**Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**

**Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας**

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

«ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ, ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ»

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

# «Μετατραυματική ανάπτυξη σε φροντιστές ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος»

# «Post-Traumatic Growth in caregivers of individuals with psychotic spectrum disorders»

Εκπόνηση: Γκιόνης Ιωάννης,

Αριθμός Μητρώου: ΜΥΧ34

Επιβλέπουσα: Καλαϊτζάκη Αργυρούλα,

Αν. Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

Ηράκλειο, 2025

*Copyright@ 2025 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο (ΕΛΜΕΠΑ) https://sw.hmu.gr Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Μ.Δ.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Γκιόνη Ιωάννη συγγραφέα, της Καλαϊτζάκη Αργυρούλας επιβλέπουσας καθηγήτριας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, ΕΛΜΕΠΑ και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).*

*Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας:*

*Ο Γκιόνης Ιωάννης υπογράφων φοιτητής του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού «Διεπιστημονική Διαχείριση των Χρόνιων Νοσημάτων, της Αναπηρίας και της Γήρανσης - MSc in Interdisciplinary Management of Chronic Diseases, Disability and Ageing» του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με τίτλο: «Μετατραυματική Ανάπτυξη σε φροντιστές ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος» είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε άλλο Ίδρυμα ή Οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.*

*(Υπογραφή)*

*Γκιόνης Ιωάννης*

*Αφιερώνω αυτήν την εργασία*

*στην μητέρα μου*

## *Ευχαριστίες*

*Αφού ολοκληρώθηκε αυτό το ακαδημαϊκό ταξίδι ήρθε η σειρά μου να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που ήταν συνοδοιπόροι μου. Αρχίζω με την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, την κα Καλαϊτζάκη Αργυρούλα, η οποία εμπιστεύτηκε να μου δώσει την ευθύνη αυτής της μελέτης. Καθ' όλη την διαδρομή ήταν καθοδηγητική και η βοήθειά της ουσιαστική.*

*Συνεχίζοντας ευχαριστώ όλους και όλες τους συμμετέχοντες/ουσες που παρά την οδύνη και τον πόνο που βίωναν ήταν πρόθυμοι/ες να συμβάλλουν σε αυτήν την μελέτη. Επίσης, εκτιμώ και εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου σε όλα τα άτομα που συνεργάστηκα για να βγει αυτό το αποτέλεσμα.*

*Τέλος, ευχαριστώ τους/τις φίλους/ες μου και την οικογένειά μου που στάθηκαν δίπλα μου και ανέχτηκαν την γκρίνια μου σε αυτό το ταξίδι, τους ανθρώπους που πίστεψαν και συνεχίζουν να ελπίζουν σε μένα και είναι οι λόγοι που χαμογελώ.*

# Περίληψη

Οι φροντιστές/τριες ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος αντιμετωπίζουν σημαντικές συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές προκλήσεις. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η αντιμετώπιση τέτοιων σοβαρών αντιξοοτήτων μπορεί επίσης να οδηγήσει σε θετικές ψυχολογικές αλλαγές, ένα φαινόμενο γνωστό ως Μετατραυματική Ανάπτυξη (ΜΑ). Αυτή η πιλοτική μελέτη εξετάζει την παρουσία ΜΑ σε αυτούς τους/τις φροντιστές/τριες μετά το στρεσογόνο γεγονός της ακούσιας νοσηλείας του ασθενούς.

Διεξήχθη μια πιλοτική συγχρονική μελέτη με δείγμα 15 κύριων φροντιστών/τριών ασθενών που νοσηλεύτηκαν ακούσια στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου στην Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς μετά την έξοδο του/της ασθενούς από το νοσοκομείο. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε το Post-Traumatic Growth Inventory – Short Form (PTGI-SF), το Psychological Capital (PsyCap), το Brief COPE και το Zarit Burden (ZBI). Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφική στατιστική ανάλυση και συντελεστές συσχέτισης Pearson.

Το δείγμα έδειξε μέτρια έως υψηλά επίπεδα Μετατραυματικής Ανάπτυξης (μέση βαθμολογία PTGI-SF = 30,33). Η υποκλίμακα ΜΑ με την υψηλότερη βαθμολογία ήταν η «Εκτίμηση της Ζωής». Βρέθηκε μια ισχυρή και στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ΜΑ και της στρατηγικής αντιμετώπισης της γνωστικής αναδιαμόρφωσης ($r = 0,750$, $p<0,01$), η οποία περιλαμβάνει την θετική αναδιαμόρφωση, την αποδοχή και την στροφή προς τη θρησκεία. Η ΜΑ είχε επίσης θετική συσχέτιση με το Ψυχολογικό Κεφάλαιο (PsyCap), ειδικά με τις υποκλίμακες της ελπίδας ($r = 0,568$, $p<0,05$) και της αισιοδοξίας ($r = 0,617$, $p<0,05$). Παρατηρήθηκε μια θετική, αλλά μη σημαντική, σχέση μεταξύ του φορτίου των φροντιστών (ZBI) και της PTG ($r = 0,399$, $p>0,05$).

Παρά τις δυσκολίες, οι φροντιστές ατόμων με ψύχωση μπορούν να βιώσουν σημαντική προσωπική ανάπτυξη μετά από μια κρίση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν έντονα το θεωρητικό μοντέλο της ΜΑ, δείχνοντας ότι οι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ιδιαίτερα η γνωστική αναδιαμόρφωση (cognitive reframing), και μια θετική ψυχολογική κατάσταση είναι απαραίτητες για την ενεργοποίηση αυτής της θετικής αλλαγής. Αυτή η πιλοτική μελέτη προσφέρει πολύτιμες πρώιμες πληροφορίες και τονίζει την ανάγκη για μεγαλύτερη, μακροπρόθεσμη έρευνα για την περαιτέρω διερεύνηση των αιτιωδών σχέσεων και τη δημιουργία στοχευμένων παρεμβάσεων για την υποστήριξη της ανάπτυξης των φροντιστών.



Λέξεις-κλειδιά: Μετατραυματική ανάπτυξη, φροντιστές, διαταραχές ψυχωσικού φάσματος, ακούσια νοσηλεία, γνωστική αναδιαμόρφωση, ψυχολογικό κεφάλαιο, στρατηγικές αντιμετώπισης.

# Abstract

Caregivers of individuals with psychotic spectrum disorders face significant emotional, physical, and social challenges. However, recent research indicates that dealing with adversity can also lead to positive psychological changes, a phenomenon known as Post-Traumatic Growth (PTG). This pilot study examines PTG in caregivers after the stressful event of the patient's involuntary hospitalization.

A pilot, cross-sectional study was carried out with a sample of 15 primary caregivers of patients with psychotic spectrum disorders involuntarily admitted to the Psychiatric Clinic of the University General Hospital of Heraklion, Greece. Participants filled out a self-report questionnaire after the patient's discharge. Measures included the Post-Traumatic Growth Inventory-Short Form (PTGI-SF), the Psychological Capital Questionnaire (PsyCap), the Brief COPE inventory, and the Zarit Burden Interview (ZBI). Data was analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficients.

The caregivers showed moderate to high levels of PTG ($M = 30.33$). The PTG domain with the highest score was "Appreciation of Life." A strong and statistically significant positive correlation was found between PTG and the cognitive reframing coping strategy ($r = 0.750$, $p<0.01$), which includes positive reframing, acceptance, and turning to religion. PTG also had a positive correlation with Psychological Capital (PsyCap), especially the subscales of hope ($r = 0.568$, $p<0,05$) and optimism ($r = 0.617$, $p<0.05$). A positive, but not significant, relationship was also found between caregiver burden (ZBI) and PTG ($r = 0.399$, $p>0.05$).

Despite the difficulties, caregivers of individuals with psychosis can experience considerable personal growth after a crisis. The findings strongly support the theoretical model of PTG, showing that effective coping strategies, particularly cognitive reframing, and a positive psychological state are essential for triggering this positive change. This pilot study offers valuable insights and emphasizes the need for long-term research to further investigate causal relationships and create targeted interventions to support caregiver growth.



Keywords: Post-Traumatic Growth, caregivers, psychotic spectrum disorders, involuntary hospitalization, cognitive reframing, psychological capital, coping strategies.

# Πίνακας περιεχομένων

**Περίληψη** ..... 6

**1. Εισαγωγή** ..... 9

**1.1 Διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος** ..... 10

**1.2 Η έννοια του φροντιστή** ..... 14

**1.3 Μετατραυματική Ανάπτυξη** ..... 17

**2. Μεθοδολογία** ..... 24

**2.1 Ερευνητική μέθοδος - Δείγμα** ..... 24

**2.2 Εργαλεία αξιολόγησης** ..... 24

**2.3 Ανάλυση δεδομένων** ..... 26

**2.4 Ηθικά ζητήματα** ..... 26

**3. Αποτελέσματα** ..... 28

**3.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος** ..... 28

**3.2 Περιγραφική στατιστική για τις κλίμακες** ..... 29

**3.3 Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των Κλιμάκων** ..... 32

**4. Συζήτηση** ..... 34

**5. Συμπεράσματα** ..... 36

**5.1 Περιορισμοί της πιλοτικής μελέτης** ..... 37

**5.2 Πλεονεκτήματα της πιλοτικής μελέτης** ..... 38

**5.3 Συστάσεις για μελλοντική έρευνα** ..... 38

**Βιβλιογραφία** ..... 40

**Παραρτήματα** ..... 46

# 1. Εισαγωγή

Πριν από το 1980, ο όρος «ψύχωση» περιέγραφε γενικά τη διαταραγμένη ψυχική λειτουργία που παρεμπόδιζε την καθημερινή ζωή (Lieberman & First, 2018). Το DSM-III (1980), εστίασε σε σοβαρές διαταραχές στον έλεγχο της πραγματικότητας. Το DSM-IV (1994) βελτίωσε τον ορισμό, δίνοντας έμφαση σε συμπτώματα όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις και οι αποδιοργανωμένες σκέψεις. Το DSM-5 ορίζει περαιτέρω τις ψυχωσικές διαταραχές με κλινικά σύνδρομα, κατηγοριοποιημένα με βάση τη διάρκεια των συμπτωμάτων, το προφίλ, τα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης και τα αίτια (Heckers et al., 2013).

Τα ψυχωτικά επεισόδια μπορεί να είναι τραυματικά για τους ασθενείς, προκαλώντας σημαντική δυσφορία. Μελέτες δείχνουν ότι η μετατραυματική δυσφορία μπορεί να προκύψει από τέτοια επεισόδια, με περίπου τα μισά άτομα με ψυχωσικές διαταραχές να εμφανίζουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες και το ένα τρίτο να διαγιγνώσκεται με μετατραυματικό στρες μετά την πρώτη νοσηλεία τους (Rodrigues & Anderson, 2017).

Η διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων της ζωής και των τραυματικών εμπειριών μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα. Η θεωρία της μετατραυματικής ανάπτυξης (ΜΑ) υποδηλώνει ότι τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν νέες προοπτικές, ικανότητες και μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής μετά το τραύμα (Tedeschi & Calhoun, 1996). Μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, όπως η ψύχωση, αναφέρουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα PTG, συγκρίσιμα με τους επιζώντες φυσικών καταστροφών ή τους καρκινοπαθείς (Mazor et al., 2016). Περαιτέρω έρευνες διαπίστωσαν ότι οι θετικές αλλαγές μετά από ένα πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο περιλαμβάνουν βελτιώσεις στη λειτουργικότητα, διόρθωση των λαθών του παρελθόντος, επανασύνδεση με ξεχασμένες πτυχές της ζωής και αυξημένη πνευματικότητα (Jordan et al., 2019). Το μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης προτείνει πέντε βασικούς τομείς προσωπικής ανάπτυξης: (1) αυτοεκτίμηση, (2) βελτιωμένες σχέσεις, (3) προσωπική δύναμη, (4) καλύτερη αυτοδιαχείρηση και (5) πνευματική δέσμευση (Tedeschi & Calhoun, 2004b).

Οι φροντιστές ατόμων με διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος μπορούν να βιώσουν ΜΑ. Μια συστηματική ανασκόπηση διαπίστωσε ότι τόσο οι ασθενείς όσο και τα δίκτυα υποστήριξής τους συχνά υφίστανται θετικές αλλαγές στους προσωπικούς, διαπροσωπικούς και πνευματικούς τομείς μετά από ένα πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο (Jordan et al., 2018). Οι Allman et al. (2018) σημείωσαν ότι οι ψυχωτικοί ασθενείς συνέβαλαν σημαντικά στην ΜΑ των φροντιστών τους, μεταβάλλοντας τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές αντιλαμβάνονται τόσο τους ασθενείς όσο και τους εαυτούς τους. Έρευνες σχετικά με την ΜΑ σε φροντιστές ασθενών με σχιζοφρένεια υπέδειξαν ότι η αυτονομία, η

αυτοαποτελεσματικότητα και οι δυνατότητες του ασθενούς επηρέασαν θετικά την Μετατραυματική Ανάπτυξη (Ezerbolat Özateş et al., 2022). Άλλες μελέτες υπογράμμισαν τη σημασία των οικογενειακών δεσμών, του σαφούς αισθήματος ευθύνης, της κατανόησης της ασθένειας και της κοινωνικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση και την ανάπτυξη (Kearney et al., 2024; Morton et al., 2015; Wu et al., 2021). Παράγοντες όπως η εξωστρέφεια, το άνοιγμα και η θετική διάθεση συσχετίστηκαν επίσης με την ΜΑ, όπως και οι στρατηγικές αντιμετώπισης και η θρησκευτικότητα (Balaban et al., 2017; Morton et al., 2015).

Όσον αφορά στον χρόνο που χρειάζεται η Μετατραυματική Ανάπτυξη (ΜΑ) να εμφανιστεί στους φροντιστές, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στη βιβλιογραφία, καθώς όλες οι μελέτες είναι συγχρονικές και δεν κάνουν αναφορά στο ακριβές χρονικό σημείο αξιολόγησής της. Όσον αφορά στους ασθενείς, δεν υπάρχει συμφωνία στη βιβλιογραφία. Μελέτη έδειξε ότι η περίοδος των 6 μηνών μετά το τραύμα είναι ένα όριο, κάτω από το οποίο, η ΜΑ είναι υψηλότερη σε σύγκριση με την ΜΑ μετά τους 6 μήνες (Fu et al., 2022). Ωστόσο, η Μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να συμβεί πιο γρήγορα, επηρεαζόμενη από παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη και η αντιμετώπιση του στίγματος (Wellington et al., 2023).

Στόχοι του θεωρητικού μέρους της εργασίας είναι να αναπτυχθούν βιβλιογραφικά οι διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος, ο ρόλος και ο προκλήσεις που έρχονται να αντιμετωπίσουν οι φροντιστές όταν τις συναντούν, να αναλυθεί η έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης υποστηρίζοντας την κυρίαρχη θεωρία των Tedeschi & Calhoun και πως αυτή εμφανίζεται στους φροντιστές και να αναφερθούν οι παράγοντες που ενισχύουν την μετατραυματική ανάπτυξη των φροντιστών, δηλαδή οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική ενδυνάμωση και πνευματικότητα.

## 1.1 Διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος

Οι διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος περιλαμβάνουν ένα φάσμα ψυχικών ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες στον έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους πέντε τομείς: παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη σκέψη (ομιλία), έντονα αποδιοργανωμένη ή μη φυσιολογική κινητική συμπεριφορά (συμπεριλαμβανομένης της κατατονίας) και αρνητικά συμπτώματα (American Psychiatric Association, 2022). Ο όρος «ψύχωση» προέρχεται από την ελληνική γλώσσα και χρησιμοποιούταν για την ανώμαλη κατάσταση του, παρόλα αυτά έχει εξελιχθεί σημαντικά στην κλινική ιατρική με την πάροδο του χρόνου. Αρχικά, η ψύχωση χρησιμοποιήθηκε ευρέως για να περιγράψει άτομα των οποίων οι ψυχικές ασθένειες παρεμπόδιζαν την καθημερινή τους λειτουργικότητα. Ωστόσο, με τη δημοσίευση της τρίτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-III) το 1980, η ψύχωση επαναπροσδιορίστηκε ως μια

κατάσταση που χαρακτηρίζεται από βαθιές διαταραχές στον έλεγχο της πραγματικότητας (Lieberman & First, 2018). Μεταγενέστερες επικαιροποιήσεις, συμπεριλαμβανομένου του DSM-5, βελτίωσαν περαιτέρω την ταξινόμηση των ψυχωσικών διαταραχών, δίνοντας έμφαση στη διάρκεια, τη συμπτωματολογία και τα υποκείμενα αίτια αυτών των καταστάσεων (Heckers et al., 2013).

Η αιτιολογία των ψυχωσικών διαταραχών είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει γενετικούς, νευροβιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μελέτες υποδεικνύουν ότι η γενετική προδιάθεση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, ιδίως στη σχιζοφρένεια και τη σχιζοαπορροφητική διαταραχή, όπου το οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο (Giulio, 2020). Νευροχημικά, η δυσλειτουργία της ντοπαμίνης έχει εμπλακεί έντονα στην παθογένεια της ψύχωσης, με την υπερδραστηριότητα στη μεσολομυϊκή οδό να συμβάλλει σε θετικά συμπτώματα όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες (Pagsberg, 2013).

Πέρα από τη νευροβιολογία, οι περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες, όπως το παιδικό τραύμα, η αστική ανατροφή και η κοινωνική απομόνωση, συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση ψυχωσικών διαταραχών. Οι ψυχολογικές θεωρίες αναδεικνύουν το ρόλο των γνωστικών προκαταλήψεων, όπως η μειωμένη εξέταση της πραγματικότητας και οι αποδιδόμενες στρεβλώσεις, στη διατήρηση των ψυχωσικών συμπτωμάτων (Biedermann & Fleischhacker, 2016). Η αλληλεπίδραση μεταξύ της βιολογικής ευπάθειας και του περιβαλλοντικού στρες αποτελεί τη βάση του μοντέλου στρες-ευπάθειας, το οποίο είναι ευρέως αποδεκτό στην έρευνα για την ψύχωση.

