της Αποκατάστασης

Τμήμα :Νοσηλευτικής

Επικοινωνία:6980384434

eleni_kourkouli@hotmail.gr

9 Ιουνίου 2018

Προς το διοικητικό συμβούλιο

Είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ Επιστήμες της Αποκατάστασης στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Η διπλωματική μου εργασία υπό την επίβλεψη του Δρ Μπακάλη Νικόλαου, έχει θέμα η επίδραση της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια και ο ρόλος της στην αποκατάσταση. Σκοπός της ερευνητικής διαδικασίας είναι να διερευνηθεί η επίδραση της μουσικής στη θεραπεία σε ασθενείς με άνοια. Θα γίνει τυχαία διαχωρισμός δυο ομάδων Έχουν κατασκευαστεί 2 ερωτηματολόγια στη πρώτη ομάδα το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις και στη δεύτερη περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις και θα απαντηθεί μετά την ακρόαση ενός τραγουδιού. Επίσης και τα δυο ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν μερικές δημογραφικές ερωτήσεις. Η ερωτήσεις θα απευθύνονται σε άτομα με αρχόμενη άνοια, στα πρώτα στάδια.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και μπορούν να σταματήσουν οποιαδήποτε στιγμή την διαδικασία. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Τα ερωτηματολόγια θα διαβαστούν στους συμμετέχοντες .

Θα ήθελα την άδεια να προσεγγίσω τους τροφίμους του ιδρύματος

Με εκτίμηση

Κουρκούλη Ελένη

Παράρτημα: IV

Α Ψ

ΙΔΡΥΜΑ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
«Η ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ»

ΑΡ. ΠΡΩΤ.

ΜΟΛΛΑΟΙ 17-06-2018

Κατόπιν αιτήσεως και λαμβάνοντας υπόψη το ερευνητικό πρωτόκολλο και τα ερωτηματολόγια της έρευνας, επιτρέπετε στην Κύρια Κουρκούλη Ελένη να προσεγγίσει τροφίμους, που βρίσκονται στο ίδρυμα και εφόσον οι ίδιοι το επιθυμούν να συμμετάσχουν στην ερευνητική διαδικασία. Η καρία Κουρκούλη θα πραγματοποιήσει ερευνητική εργασία με θέμα: **«Η επίδραση της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς με άνοια και ο ρόλος της στην αποκατάσταση»**

Η ερευνητική εργασία διεξάγεται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος **«Επιστήμες Αποκατάστασης»** του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Δρ Μπακάλη Νικόλαου. Η διαδικασία θα είναι εθελοντική με στοιχεία ανωνυμίας και θα πραγματοποιηθεί σε συνεννόηση με το προσωπικό.

Ο Διευθυντής

Παναγιώτης Λαγάκης
Ιερέας

ΜΟΛΛΑΟΙ Τ.Κ. 23052, ΤΗΛ: (27320) 23811- 23812, FAX: 2732024294

EMAIL: molames@yahoo.com

Άσυλο Ανιάτων Πατρών « Η Αγία Ευφροσύνη»

Πλατεία Παντοκράτορος, 26225 Πάτρα

Τηλ: 2610226-145

asyloaniatwn@yahoo.gr

Πάτρα, 31/7/18

Κατόπιν αιτήσεως και λαμβάνοντας υπόψη το ερευνητικό πρωτόκολλο και τα ερωτηματολόγια της έρευνας, επιτρέπεται στην Κυρία Κουρκούλη Ελένη να προσεγγίσει τροφίμας που βρίσκονται στο ίδρυμα και εφόσον οι ίδιοι το επιθυμούν να συμμετάσχουν στη ερευνητική διαδικασία. Η κυρία Κουρκούλη θα πραγματοποιήσει ερευνητική εργασία με θέμα :

« Η επίδραση της μονοκοθρησκείας σε ασθενείς με άνοια και ο ρόλος της στην αποκατάσταση».

Η ερευνητική εργασία διεξάγεται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Επιστήμες Αποκατάστασης» του Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας και υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Δρ Μπακάλη Νικόλαου. Η διαδικασία θα είναι εθελοντική με στοιχεία ανωνυμίας και θα πραγματοποιηθεί σε συνεννόηση με το προσωπικό.

Εκ της διαθεσίμου
ΑΡΗΣ ΚΡΑΤΖΟΓΙΑΣ



Παράρτημα: V

	Κλασσική μουσική	Παραδοσιακή μουσική	Λαϊκή μουσική
Μουσικό μέτρο-Ρυθμός	Κανονικός ρυθμός (συγκεκριμένοι ρυθμοί)	Δίσσημα, τρίσημα, τετράσημα, συρτός, τσάμικος, μπάλος, σούστα, συγκαθιστός	Ζείμπέκικο 9/8 και πολλά κοινά με το δημοτικό τραγούδι
Αρμονία	Ειδικοί κανόνες αρμονίας	Βασικές δίφθογγες (1η-5η) & τρίφθογγες (μείζονες & ελάσσονες) συγχορδίες	Μείζονες, ελάσσονες συγχορδίες & συγχορδίες με 7η μικρή ή ελαττωμένη (Diminuita)
Μελωδία-Ποιητικό μέτρο	30 πλήκτρα (30 διατονικές κλίμακες = 15 μεγάλες κλίμακες + 15 δευτερεύουσες κλίμακες)	Κυρίως Ιαμβικός 15σύλλαβος/ Ιαμβικός 12σύλλαβος/Τροχαϊκός – Απουσία ρίμας	Ποικίλα/Ρίμα
Τρόποι	Διαθωνική κλίμακα	Κοινοί με αυτούς της Βυζαντινής (οκτώ ήχοι)	Οι 2 ευρωπαϊκοί τρόποι (μείζονας, ελάσσονας) & ποικίλοι δρόμοι (Χιτζάζ, Ουσάκ κ.λπ.)
Οργανική συνοδεία	Πιάνο, βιολί, τσέλο, φλάουτο	Ζυγίες (ζουρνάς με νταούλι, γκάιντα ή φλογέρα με νταούλι, βιολί ή λύρα με λαούτο) Κομπανίες(κλαρίνο - βιολί - λαούτο – κιθάρα – ντέφι – τουμπερλέκι/σαντούρι – βιολί – λαούτο ή λαϊκή κιθάρα – τουμπερλέκι)	Μπουζούκι – μπαγλαμάς – τζουράς–κιθάρα-ακορντεόν-πιάνο-κόντρα μπάσο-κλαρίνο-βιολί-φλάουτο-κορνέτα-ντραμς κ.λπ.