**Ταξινόμηση των διαταραχών του ψυχωσικού φάσματος**

Το DSM-5 οργανώνει τις διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος με βάση κλινικά σύνδρομα και όχι διακριτές ασθένειες, διακρίνοντάς τες με βάση παράγοντες όπως η διάρκεια των συμπτωμάτων και η σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης. Οι πρωταρχικές κατηγορίες ψυχωτικών διαταραχών περιλαμβάνουν τη σχιζοφρένεια, τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, τη βραχεία ψυχωτική διαταραχή, την παραληρητική διαταραχή, την ψύχωση που προκαλείται από ουσίες και τις ψυχωτικές διαταραχές που οφείλονται σε ιατρικές καταστάσεις (Lieberman & First, 2018). Επίσης, στο DSM-5 συμπεριλαμβάνονται στις διαταραχές ψυχωσικού φάσματος η Διπολική και συναφείς διαταραχές (American Psychiatric Association, 2022). Κάθε μία από αυτές τις διαταραχές παρουσιάζει ένα μοναδικό προφίλ ψυχωτικών συμπτωμάτων και υποκείμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

***Σχιζοφρένεια***

Η σχιζοφρένεια είναι μία από τις πιο σοβαρές ψυχωσικές διαταραχές, που χαρακτηρίζεται από επίμονα ψυχωσικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη ομιλία και

γνωστικές διαταραχές. Η διαταραχή εκδηλώνεται συνήθως στα τέλη της εφηβείας ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και ακολουθεί χρόνια, αναπηρική πορεία. Το DSM-5 εξάλειψε τους υπότυπους της σχιζοφρένειας που υπήρχαν στις προηγούμενες εκδόσεις, επιλέγοντας μια διαστασιοποιημένη προσέγγιση που αξιολογεί τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων σε διάφορους τομείς (Pagsberg, 2013). Οι νευροβιολογικές έρευνες εμπλέκουν τη δυσλειτουργία της ντοπαμίνης και τις δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου ως βασικούς παράγοντες στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας (Giulio, 2020).

***Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή***

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κατέχει μια ενδιάμεση θέση μεταξύ της σχιζοφρένειας και των διαταραχών της διάθεσης, καθώς παρουσιάζει τόσο ψυχωσικά συμπτώματα όσο και διαταραχές της διάθεσης. Τα άτομα με αυτή την πάθηση εμφανίζουν ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες παράλληλα με μανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια. Το DSM-5 αναθεώρησε τα διαγνωστικά του κριτήρια για να τονίσει ότι τα ψυχωσικά συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται ανεξάρτητα από τα επεισόδια διάθεσης για σημαντική διάρκεια ώστε να πληρούν τις προϋποθέσεις για τη διάγνωση αυτή (Biedermann & Fleischhacker, 2016). Αυτή η αλλαγή ενισχύει τη διαγνωστική εξειδίκευση και διαφοροποιεί τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή από τις διαταραχές της διάθεσης με ψυχωσικά χαρακτηριστικά.

***Βραχεία ψυχωτική διαταραχή***

Η βραχεία ψυχωτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή αποδιοργανωμένη ομιλία, που διαρκούν τουλάχιστον μία ημέρα αλλά υποχωρούν εντός ενός μηνός. Η διαταραχή αυτή συχνά πυροδοτείται από σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες ή τραύματα και έχει σχετικά ευνοϊκή πρόγνωση σε σύγκριση με τις χρόνιες ψυχωσικές καταστάσεις (Lieberman & First, 2018). Η έγκαιρη παρέμβαση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη της εξέλιξης σε πιο σοβαρές ψυχωσικές διαταραχές.

***Παραληρητική διαταραχή***

Η παραληρητική διαταραχή ορίζεται από την παρουσία επίμονων, μη παραληρητικών ψευδαισθήσεων χωρίς τις εμφανείς αυταπάτες ή τον αποδιοργανωμένο λόγο που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια. Τα άτομα με αυτή την κατάσταση διατηρούν σχετικά ανέπαφες γνωστικές και λειτουργικές ικανότητες εκτός από τις παραληρηματικές τους πεποιθήσεις. Οι παραισθήσεις μπορεί να είναι διαφόρων τύπων, συμπεριλαμβανομένων των καταδιωκτικών, των μεγαλειωδών ή των σωματικών (Giulio, 2020). Σε αντίθεση με άλλες ψυχωσικές διαταραχές, η παραληρητική διαταραχή δεν επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή λειτουργικότητα εκτός του πεδίου της παραίσθησης.

### *Ψυχωτική διαταραχή που προκαλείται από ουσίες*

Η ψυχωτική διαταραχή που προκαλείται από ουσίες προκύπτει από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως διεγερτικά, παραισθησιογόνα ή αλκοόλ. Τα συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών, συνήθως υποχωρούν μόλις η ουσία απομακρυνθεί από τον οργανισμό (Heckers et al., 2013). Η χρόνια χρήση ουσιών μπορεί, ωστόσο, να οδηγήσει σε επίμονα ψυχωτικά συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα των πρωτοπαθών ψυχωτικών διαταραχών, περιπλέκοντας τη διάγνωση και τη θεραπεία.

### *Ψυχωτική διαταραχή λόγω ιατρικής πάθησης*

Ορισμένες ιατρικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των νευρολογικών διαταραχών, των αυτοάνοσων νοσημάτων και των μεταβολικών ανισορροπιών, μπορούν να προκαλέσουν ψυχωτικά συμπτώματα. Καταστάσεις όπως η επιληψία, η άνοια και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος έχουν συσχετιστεί με ψύχωση, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διεξοδική ιατρική αξιολόγηση για τον προσδιορισμό της υποκείμενης αιτίας (Lieberman & First, 2018). Η θεραπεία της πρωτοπαθούς ιατρικής πάθησης συχνά ανακουφίζει τα ψυχωτικά συμπτώματα σε αυτές τις περιπτώσεις.

### *Διπολική διαταραχή και συναφείς διαταραχές*

Η διπολική διαταραχή και άλλες συναφείς διαταραχές τοποθετούνται μεταξύ των κεφαλαίων για τη σχιζοφρένεια, τις καταθλιπτικές διαταραχές και άλλες ψυχωτικές διαταραχές στο DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022). Αυτό αντικατοπτρίζει τον ρόλο τους ως γέφυρα μεταξύ αυτών των διαγνωστικών κατηγοριών, λαμβάνοντας υπόψη τις ομοιότητες στα συμπτώματα και τη γενετική. Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται σε αυτή την ενότητα είναι η διπολική διαταραχή I και II, η κυκλοθυμική διαταραχή, διαταραχές που προκαλούνται από ουσίες/φάρμακα, λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης, αλλες συγκεκριμένες διαταραχές και απροσδιόριστες διαταραχές. Η διπολική διαταραχή I σχετίζεται με τη μανιοκαταθλιπτική νόσο και τη συναισθηματική ψύχωση, ενώ η διπολική διαταραχή II περιλαμβάνει καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια. Η κυκλοθυμική διαταραχή περιλαμβάνει εναλλαγή υπομανιακών και καταθλιπτικών περιόδων.

Οι διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος αντιπροσωπεύουν μια διαφορετική ομάδα παθήσεων που επηρεάζουν βαθιά τη νόηση, την αντίληψη και την καθημερινή λειτουργικότητα. Οι εξελίξεις στα διαγνωστικά κριτήρια, ιδίως στο DSM-5, έχουν βελτιώσει την ταξινόμηση και την κατανόηση αυτών των διαταραχών. Ενώ η σχιζοφρένεια παραμένει η πρωτότυπη ψυχωτική διαταραχή, άλλες καταστάσεις, όπως η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η παραληρητική διαταραχή και η ψύχωση που

προκαλείται από ουσίες, παρουσιάζουν διακριτά χαρακτηριστικά που απαιτούν προσαρμοσμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

## 1.2 Η έννοια του φροντιστή

Η φροντίδα είναι μια θεμελιώδης κοινωνική λειτουργία που επηρεάζει σημαντικά τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινωνίες. Η έννοια της φροντίδας περιλαμβάνει τόσο την τυπική όσο και την άτυπη φροντίδα, η καθεμία με ξεχωριστά χαρακτηριστικά και επιπτώσεις (Li & Song, 2019). Ενώ οι επαγγελματίες φροντιστές προσφέρουν δομημένες υπηρεσίες σε ιδρύματα, οι άτυποι φροντιστές - συχνά μέλη της οικογένειας- παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη στο σπίτι, καλύπτοντας τις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες των αγαπημένων τους προσώπων (Van Esterik, 1995). Αυτό το κεφάλαιο διερευνά την έννοια της φροντίδας, τις προκλήσεις της και τις ευρύτερες επιπτώσεις της στα κοινωνικά συστήματα και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Η φροντίδα εκτείνεται πέρα από την απλή παροχή βοήθειας σε ασθενείς και περιλαμβάνει μια δυναμική σχέση μεταξύ φροντιστών και ληπτών φροντίδας, η οποία διαμορφώνεται από πολιτιστικούς, οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (Van Esterik, 1995). Η φροντίδα δεν είναι απλώς ένα καθήκον, αλλά μια σύνθετη αλληλεπίδραση που προάγει τους συναισθηματικούς δεσμούς, την προσωπική ανάπτυξη και την κοινωνική συνοχή. Ωστόσο, οι φροντιστές, ιδίως οι άτυποι, συχνά λαμβάνουν περιορισμένη αναγνώριση παρά τη ζωτική τους συμβολή (Wood, 1991). Η διαδικασία της φροντίδας περιλαμβάνει ποικίλες ευθύνες, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής φροντίδας, της συναισθηματικής υποστήριξης και της διαχείρισης του νοικοκυριού.

Σύμφωνα με τον Wood (1991) η φροντίδα ορίζεται από ένα συνεχές φάσμα δραστηριοτήτων φροντίδας που κυμαίνεται από τη βασική βοήθεια στην καθημερινή ζωή έως τις πολύπλοκες ιατρικές παρεμβάσεις. Το επίπεδο της απαιτούμενης φροντίδας εξαρτάται από την κατάσταση του λήπτη, είτε πρόκειται για εκφυλισμό που σχετίζεται με την ηλικία, είτε για χρόνια ασθένεια, είτε για διαταραχές της ψυχικής υγείας. Αυτή η μεταβλητότητα αναδεικνύει την προσαρμοστικότητα των φροντιστών, οι οποίοι πρέπει να προσαρμόζονται συνεχώς στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και συνθήκες.

Η Lindgren (1993) περιγράφει τη φροντίδα ως "καριέρα", τονίζοντας τον μακροπρόθεσμο και εξελισσόμενο χαρακτήρα της. Η φροντίδα δεν είναι ένας στατικός ρόλος, αλλά ένας ρόλος που υφίσταται διάφορα στάδια, από την αρχική εμπλοκή έως την πλήρη δέσμευση. Οι φροντιστές, ιδιαίτερα εκείνοι που φροντίζουν άτομα με χρόνιες ασθένειες, βιώνουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους, δίνοντας συχνά προτεραιότητα στα καθήκοντα φροντίδας έναντι των προσωπικών και επαγγελματικών τους φιλοδοξιών. Η μέση περίοδος φροντίδας κυμαίνεται από 2,8 έως 7,4 έτη, υπογραμμίζοντας τη συνεχή δέσμευση που απαιτείται (Lindgren, 1993).

**Τυπική και άτυπη φροντίδα**

Η φροντίδα μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τυπική και άτυπη φροντίδα. Η επίσημη φροντίδα παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες σε περιβάλλοντα όπως νοσοκομεία, γηροκομεία και γραφεία κατ' οίκον φροντίδας. Αυτός ο τύπος φροντίδας είναι συνήθως ρυθμιζόμενος και περιλαμβάνει δομημένες παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του λήπτη (Li & Song, 2019). Πολλές ανεπτυγμένες χώρες ενσωματώνουν την επίσημη φροντίδα στις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας την παροχή υπηρεσιών μέσω κρατικών και ιδιωτικών ιδρυμάτων.

Αντίθετα, η άτυπη φροντίδα βασίζεται κυρίως στην οικογένεια και πραγματοποιείται χωρίς οικονομική αποζημίωση. Μέλη της οικογένειας, φίλοι ή εθελοντές της κοινότητας αναλαμβάνουν αυτόν τον ρόλο, συχνά με περιορισμένη εξωτερική υποστήριξη. Η άτυπη φροντίδα διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη φροντίδα των ηλικιωμένων, ιδίως σε κοινωνίες όπου οι πολιτισμικές αξίες δίνουν έμφαση στην οικογενειακή ευθύνη (Li & Song, 2019). Ωστόσο, η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών είναι σημαντική, επηρεάζοντας τη σωματική και συναισθηματική τους ευεξία (Schumacher et al., 2006).

**Συνέπειες της φροντίδας**

Οι συναισθηματικές πτυχές της φροντίδας είναι βαθιές, διαμορφώνοντας τις εμπειρίες τόσο του φροντιστή όσο και του λήπτη. Ενώ η φροντίδα μπορεί να προωθήσει βαθιές συναισθηματικές συνδέσεις και μια αίσθηση πληρότητας, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε συναισθηματική εξάντληση και κοινωνική απομόνωση (Rhoades & McFarland, 1999). Οι φροντιστές συχνά παλεύουν με συναισθήματα αδυναμίας, ιδίως όταν αντιμετωπίζουν μη αναστρέψιμες καταστάσεις όπως η άνοια ή οι ανίατες ασθένειες.

Οι φροντιστές συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες λόγω της απαιτητικής φύσης του ρόλου τους, ο οποίος περιλαμβάνει τη βοήθεια ατόμων με κινητικά προβλήματα, τη χορήγηση φαρμάκων και τη διαχείριση ιατρικών ραντεβού (Schumacher et al., 2006). Οι φροντιστές ασθενών με χρόνιες ασθένειες, ειδικότερα, αντιμετωπίζουν σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις. Σωματικά, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για χρόνια κόπωση, διαταραχές του ύπνου και εξασθενημένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ ορισμένες μελέτες συνδέουν τη φροντίδα με αυξημένο επιπολασμό της υπέρτασης και των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Pinquart & Sörensen, 2003). Συναισθηματικά, οι φροντιστές αναφέρουν συχνά υψηλά επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση και μειωμένη ποιότητα ζωής (Adelman et al., 2014). Σε κοινωνικό επίπεδο, οι απαιτήσεις της φροντίδας συχνά οδηγούν σε

απομόνωση, καθώς οι φροντιστές μπορεί να έχουν λιγότερο χρόνο για κοινωνικές δραστηριότητες και διατήρηση σχέσεων, καλλιεργώντας αισθήματα μοναξιάς (Bom et al., 2018). Από οικονομικής άποψης, οι φροντιστές μπορεί να βιώσουν πιέσεις λόγω μειωμένων ωρών εργασίας, απώλειας εργασίας ή εξόδων ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας από την τσέπη τους, συμβάλλοντας σε μακροχρόνια οικονομική ανασφάλεια (Schulz & Sherwood, 2008).

Παρά τις προκλήσεις αυτές, η φροντίδα μπορεί να έχει και θετικές συνέπειες. Πολλοί φροντιστές αναφέρουν μια αίσθηση σκοπού, προσωπικής ανάπτυξης και ενισχυμένες σχέσεις με τον αποδέκτη της φροντίδας, οι οποίες μπορούν να ενισχύσουν τη συναισθηματική ανθεκτικότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή (Bevans & Sternberg, 2012). Επιπλέον, η φροντίδα συχνά ενισχύει τους συναισθηματικούς δεσμούς και τις σχέσεις με τον αποδέκτη της φροντίδας, προωθώντας μια βαθύτερη αίσθηση σύνδεσης και ενσυναίσθησης (Pinquart & Sörensen, 2003). Ορισμένοι φροντιστές βιώνουν επίσης προσωπική ανάπτυξη, αποκτώντας νέες δεξιότητες, ανθεκτικότητα και μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή μέσα από το ταξίδι της φροντίδας (Adelman et al., 2014).

Επίσης, η φροντίδα είναι συχνά έμφυλη, με τις γυναίκες να αναλαμβάνουν δυσανάλογα το ρόλο της φροντίδας (Van Esterik, 1995). Τα πολιτισμικά πρότυπα και οι κοινωνικές προσδοκίες αναθέτουν μεγαλύτερες ευθύνες φροντίδας στις γυναίκες, περιπλέκοντας περαιτέρω την ικανότητά τους να εξισορροπούν την εργασία, την προσωπική ζωή και τα καθήκοντα φροντίδας. Αυτή η ανισότητα μεταξύ των δύο φύλων αναδεικνύει την ανάγκη για πολιτικές που παρέχουν ισότιμη υποστήριξη και αναγνώριση για όλους τους φροντιστές.

Παρόλο που η φροντίδα συνδέεται συνήθως με τους ενήλικες, τα παιδιά είναι επίσης φροντιστές σε πολλά νοικοκυριά. Σε διάφορες περιοχές, τα παιδιά αναλαμβάνουν ευθύνες φροντίδας για άρρωστους ή ηλικιωμένους συγγενείς, εκτελώντας καθήκοντα όπως η χορήγηση φαρμάκων, η προετοιμασία γευμάτων και η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης (Evans, 2014). Το φαινόμενο αυτό αμφισβητεί τις παραδοσιακές αντιλήψεις για την παιδική ηλικία ως περίοδο ανεμελιάς, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι οικογενειακές προσδοκίες επιβάλλουν πρώιμους ρόλους φροντίδας. Τέλος, το βάρος της φροντίδας συχνά παρεμβαίνει στην εκπαίδευση, περιορίζοντας τις ευκαιρίες των νεαρών φροντιστών για προσωπική ανάπτυξη (Evans, 2014).

**Στρατηγικές υποστήριξης των φροντιστών**

Η αυξανόμενη αναγνώριση του αντίκτυπου της φροντίδας έχει οδηγήσει σε συζητήσεις πολιτικής σχετικά με τον τρόπο υποστήριξης των φροντιστών. Οι κυβερνήσεις και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εφαρμόσουν μέτρα για την ανακούφιση των επιβαρύνσεων των φροντιστών,

όπως οικονομικές ενισχύσεις, πόροι ψυχικής υγείας και ευέλικτες πολιτικές στο χώρο εργασίας (Schumacher et al., 2006).

Οι οικογενειακοί φροντιστές, ειδικότερα, χρειάζονται δομημένη υποστήριξη για να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις ευθύνες τους. Πολλοί φροντιστές είναι απροετοίμαστοι για το ρόλο τους, καθώς στερούνται των ιατρικών γνώσεων και των μηχανισμών αντιμετώπισης που είναι απαραίτητοι για την αποτελεσματική φροντίδα (Rhoades & McFarland, 1999). Η παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η ενσωμάτωση των φροντιστών στο σχεδιασμό της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βελτιώσουν τόσο τα αποτελέσματα των φροντιστών όσο και των ασθενών.

Επιπλέον, οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού μπορούν να συμβάλουν στον αποστιγματισμό της φροντίδας και να ενθαρρύνουν την κοινή ευθύνη εντός των κοινοτήτων. Η αναγνώριση της φροντίδας ως ουσιαστικής κοινωνικής λειτουργίας και όχι ως ατομικής υποχρέωσης μπορεί να οδηγήσει σε συστημικές αλλαγές που ωφελούν τόσο τους φροντιστές όσο και τους λήπτες φροντίδας (Van Esterik, 1995).

Η φροντίδα είναι μια πολύπλευρη και ουσιαστική πτυχή της ανθρώπινης κοινωνίας, που περιλαμβάνει επίσημες και ανεπίσημες ρυθμίσεις φροντίδας που υποστηρίζουν τα άτομα που έχουν ανάγκη. Ενώ η φροντίδα προάγει βαθιές συνδέσεις και προσωπική ολοκλήρωση, θέτει επίσης σημαντικές σωματικές, συναισθηματικές και οικονομικές προκλήσεις. Η αναγνώριση της φροντίδας ως δομημένης σταδιοδρομίας, καθώς και ως πράξη οικογενειακού καθήκοντος, αναδεικνύει την ανάγκη για μεγαλύτερη θεσμική υποστήριξη και πολιτικές παρεμβάσεις. Η αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές -είτε ενήλικες, είτε παιδιά, είτε επαγγελματίες- απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που ενσωματώνει κοινωνικές, οικονομικές και ψυχολογικές εκτιμήσεις. Με την προώθηση ενός πιο υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους φροντιστές, η κοινωνία μπορεί να διασφαλίσει την ευημερία τόσο των φροντιστών όσο και των ατόμων που λαμβάνουν φροντίδα.

## 1.3 Μετατραυματική Ανάπτυξη

Η μετατραυματική ανάπτυξη (ΜΑ) είναι μια ψυχολογική έννοια που περιγράφει τις θετικές αλλαγές που βιώνουν τα άτομα ως αποτέλεσμα του αγώνα τους με ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες ζωής (Tedeschi & Calhoun, 2004a). Διαφέρει από την ανθεκτικότητα, καθώς η ανθεκτικότητα περιλαμβάνει την επιστροφή στην προ του τραύματος λειτουργικότητα, ενώ η ΜΑ σηματοδοτεί μια μετασχηματιστική αλλαγή στις προοπτικές, την προσωπική ταυτότητα και τη φιλοσοφία ζωής (Tedeschi & Calhoun, 1996). Τα τραυματικά γεγονότα συχνά συντρίβουν βασικές παραδοχές για τον κόσμο, απαιτώντας από

τα άτομα να ανακατασκευάσουν τις πεποιθήσεις, τους στόχους και το νόημα της ζωής τους (Jordan et al., 2017).

Το μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης προτείνει ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν αντιξοότητες μπορεί να βιώσουν ανάπτυξη σε πέντε βασικούς τομείς: (1) μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή, (2) βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, (3) αύξηση της προσωπικής δύναμης, (4) ανακάλυψη νέων δυνατοτήτων και (5) πνευματική ή υπαρξιακή ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 2004b). Αυτές οι διαστάσεις αποτελούν τη βάση του Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI), ενός εργαλείου που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ΜΑ σε διάφορους πληθυσμούς (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Η γνωστική αναδόμηση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην εμφάνιση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης. Ο σκόπιμος - ενεργός αναστοχασμός του τραυματικού γεγονότος και η προσπάθεια άντλησης νοήματος από αυτό επιτρέπει στα άτομα να αναδιαρθρώσουν τις σκέψεις τους και να ενσωματώσουν τις εμπειρίες τους σε μια αυτοαφήγηση (Henson et al., 2021). Η διαδικασία της δημιουργίας νοήματος είναι κεντρική στην ΜΑ, καθώς τα άτομα εμπλέκονται σε γνωστική αναδιάρθρωση για να προσαρμοστούν στην τροποποιημένη πραγματικότητά τους (Mazor et al., 2018).

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας διευκόλυνσης της Μετατραυματικής Ανάπτυξης. Η εμπλοκή σε ουσιαστικές συζητήσεις με άλλους, η λήψη επικύρωσης και η συμμετοχή σε υποστηρικτικές κοινότητες μπορούν να ενισχύσουν την πιθανότητα να βιώσουν ανάπτυξη μετά από τραύμα (Ng et al., 2021). Η πνευματικότητα και οι υπαρξιακές πεποιθήσεις επηρεάζουν περαιτέρω την ΜΑ, καθώς τα άτομα συχνά στρέφονται στην πίστη ή σε φιλοσοφικούς προβληματισμούς για να κατανοήσουν τον πόνο τους και να αντλήσουν προσωπική σημασία από τις εμπειρίες τους (Pietruch & Jobson, 2012).

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η Μετατραυματική Ανάπτυξη δεν ισοδυναμεί απαραίτητα με μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας. Έρευνα δείχνει ότι η ΜΑ και τα συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα, όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), μπορεί να συνυπάρχουν (Ng et al., 2021). Τα άτομα μπορεί να εξακολουθούν να βιώνουν συνεχή συναισθηματικό πόνο, ενώ ταυτόχρονα υφίστανται προσωπική ανάπτυξη και μετασχηματισμό (Lee et al., 2022). Η σχέση μεταξύ της ΜΑ και της ψυχολογικής δυσφορίας είναι πολύπλοκη και οι κλινικοί γιατροί πρέπει να αναγνωρίσουν ότι η ανάπτυξη δεν αποτελεί καθολικό αποτέλεσμα του τραύματος (Jordan et al., 2017).

Η μετατραυματική ανάπτυξη (ΜΑ) σε ασθενείς με διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος αναφέρεται στις θετικές ψυχολογικές αλλαγές που προκύπτουν από την αντιμετώπιση του τραύματος που σχετίζεται με την ψύχωση, παρά τις σοβαρές προκλήσεις των ψευδαισθήσεων, των παραληρητικών ιδεών και του στιγματισμού (Jordan et al., 2017; Lee et al., 2022). Ενώ τα ψυχωσικά επεισόδια μπορεί

να είναι βαθιά τραυματικά, οδηγώντας σε αποξένωση και συμπτώματα PTSD (Mapplebeck et al., 2015), ορισμένα άτομα αναφέρουν βελτιωμένη αυτοαντίληψη, ενσυναίσθηση και εκτίμηση της ζωής μέσω της δημιουργίας νοήματος, της αναδόμησης της ταυτότητας και των υποστηρικτικών σχέσεων (Mazor et al., 2018; Pietruch & Jobson, 2012). Θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία και οι αφηγηματικές προσεγγίσεις διευκολύνουν την ΜΑ βοηθώντας τους ασθενείς να αναπλαισιώσουν τις εμπειρίες τους και να τις ενσωματώσουν στην αυτοαντίληψή τους, ενώ η ομαδική θεραπεία προάγει τη σύνδεση και την αμοιβαία κατανόηση (Henson et al., 2021; Lee et al., 2022).

**Μ.Α στους φροντιστές ασθενών με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος**

Η εμπειρία της φροντίδας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο χρόνιων ασθενειών, είναι πολύπλευρη, περιλαμβάνοντας τόσο στρεσογόνους παράγοντες όσο και δυνατότητες προσωπικής ανάπτυξης, καθώς οι φροντιστές συχνά αντιμετωπίζουν παρατεταμένες περιόδους συναισθηματικής φόρτισης, σωματικής εξάντλησης και κοινωνικής απομόνωσης. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι αυτές οι προκλήσεις μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε Μετατραυματική Ανάπτυξη, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη προσωπική δύναμη, βελτιωμένες σχέσεις, μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή και πνευματική ανάπτυξη (Park & Helgeson, 2006).

Οι φροντιστές που παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα σε άτομα με χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος, οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, συχνά βιώνουν μια αρχική περίοδο άγχους, η οποία ακολουθείται από προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης που διευκολύνουν την ΜΑ (Kim et al., 2007). Οι φροντιστές ασθενών με καρκίνο βιώνουν συχνά τεράστιες συναισθηματικές, ψυχολογικές και σωματικές προκλήσεις. Ωστόσο, παρά τις δυσκολίες αυτές, πολλοί φροντιστές αναφέρουν ουσιαστική ανάπτυξη μέσα από το ταξίδι της φροντίδας (Cormio et al., 2014). Σύμφωνα με τους (Hefferon et al., 2009) πολλοί φροντιστές αναφέρουν μια αυξημένη αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, βελτιωμένες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και μια νεοαποκτηθείσα ανθεκτικότητα που τους επιτρέπει να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα το στρες με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, οι φροντιστές συχνά αναπτύσσουν μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή και μια βαθύτερη αίσθηση πνευματικότητας, η οποία συμβάλλει περαιτέρω στην ΜΑ (Cadell et al., 2003).

Οι φροντιστές ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές βιώνουν Μετατραυματική Ανάπτυξη, καθώς αναπτύσσουν ανθεκτικότητα και επαναπροσδιορίζουν τις εμπειρίες τους με θετικό τρόπο (Kulhara et al., 2012). Η έρευνα δείχνει ότι οι φροντιστές ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές συχνά υφίστανται αλλαγές στην ταυτότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το προσωπικό νόημα (Linley & Joseph, 2004). Πολλοί φροντιστές αναφέρουν μια αυξημένη αίσθηση υπομονής, συναισθηματικής αντοχής

και προσαρμοστικότητας καθώς μαθαίνουν να διαχειρίζονται τις πολυπλοκότητες των ψυχωσικών διαταραχών (Pakenham & Cox, 2009). Επιπλέον, οι φροντιστές συχνά αναπτύσσουν μια ισχυρότερη αίσθηση συνηγορίας, καθώς γίνονται ενεργά μέλη της θεραπείας και των δικτύων υποστήριξης του αγαπημένου τους προσώπου (Schulz & Sherwood, 2008). Αυτός ο ρόλος συνηγορίας όχι μόνο ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητά τους, αλλά συμβάλλει επίσης στην αίσθηση ολοκλήρωσης και ενδυνάμωσης, που αποτελούν βασικά συστατικά της ΜΑ (Prati & Pietrantoni, 2009).

Μια άλλη κρίσιμη πτυχή της Μετατραυματικής Ανάπτυξης στους φροντιστές ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές είναι η αλλαγή στην αντίληψη των προσωπικών τους αξιών και προτεραιοτήτων. Πολλοί φροντιστές βιώνουν μια αυξημένη εκτίμηση για τη σταθερότητα, τη ρουτίνα και τις συναισθηματικές συνδέσεις, γεγονός που οδηγεί σε ισχυρότερους οικογενειακούς δεσμούς και βελτιωμένες επικοινωνιακές δεξιότητες (Kulhara et al., 2012). Επιπλέον, οι φροντιστές συχνά αναφέρουν αυξημένη αίσθηση ευγνωμοσύνης και συνειδητοποίηση της παροδικής φύσης της ζωής, η οποία προάγει μια βαθύτερη εκτίμηση για τις θετικές εμπειρίες και τις στιγμές ξεκούρασης (Park & Helgeson, 2006).

Μια μελέτη των (Prasad et al., 2024) υπογραμμίζει ότι, παρά τη σημαντική συναισθηματική επιβάρυνση, οι φροντιστές ατόμων με σχιζοφρένεια αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ΜΑ όταν εμπλέκονται σε προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η θετική αναπλαισίωση και η επίλυση προβλημάτων. Αυτό υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις ενίσχυσης της ανθεκτικότητας μπορούν να ενισχύσουν την Μεταραυματική Ανάπτυξη, εξοπλίζοντας τους φροντιστές με τις δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις απαιτήσεις της φροντίδας. Πολλοί φροντιστές αναφέρουν ότι οι εμπειρίες τους έχουν εμβαθύνει την ανθεκτικότητά τους, έχουν βελτιώσει την ικανότητά τους να συμπάσχουν με τους άλλους και έχουν ενισχύσει την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τις αντιξοότητες (Balaban et al., 2017). Επιπλέον, οι φροντιστές που ασχολούνται με τη μακροχρόνια φροντίδα συχνά περιγράφουν την επαναξιολόγηση των προτεραιοτήτων της ζωής τους και την ανάπτυξη νέων μηχανισμών αντιμετώπισης που τους βοηθούν να διατηρήσουν την ψυχική τους ευεξία παρά τις δυσκολίες (Özlü et al., 2010).

Στο πλαίσιο της φροντίδας ατόμων με διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος, η Μετατραυματική Ανάπτυξη αναδύεται ως προσαρμοστική απάντηση στο χρόνιο στρες και τη συναισθηματική επιβάρυνση που συνδέονται με την υποστήριξη ενός αγαπημένου προσώπου με σοβαρή ψυχική ασθένεια (Kearney et al., 2024). Αυτή η μεταμόρφωση εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως η αυξημένη εκτίμηση για τη ζωή, οι βαθύτερες διαπροσωπικές σχέσεις, η μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικής δύναμης, η ανακάλυψη νέων δυνατοτήτων και η ενισχυμένη πνευματική ευημερία (Tedeschi & Calhoun, 1996). Επιπέον, Οι (Ezerbolat Özateş et al., 2022) συμφωνούν ότι η

Μετατραυματική Ανάπτυυξη διαμορφώνεται από παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, η πνευματικότητα και η ικανότητα να βρίσκουν νόημα στις αντιξοότητες. Ο ρόλος της φροντίδας, αν και στρεσογόνος, μπορεί να καταλύσει τη βαθιά προσωπική ανάπτυξη, ιδίως όταν οι φροντιστές συμμετέχουν ενεργά σε διαδικασίες δημιουργίας νοήματος και δημιουργούν ισχυρές κοινωνικές συνδέσεις (Morton et al., 2015).

Το συναισθηματικό ταξίδι των φροντιστών περιλαμβάνει μια σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ άγχους και μετασχηματισμού. Για παράδειγμα, οι (Cormio et al., 2014) διαπίστωσαν ότι οι φροντιστές βιώνουν συχνά χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τους ασθενείς που φροντίζουν, ωστόσο αναφέρουν σημαντική ανάπτυξη της προσωπικής τους δύναμης. Αυτό υποδηλώνει ότι η φροντίδα προάγει την ανθεκτικότητα, επιτρέποντας στα άτομα να επαναπροσδιορίσουν τις εμπειρίες τους με τρόπο που προάγει την ψυχολογική ανάπτυξη.

Αρκετές μελέτες δείχνουν επίσης ότι η Μετατραυματική Ανάπτυξη επηρεάζεται από το είδος της σχέσης μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς. Οι (Hamama & Sharon, 2013) διαπίστωσαν ότι τα ενήλικα παιδιά που φροντίζουν τους γονείς τους με ψυχωσικές διαταραχές συχνά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή σε σύγκριση με τους συζυγικούς φροντιστές, οι οποίοι τείνουν να βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία. Αυτή η διάκριση αναδεικνύει τις διαφορετικές συναισθηματικές επιβαρύνσεις που συνδέονται με τους διαφορετικούς ρόλους των φροντιστών και υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις υποστήριξης θα πρέπει να προσαρμόζονται σε συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών.

Μια άλλη σημαντική πτυχή της ΜΑ στους φροντιστές είναι ο ρόλος της εκπαίδευσης και της ευαισθητοποίησης. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι φροντιστές που διαθέτουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις ψυχωσικές διαταραχές και την εξέλιξή τους τείνουν να βιώνουν λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου της κατάστασης (Ezerbolat Özateş et al., 2022). Η γνώση και η ψυχοεκπαίδευση ενδυναμώνουν τους φροντιστές εξοπλίζοντάς τους με αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης και μειώνοντας το αίσθημα αδυναμίας. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να παρέχουν στοχευμένα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης που ενισχύουν την κατανόηση των φροντιστών για τις ψυχωσικές διαταραχές και προάγουν την ανθεκτικότητα. Τέλος, τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης που παρέχουν στους φροντιστές γνώσεις σχετικά με τις ψυχωσικές διαταραχές έχει βρεθεί ότι μειώνουν τη δυσφορία των φροντιστών και διευκολύνουν την ΜΑ προωθώντας την αίσθηση της κυριαρχίας και της κατανόησης (Lucksted et al., 2012).

**Παράγοντες που ενισχύουν τη Μ.Α στους φροντιστές**

Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην πιθανότητα να βιώσουν Μετατραυματική Ανάπτυξη οι οι φροντιστές ασθενών με ψυχωσικές διαταραχές. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν την κοινωνική υποστήριξη, την πνευματικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, την ανθεκτικότητα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και την ικανότητα να βρίσκουν νόημα στις αντιξοότητες (Özlü et al., 2010).

***Κοινωνική στήριξη***

Η κοινωνική υποστήριξη έχει σταθερά αναγνωριστεί ως κρίσιμος παράγοντας για την προώθηση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης μεταξύ των φροντιστών ασθενών με ψυχωσικές διαταραχές (Schwartz & Sendor, 1999). Οι φροντιστές που λαμβάνουν συναισθηματική, πληροφοριακή και ενημερωτική υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τις ομάδες υποστήριξης αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ΜΑ λόγω μειωμένου αισθήματος απομόνωσης και αυξημένης πρόσβασης σε πόρους αντιμετώπισης (Wu et al., 2021; Zimet et al., 1988). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης φροντιστών ενισχύει την ΜΑ διευκολύνοντας τις κοινές εμπειρίες και τη συλλογική επίλυση προβλημάτων, καθώς επίσης την απόδοση νοήματος στον ρόλο τους ως φροντιστές (Balaban et al., 2017). Η κοινωνική υποστήριξη παρέχει στους φροντιστές μια αίσθηση του ανήκειν, της επικύρωσης και της συναισθηματικής ανακούφισης, βοηθώντας τους να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τις προκλήσεις της φροντίδας (Kearney et al., 2024). Η κοινωνική στήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη μείωση του στίγματος που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια. Η Khateeb (2020) διαπίστωσε ότι οι φροντιστές που αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα στίγματος είναι πιο πιθανό να βιώσουν ΜΑ, καθώς συχνά αναζητούν δίκτυα ομοτίμων που επικυρώνουν τις εμπειρίες τους και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη. Αυτό υποδηλώνει ότι η υπέρβαση του κοινωνικού στίγματος μέσω συλλογικών εμπειριών μπορεί να ενισχύσει την Μετατραυματική Ανάπτυξη, προωθώντας την αίσθηση του κοινού σκοπού και της ανθεκτικότητας.

***Πνευματικότητα και δημιουργία νοήματος***

Οι διαδικασίες δημιουργίας επιτρέπουν στους φροντιστές να αναδιαμορφώνουν τις εμπειρίες τους και να αντλούν προσωπική σημασία από το ρόλο τους (Park, 2010). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις διευκολύνουν την ΜΑ παρέχοντας ένα πλαίσιο για την ερμηνεία των αντιξοοτήτων και την ενίσχυση της ελπίδας (Cadell et al., 2003). Η ικανότητα αναπλαισίωσης των προκλήσεων ως ευκαιριών για πνευματική και προσωπική ανάπτυξη αποτελεί βασικό παράγοντα για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και της ψυχολογικής ευημερίας (Ezerbolat Özateş et al., 2022).

***Στρατηγικές αντιμετώπισης και ανθεκτικότητα***

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης παίζουν διαμεσολαβητικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΜΑ μεταξύ των φροντιστών ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος. Η έρευνα δείχνει ότι οι φροντιστές που χρησιμοποιούν προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης, όπως η θετική επανεκτίμηση και η αντιμετώπιση που εστιάζεται στο πρόβλημα, βιώνουν μεγαλύτερη Μετραυματική Ανάπτυξη (Prati & Pietrantoni, 2009; Wu et al., 2021). Η ενασχόληση με πρακτικές ενσυνειδητότητας, τεχνικές χαλάρωσης και δραστηριότητες αυτοφροντίδας έχει επίσης συνδεθεί με αυξημένη ΜΑ, καθώς αυτές οι στρατηγικές βοηθούν τους φροντιστές να διαχειριστούν το στρες και να διατηρήσουν τη συναισθηματική ισορροπία (García et al., 2014). Μελέτες δείχνουν ότι όσοι φροντιστές αναζητούν επαγγελματική βοήθεια, αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ευεξίας και ΜΑ (Hamama & Sharon, 2013). Επιπλέον, η γνωστική αναδόμηση ή η ικανότητα αλλαγής της οπτικής γωνίας των προκλήσεων έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμος παράγοντας για την ΜΑ (Bakar Gurcuoglu & Durmaz, 2023). Η ανθεκτικότητα, που ορίζεται ως η ικανότητα προσαρμογής στις αντιξοότητες, συνδέεται στενά με την Μετατραυματική Ανάπτυξη. Οι φροντιστές που επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας είναι πιο πιθανό να βιώσουν θετική μεταμόρφωση παρά τους στρεσογόνους παράγοντες της φροντίδας (Morton et al., 2015). Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η εξωστρέφεια, το άνοιγμα στις εμπειρίες και η ευσυνειδησία έχουν επίσης συνδεθεί με την ΜΑ (Balaban et al., 2017). Οι φροντιστές με αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιο επιρρεπείς στην αναζήτηση κοινωνικών συνδέσεων, στην υιοθέτηση νέων προοπτικών και στη διατήρηση της αίσθησης του σκοπού στον ρόλο της φροντίδας τους.

Η Μετατραυματική Ανάπτυξη στους φροντιστές ασθενών με διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη διαδικασία που επηρεάζεται από διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες. Ενώ η φροντίδα αποτελεί αναμφισβήτητα πρόκληση, παρέχει επίσης ευκαιρίες για βαθιά προσωπική ανάπτυξη. Η κοινωνική υποστήριξη, η πνευματικότητα, οι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης, η ανθεκτικότητα και η ψυχολογική προσαρμογή συμβάλλουν στην πιθανότητα να βιώσουν ΜΑ. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων μπορεί να βοηθήσει τους φροντιστές, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τα δίκτυα υποστήριξης να εφαρμόσουν παρεμβάσεις που προάγουν την ανάπτυξη και την ευημερία. Τελικά, η αναγνώριση και η προώθηση της ΜΑ στους φροντιστές μπορεί να βελτιώσει όχι μόνο την ποιότητα ζωής τους αλλά και την ικανότητά τους να παρέχουν συμπονετική και αποτελεσματική φροντίδα στους αγαπημένους τους.

# 2. Μεθοδολογία

## 2.1 Ερευνητική μέθοδος - Δείγμα

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε ως πιλοτική ποσοτική συγχρονική μελέτη, με στόχο να διερευνήσει την Μετατραυματική Ανάπτυξη (ΜΑ) μεταξύ των φροντιστών ατόμων με διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος, καθώς και τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ΜΑ. Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 15 φροντιστές ασθενών με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος που έχουν εισαχθεί ακούσια στην ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ μετά από πρώτο επεισόδιο ή σοβαρή υποτροπή της νόσου. Τα κριτήρια συμπερίληψης στο δείγμα ήταν: (α) ενήλικες (άνω των 18 ετών και των δύο φύλων) συγγενείς (π.χ. σύζυγοι/σύντροφοι, παιδιά, αδέλφια, γονείς) ασθενών που νοσηλεύτηκαν ακούσια στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, (β) είχαν την κύρια ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς (κατά δήλωσή τους) και (γ) διέμεναν στο ίδιο σπίτι ή σε κοντινή απόσταση με τον ασθενή.

Η δειγματοληψία ήταν σκόπιμη. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική, κατόπιν γραπτής συγκατάθεσης. Οι συμμετέχοντες/ουσες κλήθηκαν να συμμετέχουν στην μελέτη μέσω επικοινωνίας των ψυχιάτρων με τους ασθενείς και τους κύριους φροντιστές τους, εκ των οποίων οι δεύτεροι με την προέλευσή τους στην Ψυχιατρική Κλινική για να συνοδεύσουν τους ασθενείς που λάμβαναν το εξιτήριο συμπλήρωναν με την συναίνεσή τους το ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ Νοεμβρίου 2024 και Σεπτεμβρίου 2025. Αφού έλαβαν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη, όσοι συμφώνησαν να συμμετάσχουν συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή παρουσία του ερευνητή. Ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν περίπου 20-25 λεπτά. Οι φροντιστές των ασθενών συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης για να διερευνηθεί η μετατραυματική ανάπτυξη και οι παράγοντες που συμβάλουν σε αυτή κατά το εξιτήριο των συγγενών τους - ατόμου με ψυχωτικά συμπτώματα.

## 2.2 Εργαλεία αξιολόγησης

Οι φροντιστές κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ακόλουθα:

**Κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές:** Αξιολογήθηκαν τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία των φροντιστών όπως ηλικία, φύλο, τόπος κατοικίας (αστική ή αγροτική περιοχή), οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, εργασία, οικονομική κατάσταση, κατάσταση υγείας (ενδεχόμενη χρόνια νόσος), ποσοστό παροχής φροντίδας.

**Μετατραυματική ανάπτυξη:** Το Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI) είναι ένα ευρέως αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αναπτύχθηκε από τους Tedeschi και Calhoun το 1996 για την αξιολόγηση των θετικών ψυχολογικών αλλαγών που βιώθηκαν ως αποτέλεσμα της

αντιμετώπισης ιδιαίτερα δύσκολων συνθηκών ζωής. Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το Post-traumatic Growth Inventory - Short Form (PTGI-SF) το οποίο είναι μια συντομότερη έκδοση (10 στοιχεία) του αρχικού PTGI (21 στοιχεία) το οποίο αναπτύχθηκε από τον Arnie Cann και τους συνεργάτες του το 2010. Κάθε στοιχείο αξιολογείται σε μια 6-βάθμια κλίμακα Likert από το 0 (δεν βίωσα αυτή την αλλαγή ως αποτέλεσμα της κρίσης μου) έως το 5 (βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό ως αποτέλεσμα της κρίσης μου). Μετρά πέντε τομείς της μετατραυματικής ανάπτυξης: βελτίωση των σχέσεων, νέες δυνατότητες (π.χ. ανακάλυψη νέων ενδιαφερόντων και ευκαιριών), προσωπική δύναμη (π.χ. αναγνώριση της προσωπικής ανθεκτικότητας), πνευματική αλλαγή (π.χ. αλλαγές στις πνευματικές πεποιθήσεις) και εκτίμηση της ζωής (π.χ. αυξημένη εκτίμηση της ζωής και αλλαγή προτεραιοτήτων). Οι βαθμολογίες για κάθε τομέα υπολογίζονται με το άθροισμα των απαντήσεων στα σχετικά στοιχεία και η συνολική βαθμολογία PTGI είναι το άθροισμα όλων των βαθμολογιών των στοιχείων, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη. Το PTGI παρέχει μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση των πολύπλευρων τρόπων με τους οποίους τα άτομα μπορεί να βιώσουν την ανάπτυξη μετά από τραύμα, καθιστώντας το πολύτιμο εργαλείο τόσο για ερευνητικές όσο και για κλινικές εφαρμογές στην κατανόηση της θετικής αλλαγής.

**Ψυχολογικό κεφάλαιο:** Η Psychological Capital (Psycap) scale (Luthans et al., 2007), είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο 12 στοιχείων που μετρά την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και συγκεκριμένα την ελπίδα, την αισιοδοξία, την ανθεκτικότητα και την αυτό-αποτελεσματικότητα σε μία 6/βάθμια κλίμακα από το 1 (Διαφωνώ απόλυτα) έως 6 (Συμφωνώ απόλυτα). Η υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει καλύτερη ψυχολογική κατάσταση (περισσότερη ελπίδα, αισιοδοξία, ανθεκτικότητα και αυτό-αποτελεσματικότητα).

**Στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες:** Το Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (COPE; Carver, 1997), αποτελείται από 28 στοιχεία κατανεμημένα σε 14 κλίμακες (2 στοιχεία κάθε κλίμακα), τα οποία αξιολογούν τον βαθμό στον οποίο ένας ερωτώμενος χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη στρατηγική αντιμετώπισης, απαντώντας σε μία 4/βάθμια κλίμακα από το 1 (δεν το κάνω καθόλου) έως το 4 (το κάνω πολύ). Οι βαθμολογίες κάθε υποκλίμακας προκύπτουν από το άθροισμα των αντίστοιχων δύο στοιχείων. Οι 14 υποκλίμακες είναι η Ενεργητική Αντιμετώπιση (Active Coping), ο Σχεδιασμός (Planning), η Θετική Αναπλαισίωση (Positive Reframing), η Αποδοχή (Acceptance), το Χιούμορ (Humor), η Αναζήτηση Συναισθηματικής Υποστήριξης (Use of Emotional Support), η Αναζήτηση Πρακτικής Υποστήριξης (Use of Instrumental Support), η Θρησκευτικότητα/Πνευματικότητα (Religion), η Αυτομομφή (Self-blame), η Συμπεριφορική Απεμπλοκή (Behavioral Disengagement), η Άρνηση (Denial), η Εξωτερίκευση (Venting), η Χρήση

Ουσιών (Substance Use), η Αυτοαπόσπαση (Self-distraction). Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων με πιο κατανοητό τρόπο χρησιμοποιήθηκε η παραγοντοποίηση του Benson (2010), με σκοπό την ομαδοποίηση των 14 κλιμάκων. Από την παραγοντοποίηση προέκυψαν 4 διαστάσεις, η εμπλοκή, η απόσπαση, η απεμπλοκή και η γνωστική αναπλαισίωση.

Η εμπλοκή (engagement) αποτελείται από την ενεργητική αντιμετώπιση, τον σχεδιασμό, την επίσημη υποστήριξη και την συναισθηματική υποστήριξη. Η απόσπαση (distraction) περιλαμβάνει την αυτοαπόσπαση, την αυτομομφή, το χιούμορ και την εξωτερίκευση. Η απεμπλοκή (disengagement) είναι ο συνδυασμός της συμπεριφορικής απεμπλοκής, της άρνησης και της χρήσης ουσιών. Τέλος, η γνωστική αναπλαισίωση (cognitive reframing) αποτελεί την θετική αναπλαισίωση, την αποδοχή και την θρησκεία.

**Επιβάρυνση από την φροντίδα:** Το Short Form Zarit Burden Interview (ZBI-12; Bédard et al., 2001) αποτελείται από 12 στοιχεία που αξιολογούν την επιβάρυνση του/της φροντιστής/τριας. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert από το 0 έως το 4 (ποτέ έως σχεδόν πάντα). Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 0-48. Βαθμολογίες 0-10 δηλώνουν καθόλου έως ήπια επιβάρυνση, 10-20: ήπια έως μέτρια επιβάρυνση και >20: υψηλή επιβάρυνση

## 2.3 Ανάλυση δεδομένων

Δεδομένου του μικρού μεγέθους του δείγματος (N=15), δεν πραγματοποιήθηκαν στατιστικές δοκιμές για γενικευσιμότητα. Οι συσχετίσεις ερμηνεύτηκαν ως προκαταρκτικές και διερευνητικές τάσεις, με σκοπό τη δημιουργία υποθέσεων για μελλοντική έρευνα με μεγαλύτερα δείγματα.

Όλα τα δεδομένα καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τα στατιστικά λογισμικά IBM SPSS Statistics 27 και Microsoft Office Excel. Διεξήχθησαν οι ακόλουθες αναλύσεις:

- Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και εύρη ή συχνότητες και ποσοστά, ανάλογα με το είδος των μεταβλητών) για τις ψυχομετρικές κλίμακες και τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα.
- Ανάλυση συσχετίσεων (Pearson’s r) μεταξύ της PTG και των μεταβλητών πρόβλεψης (PsyCap, COPE, ZBI).

## 2.4 Ηθικά ζητήματα

Η μελέτη έλαβε επίσημη ηθική έγκριση από δύο ανεξάρτητες επιτροπές πριν από την έναρξή της:

- Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (Ε.Η.Δ.Ε. ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.): Η πρόταση εξετάστηκε και έλαβε πλήρη έγκριση (Αριθμός πρωτοκόλλου: 31520).
- Το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η.): Δεδομένου ότι η έρευνα περιλάμβανε συμμετέχοντες/ουσες από την Ψυχιατρική Κλινική του νοσοκομείου, απαιτήθηκε πρόσθετη έγκριση. Το Επιστημονικό Συμβούλιο έδωσε θετική σύσταση (Αριθμός πρωτοκόλλου: 32479, 18/10/2024), την οποία επιβεβαίωσε το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου με την απόφασή του 1736 (18/10/2024). Η έγκριση αυτή επιτρέπει τη διεξαγωγή της μελέτης εντός του νοσοκομείου.

Πριν από την εγγραφή τους στη μελέτη, όλοι οι πιθανοί συμμετέχοντες έλαβαν ένα λεπτομερές ενημερωτικό δελτίο και ένα έντυπο συγκατάθεσης. Το έντυπο περιγράφει τον σκοπό, τις διαδικασίες και τη διάρκεια της μελέτης (περίπου 20 λεπτά ανά ερωτηματολόγιο) και τονίζει ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική. Καθιστά σαφές ότι η μελέτη δεν ενέχει προβλέψιμους κινδύνους ή άμεσα οφέλη για τους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το δικαίωμά τους να αποσυρθούν από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή χωρίς να χρειάζεται να εξηγήσουν την απόφασή τους ή να αντιμετωπίσουν αρνητικές συνέπειες για τη φροντίδα τους ή των συγγενών τους. Μπορούσαν επίσης να ζητήσουν τη διαγραφή των δεδομένων τους έως και ένα μήνα μετά τη λήξη της μελέτης. Τέλος, λήφθηκε γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση από όλους τους συμμετέχοντες πριν συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια της μελέτης.

Η επεξεργασία όλων των προσωπικών δεδομένων ήταν σύμφωνη με τον Ευρωπαϊκό Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (GDPR 2016/679) και τον ελληνικό νόμο 4624/2019. Για τη διατήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας, όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κωδικοποιήθηκαν, καθιστώντας αδύνατη την ταυτοποίηση των ατόμων σε οποιαδήποτε μελλοντική ανάλυση δεδομένων, δημοσιεύσεις ή παρουσιάσεις. Τα αρχεία δεδομένων και οι κωδικοί ταυτοποίησης αποθηκεύονται με ασφάλεια στον υπολογιστή του κύριου ερευνητή, ο οποίος προστατεύεται με κωδικό πρόσβασης. Μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, τα οποία έχουν υπογράψει αυστηρές συμφωνίες εμπιστευτικότητας, έχουν πρόσβαση στα δεδομένα. Τα ερευνητικά δεδομένα θα διατηρηθούν για δύο χρόνια μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, μετά την οποία θα καταστραφούν.

# 3. Αποτελέσματα

## 3.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 15 φροντιστές ασθενών με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος που νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική ΠΑΓΝΗ.

| Χαρακτηριστικά | Κατηγορία | Συχνότητα | Ποσοστό (%) |
|---|---|---|---|
| Φύλο | Άντρας | 6 | 40,0 |
| | Γυναίκα | 9 | 60,0 |
| Ηλικία | 20-39 | 4 | 26,7 |
| | 40-59 | 7 | 46,7 |
| | 60+ | 4 | 26,7 |
| Τόπος διαμονής | Αστικός | 14 | 93,3 |
| | Αγροτικός | 1 | 6,7 |
| Οικογενειακή κατάσταση | Έγγαμος/Σχέση | 9 | 60,0 |
| | Άγαμος | 4 | 26,7 |
| | Χήρος, διαζευγμένος | 2 | 13,3 |
| Εκπαίδευση | Δευτεροβάθμια | 10 | 67,7 |
| | Τριτοβάθμια | 2 | 20 |
| | Πρωτοβάθμια | 3 | 13,3 |
| Απασχόληση | Εργάζομαι | 10 | 66,7 |
| | Συνταξιούχος | 4 | 26,7 |
| | Άνεργος | 1 | 6,7 |
| Εισόδημα | Μέτριο | 9 | 60,0 |
| | Χαμηλό | 6 | 40,0 |
| Συγγένεια με ασθενή | Γονέας | 9 | 60,0 |
| | Παιδί | 4 | 26,7 |
| | Αδελφή | 1 | 6,7 |
| | Σύζυγος | 1 | 6,7 |
| Συγκατοίκηση | Ναι | 10 | 66,7 |
| | Όχι | 5 | 33,3 |
| Ποσοστό Φροντίδας | Απόλυτα | 5 | 33,3 |
| | Αρκετά | 5 | 33,3 |
| | Μέτρια | 2 | 13,3 |
| | Πολύ λίγο | 2 | 13,3 |
| | Λίγο | 1 | 6,7 |
| Χρόνια Νόσος | Όχι | 12 | 80,0 |
| | Ναι | 2 | 13,3 |

Το δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει 15 συμμετέχοντες/ουσες, εκ των οποίων το 60% ήταν γυναίκες και το 40% άνδρες, με ηλικίες που κυμαίνονταν από 24 έως 82 έτη. Η πλειοψηφία ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 40-59 ετών (46,7%), ακολουθούμενη από άτομα ηλικίας 20-39 ετών και 60+ ετών (26,7% κάθε μία). Γεωγραφικά, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες/ουσες κατοικούσαν σε αστικές περιοχές (93,3%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 60% ήταν παντρεμένοι ή σε σχέση, ενώ οι υπόλοιποι ήταν άγαμοι (26,7%) ή χήροι/διαζευγμένοι (13,3%). Τα επίπεδα εκπαίδευσης διέφεραν, με τους/τις

περισσότερους/ες να έχουν ολοκληρώσει την Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (67,7%) και μικρότερο ποσοστό να κατέχει πτυχία τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή να έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση. Από οικονομική στοιχεία, το 60% δήλωσαν μέτριο εισόδημα, ενώ το 40% είχαν χαμηλό εισόδημα. Η πλειοψηφία ήταν εργαζόμενοι/ες (66,7%) και ένα σημαντικό ποσοστό ήταν συνταξιούχοι (26,7%). Όσον αφορά το πλαίσιο της φροντίδας, το 60% των φροντιστών ήταν γονείς και τα δύο τρίτα συγκατοικούσαν με τον αποδέκτη της φροντίδας. Όσον αφορά στα επίπεδα συμμετοχής στη φροντίδα, το 66,6% παρείχε είτε πλήρη είτε σημαντική φροντίδα στους ασθενείς. Τέλος, μόνο το 13,3% των φροντιστών είχε κάποιο χρόνιο νόσημα.

## 3.2 Περιγραφική στατιστική για τις κλίμακες

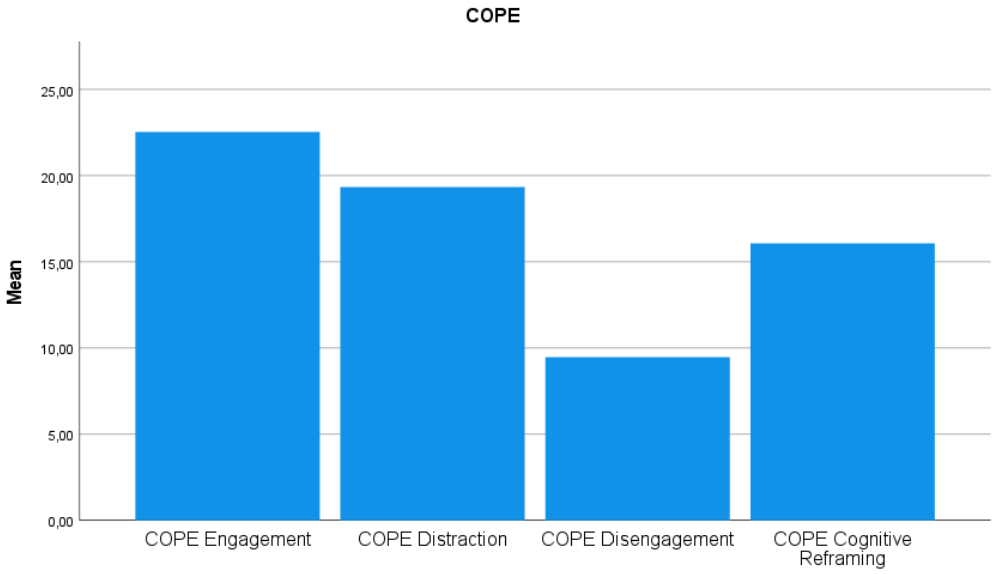
Οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και τα εύρη για τις κλίμακες φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

| | N | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή |
|---|---|---|---|---|---|
| PTGI | 15 | 30,33 | 13,96 | 0 | 50 |
| PsyCap | 15 | 54,13 | 7,82 | 12 | 72 |
| COPE_Engagement | 15 | 22,53 | 5,91 | 8 | 32 |
| COPE_Cognitive_Reframing | 15 | 16,07 | 5,80 | 6 | 24 |
| COPE_Disengagement | 15 | 9,47 | 2,39 | 6 | 24 |
| COPE_Distraction | 15 | 19,33 | 6,27 | 8 | 32 |
| ZBI | 15 | 18,13 | 11,31 | 0 | 48 |

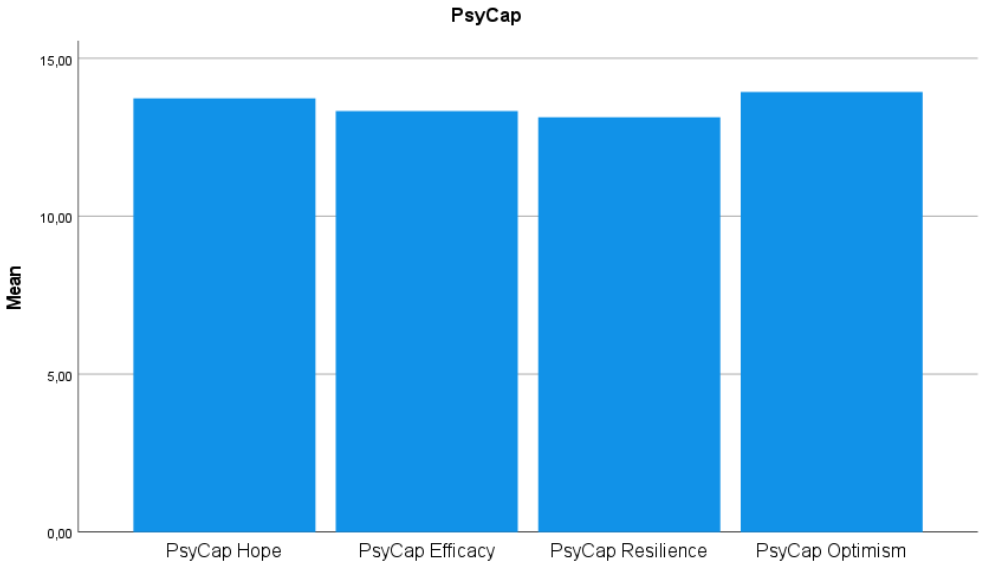
Από τον παραπάνω πίνακα γίνονται αντιληπτά τα παρακάτω:

1. ZBI: Ο μέσος όρος (18.13) υποδεικνύει μέτριο επίπεδο επιβάρυνσης στο δείγμα. Η μεγάλη τυπική απόκλιση (11.31) και αποκαλύπτει μια μεγάλη ετερογένεια στις ζωές των φροντιστών. Να σημειωθεί πως το 26,6% των φροντιστών βίωναν χαμηλή έως ήπια επιβάρυνση (0-10 συνολική βαθμολογία), το 26,6% ήπια έως μέτρια (10-20) και το 46,6% υψηλή επιβάρυνση (>20).
2. COPE: Μετά την παραγοντοποίηση του Benson, δηλαδή η ομαδοποίηση των 14 υποκλιμάκων σε 4 διαστάσεις γίνονται αντιληπτά τα παρακάτω αποτελέσματα. Οι απαντήσεις είχαν κλίμακες από 1 έως 4. Η εμπλοκή (engagement) και η απόσπαση (distraction) αποτελούνται από 8 ερωτήσεις και η κάθε μία και αντίστοιχα η απεμπλοκή (disengagement) και η γνωστική αναπλαισίωση (cognitive reframing) αποτελούνται από 6 ερωτήσεις έκαστη. Η εμπλοκή (ενεργητική αντιμετώπιση, σχεδιασμός, αναζήτηση ψυχολογικής και επίσημης υποστήριξης) και η απόσπαση (απόσπαση της προσοχής, χιούμορ, αυτοκατηγορία, εξωτερίκευση) ήταν οι στρατηγικές που αναφέρθηκαν πιο συχνά (υψηλότερες μέσες βαθμολογίες). Η γνωστική αναδιαμόρφωση (θετική

αναπλαισίωση, αποδοχή, θρησκεία) και η απεμπλοκή (άρνηση, αποφυγή δραστηριοτήτων, χρήση ουσιών) χρησιμοποιήθηκαν λιγότερο συχνά.




3. PsyCap: Η υψηλή μέση βαθμολογία (54,13) σε έκταση από 12 έως 72 υποδηλώνει ότι, ως ομάδα, οι φροντιστές σε αυτό το δείγμα διατηρούν μια ισχυρή και θετική ψυχολογική κατάσταση. Οι υποκλίμακες απαρτίζονται από 3 ερωτήσεις με υψηλότερη βαθμολογία το 18. Αναφέρουν σχετικά υψηλά επίπεδα ελπίδας (13,7), αισιοδοξίας (13,3), ανθεκτικότητας (13,1) και αυτοαποτελεσματικότητας (13,9).

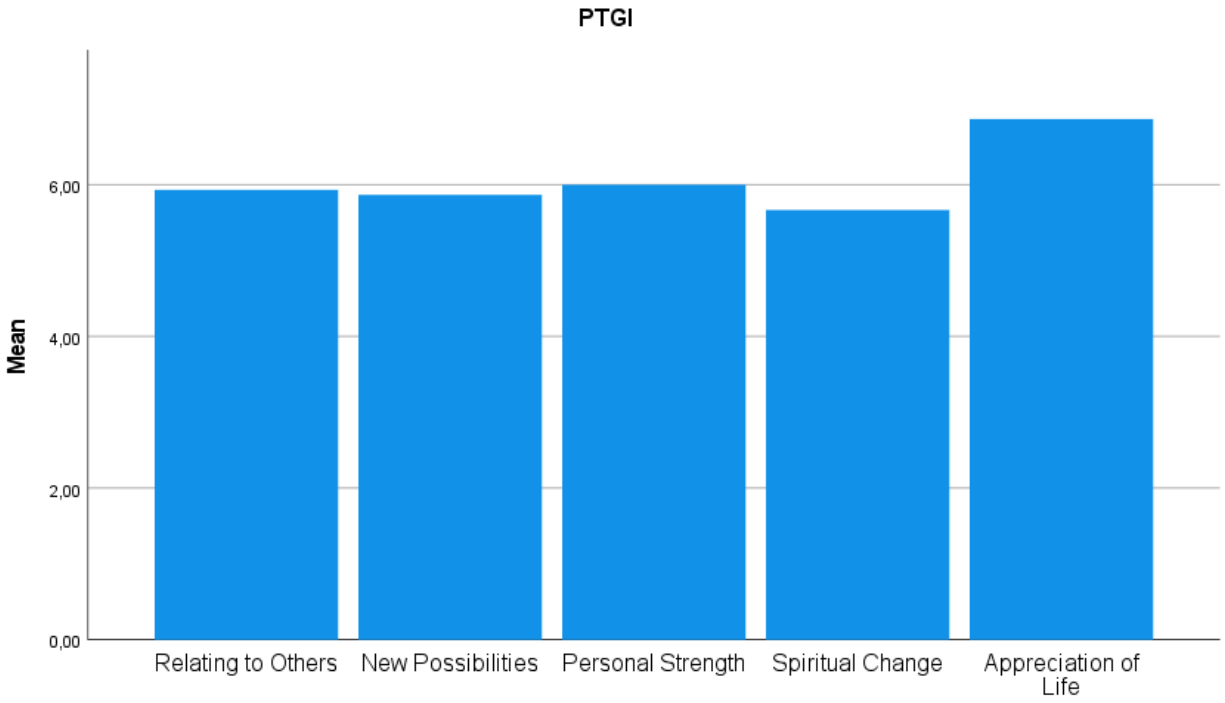


4. PTGI: Ο μέσος όρος (30.33) δείχνει μέτριο επίπεδο Μετατραυματικής Ανάπτυξης. Η τυπική απόκλιση είναι σημαντική, σχεδόν η μισή του μέσου όρου (13,96), κάτι που δηλώνει ετερογένεια στο δείγμα της μελέτης.




Σύμφωνα με το γράφημα, το 40% σημείωσε ήπια έως μέτρια ΜΑ (0-29 συνολική βαθμολογία), το 33% βίωσε μέτρια προς υψηλή ΜΑ (30-39) και το υπόλοιπο 27% ανέπτυξε υψηλή ΜΑ (40-50).

Στο παρακάτω ιστόγραμμα υπογραμμίζονται οι μέσοι όροι των πέντε υποκλιμάκων της κλίμακας PTGI. Η Μέγιστη βαθμολογία κάθε υποκλίμακας μπορεί να είναι 10. Η εκτίμηση της ζωής έχει το υψηλότερο μέσο όρο (6,86), ακολουθούν η προσωπική δύναμη, η σχέση με τους άλλους και οι νέες δυνατότητες με μέσους όρους σχεδόν 6 και η πνευματική αλλαγή καταλήγει τελευταία με 5,6.




## 3.3 Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των Κλιμάκων

Οι συντελεστές συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ του PTGI και των άλλων κλιμάκων υπολογίστηκαν και παρουσιάζονται παρακάτω:

| | ZBI | PsyCap | COPE_Engagement | COPE_Cognitive_Reframing | COPE_Disengagement | COPE_Distraction |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PsyCap | -0,223 | | | | | |
| COPE_Engagement | 0,742** | -0,065 | | | | |
| COPE_Cognitive_Reframing | 0,535* | 0,458 | 0,636* | | | |
| COPE_Disengagement | 0,461 | -0,046 | 0,624* | 0,498 | | |
| COPE_Distraction | 0,772** | -0,029 | 0,784** | 0,669** | 0,428 | |
| PTGI | 0,399 | 0,541* | 0,382 | 0,750** | 0,509 | 0,458 |

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνονται τα παρακάτω αποτελέσματα:

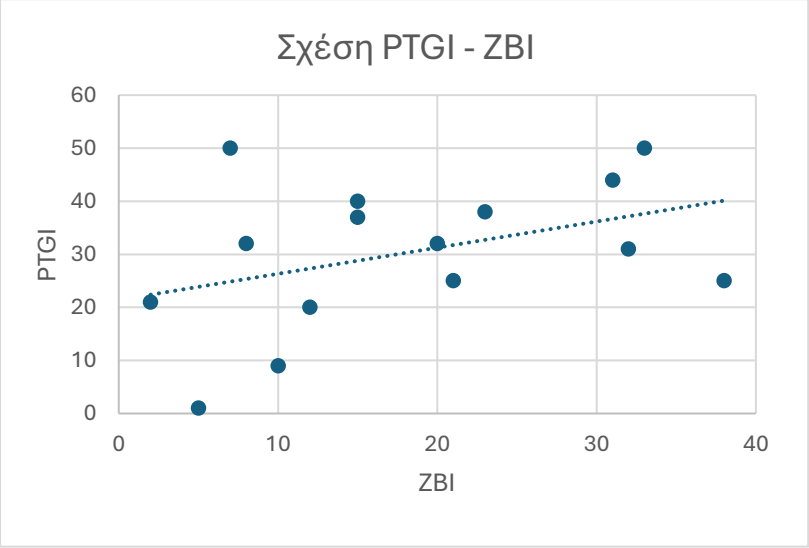
1. Συσχέτιση μεταξύ PTGI & PsyCap: Η θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση (r = 0,541) δείχνει ότι το ψυχολογικό κεφάλαιο σχετίζεται θετικά με τη ΜΑ. Αναλυτικότερα, σημαντική συσχέτιση με την ΜΑ βρέθηκε στις δύο υποκλίμακες του εργαλείου, την ελπίδα (r = 0,568) και την αισιοδοξία (r = 0,617).

| | PsyCap_Hope | PsyCap_Efficacy | PsyCap_Resilience | PsyCap_Optimism |
|---|---|---|---|---|
| PTGI | 0,568* | 0,310 | 0,145 | 0,617* |

2. Συσχέτιση μεταξύ PTGI & COPE: Το πιο σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι η ισχυρή συσχέτιση (r = 0,750, p<0,01) της ΜΑ με την διάσταση Γνωστική Αναπλαισίωση (Cognitive Reframing). Συγκεκριμένα, αξίζουν να σημειωθούν αναλυτικά οι υποκλίμακες που βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά και σημαντικά με την ΜΑ. Η αποδοχή, η θετική αναπλαισίωση και η θρησκεία ανήκουν στην παραπάνω διάσταση και σχετίζονται και οι τρεις θετικά και σημαντικά με την ΜΑ. Άξιες παρατήρησης είναι και υποκλίμακες από τις υπόλοιπες διαστάσεις όπως ο σχεδιασμός που έχει την πιο ισχυρή συσχέτιση με την ΜΑ (r = 0,750), η άρνηση (r = 0,669) και η αυτηγορία (r = 0,594).

| | Cope_Planning | Cope_Positive_Reframing | Cope_Acceptance | Cope_Religion | Cope_Denial | Cope_Self_Blame |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PTGI | 0,750** | 0,716** | 0,598* | 0,690** | 0,669** | 0,554* |

3. Συσχέτιση μεταξύ PTGI & ZBI: Η θετική, αλλά μη στατιστικά σημαντική, συσχέτιση (r = 0.399, p>0,05) δεν επιβεβαιώνει μια ξεκάθαρη γραμμική σχέση μεταξύ επιβάρυνσης και ΜΑ στο παρόν δείγμα.



# 4. Συζήτηση

Η παρούσα πιλοτική μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης (ΜΑ) μεταξύ των φροντιστών ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος μετά το στρεσογόνο και τραυματικό γεγονός της ακούσιας νοσηλείας του ασθενούς. Παρά το μικρό δείγμα, η έρευνα αυτή παρέχει προκαταρκτικές, αλλά πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις ψυχολογικές παραμέτρους που μπορούν να διευκολύνουν τη θετική αλλαγή μετά από σημαντικές αντιξοότητες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι παρά τις τεκμηριωμένες δυσκολίες της φροντίδας (Adelman et al., 2014; Schulz & Sherwood, 2008), ένα σημαντικό μέρος των φροντιστών βιώνει και σημαντική προσωπική ψυχολογική ανάπτυξη (Kearney et al., 2024; Morton et al., 2015).

Το κύριο εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι το δείγμα μας ανέφερε μέτρια έως υψηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης (ΜΑ), με μέση βαθμολογία PTGI 30,33. Το 60% των φροντιστών σημείωσε μέτρια έως και υψηλή ΜΑ. Αυτό συμφωνεί με προηγούμενη έρευνα που δείχνει ότι οι φροντιστές ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια μπορούν να βιώσουν σημαντική προσωπική ανάπτυξη (Ezerbolat Özateş et al., 2022; Kulhara et al., 2012). Η Εκτίμηση της Ζωής είχε την υψηλότερη μέση βαθμολογία, ακολουθούμενη από την Προσωπική Δύναμη, τη Σχέση με τους Άλλους και τις Νέες Δυνατότητες. Αυτή η κατάταξη υποδηλώνει ότι οι φροντιστές/τριες αναπτύσσουν κυρίως μια ανανεωμένη ευγνωμοσύνη για τη ζωή και αναγνωρίζουν τη δική τους δύναμη. Αυτό το εύρημα συνάδει με τις βασικές ιδέες του μοντέλου των Tedeschi και Calhoun (2004b), το οποίο υποστηρίζει ότι οι προηγούμενες βασικές πεποιθήσεις, κοσμοθεωρίες και οπτικές ανασυγκροτούνται με μεγαλύτερη εκτίμηση της αξίας της ζωής και των ικανοτήτων του ατόμου.

Ένα αξιοσημείωτο εύρημα ήταν η ισχυρή θετική σχέση μεταξύ της Μετατραυματικής Ανάπτυξης και των στρατηγικών αντιμετώπισης, συγκεκριμένα της γνωστικής αναδιαμόρφωσης ή αναπλαισίωσης. Αυτή η διάσταση περιλαμβάνει τη θετική αναδιαμόρφωση, την αποδοχή και την προσφυγή στη θρησκεία και είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας ανάπτυξης στο δείγμα μας. Το μοντέλο της Μετατραυματικής Ανάπτυξης υποδηλώνει ότι η προσεκτική, στοχαστική σκέψη σχετικά με το τραυματικό γεγονός είναι το κλειδί για την ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 2004a). Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι οι φροντιστές που εμπλέκονται σε θετική νοηματοδότηση της κατάστασής τους, αποδέχονται την πραγματικότητα της ασθένειας του αγαπημένου τους προσώπου, και αναζητούν παρηγοριά στην πνευματικότητα είναι πιο πιθανό να βιώσουν ΜΑ. Αυτό συνάδει με μελέτες που τονίζουν τη σημασία των διαδικασιών δημιουργίας νοήματος (Park, 2010) και των προσαρμοστικών μεθόδων αντιμετώπισης, όπως η θετική αναπλαισίωση, στην ενθάρρυνση της ανάπτυξης μεταξύ των φροντιστών (Wu et al., 2021; Prati & Pietrantoni, 2009). Η ισχυρή συσχέτιση με συγκεκριμένες

στρατηγικές, όπως ο Σχεδιασμός και η Θρησκεία, υπογραμμίζει ότι τόσο οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα όσο και αυτές που εστιάζουν στα συναισθήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία ανάπτυξης. Τέλος, αυτά τα αποτελέσματα ενισχύονται από τις βασικές αρχές του μοντέλου Μετατραυματικής Ανάπτυξης των Tedeschi και Calhoun (2004b), το οποίο υποστηρίζει ότι η συνειδητή, απαιτητική γνωστική επεξεργασία (επανάληψη) του τραυματικού γεγονότος είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη της. Επιβεβαιώνει επίσης προηγούμενες έρευνες σχετικά με τους φροντιστές ασθενών με σχιζοφρένεια, η οποία διαπίστωσε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping skills) μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης και της Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Wu et al., 2021; Prati & Pietrantoni, 2009).

Επιπλέον, διαπιστώσαμε μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της Μετατραυματικής Ανάπτυξης και του Ψυχολογικού Κεφαλαίου (PsyCap), ειδικά με τις υποκλίμακες Ελπίδα και Αισιοδοξία. Αυτό δείχνει ότι οι φροντιστές/τριες που έχουν μια θετική ψυχολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από επιμονή στην επίτευξη των στόχων (ελπίδα) και μια αισιόδοξη προοπτική για το μέλλον (αισιοδοξία), είναι πιο πιθανό να παρατηρήσουν θετικές αλλαγές από την εμπειρία τους ως φροντιστές. Αυτό το εύρημα συνδέεται με την μελέτη των Luthans et al. (2007), υποδηλώνοντας ότι το Ψυχολογικό Κεφάλαιο (PsyCap) μπορεί να είναι ένας σημαντικός προσωπικός παράγοντας που μειώνει το άγχος και βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις για να αναπτυχθούν. Φαίνεται πιθανό ότι οι εσωτερικοί ψυχολογικοί πόροι βοηθούν στην γνωστική αναδιαμόρφωση που απαιτείται για να συμβεί η ΜΑ. Τέλος, αυτή η συσχέτιση υποδηλώνει ότι τα προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση του Ψυχολογικού Κεφαλαίου θα μπορούσαν να αποτελέσουν μια χρήσιμη προληπτική και προωθητική προσέγγιση.

Σε αντίθεση με βιβλιογραφική μελέτη που περιγράφει την αρνητική σχέση μεταξύ επιβάρυνσης και μετατραυματικής ανάπτυξης (Zoellner & Maercker, 2006), η μελέτη μας βρήκε μια θετική, αν και όχι στατιστικά σημαντική, σχέση μεταξύ του βάρους του φροντιστή (ZBI) και της Μεταραυματικής Ανάπτξης (PTGI). Αυτό υποδηλώνει ότι το αίσθημα της επιβάρυνσης δεν αποκλείει την πιθανότητα ανάπτυξης· στην πραγματικότητα, μπορούν να συνυπάρξουν. Ο σημαντικός αντίκτυπος της κρίσης, όπως η ακούσια νοσηλεία, πρέπει να είναι αρκετά ισχυρός ώστε να διαταράξει τις βασικές πεποιθήσεις και να πυροδοτήσει τον αγώνα που προάγει την ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1996). Έτσι, ένα ορισμένο επίπεδο δυσφορίας μπορεί να είναι απαραίτητο, αν και όχι επαρκές, για την ΜΑ. Άλλες μελέτες έχουν επισημάνει αυτή τη σύνθετη σχέση, υποδεικνύοντας ότι η πορεία από το τραύμα στην ανάπτυξη δεν είναι απλή, αλλά περιλαμβάνει μια δυναμική διαδικασία ταυτόχρονης δυσφορίας και θετικής αλλαγής (Cadell et al., 2003).

Η θετική συσχέτιση μεταξύ της άρνησης και της Μετατραυματικής Ανάπτυξης ήταν εκπληκτική και πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή. Αμέσως μετά από μια κρίση όπως η ακούσια νοσηλεία, η προσωρινή άρνηση μπορεί να λειτουργήσει ως αρχικός αμυντικός μηχανισμός που επιτρέπει στον/στην φροντιστή/τρια να αντιμετωπίσει σταδιακά την συντριπτική πραγματικότητα, ανοίγοντας ενδεχομένως το δρόμο για μεταγενέστερη αναδιαμόρφωση. Ωστόσο, αυτό το εύρημα πρέπει να θεωρηθεί ως διερευνητικό λόγω του πιλοτικού χαρακτήρα της μελέτης και απαιτεί επικύρωση σε μεγαλύτερα δείγματα.

# 5. Συμπεράσματα

Αυτή η πιλοτική μελέτη επικεντρώθηκε στην κατανόηση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης (ΜΑ) μεταξύ των φροντιστών ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος που βίωσαν την κρίσιμη εμπειρία της ακούσιας νοσηλείας. Παρά το μικρό δείγμα, τα ευρήματα προσφέρουν πολύτιμες προκαταρκτικές γνώσεις οι οποίες επιβεβαιώνουν τη σκοπιμότητα και την αναγκαιότητα περαιτέρω έρευνας σε αυτόν τον πληθυσμό. Τα ευρήματα υποστηρίζουν το μοντέλο ΜΑ των Tedeschi και Calhoun, το οποίο υποδηλώνει ότι η αντιμετώπιση μιας σημαντικής κρίσης στη ζωή μπορεί να οδηγήσει σε νέες δυνάμεις, ισχυρότερες σχέσεις και μια ανανεωμένη εκτίμηση για τη ζωή.

Το κύριο συμπέρασμα από αυτή τη μελέτη είναι ότι οι φροντιστές δεν είναι απλώς θύματα των περιστάσεων, αλλά αναζητούν ενεργά νόημα και αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις τους. Το γεγονός ότι το 60% των συμμετεχόντων ανέφερε μέτρια έως υψηλά επίπεδα ΜΑ υπογραμμίζει την απίστευτη ανθρώπινη ικανότητα να ανακάμπτει. Είναι σημαντικό ότι η αναμενόμενη ανάπτυξη δεν συνδέθηκε με την απουσία βαρών, αλλά με τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές αντιμετώπισαν τις καταστάσεις τους. Η ισχυρή σχέση μεταξύ ΜΑ και γνωστικής αναδιαμόρφωσης — όπως η θετική αναπλαισίωση, η αποδοχή και η στροφή προς τη θρησκεία — ξεχωρίζει ως το πιο σημαντικό εύρημα της μελέτης. Αυτό υποδηλώνει ότι η εύρεση νέων τρόπων για να δει κανείς την εμπειρία της φροντίδας μπορεί να βοηθήσει τους φροντιστές να ανακαλύψουν τα θετικά, να αποδεχτούν την νόσο του/της ασθενούς και να βρουν παρηγοριά στην πνευματικότητα.

Επιπλέον, η θετική σχέση μεταξύ του Ψυχολογικού Κεφαλαίου (PsyCap) — ιδιαίτερα της ελπίδας και του αισιοδοξίας— και της Μετατραυματικής Ανάπτυξης υποδεικνύει την αξία των προϋπαρχόντων θετικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Οι φροντιστές που πιστεύουν στην ικανότητά τους να επιτύχουν τους στόχους τους και να διατηρήσουν μια θετική προοπτική είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν με μια αίσθηση ανάπτυξης.

Είναι ενδιαφέρον ότι η μελέτη διαπίστωσε μια σύνθετη, ασαφή αλλά θετική συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών και της ΜΑ. Αυτό ίσως αμφισβητεί την ιδέα ότι ο πόνος και η ανάπτυξη δεν μπορούν να συνυπάρξουν. Υποστηρίζει την ιδέα ότι απαιτείται ένα ορισμένο επίπεδο σημαντικής επίδρασης για να διαταραχθούν οι βασικές πεποιθήσεις και να ξεκινήσει η διαδικασία που οδηγεί στην ανάπτυξη.

## 5.1 Περιορισμοί της πιλοτικής μελέτης

Κατά την ερμηνεία των ευρημάτων, πρέπει να αναγνωρίσουμε τους περιορισμούς της μελέτης, οι οποίοι προκύπτουν κυρίως από τον πιλοτικό σχεδιασμό της:

1. Ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων (N=15) αποκλείει τη γενίκευση των ευρημάτων σε μια ευρύτερη ομάδα φροντιστών και περιορίζει την χρήση πολυπαραγοντικών αναλύσεων. Τα περιορισμένα εξιτήρια των ασθενών ήταν το κύριο αίτιο επιλογής του συγκεκριμένου αριθμού φροντιστών.
2. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο (κατά την έξοδο από το νοσοκομείο). Αυτός ο σχεδιασμός παρέχει μια στιγμιαία εικόνα που δείχνει συσχετίσεις, αλλά δεν καθορίζει την αιτία και το αποτέλεσμα ή την ακολουθία των γεγονότων.
3. Το δείγμα ήταν ευκολίας, που αποτελούταν από φροντιστές/τριες που ήταν παρόντες κατά την έξοδο του/της συγγενούς τους από το νοσοκομείο και ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε μια περίοδο υψηλού στρες. Αυτό πιθανώς εισάγει μια μεροληψία επιλογής, καθώς εκείνοι που βίωναν τα υψηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης ή δυσφορίας ίσως ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν. Επιπλέον, ολα τα δεδομένα προήλθαν από ερωτηματολόγια αυτοαναφεράς, τα οποία είναι επιρρεπή σε μεροληψίες, όπως η μεροληψία κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων (η τάση να απαντά κανείς με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο). Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να έχουν υποβαθμίσει την επιβάρυνσή τους. Επομένως χρειάζονται και άλλες αξιολογήσεις για να επικυρώσουν τις αυτοαναφορές.
4. Η Μετατραυματική Ανάπτυξη θεωρείται μια διαδικασία που συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου. Χωρίς αξιολογήσεις παρακολούθησης (όπως στους 6 ή 12 μήνες), δεν μπορούμε να γνωρίζουμε εάν η αναφερόμενη ανάπτυξη είναι μακροπρόθεσμη.
5. Ο ποσοτικός χαρακτήρας αυτής της μελέτης, αν και είναι καλός για τον εντοπισμό συσχετίσεων, δεν αποτυπώνει τις πλούσιες, προσωπικές ιστορίες πίσω από τους αριθμούς. Οι ποιοτικές συνεντεύξεις θα πρόσθεταν βάθος στις προσωπικές διαδικασίες δημιουργίας νοήματος και ανάπτυξης κάτω από μοναδικές προκλήσεις που αντιμετώπισε κάθε φροντιστής/τρια.

## 5.2 Πλεονεκτήματα της πιλοτικής μελέτης

Αυτή η πιλοτική μελέτη προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα και προσθέτει αξία στην υπάρχουσα βιβλιογραφία:

1. Το τελικό μέγεθος του δείγματος των 15 συμμετεχόντων πληροί και υπερβαίνει τον ευρέως αναφερόμενο «κανόνα» των 12 συμμετεχόντων ανά ομάδα για μια πιλοτική μελέτη, όπως προτείνεται από τον Julious (2005). Αυτή η κατευθυντήρια γραμμή έχει σχεδιαστεί ακριβώς για τους σκοπούς της εκτίμησης παραμέτρων (όπως η τυπική απόκλιση για μελλοντική ανάλυση ισχύος) και της αξιολόγησης της σκοπιμότητας, τον προσδιορισμό πρακτικών προβλημάτων με τις διαδικασίες συλλογής δεδομένων, την αξιολόγηση την αποδοχή των μέτρων και των πρωτοκόλλων καθιστώντας το τρέχον μέγεθος του δείγματος επαρκές για τους δηλωμένους πιλοτικούς στόχους (Lancaster et al., 2004; Thabane et al., 2010)
2. Αυτή η μελέτη εξετάζει συγκεκριμένα την Μετατραυματική Ανάπτυξη μετά την κρίσιμο γεγονός της ακούσιας νοσηλείας. Αξιολογώντας την ΜΑ κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, καταγράφουμε τις πρώτες αντιδράσεις των φροντιστών.
3. Χρησιμοποιώντας επικυρωμένες κλίμακες όπως το PTGI-SF, το Brief COPE, το PsyCap και το ZBI, αξιολογήθηκε πλήρως η ψυχολογική κατάσταση των φροντιστών. Η κατάτμηση του COPE σε ευρύτερες κατηγορίες (η Εμπλοκή, η Γνωστική Αναδιαμόρφωση, η Απεμπλοκή και η Απόσπαση) παρείχε μια βαθύτερη κατανόηση των στρατηγικών αντιμετώπισης σε σύγκριση με την ανάλυση μεμονωμένων κλιμάκων.
4. Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα αυτής της πιλοτικής μελέτης είναι ο διερευνητικός της χαρακτήρας. Έχει παράγει συγκεκριμένες, επαληθεύσιμες υποθέσεις και έχει παράσχει βασικά δεδομένα για τον υπολογισμό του μεγέθους των αποτελεσμάτων. Αυτές οι πληροφορίες είναι ζωτικής σημασίας για τον σχεδιασμό μεγαλύτερων, πιο ολοκληρωμένων μελετών.
5. Η έρευνα αυτή συμβάλλει σε ένα αναπτυσσόμενο, αλλά ακόμη περιορισμένο, σώμα μελετών που μετατοπίζει την εστίαση από τις καθαρά αρνητικές πτυχές (επιβάρυνση και δυσφορία) στις θετικές (ανάπτυξη και ανθεκτικότητα) μεταξύ των φροντιστών ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Αυτή η πιο ισορροπημένη άποψη είναι πιο συμπονετική και ενδυναμώνει τους φροντιστές.

## 5.3 Συστάσεις για μελλοντική έρευνα

Με βάση τα ευρήματα και τους περιορισμούς αυτής της πιλοτικής μελέτης, διατυπώνονται οι ακόλουθες προτάσεις για μελλοντική έρευνα:

1. Η κορυφαία σύσταση είναι η διεξαγωγή μιας μελέτης μεγάλης κλίμακας και διαχρονικής διάρκειας. Αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα μεγαλύτερο δείγμα από πολλαπλά νοσοκομεία,

προκειμένου να υπάρξει γενίκευση. Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να αξιολογούνται σε πολλαπλά χρονικά σημεία: κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και στη συνέχεια σε τακτά χρονικά διαστήματα (όπως 6, 12 και 24 μήνες). Αυτό το σχέδιο θα επιτρέψει στους ερευνητές να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την πάροδο του χρόνου και να καθορίσουν τη σειρά των γεγονότων και να κατανοήσουν καλύτερα τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των παραγόντων.

2. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να συνδυάζουν ποσοτικές μετρήσεις με ποιοτικές μεθόδους, όπως ημιδομημένες συνεντεύξεις. Αυτό θα παρέχει μια πληρέστερη κατανόηση του πώς και γιατί συμβαίνει η ανάπτυξη, καταγράφοντας προσωπικές εμπειρίες και κρίσιμες στιγμές.
3. Η επέκταση των μεταβλητών που μετρώνται θα δημιουργούσε ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάζουν την κοινωνική υποστήριξη, το στίγμα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και παράγοντες που σχετίζονται με την νόσο, όπως τα συμπτώματα, προηγούμενα επεισόδια και το λειτουργικό επίπεδο του/της ασθενούς.
4. Η διεξαγωγή παρόμοιων μελετών σε διάφορα πολιτισμικά περιβάλλοντα θα ήταν πολύ χρήσιμη. Οι πολιτισμικές νόρμες, η δυναμική της οικογένειας και οι πνευματικές πεποιθήσεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την εμπειρία της φροντίδας και τις διαδικασίες δημιουργίας νοήματος.

# Βιβλιογραφία


Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, *311*(10), 1052. https://doi.org/10.1001/jama.2014.304

Allman, J., Cooke, A., Whitfield, B., & McCartney, M. (2018). "It doesn't mean I'm useless": How do young people experiencing psychosis contribute to their families and why are contributions sometimes overlooked? *Psychosis*, *10*(1), 11–21. https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1413129

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Bakar Gurcuoglu, M., & Durmaz, H. (2023). The Relationship between Posttraumatic-Growth and Care Burden in Caregivers of Schizophrenia. *Journal of Loss and Trauma*, *28*(1), 74–91. https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2108201

Balaban, O., Yazar, M., Aydin, E., Agachanli, R., & Yumrukcal, H. (2017). Posttraumatic growth and its correlates in primary caregivers of schizophrenic patients. *Indian Journal of Psychiatry*, *0*(0), 0. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_18_17

Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview. *The Gerontologist*, *41*(5), 652–657. https://doi.org/10.1093/geront/41.5.652

Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with Autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(2), 217-228. doi: 10.1016/j.rasd.2009.09.008

Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*, *307*(4). https://doi.org/10.1001/jama.2012.29

Biedermann, F., & Fleischhacker, W. W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, *21*(4), 349–354. https://doi.org/10.1017/S1092852916000316

Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & Van Doorslaer, E. (2018). The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*. https://doi.org/10.1093/geront/gny137

Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, *73*(3), 279–287. https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.279

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, stress, and coping*, *23*(2), 127–137. https://doi.org/10.1080/10615800903094273

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V. (2014). Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychology*, *5*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01342

Evans, R. (2014). Children as Caregivers. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes, & J. E. Korbin (Eds.), *Handbook of Child Well-Being* (pp. 1893–1916). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8_173

Ezerbolat Özateş, M., Yılmaz Özpolat, A. G., & Göğüş, A. K. (2022). Posttraumatic Growth and Impacting Factors in Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *31*(6), 816–827. https://doi.org/10.1080/10926771.2021.2013378

Fu, X., Sun, J., Wang, X., Cui, M., & Zhang, Q. (2022). Research Progress on Influencing Factors and Intervention Measures of Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Frontiers in Public Health*, *10*, 927370. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.927370

García, F., Páez-Rovira, D., Zurtia, G., Martel, H., & Reyes, A. (2014). Religious Coping, Social Support and Subjective Severity as Predictors of Posttraumatic Growth in People Affected by the Earthquake in Chile on 27/2/2010. *Religions*, *5*(4), 1132–1145. https://doi.org/10.3390/rel5041132

Giulio, P. (2020). Psychotic spectrum disorders: Definitions, classifications, neural correlates and clinical profiles. *Annals of Psychiatry and Treatment*, 070–084. https://doi.org/10.17352/apt.000023

Hamama, L., & Sharon, M. (2013). Posttraumatic Growth and Subjective Well-Being among Caregivers of Chronic Patients: A Preliminary Study. *Journal of Happiness Studies*, *14*(6), 1717–1737. https://doi.org/10.1007/s10902-012-9405-8

Hammond, S. (2016). The Psychometric Viability of the Person's Relating to Others Questionnaire (PROQ). In J. Birtchnell, M. Newberry, & A. Kalaitzaki (Eds.), *Relating Theory – Clinical and Forensic Applications* (pp. 37–51). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/978-1-137-50459-3_4

Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 11–14. https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.039

Hefferon, K., Grealy, M., & Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*, *14*(Pt 2), 343–378. https://doi.org/10.1348/135910708X332936

Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(4), 100195. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195

Jordan, G., MacDonald, K., Pope, M. A., Schorr, E., Malla, A. K., & Iyer, S. N. (2018). Positive Changes Experienced After a First Episode of Psychosis: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *69*(1), 84–99. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600586

Jordan, G., Malla, A., & Iyer, S. N. (2019). “It’s Brought Me a Lot Closer to Who I Am”: A Mixed Methods Study of Posttraumatic Growth and Positive Change Following a First Episode of Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 480. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00480

Jordan, G., Pope, M., Lambrou, A., Malla, A., & Iyer, S. (2017). Post-traumatic growth following a first episode of psychosis: A scoping review. *Early Intervention in Psychiatry*, *11*(3), 187–199. https://doi.org/10.1111/eip.12349

Kalaitzaki, A., Tamiolaki, A., & Tsouvelas, G. (2022). From secondary traumatic stress to vicarious posttraumatic growth amid COVID-19 lockdown in Greece: The role of health care workers’ coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(2), 273–280. https://doi.org/10.1037/tra0001078

Kearney, I., Veale, A., & Murphy, M. (2024). Facilitators of posttraumatic growth in family members of persons with experiences of psychosis: A thematic synthesis. *Psychosis*, *16*(2), 193–206. https://doi.org/10.1080/17522439.2023.2175233

Khateeb, A. (2020). *Caregiver Burden, Stigma, and Posttraumatic Growth among Arab-Israeli Family*.

Kim, Y., Schulz, R., & Carver, C. S. (2007). Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, *69*(3), 283–291. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180417cf4

Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*, *2*(3), 43–48. https://doi.org/10.5498/wjp.v2.i3.43

Lancaster, G. A., Dodd, S., & Williamson, P. R. (2004). Design and analysis of pilot studies: recommendations for good practice. *Journal of evaluation in clinical practice*, *10*(2), 307–312. https://doi.org/10.1111/j..2002.384.doc.x

Lee, Y. Y., Seet, V., Chua, Y. C., Verma, S. K., & Subramaniam, M. (2022). Growth in the Aftermath of Psychosis: Characterizing Post-traumatic Growth in Persons With First Episode Psychosis in Singapore. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 784569. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.784569

Li, J., & Song, Y. (2019). Formal and Informal Care. In D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (pp. 1–8). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_847-1

Lieberman, J. A., & First, M. B. (2018). Psychotic Disorders. *New England Journal of Medicine*, *379*(3), 270–280. https://doi.org/10.1056/NEJMra1801490

Lindgren, C. L. (1993). The Caregiver Career. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *25*(3), 214–219. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00784.x

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 11–21. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*(1), 101–121. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). POSITIVE PSYCHOLOGICAL CAPITAL: MEASUREMENT AND RELATIONSHIP WITH PERFORMANCE AND SATISFACTION. *Personnel Psychology*, *60*(3), 541–572. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x

Mapplebeck, C., Joseph, S., & Sabin-Farrell, R. (2015). An Interpretative Phenomenological Analysis of Posttraumatic Growth in People With Psychosis. *Journal of Loss and Trauma*, *20*(1), 34–45. https://doi.org/10.1080/15325024.2013.821375

Mazor, Y., Gelkopf, M., Mueser, K. T., & Roe, D. (2016). Posttraumatic Growth in Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, *7*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00202

Mazor, Y., Gelkopf, M., & Roe, D. (2018). Posttraumatic growth among people with serious mental illness, psychosis and posttraumatic stress symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, *81*, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.10.009

Morton, R. D., White, M. J., & Young, R. McD. (2015). Posttraumatic Growth in Family Members Living With a Relative Diagnosed With Schizophrenia. *Journal of Loss and Trauma*, *20*(3), 229–244. https://doi.org/10.1080/15325024.2013.863652

Ng, F., Ibrahim, N., Franklin, D., Jordan, G., Lewandowski, F., Fang, F., Roe, D., Rennick-Egglestone, S., Newby, C., Hare-Duke, L., Llewellyn-Beardsley, J., Yeo, C., & Slade, M. (2021). Post-traumatic growth in psychosis: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 607. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03614-3

Özlü, A., Yildiz, M., & Aker, T. (2010). Posttraumatic growth and related factors in caregivers of schizophrenia patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*.

Pagsberg, A. K. (2013). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(S1), 3–9. https://doi.org/10.1007/s00787-012-0354-x

Pakenham, K. I., & Cox, S. (2009). The dimensional structure of benefit finding in multiple sclerosis and relations with positive and negative adjustment: A longitudinal study. *Psychology & Health*, *24*(4), 373–393. https://doi.org/10.1080/08870440701832592

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, *136*(2), 257–301. https://doi.org/10.1037/a0018301

Park, C. L., & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events--Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 791–796. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.791

Pietruch, M., & Jobson, L. (2012). Posttraumatic growth and recovery in people with first episode psychosis: An investigation into the role of self-disclosure. *Psychosis*, *4*(3), 213–223. https://doi.org/10.1080/17522439.2011.608434

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, *18*(2), 250–267. https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250

Prasad, F., Hahn, M. K., Chintoh, A. F., Remington, G., Foussias, G., Rotenberg, M., & Agarwal, S. M. (2024). Depression in caregivers of patients with schizophrenia: A scoping review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *59*(1), 1–23. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02504-1

Prati, G., & Pietrantoni, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, *14*(5), 364–388. https://doi.org/10.1080/15325020902724271

Rhoades, D. R., & McFarland, K. F. (1999). Caregiver Meaning: A Study of Caregivers of Individuals with Mental Illness. *Health & Social Work*, *24*(4), 291–298. https://doi.org/10.1093/hsw/24.4.291

Rodrigues, R., & Anderson, K. K. (2017). The traumatic experience of first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *189*, 27–36. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.045

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing*, *108*(9 Suppl), 23–27; quiz 27. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c

Schumacher, K., Beck, C. A., & Marren, J. M. (2006). FAMILY CAREGIVERS: Caring for older adults, working with their families. *AJN, American Journal of Nursing*, *106*(8), 40–49. https://doi.org/10.1097/00000446-200608000-00020

Schwartz, C. E., & Sendor, M. (1999). Helping others helps oneself: Response shift effects in peer support. *Social Science & Medicine*, *48*(11), 1563–1575. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00049-0

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455–471. https://doi.org/10.1002/jts.2490090305

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004a). A Clinical Approach to Posttraumatic Growth. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (1st ed., pp. 405–419). Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch25

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004b). TARGET ARTICLE: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence." *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology*, *10*, 1. https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1

Van Esterik, P. (1995). Care, Caregiving, and Caregivers. *Food and Nutrition Bulletin*, *16*(4), 1–11. https://doi.org/10.1177/156482659501600411

Wellington, O., Aina-Pelemo, A., & Odunubi, O. (2023). Post-Traumatic Growth Following the Experience of Interpersonal Violence: The Roles of Perceived Stigma and Social Support. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 1–27. https://doi.org/10.17583/generos.9609

Wood, F. G. (1991). The Meaning of Caregiving. *Rehabilitation Nursing*, *16*(4), 195–198. https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1991.tb01212.x

Wu, C., Liu, Y., Ma, S., Jing, G., Zhou, W., Qu, L., Wang, Z., Cheng, M., & Wu, Y. (2021). The mediating roles of coping styles and resilience in the relationship between perceived social support and posttraumatic growth among primary caregivers of schizophrenic patients: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 58. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03058-9

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, *26*(5), 626–653. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008

# Παραρτήματα

## 1) Δήλωση συγκατάθεσης για συμμετοχή στην μελέτη

ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: «Μετατραυματική ανάπτυξη σε φροντιστές ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος»

ΚΥΡΙΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ (PI):

ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σε αυτή την μελέτη θα σας δοθεί να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο, με ερωτήσεις που αφορούν το πώς αισθάνεστε στη ζωή σας και το βαθμό που η νοσηλεία των συγγενών σας – ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα άλλαξε τη ζωή σας. Δεν θα σας ζητηθεί τίποτε άλλο.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η έρευνα αυτή επικεντρώνεται στην μελέτη της εμφάνισης μετατραυματικής ανάπτυξης, δηλαδή στη θετική εξέλιξη που μπορεί να παρατηρηθεί σε προσωπικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, σε φροντιστές ασθενών με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος μετά την εμπειρία των ασθενών με το στρεσογόνο και τραυματικό γεγονός της νοσηλείας στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού θα σας δοθεί να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τη σχέση σας με το συγγενή σας και ερωτήσεις που αφορούν εσάς, την ψυχική σας υγεία και τη μετατραυματική ανάπτυξη μετά από την ακούσια νοσηλεία των συγγενών σας στο νοσοκομείο. Το ίδιο ερωτηματολόγιο θα το συμπληρώσετε και 6 μήνες μετά το εξιτήριο του συγγενή σας.

ΓΙΑΤΙ ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΛΕΧΘΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε στην μελέτη διότι κάποιος/α συγγενής σας νοσηλεύτηκε ακούσια στην ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ και θέλουμε να εξετάσουμε το πώς αισθάνεστε και κατά πόσο η νοσηλεία πιθανόν άλλαξε τη ζωή σας.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στο πλαίσιο της μελέτης απαιτείται να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο που θα σας δοθεί κατά το εξιτήριό του συγγενή σας και 6 μήνες μετά, σχετικά με την ψυχική σας κατάσταση και το βαθμό που η νοσηλεία του συγγενή σας πιθανόν άλλαξε και τη δική σας ζωή. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά σας στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, τόπος κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, εργασία, οικονομική κατάσταση. Στην συνέχεια θα

απαντήσετε σε ερωτήσεις αναφορικά με το αν έχετε βιώσει τραυματικά ή στρεσογόνα γεγονότα ζωής, την ψυχική σας κατάσταση (π.χ. την ελπίδα, αισιοδοξία, ανθεκτικότητα που αισθάνεστε), τον τρόπο που διαχειρίζεστε το άγχος στη ζωή σας, τα συναισθήματα που νιώθατε τις δύο περασμένες εβδομάδες και τέλος, το βαθμό που η νοσηλεία άλλαξε τη ζωή σας.

Θα συλλέξουμε τις πληροφορίες που θα μας δώσετε μέσω του ερωτηματολογίου και θα τις καταγράψουμε σε αρχείο ηλεκτρονικό (στον Ηλεκτρονικό υπολογιστή).

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Θα χρειαστείτε περίπου 20 λεπτά για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου την κάθε φορά.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Η συμμετοχή σας στην μελέτη δεν ενέχει κανένα κίνδυνο και δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή επιβάρυνση για σας εκτός από το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή.

ΟΦΕΛΕΙΑ

Δεν υπάρχουν κάποια άμεσα οφέλη για σας από τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή. Ωστόσο, η συμβολή σας στη μελέτη είναι σημαντική γιατί ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε να αξιοποιήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας μας για την προώθηση της υγείας σας και την ενίσχυση των παραγόντων εκείνων που βοηθάνε τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σας.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων θα γίνει σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679 (ΓΚΠΔ) και την Ελληνική Νομοθεσία, συμπεριλαμβανομένου του ν. 4624/ 2019.

Το Νοσοκομείο εφαρμόζει όλα τα απαιτούμενα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σε τρίτους. Επίσης, η ταυτότητά σας δεν θα αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα λάβουν χώρα σε σχέση με την συγκεκριμένη μελέτη. Τα αρχεία που περιλαμβάνουν τα δεδομένα σας (καθώς και τυχόν κωδικοί) θα φυλάσσονται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή της επιστημονικά υπεύθυνης της έρευνας. Μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας που δεσμεύονται με όρους εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας θα έχουν πρόσβαση σε αυτά.

Τα αρχεία της έρευνας/δεδομένα που αφορούν το πρόσωπό σας θα φυλαχθούν για 2 χρόνια μετά το πέρας του οποίου θα καταστραφούν. Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που θα μας δώσετε μπορεί να

χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε παρόμοια έρευνα, τηρώντας τις απαιτήσεις της σχετικής νομοθεσίας για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Αποτελέσματα αυτής της έρευνας πρόκειται να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια (ό,τι άλλο αφορά τη χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας). Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητά σας δεν θα μπορούν να προσδιοριστούν σε καμία δημοσίευση, συνεδριακή ανακοίνωση (ή άλλη χρήση που προβλέπεται).

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ

Εάν έχετε ερωτήσεις αναφορικά με τη μελέτη, μπορείτε να έρθετε σε επαφή με τον ερευνητή του οποίου τα στοιχεία επικοινωνίας είναι στην πρώτη σελίδα του παρόντος.

Επίσης εάν έχετε ερωτήσεις αναφορικά με τα δικαιώματά σας ως συμμετέχων /συμμετέχουσα στη μελέτη, ή σε περίπτωση που προκύψουν θέματα τα οποία θεωρείτε ότι δεν μπορείτε να τα συζητήσετε με τον Κύριο ερευνητή, μπορείτε να έρθετε σε επαφή με την Επιτροπή Δεοντολογίας - Επιστημονική Επιτροπή του Παν. Νοσοκομείου Ηρακλείου (τηλ: 2810 392478) ή με τον υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων ΠαΓΝΗ (DPO) dpo@pagni.gr ή σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα(ΑΠΔΠΧ) contact@dpa.gr.

ΟΙΚΕΙΟΘΕΛΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη είναι οικειοθελής. Εσείς αποφασίζετε αν θα συμμετέχετε ή όχι. Σε περίπτωση που αποφασίσετε να λάβετε μέρος, θα σας ζητηθεί να υπογράψετε το έντυπο συγκατάθεσης. Μετά την υπογραφή σας για συμμετοχή, είστε επίσης ελεύθερος/ελεύθερη να αποσυρθείτε από την μελέτη όποτε το θελήσετε και χωρίς να είστε υποχρεωμένος/η να το αιτιολογήσετε. Στην περίπτωση που αλλάξετε γνώμη και αποχωρήσετε από την έρευνα μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για σας, εκτός από τις περιπτώσεις που η επεξεργασία δύναται ή πρέπει να συνεχιστεί για άλλους λόγους (λ.χ. έννομες υποχρεώσεις υπευθύνου επεξεργασίας). Το αίτημά σας για διαγραφή των πληροφοριών που μας δώσατε μπορεί να ικανοποιηθεί μέχρι και ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση της έρευνας. Στην περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφούν τα προσωπικά σας δεδομένα ή οι πληροφορίες που μας δώσατε μπορείτε να επικοινωνήσετε με την επιστημονικά υπεύθυνη της έρευνας: Αργυρούλα Καλαϊτζάκη, akalaitzaki@hmu.gr. Σε περίπτωση απόσυρσης από την μελέτη, δεν θα επηρεαστεί η όποια σχέση έχετε με τον/την ιατρό.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ

Έχω διαβάσει και κατανοήσει την πληροφορία που μου δόθηκε. Είχα την ευκαιρία να ρωτήσω όποια ερώτηση είχα αναφορικά με τη συμμετοχή μου στη μελέτη. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι οικειοθελής, και ότι μπορώ να αποσυρθώ οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμώ χωρίς να χρειάζεται να το αιτιολογήσω και χωρίς οποιαδήποτε συνέπεια. Θα μου δοθεί αντίγραφο του παρόντος. Συμφωνώ οικειοθελώς να συμμετέχω στην παρούσα μελέτη.

Ενημερώθηκα επαρκώς και αποδέχομαι την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, όπως περιγράφεται στο παρόν έντυπο.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ονοματεπώνυμο του συμμετέχοντα: ---------- Ημερ/νία:_____

Υπογραφή του συμμετέχοντα: ----------

Ονοματεπώνυμο Ερευνητή: ---------- Ημερ/νία: _____

Υπογραφή του ερευνητή: _____

## 2) Εργαλεία μέτρησης

Μελέτη: Μετατραυματική Ανάπτυξη σε φροντιστές ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος

Δημογραφικά στοιχεία φροντιστή

Όνομα: _____ Επώνυμο: _____
Φύλο: Γυναίκα Άνδρας Δεν επιθυμώ να απαντήσω
Ηλικία: _____
Διαμονή: _____ Τηλέφωνο: _____
Email:

Ο τόπος μόνιμης διαμονής σας είναι:

1. Αστικός (Δημοτική ή Τοπική Κοινότητα της οποίας ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει 2000 κατοίκους και άνω)
2. Αγροτικός (Δημοτική ή Τοπική Κοινότητα της οποίας ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει λιγότερους από 2000 κατοίκους

Οικογενειακή Κατάσταση

1. Άγαμος
2. Έγγαμος/Σύμφωνο συμβίωσης/Σχέση
3. Άλλο (χήρος, διαζευγμένος κ.α.)

Επίπεδο εκπαίδευσης:

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο
3. Λύκειο / ΙΕΚ
4. ΑΕΙ/ΤΕΙ
5. Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

Κατάσταση απασχόλησης

1. Εργάζομαι
2. Δεν εργάζομαι
3. Συνταξιούχος

Ποιο είναι το ετήσιο καθαρό εισόδημα σας

1. Χαμηλό (0 - 10.000 ευρώ)
2. Μέτριο (10.001 - 20.000 ευρώ)
3. Υψηλό (πάνω από 20.001 ευρώ

Ψυχική υγεία και σχέση με τον ασθενή

Ο κύριος φροντιστής του/της ασθενούς είναι

1. Εγώ
2. Οι γονείς
3. Η μητέρα
4. Η πατέρας

5. Η/η σύζυγος
6. Η/η σύντροφος
7. Αδελφός/η
8. Άλλος συγγενής

Τι συγγένεια έχετε με τον ασθενή:
1. Είμαι γονέας
2. Είμαι αδελφός/ή
3. Είμαι σύζυγος/σύντροφος
4. Άλλος συγγενής

Ζείτε μαζί με τον ασθενή;
Ναι / Όχι

Σε τι ποσοστό συμμετέχετε στη φροντίδα του/της ασθενούς την ημέρα:
1. 0% (καθόλου)
2. 1%-20% (πολύ λίγο)
3. 21%-40% (λίγο)
4. 41%-60% (μέτρια)
5. 61%-80% (αρκετά)
6. 81%-99% (πολύ)
7. 100% (απόλυτα/ εξ' ολοκλήρου)

Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική ή ψυχική ασθένεια ή υποκείμενα νοσήματα;
1. Ναι
2. Όχι
3. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

Short Form Zarit Burden Interview (ZBI-12). Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που σας περιγράφει καλύτερα.

| Νιώθετε… | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές φορές | Αρκετά συχνά | Σχεδόν πάντα |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ότι επειδή ξοδεύετε αρκετό χρόνο με τον/τη συγγενή σας, δεν έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. πιεσμένος/η ανάμεσα στη φροντίδα του/της συγγενή σας και στην προσπάθειά σας να ανταποκριθείτε σε άλλες ευθύνες (εργασία/οικογένεια); | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Θυμωμένος/η όταν είστε με τον/τη συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ότι ο/η συγγενής σας επηρεάζει αρνητικά τη σχέση σας με τα άλλα μέλη της οικογένειας ή με τους φίλους σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. σε ένταση όταν είστε με τον/τη συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ότι η υγεία σας έχει επηρεαστεί λόγω της ενασχόλησής σας με τον/τη συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ότι δεν έχετε τόση προσωπική ζωή όσο θα θέλατε λόγω της/του συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ότι η κοινωνική σας ζωή έχει επηρεαστεί λόγω του ότι φροντίζετε τον/τη συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ότι έχετε χάσει τον έλεγχο της ζωής σας μετά την ασθένεια του συγγενή σας | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. αβέβαιος/η για το τι πρέπει να κάνετε για τον/τη συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. ότι θα έπρεπε να κάνετε περισσότερα για τον/τη συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ότι θα μπορούσατε να φροντίζετε καλύτερα το/τη συγγενή σας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Brief COPE.

Οι επόμενες ερωτήσεις έχουν να κάνουν με τον τρόπο που αντιμετωπίζετε το άγχος (στρες) στη ζωή σας. Απαντήστε σε ποιο βαθμό υιοθετείτε τον τρόπο αντιμετώπισης που αναφέρει η κάθε πρόταση.

| | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ |
|---|---|---|---|---|
| 1. Στρέφομαι προς τη δουλειά ή άλλες ασχολίες για να παίρνω το μυαλό μου από τα προβλήματα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Επικεντρώνομαι στο να κάνω κάτι για να αλλάξω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Λέω στον εαυτό μου «αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει» | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να αισθάνομαι καλύτερα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Παίρνω συναισθηματική υποστήριξη από άλλους | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Παραιτούμαι από την προσπάθεια να το αντιμετωπίσω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Λαμβάνω μέτρα για να βελτιώσω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Αρνούμαι να πιστέψω ότι συμβαίνει | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Λέω πράγματα για να εκτονωθούν τα αρνητικά μου συναισθήματα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Παίρνω βοήθεια και συμβουλές από άλλους | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να μπορέσω να το ξεπεράσω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Προσπαθώ να δω την κατάσταση με διαφορετικό τρόπο, πιο θετικά | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Εξασκώ κριτική προς τον εαυτό μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Προσπαθώ να σκεφτώ κάποια στρατηγική για το τι θα κάνω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Παίρνω παρηγοριά και κατανόηση από κάποιον | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Παραιτούμαι από την προσπάθεια να ανταπεξέλθω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Ψάχνω για κάτι θετικό σε αυτό που συμβαίνει | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Κάνω αστεία για αυτό που συμβαίνει | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Κάνω κάτι για να μην το σκέφτομαι, όπως βλέπω τηλεόραση, διαβάζω, ονειροπολώ, κοιμάμαι | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Αποδέχομαι την πραγματικότητα γι' αυτό που έγινε | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Εκφράζω τα αρνητικά μου συναισθήματα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Προσπαθώ να βρω παρηγοριά στην θρησκεία ή άλλες πνευματικές ενασχολήσεις | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Προσπαθώ να πάρω συμβουλές και βοήθεια από άλλους για το τι να κάνω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Σκέφτομαι σοβαρά για το τι βήματα πρέπει να ακολουθήσω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Ρίχνω το φταίξιμο στον εαυτό μου για αυτό που έγινε | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Προσεύχομαι ή αυτοσυγκεντρώνομαι | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 28. Ειρωνεύομαι την κατάσταση | 1 | 2 | 3 | 4 |

The Psycap scale.

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την ψυχολογική σας κατάσταση και συγκεκριμένα την ελπίδα, την αισιοδοξία, την ανθεκτικότητα και την αυτό-αποτελεσματικότητα. Επιλέξτε την απάντηση όπου σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Κάπως διαφωνώ | Κάπως συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 1. Αν βρισκόμουν σε δύσκολη θέση, θα μπορούσα να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να βγω από αυτή | | | | | | |
| 2. Αυτή τη στιγμή, βλέπω τον εαυτό μου ως αρκετά επιτυχημένο | | | | | | |
| 3. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να πετύχω τους τρέχοντες στόχους μου | | | | | | |
| 4. Είμαι βέβαιος/η ότι θα μπορούσα να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά απροσδόκητα γεγονότα | | | | | | |
| 5. Μπορώ να λύσω τα περισσότερα προβλήματα αν καταβάλω την απαραίτητη προσπάθεια | | | | | | |
| 6. Μπορώ να παραμείνω ήρεμος/η όταν αντιμετωπίζω δυσκολίες, επειδή μπορώ να βασιστώ στις ικανότητες αντιμετώπισης μου | | | | | | |
| 7. Θεωρώ ότι μπορώ να αντέξω πολλά, και δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία | | | | | | |
| 8. Μετά από σοβαρές δυσκολίες στη ζωή, τείνω να ανακάμπτω γρήγορα | | | | | | |
| 9. Πιστεύω ότι η αντιμετώπιση του στρες μπορεί να με δυναμώσει | | | | | | |
| 10. Ανυπομονώ για τη ζωή που έχω μπροστά μου (το μέλλον μου) | | | | | | |
| 11. Το μέλλον μου επιφυλάσσει πολλά καλά | | | | | | |
| 12. Συνολικά, περιμένω περισσότερα καλά πράγματα να μου συμβούν παρά κακά | | | | | | |

Posttraumatic Growth Inventory (PTGI).

Προσδιορίστε σε ποιο βαθμό η παρούσα νοσηλεία του παιδιού σας άλλαξε τη ζωή σας στους τομείς που περιγράφονται παρακάτω. Χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα:

| | Δεν άλλαξε η ζωή μου | Άλλαξε σε πολύ μικρό βαθμό | Άλλαξε σε μικρό βαθμό | Άλλαξε σε μέτριο βαθμό | Άλλαξε σε μεγάλο βαθμό | Άλλαξε σε πολύ μεγάλο βαθμό |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Άλλαξα τις προτεραιότητες μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Εκτιμώ περισσότερο την αξία της ίδιας μου της ζωής. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Είμαι σε θέση να αξιοποιήσω καλύτερα τη ζωή μου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Κατανοώ καλύτερα τα πνευματικά θέματα. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Έχω μεγαλύτερη αίσθηση εγγύτητας με τους άλλους. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ξέρω καλύτερα ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τις δυσκολίες. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Έχει δυναμώσει η θρησκευτική μου πίστη. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατός/ή απ' ότι νόμιζα. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ευχαριστούμε πολύ!

## 3) Άδειες και Εγκρίσεις

**ΕΗΔΕ**

**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ**
**Αρ. Πρωτ.: 31520**

**ΑΠΟΦΑΣΗ**
**ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**
**ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ**
**ΓΙΑ**
**ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ**
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

**Συμπληρώνεται από την Ε.Η.Δ.Ε**

| Τίτλος Προγράμματος για το οποίο γίνεται η αίτηση |
|---|
| Μετατραυματική ανάπτυξη σε φροντιστές ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος |
| **Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος** |
| Καλαϊτζάκη Αργυρούλα<br>Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας / Σχολή Επιστημών Υγείας<br>akalaitzaki@hmu.gr |

| Μέλη της Ε.Η.Δ.Ε. | |
|---|---|
| **Ονοματεπώνυμο** | **Ιδιότητα** |
| Κωνσταντίνος Μαριάς | Πρόεδρος, Καθηγητής, Τμήμα Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών |
| Αργυρούλα Καλαϊτζάκη | Μέλος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας |
| Ιωάννης Βαρδιάμπασης | Μέλος, Καθηγητής, Τμήμα Ηλεκτρονικών Μηχανικών |
| Βασίλειος Χριστοδουλάκης | Αν. Μέλος, Δικηγόρος/ Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ειδίκευσης «Βιοηθική»/Διδακτορικό Δίπλωμα στη Φιλοσοφία του Δικαίου |
| Ηρακλής Μηλάκης | Μέλος, Δικηγόρος/ Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ειδίκευσης «Βιοηθική» |

| Σχόλια από την Ε.Η.Δ.Ε. με βάση τα οποία λήφθηκε η απόφαση για την αίτηση που υποβλήθηκε |
|---|
| |

| Απόφαση της Ε.Η.Δ.Ε.<br>(Εγκρίνεται, Ζητούνται επιπρόσθετα στοιχεία) |
|---|
| Εγκρίνεται |
| Μέλη που ήταν παρόντα στην λήψη απόφασης/Αποτέλεσμα Ψηφοφορίας |
| Κωνσταντίνος Μαριάς<br>Αργυρούλα Καλαϊτζάκη<br>Ιωάννης Βαρδιάμπασης<br>Βασίλειος Χριστοδουλάκης<br>Ηρακλής Μηλάκης |

**Ο Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε**.

| Όνομα | Επίθετο | Υπογραφή |
|---|---|---|
| Κωνσταντίνος | Μαριάς | KONSTANTINOS MARIAS Digitally signed by KONSTANTINOS MARIAS Date: 2024.10.24 16:00:22 +00:00 |

**ΠΑ.Γ.Ν.Η**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ηράκλειο 18/10/2024
Αρ. πρωτ.: 32479

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Τσιλιμπάρης
Μιλτιάδης
Καθηγητής
Δ/ντής Οφθαλμολογικής
Κλινικής

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ
Μιχαηλίδη Ελένη
Δ/ντρια ΕΣΥ
Παιδιατρικής

Κούδας Βασίλειος
Δ/ντής ΕΣΥ
Ψυχιατρικής

Μπέτση Γρηγορία
Επιμελήτρια Α'
Ενδοκρινολογίας-
Διαβήτη-
Μεταβολισμού

Πλατή Ιωάννα
Επιμελήτρια Β'
Παιδιατρικής

Βενιχάκη Μαρία
Καθηγήτρια
Κλινικής Χημείας

Σκριβάκης Γεώργιος
Ειδικευόμενος
Χειρουργικής

Μεσσαριτάκη Αργυρή
Τομεάρχης Νοσηλευτικής

Ταμπακάκη Μαρία
ΤΕ Φυσικοθεραπείας

Γραμματεία
Μαρία Μπενέτου
Τηλ.: 2813405316

ΠΡΟΣ: Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
Καθηγητή κ. Π. Μήτσια

Κοιν: -Διοικητή Πα.ΓΝΗ
-Καθηγήτρια κα. Μ. Μπάστα
-Αναπλ. Καθηγήτρια ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. κα. Α. Καλαϊτζάκη

ΘΕΜΑ: «Έγκριση Επέκτασης ερευνητικού πρωτοκόλλου που έχει εγκριθεί και διεξάγεται στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠαΓΝΗ»

Το Ε.Σ στη συνεδρίασή του, της 18/10/2024, αφού έλαβε υπόψη την επιστολή της Καθηγήτριας κα. Μ. Μπάστα και της Αναπλ. Καθηγήτριας κα. Α. Καλαϊτζάκη, με αρ. πρωτ. 32479/02-10-2024, τη θετική εισήγηση της Ομάδας Εργασίας της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, καθώς και τα επισυναπτόμενα έγγραφα, εισηγείται θετικά στο Δ.Σ την έγκριση επέκτασης του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο **«Μετατραυματική Ανάπτυξη σε φροντιστές ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος»** που έχει εγκριθεί και διεξάγεται στην **Ψυχιατρική Κλινική** του Νοσοκομείου μας.

**Η εισήγηση του Ε.Σ. δεν επέχει σε καμία περίπτωση ισχύ απόφασης και δεν δύναται να χρησιμοποιηθεί ως τέτοια.**

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Καθηγητής Μιλτιάδης Τσιλιμπάρης

0000171642
07.11.2024 11:46:36
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ
DocuTracks

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**
**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**
**7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**
**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ**
**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ**
**ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 31/30-10-2024** Π.Γ.Ν.Η. 01/11/2024
**Α. Π.: Εισερχ. 36399 ΕΞ 2024**
**Α. Π. Αποστολέα: 36399 ΕΞ 2024**
**Ημ/νία Αποστολής: 07/11/2024**

**ΑΠΟΦΑΣΗ:1736**

**ΘΕΜΑ:22ο «Έγκριση Επέκτασης ερευνητικού πρωτοκόλλου που έχει εγκριθεί και διεξάγεται στην Ψυχιατρική Κλινική του ΠαΓΝΗ»**

**Σχετ:**

1. Η με αρ. πρωτ 32479/02-10-2024 επιστολή της Καθηγήτριας Μ. Μπάστα και της Αναπλ. Καθηγήτριας Α. Καλαϊτζάκη, η θετική εισήγηση της Ομάδας Εργασίας της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, καθώς και τα επισυναπτόμενα έγγραφα
2. Η με αρ. πρωτ 32479/18-10-2024 επιστολή του Επιστημονικού Συμβουλίου.
3. Η με αρ. πρωτ 32479/18-10-2024 εισήγηση του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας Καθηγητή Παναγιώτη Μήτσια

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του τα παραπάνω σχετικά,

**ομόφωνα αποφασίζει**

Την έγκριση Επέκτασης του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο **«Μετατραυματική Ανάπτυξη σε φροντιστές ατόμων με διαταραχές ψυχωσικού φάσματος»** που έχει εγκριθεί και διεξάγεται στην **Ψυχιατρική Κλινική** του Νοσοκομείου μας.

Η Γραμματεία της Ιατρικής Υπηρεσίας του Πα.Γ.Ν.Η να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες.

| **Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ** | **Η ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ** | **ΤΑ ΜΕΛΗ** |
|---|---|---|
| ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ | ΓΙΑΝΝΑΔΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ | ΙΩΑΝΝΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ |
| | | ΚΑΛΛΕΡΓΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ |
| | | ΣΥΡΙΓΩΝΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ |
| **Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΔΣ** | | ΤΖΑΒΑΡΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ |
| | | ΚΑΡΑΚΟΥΔΗ ΓΕΡΟΜΑΡΚΑΚΗ ΕΛΕΝΗ |
| ΒΑΣΙΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ | **ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ** | ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ |