

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

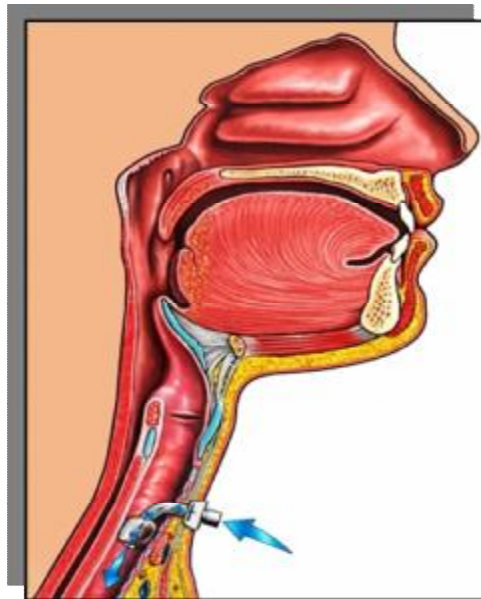
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : Η Άποψη των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση της τραχειοστομίας

TITLE: The view of health professionals for the management of the tracheostomy



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΚΑΤΕΡΟΥΔΑΚΗ ΧΡΥΣΑ
ΜΟΥΡΚΟΓΙΑΝΝΗ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ
ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΜΑΙΡΗ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΗΛΙΑΣ

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Καθηγητή μας κ. Παπαθανασίου Ηλία για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μας παρείχε καθ'όλη την διάρκεια εκπόνησης της. Τέλος ευχαριστούμε θερμά τις οικογένειες μας και τους καρδιακούς μας φίλους για την στήριξη, συμπαράσταση και κατανόηση τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση και τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνει ο κάθε ένας από αυτούς όσο αφορά τους ασθενείς με τραχειοστομία. Η παρούσα έρευνα είναι ερευνητική και χρησιμοποιεί ως βασικό εργαλείο της το ερωτηματολόγιο. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 240 επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται στην Αθήνα, στην Καλαμάτα και στην Κρήτη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα αποδεικνύεται ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ως τον πιο κατάλληλο για την διαχείριση μιας τραχειοστομίας, αρχικά τον ΩΡΛ, έπειτα αναφέρονται οι Νοσηλευτές και τέλος άλλος Ιατρός όπου στην προκειμένη περίπτωση οι ειδικοί προτείνουν τους Χειρουργούς και τους Ιατρούς ΜΕΘ.

Ο λογοθεραπευτής συγκεκριμένα είναι αρμόδιος για την αξιολόγηση της κατάποσης. Ακόμα, ασχολείται με την σύσταση της τροφής για ασφαλή σίτιση ενός ασθενή με τραχειοστομία. Επιπλέον είναι σε θέση να εκπαιδεύσει τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή και να του παρέχει συναισθηματική φροντίδα για την εξομάλυνση τυχών ψυχολογικών καταστάσεων.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματίες υγείας, τραχειοστομία, ασθενής, νοσηλευτής, λογοθεραπευτής

1

ABSTRACT

The purpose of this research is to study the views of health professionals on the management and the responsibilities assumed by each one of them about patients with tracheostomy.

This research is descriptive and uses the questionnaire as a key tool. The sample consisted of 240 healthcare professionals working in Athens, Kalamata and Crete.

The results obtained from this research demonstrate that the majority of health professionals consider a throat specialist to be the most suitable for the management of a tracheostomy, first and foremost, and then they refer to nurses and other doctors, where specialists propose surgeons and ICU doctors.

The speech and language therapist specifically is responsible for the evaluation of swallowing. Still dealing with the establishment of safe food for feeding a patient with a tracheostomy.

Furthermore, speech and language therapist will train the patient to other means of communication until normal operation is feasible and provide emotional care for smoothing possible psychological situations.

Key Words: health professionals, tracheostomy, patient, nurse, therapist

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	11
ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ	11
2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ	11
2.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ	11
2.3 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ.....	12
2.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ.....	13
2.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ	15
2.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο.....	25
<i>3.1 Διεπιστημονική ομάδα και ο ρόλος της</i>	25
<i>3.3.1 Νοσηλευτική φροντίδα</i>	27
<i>3.3.2 Λογοθεραπευτική φροντίδα.....</i>	29
<i>3.3.3 Φυσικοθεραπευτική φροντίδα</i>	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	34
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	34
4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	35
4.3 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	36
4.4 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	37
4.6 ΚΩΔΙΚΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	39
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ	39
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	76
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση και τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνει ο κάθε ένας από αυτούς όσο αφορά τους ασθενείς με τραχειοστομία. Η τραχειοστομία αποτελεί μια πολύ συνηθισμένη πρακτική, προκειμένου να υποστηριχθεί το αναπνευστικό σύστημα του ασθενούς. Ως πρακτική η τραχειοστομία εφαρμόζεται από τους Αιγύπτιους και τον 20^ο αιώνα εξελίχθηκε για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ορθή στάση τους απέναντι στους ασθενείς με τραχειοστομία, ο καθένας στον δικό του κλάδο, αλλά και όλοι μαζί σε συνεργασία για την αποτελεσματική διεπιστημονική αντιμετώπιση της τραχειοστομίας. Για το λόγο αυτό διερευνώνται και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο διαμερισμό των αρμοδιοτήτων μεταξύ των ειδικών και η γνώση τους σχετικά με τις αρμοδιότητες που τελικά αναλαμβάνει ο κάθε επαγγελματίας υγείας.

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να εμπλουτίσει τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις στον τομέα αυτό αλλά και να συμβάλλει στην περαιτέρω γνώση αναφορικά με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς με τραχειοστομία.

Κεφάλαιο 1°

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τραχειοστομία είναι μια συνήθης ιατρική πρακτική και επίσης από τις αρχαιότερες καταγεγραμμένες μεθόδους, εφόσον λέγεται ότι πρωτοξεκίνησε από τους Αιγύπτιους πριν 3,5 χιλιάδες χρόνια. Ο Chevalier Jackson βελτίωσε την τεχνική του τον 20° αιώνα αναγνωρίζοντας παράλληλα τις πιθανές επιπλοκές της μεθόδου και πείθοντας τους γιατρούς για την ωφελιμότητα της. Η τραχειοστομία με τον μηχανικό αερισμό είναι η συχνότερη χειρουργική επέμβαση για ασθενείς μονάδων εντατικής θεραπείας. Η εφαρμογή της τραχειοστομίας μπορεί να είναι ευρεία κατά τα πρόσφατα έτη, αλλά ακόμα υπάρχει αντιπαράθεση σε σχέση με την επιλογή των ασθενών και τις ενδείξεις.

Η τραχειοστομία αποτελεί μια μακροπρόθεσμη λύση στην υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς. Οι ασθενείς που φέρουν τραχειοστομία πληθαίνουν και απαιτείται εγρήγορση αλλά και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο σε θεωρία όσο και σε ανάπτυξη κλινικών ικανοτήτων, για την ικανοποιητική πρόληψη τυχόν προβλημάτων στους βαριά πάσχοντες ασθενείς.

Η ανάρρωση και εξέλιξη της υγείας ενός ασθενούς με τραχειοστομία εξαρτάται άμεσα από την συντήρηση της βατότητας αυτής. Η φροντίδα ενός τέτοιου ασθενούς με επιμελή τρόπο συμβάλει σε ταχύτερη ανάρρωση προλαμβάνοντας τυχόν λοιμώξεις

Όταν ο ασθενής δεν έχει την δυνατότητα να αποβάλει εκκρίσεις ή έχει μειωμένη συνείδηση ή ανάγκη από μηχανική υποστήριξη του αναπνευστικού, η σημασία της τραχειοστομίας αλλά και του βατού αεραγωγού είναι ακόμη μεγαλύτερη και καθοριστική για την επιβίωση του.

Ο λεπτός χειρισμός είναι απαραίτητος για την αποφυγή κινδύνων που μπορεί η τραχειοστομία λόγω θέσης, να προκαλέσει στην νοσηλεία του ασθενούς ή την ίδια την ζωή του. Τέτοιου είδους κίνδυνοι είναι η

αιμορραγία και η παρεκτόπιση τραχειοσωλήνα.

Κεφάλαιο 2°

Τραχειοστομία

2.1 Τι είναι η τραχειοστομία

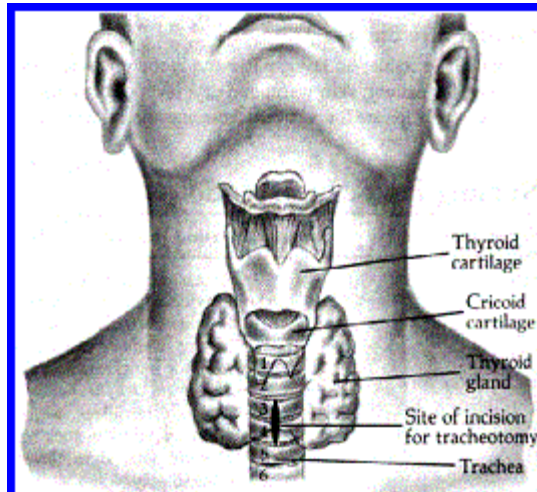
Μια τραχειοστομία μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή και λαμβάνει χώρα εκτάκτως ή σε προγραμματισμένο χειρουργείο. Ως τραχειοστομία ορίζεται η εγχειρητική διάνοιξη της τραχείας που έχει στόχο τον αερισμό του ασθενή και η τοποθέτηση εντός αυτής ειδικού σωλήνα, που παρακάμπτει την αναπνευστική οδό, το τεχνητό στόμιο ανάμεσα στον δεύτερο και τρίτο χόνδρο κάτω από τον κρικοειδή χόνδρο, στο πρόσθιο τοίχωμα της τραχείας¹.

2.2 Σκοπός της τραχειοστομίας

- § Να διευκολυνθεί η λειτουργία της αναπνοής εξασφαλίζοντας ανοιχτή την αεροφόρο οδό
- § Να παράσχει την δυνατότητα αναρρόφησης των βρογχικών εκκρίσεων
- § Να προλαμβάνει σε καταστάσεις τεχνητής διατροφής, κωματώδεις κά. την εισρόφηση στοματικών και γαστρικών εκκρίσεων
- § Να προσφέρει μηχανικό αερισμό για μακροχρόνια χρήση²

¹ Anonymous (1996). Confidentially Tracheostomy Care: Pressure Check Nursing 26(6), 24.

² Fiorentini, A. (1992) Potential hazards of tracheobronchial suctioning. Intensive and Critical Care Nursing 8, pp217-226.



Εικόνα 2-1: Θέση εκτέλεσης τραχειοστομίας

2.3 Ενδείξεις εκτέλεσης τραχειοστομίας

Η τραχειοστομία τοποθετείται μόνιμα (μόνιμη τραχειοστομία) ή προσωρινά και μπορεί να είναι οξεία ή προγραμματισμένη ενώ εκτελείται σε³:

1. Περίπτωση απόφραξης της ανώτερης αναπνευστικής οδού δηλ. οίδημα λάρυγγα, ξένα σώματα, ανεγχείρητοι όγκοι, εισρόφηση εμεσμάτων
2. Περίπτωση σοβαρού τραυματισμού του λάρυγγα
3. Περιπτώσεις ριζικών επεμβάσεων του φάρυγγα ή του θυρεοειδούς και του ανωτέρου οισοφάγου
4. Σε περιπτώσεις ανάγκης παρατεταμένης υποστήριξης της αναπνοής:

§ Ασθενείς που ξεπερνούν τις 2 εβδομάδες με αναπνευστήρα με το χρονικό περιθώριο να είναι ευμετάβλητο κατά περίπτωση δηλ. αν δεν υπάρχει ανάγκη για διασωλήνωση μετά από λίγες μέρες, δεν γίνεται τραχειοτομία άσχετα με τον χρόνο που μπορεί να έχει περάσει

³ de Mestral C, Iqbal S, Fong N, LeBlanc J, Fata P, Razek T, Khwaja K. *Impact of a specialized multidisciplinary tracheostomy team on tracheostomy care in critically ill patients.* Can J Surg. 2011 Jun;54(3):167-72

§ Ασθενείς που δύσκολα αποσυνδέονται από τον αναπνευστήρα

§ Σε ασθενείς με νευρολογικά σύνδρομα - όπου υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης και αδυναμία ή μη συνεργία κατάποσης ανεξάρτητα από μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.

5. Σε περιπτώσεις βαρέων κρανιοπροσωπικών κακώσεων, εγκαυμάτων που προκαλούν οίδημα και εγχειρήσεων προσώπου και τραχήλου πραγματοποιείται προφυλακτική τραχειοστομία
6. Σε περιπτώσεις νοσημάτων κεντρικού νευρικού συστήματος όπως απώλειας συνείδησης, φαρμακευτικής δηλητηρίασης, βαριάς μυασθένειας, παράλυσης των κάτω λαρυγγικών νεύρων και ΚΕΚ κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
7. Σε ηλικιωμένους ή μη συνεργάσιμους ασθενείς με αυξημένες τραχειοβρογχικές εκκρίσεις και δυσκολία αποβολής τους⁴.
8. Σε περιπτώσεις χρήσης ναρκωτικών ή βαριάς αποφρακτικής βρογχίτιδας με παρεμπόδιση διάχυσης οξυγόνου (O₂) και σε διαταραχές μηχανικής του θώρακα⁵

2.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της τραχειοστομίας

Τα πλεονεκτήματα της τραχειοστομίας⁶:

- ελάττωση των αντιστάσεων αναπνοής
- ευκολότερη σύνδεση με τον αναπνευστήρα
- καλύτερος καθαρισμός των βρόγχων με αναρρόφηση
- μείωση του νεκρού χώρου

(για ασθενείς με σωλήνωση από το στόμα)

⁴ Manzano JL, Lubillo S, Henríquez D, Martín JC, Pérez MC, Wilson. (1993). *Verbal communication of ventilator-dependent patients*, Crit Care Med., 21(4):512-7.

⁵ Pruitt, W., & Jacobs, M., (2003). Basics of oxygen therapy. *Nursing* 2003, 33(10), pp43-45.

⁶ Garrubba M, Turner T, Grievson C. *Multidisciplinary care for tracheostomy patients: a systematic review*. Crit Care 2009;13:R177.

- ο τραχειοσωλήνας είναι πιο ανεκτός από τον ενδοτράχειο σωλήνα και δεν απαιτείται καταστολή
- καλύτερη υγιεινή του στόματος
- καλύτερη κατάποση
- αποφυγή κινδύνου αποσωλήνωσης
- εξάλειψη πιθανής βλάβης φωνητικών χορδών από την πίεση του σωλήνα
- ευκολότερη μετακίνηση εφόσον περιορίζεται η εισρόφηση

Τα μειονεκτήματα/επιπλοκές της τραχειοστομίας είναι:

Άμεσα:

- Αιμορραγία
- Εξωτραχειακή τοποθέτηση του σωλήνα
- Αδυναμία τοποθέτησης του σωλήνα
- Ρήξη τραχείας
- Ρήξη οισοφάγου
- Εισρόφηση
- Πνευμοθώρακας – πνευμομεσοθωράκιο
- Φλεγμονή
- Υποδόριο εμφύσημα
- Τρώση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου
- Καρδιοαναπνευστική ανακοπή

Έμμεσα

- Τραχειοδερματικό συρίγγιο
- Στένωση τραχείας
- Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο
- Συρίγγιο τραχείας – ανωνύμου
- Τραχειο-υπεζωκοτικό συρίγγιο

2.5 Χαρακτηριστικά της τραχειοστομίας

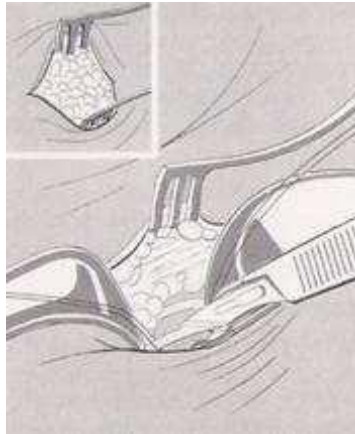
Δημιουργείται προσωρινή απώλεια της ομιλίας με παράκαμψη των φωνητικών χορδών. Ο ανώτερος αεραγωγός παρακάμπτεται, με αποτέλεσμα να μην είναι ικανοποιητική η θέρμανση, ή εφύγρανση και το φιλτράρισμα του αέρα.

Ο κίνδυνος εισρόφησης προλαμβάνεται με τον αεροθάλαμο να στεγανοποιεί τον αυλό της τραχείας. Εξαιτίας της πρωτοπαθούς πάθησης η χορήγηση υγρών και τροφών από το στόμα αποφεύγεται. Ταυτόχρονα με την κακή στοματική υγιεινή παρατηρείται ξηρότητα και μυκητιασική λοίμωξη, συνήθως από *Candida*⁷.

2.6 Εκτέλεση τραχειοστομίας

Δυο δάκτυλα πάνω από τη σφαγιτιδική εντομή, γίνεται εγκάρσια τομή μήκους 5-6 εκατοστών. Ο υποδόριος ιστός και το μυώδες πλάτυσμα διαχωρίζεται και παρασκευάζεται. Απολινώνονται οι φλέβες που αιμορραγούν. Η μέση περιτονία του τραχήλου διαχωρίζεται κατά μήκος και επί της λευκής γραμμής. Η τραχεία αποκαλύπτεται με την απόθεση του στεרνομαστοϋοειδή μυ.(Εικόνα 2-2)

⁷ Harkin, Hilary (1998) Tracheostomy Management. Nursing Times 94 (21), pp56-58.



Εικόνα 2-2: Αποκάλυψη της τραχείας

Πηγή: Hooper, M. (1996) Nursing care of the patient with a tracheostomy. Nursing Standard 15(10), pp 40-43.

Δημιουργείται άνοιγμα στο οποίο εισάγεται η βελόνα με τη σύριγγα. Στην σύριγγα υπάρχει φυσιολογικός ορός και αναρροφάται αέρας ενώ επιβεβαιώνεται η σωστή θέση που θα τοποθετηθεί το τραχειοστόμιο. Η σύριγγα στη συνέχεια αφαιρείται και εισέρχεται ο συρμάτινος οδηγός μέσα από τη βελόνη που παραμένει στη θέση της. Ο διαστολέας εφαρμόζεται στον οδηγό με σκοπό να διανοιχθεί το **άνοιγμα** που έχει δημιουργηθεί. Ο τραχειοσωλήνας περνάει πάνω από τον οδηγό μετά την αφαίρεση του διαστολέα. Τέλος, με την ολοκλήρωση της διαδικασίας, γίνεται χορήγηση αέρα στο cuff (Εικόνα 2-3), ο τραχειοσωλήνας στερεώνεται με ράμμα και εφαρμόζεται ταινία περίδεσης δηλαδή φακαρόλα, γάζα ή ειδική ταινία τραχειοσωλήνα⁸.



⁸ Clinical review: Percutaneous dilatational tracheostomy. Al-Ansari MA, Hijazi MH Crit Care 2006 Feb, 10:202.

Εικόνα 2-3: Χορήγηση αέρα στο cuff

Οδηγίες για να εκτελεστεί σωστά η τραχειοστομία:

- § Ο ρινογαστρικός καθετήρας να μπαίνει σε παροχέτευση και ο ασθενής να σιτίζεται σχεδόν 8 ώρες πριν.
- § Πρέπει να ελέγχεται η αιμοδυναμική σταθερότητα του
- § Εάν ο ασθενής παίρνει ηπαρίνη, καλό είναι να διακόπτεται 6 ώρες πριν και να επαναχορηγείται 12 ώρες μετά την επέμβαση.
- § Πρέπει να μην υπάρχει θρομβοκυττοπενία ή μεγάλη παράταση του χρόνου προθρομβίνης.
- § Συνιστάται αναβολή της επέμβασης εάν ο ασθενής έχει δυσκολία οξυγόνωσης εάν δηλαδή χρειάζεται O₂ άνω του 60% και PEEP άνω των 10cm H₂O.
- § Με διάλυμα ξυλοκαΐνης 1%, ή γίνεται τοπική αναισθησία, χωρίς αδρεναλίνη, μαζί με ενδοφλέβια αναλγησία και καταστολή.
- § Με υποστήριγμα κάτω από τους ώμους, ο τράχηλος τοποθετείται σε υπερέκταση,
- § Ακολουθεί ψηλάφηση, μετά το χειρουργικό καθαρισμό και την επίστρωση αποστειρωμένων πεδίων, για να επιβεβαιωθεί ότι ο λάρυγγας, η τραχεία και η σφαγιτιδική εντομή είναι σε ευθεία και μέση θέση(Εικόνα 2-4)⁹

⁹ McConnell, E., (2002). Clinical dos & don't: Providing tracheostomy Care. Nursing 2002, 32, pp17.



Εικόνα 2-4: Θέση τοποθέτησης του τραχήλου

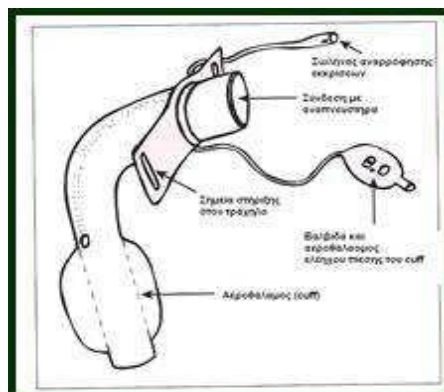
§ **Πηγή:** Serra, A. (1998) Tracheostomy care: part 2. Nursing Standard Continuing Education Reader pp11-17.

2.7 Τραχειοσωλήνες

Ο τραχειοσωλήνας κατασκευάζεται από πλαστικό αδρανές υλικό και σχετικά εύκαμπτο (Εικόνα 2-5, 2-6). Το μέγεθος της εξωτερικής διαμέτρου του αεραγωγού αναγράφεται στον σωλήνα και είναι 8-9 εκατοστά για τους άνδρες, 7-8 για τις γυναίκες.. Η προεξέχουσα υποδοχή που συνδέεται με την πηγή οξυγόνου (π.χ. αναπνευστήρας) περιέχει πλαστικό οδηγό που αναφέρεται μετά την τοποθέτηση. Οι προεξοχές σε κάθε πλευρά του στομίου χρησιμεύουν στην σταθεροποίηση με υφασμάτινη ταινία, του τραχειοσωλήνα γύρω από τον τράχηλο. Ο αεροθάλαμος (cuff) βρίσκεται κοντά στο ενδοτραχειακό άκρο του σωλήνα και γεμίζει με αέρα μέσω ειδικής βαλβίδας που βρίσκεται σε μικρότερο αεροθάλαμο επικοινωνώντας με το cuff. Με το cuff μετριέται η πίεση του ενδοτραχειακού αεροθαλάμου που πρέπει να ρυθμίζεται για να επιτρέπεται η αιμάτωση του βλεννογόνου της τραχείας και να παρέχεται στεγανότητα. Η πίεση κυμαίνεται από 30 εκ. νερό. Συνιστώνται επίσης σωλήνες με αεροθαλάμους μεγάλου όγκου και χαμηλής πίεσης (περίπου 20εκ. H₂O). Για εμποδίσει την εισρόφηση και να διατηρήσει την πίεση αέρα στον πνεύμονα, ο αεροθάλαμος προσαρμόζεται στα τοιχώματα της τραχείας και τη στεγανοποιεί. (Εικόνα 2-7). Ο ειδικός σωλήνας που βρίσκεται στο ύψος της υποδοχής με το οξυγόνο χρησιμεύει στην αφαίρεση των υγρών που μπορεί να υπάρχουν πάνω από τον

αεροθάλαμο¹⁰.

Κάποιοι Τραχειοσωλήνες διαθέτουν εσωτερικό σωλήνα που πρέπει να αφαιρείται για να καθαρίζεται αλλά και εξωτερικό σωλήνα, που παραμένει στη θέση του κατά την αφαίρεση του μέσα σωλήνα.



Εικόνα 2-5: Τραχειοσωλήνες

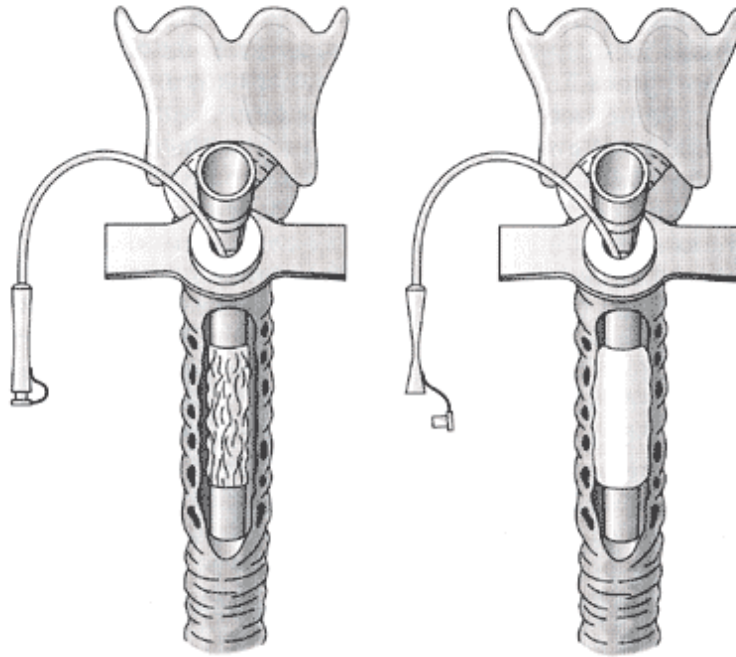
Πηγή: Ackerman, M., Mick, D. (1998) Instillation of normal saline before suctioning in patients with pulmonary infections: a prospective randomized controlled trial. American Journal of Critical Care 7(4), pp261-264.



Εικόνα 2-6: Τραχειοσωλήνες

Πηγή: McConnell, E., (2002). Clinical dos & don't: Providing tracheostomy Care. Nursing 2002, 32, pp17.

¹⁰ McConnell, E., (2002). Clinical dos & don't: Providing tracheostomy Care. Nursing 2002, 32, pp17.



Εικόνα 2-7: Στεγανοποίηση τραχείας

Πηγή: Joynt, G., Lipman, J. (1994) the use of heat moisture exchangers in critically ill patients. *Care of the Critically Ill*. 10(6), pp271-274.

Σχετικά με τους τραχειοσωλήνες οι τύποι που είναι διαθέσιμοι είναι πολλοί και χρησιμοποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή. Κατασκευάζονται από διάφορα υλικά (μέταλλο, πλαστικό) ενώ υπάρχουν διαθέσιμοι τύποι για πολλαπλές χρήσεις ή για μία. Υπάρχουν διαθέσιμοι με εσωτερικό σωλήνα, με αεροθάλαμο (cuff) και χωρίς.

2.7.1.Είδη τραχειοσωλήνων

Τα είδη τραχειοσωλήνων είναι:

α) Σωλήνας διπλού αυλού: Κάποιοι από αυτούς δίνουν την δυνατότητα αφαίρεσης και καθαρισμού και επαναχρησιμοποίησης. Ένας σωλήνας διπλού αυλού απαρτίζεται από τρία κομμάτια: Τον εξωτερικό σωλήνα που εφαρμόζει στη στομία και κρατά τον αεραγωγό ανοικτό. Τον εσωτερικό σωλήνα, που εφαρμόζει στον εξωτερικό σωλήνα και σταθεροποιείται στην θέση του. Προσφέρει την υποδοχή για τον

αναπνευστήρα και για άλλα εξαρτήματα αναπνευστικής θεραπείας¹¹.

β) Σωλήνας απλού αυλού: Ο σωλήνας απλού αυλού απαιτεί πιο πολύ εντατική νοσηλευτική φροντίδα. Πρόκειται για έναν μακρύ σωλήνα που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με μακρύ ή πολύ ευρύ τράχηλο. Στον σωλήνα απλού αυλού δεν υπάρχει εσωτερικός σωλήνας που να διασφαλίζει βατό αυλό.

γ) Σωλήνας με αεροθάλαμο (μπαλονάκι): Ο σωλήνας με αεροθάλαμο χρησιμοποιείται σε μηχανικό αερισμό για αποφυγή εισρόφησης στοματικών ή γαστρικών εκκρίσεων ή για διατροφή μέσω σωλήνα. Ο αεροθάλαμος φουσκώνει και κλείνει τον αεραγωγό. Η απουσία ή παρουσία αέρα στον αεροθάλαμο φαίνεται από ένα μπαλόνι οδηγό προσαρτημένο στο εξωτερικό του σωλήνα¹².

δ) Σωλήνας χωρίς αεροθάλαμο (μπαλονάκι): Πολλοί ασθενείς έχουν την δυνατότητα να μιλήσουν με τον σωλήνα αυτόν. Ο σωλήνας χωρίς αεροθάλαμο είναι πλαστικός, μοιάζει με σιλικόνη ή και μεταλλικός συνήθως διπλού αυλού. Εφαρμόζεται σε ασθενείς που δεν χρήζουν μηχανικού αερισμού και μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους από εισρόφηση για διαχείριση του αεραγωγού σε βάθος χρόνου¹³.

ε) Σωλήνας για ομιλία: Για έναν ασθενή που χρησιμοποιεί αναπνευστήρα σε βάθος χρόνου, ο σωλήνας ομιλίας του δίνει την δυνατότητα για επικοινωνία. Ο αέρας ρέει προς τα επάνω με τη βοήθεια ενός αεραγωγού και μέσω φωνητικών χορδών. Κατ' αυτό τον τρόπο ο ασθενής με τον αεροθάλαμο φουσκωμένο μπορεί να μιλήσει¹⁴.

¹¹ Scales, T. (1991) Protection of staff from body fluids. *British Journal of Theatre Nursing*. June, pp19-21.

¹² Pruitt, W., & Jacobs, M., (2003). Basics of oxygen therapy. *Nursing* 2003, 33(10), pp43-45.

¹³ Creamer, E. (1996), Suction apparatus and the suctioning procedure: reducing the infection risks. *Journal of Hospital Infection* 34, pp1-9.

¹⁴ Thelan, L., Urden, L., Lough, M., Stacy, K. (1998) *Critical Care Nursing (Diagnosis and Management)*. 3rd Ed. St. Louis, Mosby.

2.8 Επιπλοκές της τραχειοστομίας

Πρώιμες επιπλοκές

Απόφραξη της τραχειοστομίας

Τις περισσότερες φορές ο αέρας υγραίνεται και θερμαίνεται στους ανώτερους αεραγωγούς. Ο τραχειοσωλήνας και η είσοδός του παρακάμπτει αυτούς τους φυσιολογικούς μηχανισμούς με αποτέλεσμα την λήψη δροσερού και ξηρού αέρα από τους πνεύμονες. Ο ξηρός αέρας που εισέρχεται στους πνεύμονες μπορεί να προκαλέσει μείωση της κινητικότητας των εκκρίσεων. Επιπλέον ο ασθενής μπορεί να μην έχει τη δυνατότητα του βήχα και/ή ή αποβολής εκκρίσεων των αεραγωγών μέσω του τραχειοσωλήνα. Κατ' αυτό τον τρόπο απόφραξη του τραχειοσωλήνα μπορεί να προκληθεί από αυτές τις ξηρές και παχύρρευστες εκκρίσεις.

Με προσεκτική ύγρανση αυτό μπορεί να προβλεφθεί, όπως και με ενδοτραχειακή αναρρόφηση και φροντίδα του εσωτερικού του τραχειοσωλήνα.

Απόφραξη του τραχειοσωλήνα μπορεί να προκαλέσουν η πρόσμιξη βλέννης όπως και οι θρόμβοι στο αίμα αλλά και η μετατόπιση του τραχειοσωλήνα στον υπερκείμενο μαλακό ιστό.

Αιμορραγία

Η αιμορραγία είναι μικρή τις περισσότερες φορές και μπορεί να εξεταστεί «φουσκώνοντας» το cuff του τραχειοσωλήνα. Περίπου σε ένα ποσοστό 5% των τραχειοστομιών αναφέρεται.

Τοπική λοίμωξη

Δεν είναι απαραίτητη η προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών. Σε περίπτωση νεκρωτικής τραχειακής λοίμωξης, χρήσιμη είναι η μετατροπή σε διασωλήνωση της τραχείας από το στόμα η οποία θα συνοδεύεται από ευρύ χειρουργικό καθαρισμό των υπερκείμενων ιστών.

Υποδόριο εμφύσημα

Όψιμες επιπλοκές

Προβλήματα κατάποσης

Παράμετροι που συμβάλλουν σε διαταραχές κατάποσης είναι: η μείωση της ανύψωσης του λάρυγγα, η απόφραξη του οισοφάγου απ' το cuff του τραχειοσωλήνα.

Στένωση της τραχείας

Παρουσιάζεται σε 1-2% και προκύπτει από ισχαιμία, απαγγείωση και διάθρωση. Η στένωση μπορεί να συντελεστεί στο σημείο της στομίας, στα πλαϊνά μέρη του cuff ή στην κορυφή του τραχειοσωλήνα.

Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο

Το τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο είναι σπάνια επιπλοκή που παρουσιάζεται σε ποσοστό μικρότερο του 1%. Ο λόγος είναι ιδίως ιατρογενής και οφείλεται στο cuff. Πιο συχνά εμφανίζεται όταν είναι τοποθετημένος ταυτόχρονα ρινογαστρικός σωλήνας.

Σχηματισμός κοκκιώματος

Τις περισσότερες φορές προκύπτει από ξένου σώματος αντίδραση στον τραχειοσωλήνο ή σε κάποια μέρη του. Τα κοκκιώματα που παρουσιάζονται στο χαμηλότερο άκρο του τραχειοσωλήνο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά αφού η αφαίρεσή τους μέσω θρονκοσκοπίου είναι προσωρινή.

Εμμένουσα στομία

Η εμμένουσα στομία είναι παρεπόμενο παραμονής του τραχειοσωλήνα για μεγάλο χρονικό διάστημα, επιτρέποντας την

επιθηλιοποίηση ανάμεσα στο δέρμα και το βλεννογόνο της τροχείας. Χειρουργικό κλείσιμο της στομίας προτείνεται.

Τραυματισμός του λάρυγγα

Σε αυτή την περίπτωση δύο μηχανισμοί θεωρούνται υπεύθυνοι: ο πρώτος είναι η τριβή του βλεννογόνου του λάρυγγα λόγω των συνεχών κινήσεων του τραχειοσωλήνα και ο δεύτερος είναι η άμεση πίεση που ασκείται στα χόνδρινα τμήματα του λάρυγγα με αποτέλεσμα τη δημιουργία περιοχών νέκρωσης.

Τραχειομαλακία

Πρόκειται για την απώλεια του χόνδρινου στοιχείου της τραχείας; η πιθανόν να καταλήξει σε μερική ή ολική απόφραξη της τραχείας; κατά την εισπνοή. Συνήθως εμφανίζεται με εισπνευστικό συριγμό και δύσπνοια μετά την αποσωλήνωση.

Τραχειοδερμικό συρίγγιο

Τοπική υποτροπή head and neck νεοπλασιών

Η τοπική και μεμονωμένη υποτροπή των head and neck νεοπλασμάτων στο σημείο της τραχειοστομίας αποτελεί σπάνιο τύπο τοπικής υποτροπής και μάλλον οφείλεται σε αιματογενή διασπορά καρκινικών κυττάρων κατά την επέμβαση.

Κεφάλαιο 3^ο

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

3.1 Διεπιστημονική ομάδα και ο ρόλος της

Η σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών του κάθε ασθενούς είναι το σημείο-κλειδί για μια ταχύτερη και πιο αποτελεσματική αποθεραπεία. Μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας όπως ο θεράπων ιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, οι λοιπές ιατρικές ειδικότητες, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι υδροθεραπευτές, ο ψυχολόγος, το νοσηλευτικό προσωπικό, ο διαιτολόγος και ο κοινωνικός λειτουργός συντελούν στην ολιστική προσέγγιση των αναγκών του ασθενούς, στοχεύοντας στο νου, στο σώμα και στην ψυχή.

Ο ρόλος μιας διεπιστημονικής ομάδας είναι να θέσει θεραπευτικούς στόχους επιτυγχάνοντας τους μέσω:

- της αξιολόγησης του κάθε ασθενούς
- της εκτίμησης του δυναμικού αποκατάστασής του
- του σχεδιασμού του προγράμματος αποκατάστασής του
- της τακτικής παρακολούθησης της εικόνας του

Ένας από τους βασικότερους ρόλους της διεπιστημονική ομάδα είναι να παραμένει δίπλα στον ασθενή και στην οικογένειά του, κάθε στιγμή του θεραπευτικού προγράμματος, αλλά και μετά το πέρας αυτού.

3.2 Αξιολόγηση μελών διεπιστημονικής ομάδας

1. Παρατήρηση της ποιότητας, του τύπου και του ρυθμού αναπνοής:

§ Είναι εντός των βασικών χαρακτηριστικών του ασθενούς.

§ Η ταχύπνοια μπορεί να υποδεικνύει υποξία.

§ Η δύσπνοια μπορεί να υποδεικνύει εκκρίσεις στον αεραγωγό.

§ Εκτίμηση της κυάνωσης, κυρίως γύρω από τα χείλη, που θα

μπορούσε να σημαίνει υποξία.

§ Έλεγχος της ένδειξης του παλμικού οξυμετρητή.

2. Εκτίμηση της περιοχής της τραχειοστομίας:

§ Αν απαιτείται οξυγόνο, ο ασθενής λαμβάνει τη σωστή ποσότητα, με το σωστό εξοπλισμό και εφύγρανση;

3. Εκτίμηση της περιοχής της τραχειοστομίας:

A) παρατήρηση του χρώματος, της σύστασης και της ποσότητας των εκκρίσεων στο σωλήνα ή εξωτερικά.

B) αν η τραχειοστομία έχει ράμματα, υπάρχει ερυθρότητα, οίδημα ή ξηρότητα σ' αυτά

Γ) αν η τραχειοστομία είναι στερεωμένη με ταινίες ποια είναι η κατάσταση τους; Έχουν βραχεί από εκκρίσεις ή ιδρώτα; Οι εκκρίσεις έχουν ξεραθεί στις ταινίες; Είναι η ταινία στερεωμένη;

4. Εκτίμηση της κατάστασης του δέρματος γύρω από τραχειοστομία και τον τράχηλο¹⁵.

3.3 Συνεργασία ειδικών για την παροχή φροντίδας

Η άρτια συνεργασία μεταξύ των μελών μια διεπιστημονικής ομάδας αποτελεί τον θεμέλιο λίθο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ασθενών με τραχειοστομία.

Ο ρόλος του διαιτολόγου κρίνεται σημαντική καθώς είναι αυτός που θα παρέμβει για να τροποποιήσει το διαιτολόγιο του ασθενούς, και να καθορίσει την ποσότητα και την πυκνότητά του, ώστε να αποφευχθεί η εισρόφηση και να διασφαλιστεί η σωστή σίτιση του ασθενούς. Σε συνεργασία με τον λογοθεραπευτή καθορίζουν την «αρχική» πυκνότητα, ώστε να καταπίνει ευκολότερα ο ασθενής. Σε ασθενείς με τραχειοστομία η σωστή σύσταση της τροφής μειώνει τις πιθανότητες για εισρόφηση. Η πυκνότητα της τροφής επιτυγχάνεται με την χρήση πυκνωτικών στοιχείων

¹⁵ Dixon B., & Tasota F., (2003). Action statQ Inadvertent tracheal Decannulation. Nursing 2003, 33(1), pp96.

στα υγρά, τα οποία διευκολύνουν την κατάποση χωρίς να μεταβάλλουν τη γεύση.

Η συνεργασία μεταξύ του Φυσιοθεραπευτή του Εργοθεραπευτή και λογοθεραπευτή θεωρείται εξίσου σημαντική αφού θα παρέμβουν ώστε να ελέγξουν τη σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής (κορμός σε όρθια στάση - πηγούνι πάντα προς τα κάτω) κατά την ώρα σίτισης, καθώς είναι εδώ και πολλές δεκαετίες αποδεδειγμένο επιστημονικά ότι οι αλλαγές της σωματικής στάσης καταργούν την εισρόφηση σε ποσοστό 50%. Ακόμα, βοηθούν ώστε ο ασθενής να κρατά το κεφάλι του σε όρθια θέση για 2-3 λεπτά και/ή να τον επαναφέρουν στη σωστή θέση. Ο Εργοθεραπευτής και ο λογοθεραπευτής ειδικότερα, θα βοηθήσει στην στήριξη των βραχιόνων πάνω στο τραπέζι και θα ελέγξει τα σκεύη φαγητού, παρέχοντας αν χρειαστεί τα κατάλληλα βοηθήματα, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να φάει και μόνος του.

3.3.1 Νοσηλευτική φροντίδα

Η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής:

- Συλλογή του απαιτούμενου εξοπλισμού.
- Πλύσιμο χεριών. Εφαρμογή τακτικών μέτρων προφύλαξης.
- Αναρρόφηση του τραχειοσωλήνα αν χρειάζεται.
- Αφαίρεση των επιθεμάτων και των πολλών εκκρίσεων.
- Δημιουργία αποστειρωμένου πεδίου.
- Αφαίρεση και καθαρισμός του εσωτερικού σωλήνα. Χρήση αραιωμένου υπεροξειδίου του υδρογόνου για τον καθαρισμό του σωλήνα και αποστειρωμένο ορό για ξέπλυμα. Αν ο εσωτερικός σωλήνας είναι μιας χρήσης αντικαθίσταται με νέο.
- Καθαρισμός της περιοχής της στομίας και μετά της πρόσοψης της τραχειοστομίας με αραιωμένο υπεροξείδιο του υδρογόνου και με αποστειρωμένο ορό. Διασφάλιση ότι

κανένα από τα διαλύματα δεν εισέρχεται στην τραχειοστομία.

- Αλλαγή των τραχειοστομικών επιθεμάτων αν είναι βρεγμένες. Στερέωση νέων επιθεμάτων πριν την απομάκρυνση των βρεγμένων για αποφυγή τυχαίας αποσωλήνωσης. Αν χρειάζεται επιδένουμε με απλό φιόγκο που είναι ορατός στα πλάγια του λαιμού για άμεση αφαίρεση. Ένα ή δύο δάκτυλα θα πρέπει να χωρούν μεταξύ της ταινίας και του λαιμού.
- Καταγραφή του τύπου και της ποσότητας των εκκρίσεων και της γενικής κατάστασης της στομίας και του δέρματος γύρω από αυτήν. Καταγραφή της αντίδρασης του ασθενούς στην διαδικασία και σε οποιαδήποτε εκπαίδευση έγινε σ' αυτόν¹⁶.

Ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής είναι σε θέση να καθαρίσει τις εκκρίσεις, η νοσηλευτική φροντίδα της τραχειοστομίας διατηρεί το σωλήνα καθαρό, τον αεραγωγό ανοικτό και παρέχει φροντίδα στο τραύμα. Συνήθως νοσηλευτική φροντίδα σε τέτοιους ασθενείς παρέχεται σε κάθε βάρδια. Πρακτικές για την φροντίδα της τραχειοστομίας φαίνονται παρακάτω καθώς και οι οδηγίες για την εκτίμηση του ασθενούς πριν την τραχειοστομία.

Οι εκκρίσεις, ανάλογα με την σύσταση και την ποσότητά τους, αλλά επίσης η διάγνωση, η ικανότητα του ασθενούς να βήξει και να αναπνεύσει βαθιά, η ανάγκη για μηχανικό αερισμό και το ίδιο το τραύμα, καθορίζουν την αναρρόφηση και φροντίδα της τραχειοστομίας.

Σε έναν πυρήνα μονού αυλού εξετάζουμε τον εσωτερικό αυλό με φως για τυχόν παρουσία εκκρίσεων. Με την χρήση αυτοκόλλητων ή υφασμάτινων ταινιών σταθεροποιούμε τους σωλήνες της τραχειοστομίας. Για να μην αποτελέσουν εστία μόλυνσης, όταν βρέχονται οι ταινίες πρέπει να αλλάζονται. Η ταινία που έχει σταθεροποιηθεί κατάλληλα αφήνει χώρο ένα ή δύο δακτύλων ανάμεσά

¹⁶ Schreiber, D., (2001). Trach care at home: A how-to guide. RN, 64(7), pp43-46.

σε αυτήν και τον τράχηλο. Μπορεί να προκληθεί αποσωλήνωση εφόσον η κίνηση του σωλήνα προκαλεί ερεθισμό και βήχα αλλά μπορεί να αποφευχθεί με ασφάλεια εάν παραμείνουν στο σωλήνα οι παλιές ταινίες ενώ αλλάζουμε σωλήνες, όμως ένα σταθερό χέρι στο σωλήνα είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος καθήλωσης του σωλήνα. Σε αυτό εμπλέκουμε τον ασθενή για να φτάσουμε πιο κοντά στην αυτοφροντίδα¹⁷.

3.3.2 Λογοθεραπευτική φροντίδα

Πριν από την προσέγγιση του ασθενή, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να έχει ενημερωθεί για κάποια χρήσιμα δεδομένα που βρίσκονται στο φάκελό του. Επίσης απαντήσεις θα μπορούσαν να δοθούν, εκτός από το ιατρικό προσωπικό, από το οικογενειακό περιβάλλον, από τους συνοδούς του ασθενή ή τους φροντιστές του ή ακόμα και από τον ίδιο. Σύμφωνα με τους Dikeman και Kazandjian (2005)¹⁸, Groher (1997)¹⁹, Garrau και Murry (2006)²⁰ οι χρησιμότερες πληροφορίες που θα ήταν ωφέλιμες να γνωρίζει ένας λογοθεραπευτής για την αποτελεσματικότερη αξιολόγηση και θεραπευτική προσέγγιση είναι η εξής:

1. Τα συμπτώματα της δυσφαγίας.
2. Σε ποιες πυκνότητες του βλωμού εμφανίζονται τα συμπτώματα (λεπτόρρευστα, παχύρρευστα ή στερεά).
3. Πότε εμφανίστηκε η δυσφαγία .
4. Τον τρόπο σίτισης του ασθενή (καθετήρας σίτισης, εναλλακτική μορφή σίτισης και αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα).
5. Περιστατικά βήχα ή πνιγμού και πότε εμφανίζονται.
6. Έλεγχος υπολειμμάτων βλωμού στο τραχειόστομα ή γύρω από αυτό.

¹⁷ Gibson, I. (1983) Tracheostomy management. Nursing 2(18), pp538-540.

¹⁸ Dikeman K., Kazandjian M. (2003) communication and Swallowing Management of Ventilator-Dependent Adults, 2nd Edition. Clifton Park, New York

¹⁹ Garrau R., Murry T. (1999) Comprehensive Management of Swallowing Disorders. Plural Publishing, Inc, San Diego.

²⁰ Groher M. (1997) Dysphagia : diagnosis and management , Third Edition. Butterworth- Heinemann, Boston.

7. Ο τύπος και το μέγεθος του τραχειακού σωλήνα.
8. Εάν στη στοματική φάση ο ασθενής σιτίζεται με φουσκωμένο ή μερικώς φουσκωμένο ή μη τον αεροθάλαμο του τραχειοστόματος.
9. Εάν ο λογοθεραπευτής έχει την δυνατότητα να ξεφουσκώσει τον αεροθάλαμο κατά την σίτιση.
10. Για πόσο διάστημα μπορεί ο ασθενής να ανεχτεί ξεφουσκωτο τον αεροθάλαμο.
11. Πόσες φορές την μέρα πραγματοποιείται αναρρόφηση στον ασθενή
12. Εάν δέχεται ο ασθενής αναπνευστική θεραπεία και πόσο συχνά.
13. Εάν ο ασθενής έχει δυσκολίες στην αναπνοή ή φαίνεται κουρασμένος κατά την διάρκεια της σίτισης.
14. Εάν βρίσκεται ο ασθενής σε μηχανική υποστήριξη και για πόσο χρόνο τη μέρα.
15. Εάν συνυπάρχουν πόνος κατά την κατάποση, παλινδρόμηση ή κάψιμο στο στήθος (πιθανώς οισοφαγικά ευρήματα)
16. Εάν υπάρχει ιστορικό ανατομικών ανωμαλιών.

Ξεκινώντας λοιπόν η λογοθεραπευτή προσέγγιση, ζητείται από τον γιατρό να αναρροφήσει τον ασθενή και να ξεφουσκώσει τον αεροθάλαμο, ώστε να προβεί η μέγιστη ανύψωση του λάρυγγα που μπορεί να επιτευχθεί, καθώς και βέλτιστη σύγκληση των φωνητικών χορδών. Επίσης με αυτόν τον τρόπο βοηθάται ο ασθενής να βήξει όποτε χρειάζεται εφόσον διέρχεται αέρας από την τραχεία προς το επίπεδο των φωνητικών χορδών. Επιπλέον, αναφορικά με την ασφάλεια θα βοηθήσει και η κάλυψη του τραχειοστόματος με το δάχτυλο ή μια γάζα, τη στιγμή της κατάποσης.

Πριν ο λογοθεραπευτής προχωρήσει σε δοκιμασία σίτισης θα πρέπει να ελεγχθεί για πόσο χρονικό διάστημα μπορεί ο ασθενής να ανεχτεί το κλείσιμο του τραχειοστόματος, καθώς δεν είναι εφικτή η αναπνευστική λειτουργία μέσω της φυσιολογικής οδού. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να το ανεχτεί ο θεραπευτής θα πρέπει να τον εκπαιδεύσει σε

αυτό, προσπαθώντας σταδιακά, για λίγα δευτερόλεπτα αρχικά και αυξάνοντας σταδιακά το χρόνο²¹.

Η μονόδρομη βαλβίδα είναι μια ικανοποιητική λύση για την ασφάλεια στην κατάποση, καθώς επιτρέπει την είσοδο αέρα, αλλά όχι την έξοδο και μόνο αν θα είναι ανεκτή από τον ασθενή. Σύμφωνα με την έρευνα των O'Neil-Pirozzi, Lisiecki, Momose, Connors και Milliner (2003)²², σε ασθενείς με μονόδρομη βαλβίδα στους οποίους πραγματοποιήθηκε τέστ μπλέ χρωστικής ή βιντεοφλουοροσκόπησης κατάποσης με χρήση βαρίου, διαπιστώθηκε ότι εμφανίστηκε εισρόφηση στους 21 από τους 50 κατά την βιντεοφλουοροσκόπησης κατάποση και στους 19 από τους 50 στο τέστ μπλέ χρωστικής. Αν σε ασθενής με τραχειοστομία πραγματοποιηθεί δοκιμασία με κάποια χρωστική ουσία του εμπορίου παρατηρηθεί εισρόφηση και έξοδος του βλωμού από την τραχειοστομία θα πρέπει να παραπεμφθεί για βιντεοφλουοροσκόπησης κατάποση.

Κατά την αξιολόγηση, μπορούν να γίνουν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες που πραγματοποιούνται γενικότερα σε μια αξιολόγηση κατάποσης. Σε ασθενείς με διαταραχές στοματικού ή φαρυγγικού σταδίου θα μπορούσε να αξιολογηθεί η λειτουργία των κατώτερων εγκεφαλικών συζυγίων τις στοματοκινητικές ικανότητες, την έκλυση των αντανεκλαστικών, και της αίσθησης της γεύσης εάν κριθεί απαραίτητο.

Θεραπευτικά οι ασκήσεις λαρυγγικής ανύψωσης και προσαγωγής των φωνητικών χορδών θα βοηθούσαν στη συντιριτική θεραπεία των ασθενών με τραχειοστομία. Ακόμα, αναφέρεται πώς η κλίση κεφαλής εμπρός, η άσκηση Medelshon και η υπογλωττιδική κατάποση παίζουν σήματνικό ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση²³.

Τέλος στόχος των λογοθεραπευτών είναι να αποκαταστήσουν την επικοινωνία ασθενών με τραχειοστομία. Συγκεκριμένα επιδιώκουν να τους

²¹ Dikeman K., Kazandjian M. (2003) communication and Swallowing Management of Ventilator-Dependent Adults, 2nd Edition. Clifton Park, New York

²² O'Neil-Pirozzi T., Lisiecki D, Momose J., Connors J., Milliner M. (2003) Simultaneous Modified Barium Swallow and Blue Dye Tests: A Determination of the Accuracy of blue Dye Tests Aspiration Finding. *Dysphagia* (38,33-38)

²³ Bigenzahn W., Denk D.(2007) Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες. Αιτιολογία, Κλινική Εικόνα και Θεραπεία Διαταραχών Κατάποσης. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.

βοηθήσουν στην έκφραση και κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου, στην κατάποση και στη φωνή²⁴.

3.3.3 Φυσικοθεραπευτική φροντίδα

Στην συγκεκριμένη υποενότητα θα δοθεί έμφαση στη Φυσιοθεραπευτική προσέγγιση ασθενών που νοσηλεύονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας καθώς το συντριπτικό ποσοστό που νοσηλεύεται στην ΜΕΘ είναι διασωληνωμένο συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με τραχειοστομία. Η παράκαμψη των φυσικών αεραγωγών και η παρουσία τεχνητού αυξάνει τον κίνδυνο της φλεγμονής και αποτελεί πηγή μόνιμου ερεθισμού με αποτέλεσμα τη συνεχή παραγωγή εκκρίσεων. Αυτό αυξάνει τόσο τον κίνδυνο από τις λοιμώξεις του αναπνευστικού όσο και τον κίνδυνο δημιουργίας βυσμάτων βλέννης. Επιπλέον οι τραυματισμοί που προκαλούνται από την πίεση στα τοιχώματα της τραχείας εξαιτίας του φουσκωμένου αεροθαλάμου (Cuff) αποτελούν πολλές φορές παράγοντες με άσχημες συνέπειες. Η δυνατότητα επομένως του ασθενούς να βήξει αποτελεσματικά και να παροχετεύσει τις εκκρίσεις είναι καθοριστική για την πορεία του μετά τη ΜΕΘ. Κατηγορίες ασθενών που χρήζουν Αναπνευστικής Φυσικοθεραπείας

Οι ασθενείς που χρειάζονται φυσικοθεραπεία του αναπνευστικού στη ΜΕΘ είναι:

1. Ασθενείς σε Μηχανικό Αερισμό με Τραχειοσωλήνα ή Τραχειοστομία σε καταστολή,
2. Ασθενείς σε Μηχανικό Αερισμό με Τραχειοσωλήνα ή Τραχειοστομία χωρίς καταστολή που μπορούν να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον,
3. Ασθενείς με Τραχειοστομία που δεν είναι σε Μηχανικό Αερισμό και
 - α) επικοινωνούν με το περιβάλλον
 - β) δεν επικοινωνούν με το περιβάλλον

²⁴ Dikeman K., Kazandjian M. (2003) communication and Swallowing Management of Ventilator-Dependent Adults, 2nd Edition. Clifton Park, New York

4. Ασθενείς με Μη Επεμβατικό Αερισμό

5. Ασθενείς με προσωπίδα O₂

Οι τεχνικές αναπνευστικής φυσικοθεραπείας που εφαρμόζονται σε ασθενής με τραχειοστομία είναι οι εξής και εξαρτώνται πάντα από την γενική κατάσταση του ασθενή:

ü Καθαρισμός Βρόγχων από τις εκκρίσεις

α) Χωρίς εξοπλισμό :

Υποβοηθούμενη Απόχρεμψη: Πιέσεις-Δονήσεις – Κρούσεις, Επιταχυνόμενη εκπνοή με σκοπό την προαγωγή βήχα - Υποβοηθούμενος Βήχας - Αυτογενή Παροχέτευση - Ενεργητικό κύκλο αναπνοής

β) Με εξοπλισμό :

Εξασκητής θετικής εκπνευστικής πίεσης (PEP) - Flutter - Δονητής τύπου ΗΑΥΕΚ

ü Υπερεμφύσεις [χειροκίνητη υπερεμφύσηση Manual Hyperinflation (MH) και υπερεμφύσηση με τη βοήθεια του αναπνευστήρα Ventilator Hyperinflation (VH)]

ü Αναρροφήσεις

ü Θέσεις Παροχέτευσης: (Τεχνικές Βρογχικής Παροχέτευσης)

ü Τρόποι Ελεγχόμενης αναπνοής: (Συγχρονισμένη Αναπνοή Διαφραγματική Θωρακική) , Αναπνοή με σφιγμένα χείλη (σαν να σβήνει κερί), Γλωσσοφαρυγγική Αναπνοή ή Αναπνοή Βατράχου

ü Αλλαγή θέσης (Ύπτια , Πλάγια , Όρθια , Πρηνής)

ü Ασκήσεις των αναπνευστικών μυών

ü Συνδυασμός όλων των παραπάνω τεχνικών μεταξύ τους

Κεφάλαιο 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση και τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνει ο κάθε ένας από αυτούς όσο αφορά τους ασθενής με τραχειοστομίας. Αναλυτικότερα, σκοπός είναι η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο διαμερισμό των αρμοδιοτήτων μεταξύ των ειδικών και η γνώση τους σχετικά με τις αρμοδιότητες που τελικά αναλαμβάνει ο κάθε επαγγελματίας υγείας. Ακόμα ένα άλλο μέρος της έρευνας αφορά την διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας όσο αφορά τις παραμέτρους που τέθηκαν στις ερωτήσεις του ερευνητικού ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, οι παράμετροι που τέθηκαν αφορούν την ανίχνευση-τοποθέτηση, τον εξοπλισμό, την υγιεινή-φροντίδα, την αναπνοή, την σίτιση- κατάποση, την επικοινωνία, την συναισθηματική φροντίδα και αναχαίτιση παθολογικών προτύπων των ατόμων με τραχειοστομία και είχαν ως στόχο να λειτουργήσουν ως καταλυτικός παράγοντας για τον σχηματισμό μια σφαιρικής άποψης για το τι πιστεύουν οι επαγγελματίες υγείας ότι πρέπει να αναλαμβάνει ο κάθε ειδικός. Τέλος, εξετάζεται επίσης η γνώση των ειδικών σε σχέση με τις παραμέτρους και τα πεδία που είναι αρμόδιος ένας λογοθεραπευτής να παρέμβει όσο αφορά τους ασθενής με τραχειοστομία.

Σύμφωνα με το Ζαφειρόπουλο (2005) η μεθοδολογία ορίζεται ως μια διαδικασία μεθόδων και δράσεων που σχετίζεται με την ανάπτυξη ερευνητικών εργαλείων και ερωτημάτων, προκειμένου να επιτευχθούν ασφαλή και αντικειμενικά αποτελέσματα σε σχέση με το βασικό θέμα μιας μελέτης²⁵.

Η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί τη βάση για το μελετητή

²⁵ Ζαφειρόπουλος, Κ., (2005), “Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία;”, Εκδόσεις Κριτική.

ανάπτυξης του συνόλου της δουλειάς του. Συγκεκριμένα, αρχικά ορίζεται ένα πεδίο μελέτης, το οποίο εκφράζεται μέσα από συγκεκριμένους σκοπούς και στόχους, αυτοί για να αξιολογηθούν και να διαπιστωθεί η ακρίβεια και η εγκυρότητα τους, καθίσταται αναγκαία η ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου μεθοδολογικού πλαισίου, το οποίο θέτει τα βήματα της έρευνας, ώστε μέσα από αυτά ο ερευνητής να καταλήξει στο αν το σκεπτικό τους είναι σωστό²⁶. Η Μεθοδολογία της έρευνας εστιάζει στην ανάπτυξη της κατάλληλης ερευνητικής επιλογής, προκειμένου μέσα από αυτή ο ερευνητής να εξασφαλίσει ουσιαστικά συμπεράσματα σε σχέση με τα βασικά ερωτήματα της μελέτης του.

4.2 Ερευνητική Προσέγγιση

Ο θετικισμός με βάση τον Παρασκευόπουλο (1993), αναλύεται μέσα από την επαγωγική και τη παραγωγική διαδικασία έρευνας²⁷. Στην επαγωγική μέθοδο συγκεντρώνονται στοιχεία, στη συνέχεια αναπτύσσεται μια θεωρία ή αναζητείται μια υπάρχουσα θεωρία στην οποία «ταιριάζουν» αυτά τα στοιχεία²⁸. Στην παραγωγική προσέγγιση ο ερευνητής μέσα από τη θεωρία θέτει μια ή περισσότερες υποθέσεις και στη συνέχεια καλείται να την ή να τις ερευνήσει με τη βοήθεια ερευνητικών εργαλείων.

Σύμφωνα με τους McDaniel et al (1995)²⁹, η επαγωγική μέθοδος επιδιώκει μέσα από ένα μεγάλο όγκο στοιχείων να οδηγηθεί σε συμπεράσματα για τη δική του μελέτη, αντίθετα η παραγωγική διαδικασία εστιάζει στην περιγραφή μιας λογικής επιχειρηματολογίας που ξεκινά από το γενικό πλαίσιο και οδηγείται σε κάτι πιο συγκεκριμένο.

Στην παρούσα μελέτη θα εστιάσουμε στην παραγωγική μέθοδο, βάσει της οποίας θα αναπτύξουμε υποθέσεις με βάση το θεωρητικό

²⁶ Eco, R. (2001), *“Πως γίνεται μια διπλωματική εργασία”*, Εκδόσεις Νήσος

²⁷ Παρασκευόπουλος Ι. (1993), *“Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας”*, Τόμος 1, Αθήνα.

²⁸ Κυριαζόπουλος, Π. & Σαμαντά, Ερ. (2010), *“Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών”*, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική.

²⁹ Mc Daniel, C. & Gates, R. (1995), *“Marketing Research Essentials”*, West Publishing Company.

πλαίσιο και στη συνέχεια θα τις διερευνήσουμε με τη χρήση ερευνητικών εργαλείων.

4.3 Εργαλείο έρευνας

Το εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε γραπτό ανώνυμο ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής (παράρτημα 1). Οι δέκα επιλογές που δίδονται καλύπτει την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας που διαχειρίζονται έναν ασθενή με τραχειοτομία. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα ειδικό έντυπο που περιλαμβάνει συνήθως τυποποιημένες ερωτήσεις για τη συλλογή συγκεκριμένων στοιχείων. Αποτελεί την πιο δημοφιλή μέθοδο συλλογής πρωτόγεννων στοιχείων.

Η επιλογή του ερωτηματολογίου, βασίστηκε στο γεγονός ότι συλλέγει πολλές πληροφορίες, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με σχετικά μικρό κόστος. Επίσης η ανάλυσή του είναι πιο γρήγορη, καθώς αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες εύκολα κωδικοποιούνται, ταξινομούνται και αναλύονται. Παράλληλα εξασφαλίζουν μεγαλύτερη αντικειμενικότητα, καθώς παρέχουν στους ερωτώμενους συγκεκριμένες κατευθύνσεις, ως προς την απάντησή τους ενώ ταυτόχρονα τους δίνεται η επιλογή να απαντήσουν βάση των δικών τους εμπειριών πέραν των υπάρχων απαντήσεων. Επίσης η ανωνυμία του ερωτηματολογίου αυξάνει το ποσοστό, οι περισσότεροι ερωτώμενοι, αν όχι όλοι, να απαντήσουν με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του.

Η κατασκευή του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε από τις ίδιες τις ερευνήτριες, αφού πρώτα είχε καθορίσει το σκοπό, τους στόχους και τα ερευνητικά της ερωτήματα και αφού είχε μελετήσει τη βιβλιογραφική επισκόπηση, άλλων ερευνών-μελετών (Ecklund, 1995; Clarke, 1995; Anonymous, 1996; Hooper, 1996; Creamer, 1996; Dikeman & Kazandjian, 2003; Dixon & Tasota, 2003; Garrubba et al., 2009; de Mestral, 2011).

4.4 Δειγματοληψία

Στην παρούσα έρευνα τον πληθυσμό αποτελούν δυνητικά όλοι οι επαγγελματίες υγείας. Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία. Οι ερευνήτριες απευθύνθηκαν σε 240 επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται στην Αθήνα, στην Καλαμάτα και στην Κρήτη. Η διαδικασία επιλογής των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα καθορίστηκε από πλαίσιο όπου εργάζονται, στην προκειμένη σε κλινικό πλαίσιο καθώς και από την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας. Συγκεκριμένα, το ερευνητικό ερωτηματολόγιο διανεμηθεί σε 4 ομάδες επαγγελματιών υγείας. Η πρώτη ομάδα συμπεριλαμβάνει Ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων μεταξύ των οποίων ήταν Πνευμονολόγοι, Ιατροί Αναισθησιολόγοι, Ωτορινολαρυγγολόγοι και Χειρουργοί. Η δεύτερη ομάδα αναφέρεται στους Φυσικοθεραπευτές η τρίτη στους Λογοθεραπευτές και η τελευταία στους Νοσηλευτές. Στην κάθε μια από τις ομάδες των επαγγελματιών υγείας μοιράστηκαν 60 ερωτηματολόγια. Από τα 60 που στείλαμε σε κάθε ομάδα λάβαμε πίσω 40. Συνολικά λάβαμε 160 ερωτηματολόγια από τα 240. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 66,67% και κρίνεται ικανοποιητικό.

4.5 Διαδικασία

Για την διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων που διήρκησε 1 μήνα οι ερευνήτριες επισκέφθηκαν Νοσοκομεία και Κέντρα αποκατάστασης από τρεις πόλεις διαφορετικών γεωγραφικών διαμερισμάτων της Ελλάδας από τα οποία είναι στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησος και Κρήτη. Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στην Αθήνα στην Καλαμάτα και στα Χανιά. Έπειτα οι ερευνήτριες επικοινωνήσαν τηλεφωνικά με επαγγελματίες υγείας σε Νοσοκομεία και κυρίως Κέντρα Αποκατάστασης στα οποία η πρόσβαση δεν ήταν εφικτή είτε για εξοικονόμηση χρόνου, για την ηλεκτρονική αποστολή των ερωτηματολογίων. Μετά την συμπλήρωση και την συλλογή των ερωτηματολογίων ακολούθησε η επεξεργασία αυτών. Η στατιστική

ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος..

4.6 Κώδικας έρευνας

Η έρευνα στηρίζεται σε μεγάλο ποσοστό στην εμπιστοσύνη του κοινού ότι γίνεται: Τίμια, Αμερόληπτα, Αντικειμενικά και βασίζεται στην πρόθυμη και χωρίς ανταλλάγματα συνεργασία του κοινού. Οι ερωτήσεις θα είναι τέτοιες, ώστε να μη θίγεται ή να ενοχλείται ο ερωτώμενος.

Κεφάλαιο 5^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων μέσω περιγραφικής στατιστικής. Περιγραφικά μέσα όπως συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις χρησιμοποιούνται για να απεικονίσουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1 Χαρακτηριστικά δείγματος

		N	%
Φύλο	Άνδρας	65	40,6%
	Γυναίκα	95	59,4%
Επίπεδο εκπαίδευσης:	ΤΕΙ	81	50,6%
	ΑΕΙ	37	23,1%
	Μεταπτυχιακ ό	37	23,1%
	Διδακτορικό	5	3,1%
Ειδικότητα	Λογοθεραπευ τής	40	25,0%
	Φυσιοθεραπε υτής	40	25,0%
	Νοσηλεύτης	40	25,0%
	Ιατροί	40	25,0%
Έχετε λάβει ειδική εκπαίδευση όσο αφορά την τραχειοστομία;	Ναι	43	26,9%
	Όχι	117	73,1%
Ενημερώνεστε για τις εξελίξεις και τους τρόπους αποκατάστασης των ατόμων με τραχειοστομία και αν ναι με ποιο τρόπο;	Ναι	117	73,1%
	Όχι	43	26,9%
Πότε ήταν η τελευταία φορά που διαβάσατε ένα άρθρο σχετικά με την τραχειοστομία;	Πριν μια εβδομάδα	20	12,5%
	Πριν ένα μήνα	56	35,0%
	Πριν ένα χρόνο	35	21,9%
	Περισσότερο από χρόνο	35	21,9%
	Δεν έχω διαβάσει	14	8,8%

Δουλεύετε αυτή την περίοδο ή είχατε δουλέψει στο παρελθόν με τραχειοστομία;	Ναι	130	81,3%
	Όχι	30	18,8%
Πόσους ασθενείς έχετε σήμερα με τραχειοστομία;	1-2	76	47,5%
	3-4	35	21,9%
	5-6	7	4,4%
	7-8	42	26,3%
Πως θα χαρακτηρίζατε τις γενικές γνώσεις σας όσο αφορά την τραχειοστομία?	Καλές	30	18,8%
	Αρκετά καλές	12	7,5%
	Μέτριες	61	38,1%
	Καθόλου καλές	57	35,6%

Σύμφωνα με τον πίνακα 1 η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι 40,6% και 59,4% αντίστοιχα. Το 50,6% έχει εκπαίδευση ΤΕΙ, το 23,1% ΑΕΙ, ένα ακόμα 23,1% έχει εκπαίδευση μεταπτυχιακού επιπέδου και το 3,1% έχει διδακτορικό τίτλο. Ακόμα το 26,9% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι έχει λάβει εκπαίδευση όσον αφορά την τραχειοστομία και το 73,1% ενημερώνεται για τις εξελίξεις και τους τρόπους αποκατάστασης των ατόμων με τραχειοστομία. Για όσους ενημερώνονται το 56,4%(66) έχει ως πηγή τα επιστημονικά άρθρα, το 82,9%(97) το διαδίκτυο και το 35,9%(42) τα βιβλία. Επιπλέον παρατηρούμε ότι το 35,0% των συμμετεχόντων να έχει διαβάσει ένα άρθρο σχετικά με την τραχειοστομία πριν ένα μήνα, το 21,9% πριν ένα χρόνο, ένα ακόμα 21,9% περισσότερο από χρόνο, το 12,5% πριν μια εβδομάδα και το υπόλοιπο 8,8% δεν έχει καθόλου διαβάσει κάποιο άρθρο. Επίσης το 81,3% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι έχει δουλέψει αυτή την περίοδο ή είχε δουλέψει στο παρελθόν με τραχειοστομία. Για αυτούς που έχουν ή είχαν δουλέψει το 47,5% έχει σήμερα 1-2 ασθενείς με τραχειοστομία, το 21,9% από 3-4, το 26,3% από 7-8 και το υπόλοιπο 4,4% από 5-6. Τέλος το 38,1% των συμμετεχόντων χαρακτηρίζει ως μέτριες τις γενικές γνώσεις που έχουν όσο αφορά την τραχειοστομία, το 35,6% ως καθόλου καλές, το 18,8% ως καλές και το υπόλοιπο 7,5% ως αρκετές καλές.

Πίνακας 2

Ηλικία και εργασιακή εμπειρία

	N	Ελάχιστ		Μ.Τ	Τ.Α
		η	Μέγιστη		
Ηλικία	160	23	62	33,69	9,342
Έτη που ασκείται το επάγγελμα σας:	160	1	45	8,77	7,628

Σύμφωνα με τον πίνακα 2 η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 33,69 έτη με τυπική απόκλιση 9,34. Ο μικρότερος σε ηλικία είναι 23 ετών και ο μεγαλύτερος 62 ετών. Ακόμα ο μέσος χρόνος εργασιακής εμπειρίας είναι 8,77 έτη με τυπική απόκλιση 7,63. Ο μικρότερος εργασιακός χρόνος είναι 1 έτος και ο μεγαλύτερος είναι 45 ετών. Στο παράρτημα παρουσιάζονται σε ομαδοποιημένη μορφή τα δεδομένα που αφορούν την ηλικία και την εργασιακή εμπειρία.

Πίνακας 3

Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στην τοποθέτηση τραχειοστομίας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πνευμονολόγος	57	35,6	35,6	35,6
Αναισθησιολόγος	20	12,5	12,5	48,1
ΩΡΛ	61	38,1	38,1	86,3
Χειρουργός	22	13,8	13,8	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 3 το 38,1% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ είναι σε θέση να ανιχνεύσει τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας, το 35,6% αναφέρει τον πνευμονολόγο, το 13,8% τον χειρουργό και το 12,5% τον αναισθησιολόγο.

Πίνακας 4

Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν το ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πνευμονολόγος	47	29,4	29,4	29,4
Αναισθησιολόγος	12	7,5	7,5	36,9
ΩΡΛ	52	32,5	32,5	69,4
Χειρουργός	21	13,1	13,1	82,5
Φυσιοθεραπευτής	7	4,4	4,4	86,9
Λογοθεραπευτής	13	8,1	8,1	95,0
Νοσηλεύτες	8	5,0	5,0	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 το 32,5% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ ασχολείται με την ενημέρωση του ασθενή όσο αφορά τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία της αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση, το 29,4% αναφέρει τον πνευμονολόγο, το 13,1% τον χειρουργό, το 8,1% τον λογοθεραπευτή και το 7,5% τον αναισθησιολόγο. Οι υπόλοιπες ειδικότητες αναφέρονται με αρκετά μικρότερα ποσοστά.

Πίνακας 5

Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής , εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	29	18,1	18,1	18,1
	Αναισθησιολόγος	17	10,6	10,6	28,8
	ΩΡΛ	68	42,5	42,5	71,3
	Χειρουργός	46	28,8	28,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 5 το 42,5% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ είναι κατάλληλος για την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα, το 28,8% αναφέρει τον χειρουργό, το 18,1% τον πνευμονολόγο και το 10,6% τον αναισθησιολόγο.

Πίνακας 6

Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	35	21,9	21,9	21,9
	ΩΡΛ	74	46,3	46,3	68,1
	Χειρουργός	18	11,3	11,3	79,4
	Λογοθεραπευτής	33	20,6	20,6	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 το 46,9% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ θα κρίνει αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης, το 21,9% αναφέρει τον

πνευμονολόγο, το 20,6% ο λογοθεραπευτής και το 11,3% τον χειρουργό.

Πίνακας 7

Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	40	25,0	25,0	25,0
	Αναισθησιολόγος	20	12,5	12,5	37,5
	ΩΡΛ	76	47,5	47,5	85,0
	Χειρουργός	24	15,0	15,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 το 47,5% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ ασχολείται με την επιλογή του τύπου cuff, το 25% αναφέρει τον πνευμονολόγο, το 15% τον χειρουργό και το 15,5% ο αναισθησιολόγος.

Πίνακας 8

Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	34	21,3	21,3	21,3
	Αναισθησιολόγος	14	8,8	8,8	30,0
	ΩΡΛ	50	31,3	31,3	61,3
	Χειρουργός	10	6,3	6,3	67,5
	Φυσιοθεραπευτής	7	4,4	4,4	71,9
	Λογοθεραπευτής	11	6,9	6,9	78,8
	Νοσηλεύτες	34	21,3	21,3	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 το 31,3% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ είναι ειδικός την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff για την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας, το 21,3% αναφέρει τον πνευμονολόγο, το 21,3% τον νοσηλευτή, το 8,8% τον αναισθησιολόγο, το 6,9% τον λογοθεραπευτή και το 4,4% ο φυσιοθεραπευτής.

Πίνακας 9

Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid Πνευμονολόγος	15	9,4	9,4	9,4
ΩΡΛ	32	20,0	20,0	29,4
Χειρουργός	10	6,3	6,3	35,6
Φυσιοθεραπευτή ς	14	8,8	8,8	44,4
Λογοθεραπευτής	15	9,4	9,4	53,8
Νοσηλευτές	74	46,3	46,3	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 9 το 46,3% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο νοσηλευτής είναι αυτός που ασχολείται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας, το 20% αναφέρει τον ΩΡΛ, το 9,4% ο λογοθεραπευτής, το 9,4% ο πνευμονολόγος, το 8,8% ο φυσιοθεραπευτής και το 6,3% ο χειρουργός.

Πίνακας 10

Ποιοι είναι υπεύθυνος για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	53	33,1	33,1	33,1
	Αναισθησιολόγος	23	14,4	14,4	47,5
	ΩΡΛ	29	18,1	18,1	65,6
	Φυσιοθεραπευτής	17	10,6	10,6	76,3
	Νοσηλευτές	38	23,8	23,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 10 το 33,1% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο πνευμονολόγος είναι υπεύθυνος για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης, το 18,1% αναφέρει τον ΩΡΛ, το 23,8% ο νοσηλευτής, το 14,4% ο αναισθησιολόγος και το 10,6% ο φυσιοθεραπευτής.

Πίνακας 11

Σε περίπτωση επιλογής με ένα τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	22	13,8	13,8	13,8
	Αναισθησιολόγος	12	7,5	7,5	21,3
	ΩΡΛ	64	40,0	40,0	61,3
	Χειρουργός	62	38,8	38,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 το 40% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ είναι αυτός που διαχειρίζεται μια επιλογή με τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, το 38,8% αναφέρει τον χειρουργό, το 13,8% ο πνευμονολόγος και το 7,5% ο αναισθησιολόγος.

Πίνακας 12

Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	15	9,4	9,4	9,4
	ΩΡΛ	33	20,6	20,6	30,0
	Χειρουργός	18	11,3	11,3	41,3
	Νοσηλεύτες	94	58,8	58,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 12 το 58,8% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο νοσηλεύτης αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας, το 20,6% αναφέρει τον ΩΡΛ, το 11,3% ο χειρουργός και το 9,4% ο πνευμονολόγος.

Πίνακας 13

Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφηση σε έναν ασθενή με τραχειοστομία

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	19	11,9	11,9	11,9
	Αναισθησιολόγος	10	6,3	6,3	18,1
	ΩΡΛ	39	24,4	24,4	42,5
	Χειρουργός	13	8,1	8,1	50,6
	Φυσιοθεραπευτής	21	13,1	13,1	63,8
	Νοσηλεύτες	58	36,3	36,3	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 13 το 36,3% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο νοσηλεύτης είναι αυτός που πραγματοποιεί την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία, το 24,4% αναφέρει τον ΩΡΛ, το 13,1% ο φυσιοθεραπευτής, το 8,1% ο χειρουργός, το 11,9% ο πνευμονολόγος και το 6,3% ο αναισθησιολόγος.

Πίνακας 14

Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχή των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	21	13,1	13,1	13,1
	ΩΡΛ	45	28,1	28,1	41,3
	Χειρουργός	20	12,5	12,5	53,8
	Λογοθεραπευτή ς	18	11,3	11,3	65,0
	Νοσηλευτές	56	35,0	35,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 14 το 35% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση και διδασχή των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας, το 28,1% αναφέρει τον ΩΡΛ, το 11,3% ο λογοθεραπευτής, το 12,5% ο χειρουργός και το 13,1% ο πνευμονολόγος.

Πίνακας 15

Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Λογοθεραπευτή ς	35	21,9	21,9	21,9
	Νοσηλευτές	125	78,1	78,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 15 το 78,1% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο νοσηλευτής ασχολείται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς και 21,9% ο λογοθεραπευτής.

Πίνακας 16

Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	15	9,4	9,4	9,4
	ΩΡΛ	69	43,1	43,1	52,5
	Λογοθεραπευτή ς	57	35,6	35,6	88,1
	Νοσηλευτές	19	11,9	11,9	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 16 το 43,1% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο ΩΡΛ είναι κατάλληλος ώστε να αξιολογήσει την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία, αναφέρει, το 35,6% ο λογοθεραπευτής, το 9,4% ο πνευμονολόγος και το 11,9% ο νοσηλευτής.

Πίνακας 17

Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	19	11,9	11,9	11,9
	ΩΡΛ	61	38,1	38,1	50,0
	Χειρουργός	16	10,0	10,0	60,0
	Λογοθεραπευτή ς	29	18,1	18,1	78,1
	Νοσηλευτές	35	21,9	21,9	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 17 το 38,1% των συμμετεχόντων αναφέρει τον ΩΡΛ για να εξηγήσει τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς, το 21,9% ο νοσηλευτής, το 18,1% ο λογοθεραπευτής, το 11,9% ο πνευμονολόγος και το 10% ο νοσηλευτής.

Πίνακας 18

Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοτομία

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ΩΡΛ	28	17,5	17,5	17,5
	Λογοθεραπευτή ς	56	35,0	35,0	52,5
	Νοσηλευτές	24	15,0	15,0	67,5
	Διαιτολόγος	52	32,5	32,5	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 18 το 35% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο λογοθεραπευτής ασχολείται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοτομία, το 32,5% αναφέρει τον διαιτολόγο, το 17,5% ο ΩΡΛ, και το 15% ο νοσηλευτής.

Πίνακας 19

Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής και την διάρκεια και μετά την σίτιση

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Πνευμονολόγος	11	6,9	6,9	6,9
	ΩΡΛ	22	13,8	13,8	20,6
	Χειρουργός	31	19,4	19,4	40,0
	Φυσιοθεραπευτή ς	48	30,0	30,0	70,0
	Εργοθεραπευτής	48	30,0	30,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 19 το 30% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο εργοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής και την διάρκεια και μετά την σίτιση, το 30% αναφέρει τον φυσιοθεραπευτή, το 19,4% ο χειρουργός, το 13,8% ο ΩΡΛ και το 6,9% ο πνευμονολόγος.

Πίνακας 20

Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ΩΡΛ	21	13,1	13,1	13,1
	Εργοθεραπευτή ς	18	11,3	11,3	24,4
	Λογοθεραπευτή ς	108	67,5	67,5	91,9
	Νοσηλευτές	13	8,1	8,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 20 το 67,5% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο λογοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας, το 11,3% αναφέρει τον ΩΡΛ, το 11,3% ο εργοθεραπευτής και το 8,1% ο νοσηλευτής.

Πίνακας 21

Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	Χειρουργός	14	8,8	8,8	8,8
	Φυσιοθεραπευτής	26	16,3	16,3	25,0
	Εργοθεραπευτής	107	66,9	66,9	91,9
	Λογοθεραπευτής	13	8,1	8,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 21 το 66,9% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο εργοθεραπευτής είναι υπεύθυνος να εκπαιδεύσει τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι

εφικτή, το 16,3% αναφέρει τον φυσιοθεραπευτή, το 8,8% ο χειρουργός και το 8,1% ο λογοθεραπευτής.

Πίνακας 22

Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομα για την εξομάλυνση τυχών ψυχολογικών καταστάσεων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid ΩΡΛ	20	12,5	12,5	12,5
Φυσιοθεραπευτής	18	11,3	11,3	23,8
Εργοθεραπευτής	15	9,4	9,4	33,1
Λογοθεραπευτής	45	28,1	28,1	61,3
Νοσηλευτές	62	38,8	38,8	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 22 το 38,8% των συμμετεχόντων θεωρεί πως ο νοσηλευτής παρέχει συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομα για την εξομάλυνση τυχών ψυχολογικών καταστάσεων, το 28,1% ο λογοθεραπευτής, το 12,5% αναφέρει ο ΩΡΛ, το 11,3% ο φυσιοθεραπευτής και το 9,4% ο εργοθεραπευτής.

Πίνακας 23

Διαφορές στις απόψεις των δύο φύλων

	Chi square	Βαθμοί ελελυθείας	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	,009a	3	1
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	5,377	6	0,5
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	2,154	3	0,54
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	2,322	3	0,51
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	,632a	3	0,89
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	7,073	6	0,31
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	4,282	5	0,51
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	3,53	4	0,47
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	1,501	3	0,68
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	,914a	3	0,82
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	4,187	5	0,52
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	5,775	4	0,22
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	,746a	1	0,39
14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	1,299	3	0,73
15. Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για	1,702	4	0,79

να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;			
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοτομία;	2,788	3	0,43
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	8,431	4	0,08
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	2,606	3	0,46
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	2,333	3	0,51
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομα για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	1,52	4	0,82

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι δεν επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα του φύλου για όλες τις ερωτήσεις.

Πίνακας 24

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ των εκπαιδευτικών επιπέδων

	Chi square	Βαθμοί ελευθερία ς	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	14,952 a	6	0,02
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	62,152 a	12	0
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	38,468 a	6	0
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	38,262 a	6	0
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	14,311 a	6	0,03
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	50,301 a	12	0
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	25,063 a	10	0,01
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	37,786 a	8	0
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	16,404 a	6	0,01
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	12,703 a	6	0,05
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	27,610 a	10	0
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	30,530 a	8	0
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	1,128a	2	0,57

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	12,023 a	6	0,06
15. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	20,467 a	8	0,01
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	41,090 a	6	0
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	42,074 a	8	0
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	2,801a	6	0,83
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	5,203a	6	0,52
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	19,732 a	8	0,01

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της μόρφωσης για όλες τις ερωτήσεις πλην των ερωτήσεων που αφορούν α) στις ειδικότητες που ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής των ασθενών, β) στις ειδικότητες που είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία, γ) στην ειδικότητα που είναι υπεύθυνη για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας και δ) στις ειδικότητες που είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή.

Πίνακας 25

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	36,461 _a	9	,000
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	47,305 _a	18	,000
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	13,746 _a	9	,132
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	23,914 _a	9	,004
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	30,026 _a	9	,000
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	48,751 _a	18	,000
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	37,276 _a	15	,001
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	35,918 _a	12	,000
9. Σε περίπτωση επιλοκής με ένα τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	26,729 _a	9	,002
10. Ποιος αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	24,553 _a	9	,004
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	48,488 _a	15	,000
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	37,528 _a	12	,000
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	5,133 ^a	3	,162

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	41,340 _a	9	,000
15. Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	49,738 _a	12	,000
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	34,564 _a	9	,000
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	24,967 _a	12	,015
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	11,790 _a	9	,225
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	11,829 _a	9	,223
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	31,099 _a	12	,002

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της ηλικίας για όλες τις ερωτήσεις πλην των ερωτήσεων που αφορούν α) την ειδικότητα που ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα, β) τις ειδικότητες που ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς, γ) την ειδικότητα που είναι υπεύθυνη για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας και δ) τις ειδικότητες που είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή.

Πίνακας 26

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ των κατηγοριών εργασιακής εμπειρίας

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	18,147 _a	6	,006
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	19,025 _a	12	,088
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής , εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	6,958 ^a	6	,325
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	15,578 _a	6	,016
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	10,489 _a	6	,106
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	18,118 _a	12	,112
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	16,400 _a	10	,089
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	17,500 _a	8	,025
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	10,837 _a	6	,094
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	11,355 _a	6	,078
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	21,623 _a	10	,017
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	12,076 _a	8	,148
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	4,681 ^a	2	,096

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	15,236 _a	6	,018
15. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	16,096 _a	8	,041
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	15,782 _a	6	,015
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	9,541 ^a	8	,299
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	7,059 ^a	6	,315
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	7,743 ^a	6	,258
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	11,343 _a	8	,183

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της εργασιακής εμπειρίας για όλες τις ερωτήσεις πλην όσων αφορούν α) τους επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση, β) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα, γ) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff, δ) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff, ε) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας, στ) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης, ζ) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη διαχείριση ενός τραχειοοισοφαγικού συρίγγιου, η) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα του στόματος της τραχείας, θ) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την ενημέρωση και διδασχία των

κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας, ι) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς, ια) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση, ιβ) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τα προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας, ιγ) τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή, ιδ) τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομα για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων.

Πίνακας 27

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ των ειδικοτήτων

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	154,822 _a	9	,000
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	279,250 _a	18	,000
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	180,791 _a	9	,000
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	192,769 _a	9	,000
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	156,786 _a	9	,000
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	234,885 _a	18	,000
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	191,792 _a	15	,000
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	231,488 _a	12	,000
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	152,501 _a	9	,000
10. Ποιος αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	136,685 _a	9	,000
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	260,960 _a	15	,000
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	220,340 _a	12	,000
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	55,113 ^a	3	,000

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	132,713 _a	9	,000
15. Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	173,001 _a	12	,000
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	221,615 _a	9	,000
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	286,229 _a	12	,000
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	111,926 _a	9	,000
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	111,438 _a	9	,000
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομα για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	168,738 _a	12	,000

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της της ειδικότητας που έχουν για όλες τις ερωτήσεις.

Πίνακας 28

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ όσων έχουν λάβει εκπαίδευση σχετικά με τη τραχειοστομία και όσων δεν έχουν λάβει

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	14,104 ^a	3	,003
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	28,215 ^a	6	,000
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	7,370 ^a	3	,061
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	10,409 ^a	3	,015
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	13,285 ^a	3	,004
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	13,832 ^a	6	,032
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	26,137 ^a	5	,000
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	16,100 ^a	4	,003
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	8,174 ^a	3	,043
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	17,243 ^a	3	,001
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	23,535 ^a	5	,000
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	27,074 ^a	4	,000
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	7,637 ^a	1	,006

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	5,423 ^a	3	,143
15. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	13,554 _a	4	,009
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	8,628 ^a	3	,035
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	14,811 _a	4	,005
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	7,135 ^a	3	,068
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	9,287 ^a	3	,026
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	7,610 ^a	4	,107

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της εκπαίδευσης σχετικά με τη τραχειοστομία για όλες τις ερωτήσεις πλην όσων αφορούν α) τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα, β) τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία και γ) τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων.

Πίνακας 29

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ όσων ενημερώνονται σχετικά για την τραχειοστομία και όσων δεν ενημερώνονται

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	11,678 _a	3	,009
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	24,366 _a	6	,000
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής , εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	13,097 _a	3	,004
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	23,101 _a	3	,000
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	14,642 _a	3	,002
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	23,684 _a	6	,001
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	17,819 _a	5	,003
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	18,872 _a	4	,001
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	13,111 _a	3	,004
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	13,369 _a	3	,004
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	10,940 _a	5	,053
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχών κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	8,847 ^a	4	,065
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους	7,637 ^a	1	,006

ασθενείς;

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	6,848 ^a	3	,077
15. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	12,793 ^a	4	,012
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	8,677 ^a	3	,034
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	15,853 ^a	4	,003
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	15,322 ^a	3	,002
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	13,921 ^a	3	,003
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	13,567 ^a	4	,009

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της της ενημέρωσης σχετικά με τη τραχειοστομία για όλες τις ερωτήσεις πλην των ερωτήσεων που αφορούν τους επαγγελματίες που καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία, τους επαγγελματίες υγείας που είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας και τους επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία.

Πίνακας 30

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ όσων εργάζονται με προβλήματα τραχειοστομίας και όσων δεν εργάζονται

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	p
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	5,673 ^a	3	,129
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	7,898 ^a	6	,246
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής , εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	4,725 ^a	3	,193
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	5,598 ^a	3	,133
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	3,774 ^a	3	,287
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	11,842 ^a	6	,066
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	14,982 ^a	5	,010
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	12,977 ^a	4	,011
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	2,476 ^a	3	,480
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	4,955 ^a	3	,175
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	6,315 ^a	5	,277
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	1,271 ^a	4	,866
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	,586 ^a	1	,444

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	1,098 ^a	3	,778
15. Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	7,099 ^a	4	,131
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	2,227 ^a	3	,527
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	1,759 ^a	4	,780
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	3,956 ^a	3	,266
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	3,065 ^a	3	,382
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	4,767 ^a	4	,312

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι δεν επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της εργασίας με περιστατικά τραχειοστομίας για όλες τις ερωτήσεις πλην αυτών που αφορούν τους επαγγελματίες που ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας και τους επαγγελματίες που είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης.

Πίνακας 31

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ κατηγοριών που αφορούν το πλήθος των ασθενών με τραχειοστομία

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	P
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	17,606 _a	9	,040
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	35,364 _a	18	,009
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής , εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	18,209 _a	9	,033
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	28,995 _a	9	,001
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	15,589 _a	9	,076
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	37,983 _a	18	,004
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	27,797 _a	15	,023
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	23,398 _a	12	,025
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	9,594 ^a	9	,384
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	18,160 _a	9	,033
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	15,546 _a	15	,413
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	14,283 _a	12	,283
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς;	5,390 ^a	3	,145

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	9,748 ^a	9	,371
15. Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	19,479 _a	12	,078
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	15,958 _a	9	,068
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	13,502 _a	12	,334
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	10,198 _a	9	,335
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	11,455 _a	9	,246
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	11,522 _a	12	,485

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι δεν επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα του πλήθους των ασθενών με τραχειοστομία για όλες τις ερωτήσεις πλην των ερωτήσεων που αφορούν στους επαγγελματίες που είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας, τους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την επιλογή της εσωτερικής, εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα, τους επαγγελματίες που θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff, τους επαγγελματίες που ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας, τους επαγγελματίες που είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης και τέλος τους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του στόματος της τραχείας.

Πίνακας 32

Διαφορές στις απόψεις μεταξύ των επιπέδων γνώσης σχετικά με τη τραχειοστομία

	Chi square	Βαθμοί ελευθερίας	P
1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;	27,632 _a	9	,001
2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;	40,952 _a	18	,002
3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής , εξωτερικής διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;	13,674 _a	9	,134
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;	20,784 _a	9	,014
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;	16,261 _a	9	,062
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;	32,524 _a	18	,019
7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;	36,396 _a	15	,002
8. Ποιοι είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;	41,045 _a	12	,000
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;	17,727 _a	9	,038
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;	28,964 _a	9	,001
11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;	25,515 _a	15	,043
12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχία των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας;	19,835 _a	12	,070
13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους	5,671 ^a	3	,129

ασθενείς;

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;	19,354 _a	9	,022
15. Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;	23,514 _a	12	,024
16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοστομία;	17,023 _a	9	,048
17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση;	33,278 _a	12	,001
18. Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας;	13,360 _a	9	,147
19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;	13,231 _a	9	,152
20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομία για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων;	17,583 _a	12	,129

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι δεν επηρεάζεται η γνώμη των ειδικών από τον παράγοντα της γνώσης σχετικά με τη τραχειοστομία για όλες τις ερωτήσεις πλην των ερωτήσεων που αφορούν τους επαγγελματίες που είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας, τους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν να ενημερώσουν τον ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση, τους επαγγελματίες που θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff, τους επαγγελματίες που ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τις επιπλοκές στο τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη φροντίδα του στόματος της τραχείας, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την διαδικασία της

αναρρόφησης σε έναν ασθενή με τραχειοστομία, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοτομία, τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής κατά την διάρκεια και μετά την σίτιση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η μελέτη των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση και τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνει ο κάθε ένας από αυτούς όσον αφορά τους ασθενείς με τραχειοστομία. Από την έρευνα που διεξήχθη για τη διερεύνηση του σκοπού αυτού θα πρέπει να αναφερθεί ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό συμμετείχαν άντρες με εκπαίδευση ΤΕΙ και λίγοι με εκπαίδευση μεταπτυχιακού επιπέδου. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ενημερώνονται για τις εξελίξεις και τους τρόπους αποκατάστασης των ατόμων με τραχειοστομία και λίγοι είναι αυτοί που έχουν σχετική εκπαίδευση με την τραχειοστομία. Όσοι ενημερώνονται για τις εξελίξεις και τους τρόπους αποκατάστασης των ατόμων με τραχειοστομία χρησιμοποιούν ως βασική πηγή το διαδίκτυο, ακολουθούν τα επιστημονικά άρθρα και τελευταία έρχονται τα βιβλία.

Από τα δημογραφικά στοιχεία διαπιστώνεται επίσης ότι οι περισσότερες από τους ερωτώμενους έχουν διαβάσει κάποιο άρθρο σχετικά με την τραχειοστομία πριν ένα μήνα, αρκετά δηλαδή πρόσφατα ώστε να είναι ενημερωμένοι για τις τελευταίες εξελίξεις. Επίσης η πλειονότητα των ερωτώμενων δουλεύει αυτήν την περίοδο ή έχει δουλέψει στο παρελθόν με τραχειοστομία. Ωστόσο λίγοι είναι εκείνοι που θεωρούν τις γνώσεις τους για την τραχειοστομία ως καλές ή αρκετά καλές. Οι περισσότεροι τις θεωρούν μέτριες έως καθόλου καλές. Με δεδομένο ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων είναι τα 34 έτη, μπορεί να δικαιολογηθεί η απάντηση αυτή στις γνώσεις, τους καθώς ως επί το πλείστον είναι είναι ιατροί που έχουν ακόμα χρόνια μπροστά τους να αποκτήσουν τόσο γνώσεις, όσο και εμπειρίες για την τραχειοστομία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα αποδεικνύεται ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ως τον πιο κατάλληλο για την διαχείριση μια τραχειοστομίας, αρχικά τον ΩΡΛ, έπειτα αναφέρονται οι Νοσηλευτές και τέλος άλλος Ιατρός όπου στην προκειμένη περίπτωση οι ειδικοί προτείνουν τους

Χειρουργούς και τους Ιατρούς ΜΕΘ.

Ο λογοθεραπευτής συγκεκριμένα είναι αρμόδιος για την αξιολόγηση της κατάποσης. Ακόμα, ασχολείται με την σύσταση της τροφής για ασφαλή σίτιση ενός ασθενή με τραχειοστομία. Επιπλέον, να εκπαιδεύσει τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή και να του παρέχει συναισθηματική φροντίδα για την εξομάλυνση τυχών ψυχολογικών καταστάσεων.

Από τις συσχετίσεις που διεξήχθησαν διαπιστώθηκε ότι ανάλογα με την ειδικότητα του εκάστοτε ιατρού διαφοροποιείται και η γνώμη του για όλες τις ερωτήσεις. Το παραπάνω είναι εύλογο καθώς κάθε ειδικότητα γνωρίζει περισσότερο για τον τομέα της και ως εκ τούτου κάθε ειδικότητα γνωρίζει που μπορεί να παρεμβαίνει και που όχι σε έναν ασθενή με τραχειοστομία.

Επίσης οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι δεν επηρεαζόταν μόνο από την ειδικότητα, αλλά και από την εκπαίδευσή τους, σε μεγάλο ποσοστό ερωτήσεων, από την ενημέρωση που είχε λάβει για την τραχειοστομία, επίσης σε μεγάλο ποσοστό ερωτήσεων και τέλος από την εργασιακή τους εμπειρία με ασθενείς με τραχειοστομία, αλλά και από τις γνώσεις του για την τραχειοστομία. Βάσει των παραπάνω συμπεραίνεται ότι οι γνώσεις των ατόμων γύρω από την τραχειοστομία και η εμπειρία τους, τους οδηγούν σε αποτελεσματικότερη κατάρτιση. Όσες περισσότερες γνώσεις έχει ένα άτομο γύρω από την τραχειοστομία, τόσο περισσότερο συναινεί για την διεπιστημονική προσέγγιση καθώς σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων η τραχειοστομία απαιτεί πλήθος ειδικοτήτων για τη θεραπεία της.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ως τον πιο κατάλληλο για την διαχείριση μια τραχειοστομίας, αρχικά τον ΩΡΛ, έπειτα αναφέρονται οι νοσηλευτές³⁰ και τέλος άλλοι ιατροί όπου στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι χειρουργοί και ιατροί της ΜΕΘ. Επίσης σε επιμέρους και συγκεκριμένους τομείς είναι ο λογοθεραπευτής

³⁰ Gibson, I. (1983) Tracheostomy management. Nursing 2(18), pp538-540.

(σίτιση, κατάποση και επικοινωνία ασθενή), ο εργοθεραπευτής και φυσικοθεραπευτής (αναχαίτιση παθολογικών προτύπων) και ο πνευμονολόγος (ανεπνευστική λειτουργία).

Βάσει των παραπάνω συμπεραίνεται ότι η διαχείριση της τραχειοστομίας απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία για την ολική προσέγγισή της και όχι μεμονωμένες ειδικότητες. Η διεπιστημονική συνεργασία, οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα και καλύτερη προσέγγιση του ασθενή.

Αναφορικά με τους νοσηλευτές σύμφωνα και με τη βιβλιογραφική ανσκόπηση του θέματος ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής είναι σε θέση να καθαρίσει τις εκκρίσεις, η νοσηλευτική φροντίδα της τραχειοστομίας διατηρεί το σωλήνα καθαρό, τον αεραγωγό ανοικτό και παρέχει φροντίδα στο τραύμα. Συνήθως νοσηλευτική φροντίδα σε τέτοιους ασθενείς παρέχεται σε κάθε βάρδια. Πρακτικές για την φροντίδα της τραχειοστομίας φαίνονται παρακάτω καθώς και οι οδηγίες για την εκτίμηση του ασθενούς πριν την τραχειοστομία³¹.

Ο λογοθεραπευτής από την πλευρά του, όπως διαφανηκε στην παρούσα μελέτη σε κάποιες περιπτώσεις, είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση της καταποσης. Ακόμα, ασχολείται με την συσταση της τροφής για την ασφαλή σίτιση ενός ασθενή με τραχειοστομία, εφοσον πρώτα προβεί σε ελεγχο για πόσο χρονικό διάστημα μπορεί ο ασθενής να ανεχτεί το κλείσιμο του τραχειοστόματος, καθώς δεν είναι εφικτή η αναπνευστική λειτουργία μέσω της φυσιολογικής οδού. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να το ανεχτεί ο θεραπευτής θα πρέπει να τον εκπαιδεύσει σε αυτό, προσπαθώντας σταδιακά, για λίγα δευτερόλεπτα αρχικά και αυξάνοντας σταδιακά το χρόνο³².

Βασικό μειονέκτημα της παρούσης έρευνας αποτελεί το σχετικά μικρό δείγμα για τις ειδικότητες που έλαβαν μέρος, μόλις 160 άτομα. Άλλο μειονέκτημα είναι η απουσία άμεσως ερωτήσεων για τη διεπιστημονική

³¹ Gibson, I. (1983) Tracheostomy management. *Nursing* 2(18), 538-540.

³² Dikeman K., Kazandjian M. (2003) communication and Swallowing Management of Ventilator-Dependent Adults, 2nd Edition. Clifton Park, New York

συνεργασία αλλά και η έλλειψη ερωτήσεων αποκλειστικά για τον λογοθεραπευτή.

Πλεονεκτήματα της έρευνας αποτελούν οι συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν, προκειμένου να συναχθούν συγκεκριμένα συμπεράσματα, αλλά και ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας, ο οποίος διασφάλισε την ανωνυμία των ερωτώμενων και κατ'έκταση την αξιοπιστία της έρευνας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν να μελετήσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα να διερευνήσει την στάση των ειδικών σχετικά με την διαχείριση της τραχειοστομίας.

Όπως αναφέρθηκε στην παρούσα εργασία η τραχειοστομία αποτελεί μια μακροπρόθεσμη λύση στην υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς. Οι ασθενείς που φέρουν τραχειοστομία πληθαίνουν και απαιτείται εγρήγορση αλλά και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο σε θεωρία όσο και σε ανάπτυξη κλινικών ικανοτήτων, για την ικανοποιητική πρόληψη τυχόν προβλημάτων στους βαριά πάσχοντες ασθενείς.

Ένας ασθενής με τραχειοστομία έχει ανάγκη από μια διεπιστημονική φροντίδα. Αυτό διαφάνηκε και από την παρούσα έρευνα βάσει της οποίας η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας θεωρούν ως τον πιο κατάλληλο για την διαχείριση μια τραχειοστομίας, αρχικά τον ΩΡΛ και έπειτα τους Νοσηλευτές. Ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής είναι σε θέση να καθαρίσει τις εκκρίσεις, η νοσηλευτική φροντίδα της τραχειοστομίας διατηρεί το σωλήνα καθαρό, τον αεραγωγό ανοικτό και παρέχει φροντίδα στο τραύμα και για το λόγο αυτό νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με τραχειοστομία παρέχεται σε κάθε βάρδια.

Αναφορικά με τον λογοθεραπευτή όπως φάνηκε από την παρούσα εργασία αυτός ασχολείται με την σύσταση της τροφής για την ασφαλή σίτιση του ασθενή και την αξιολόγηση της κατάποσης του. Επιπλέον θεωρείται υπεύθυνος να εκπαιδεύσει τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μέχρις ότου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή και να του παρέχει συναισθηματική φροντίδα για την εξομάλυνση τυχόν ψυχολογικών καταστάσεων.

Ωστόσο μια διεπιστημονική συνεργασία παρέχει πάντα καλύτερα αποτελέσματα. Στη συγκεκριμένη περίπτωση απαιτείται διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ πνευμονολόγου, αναισθησιολόγου, ΩΡΛ,

χειρουργού, φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή, νοσηλεύτη και διαιτολόγου.

Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει στο ρόλο αποκλειστικά ενός αξιόπιστου δείγματος λογοθεραπευτών απέναντι σε ασθενείς με τραχειοστομία. Συγκεκριμένα θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις σε λογοθεραπευτές, ρωτώντας τους αφενός μεν για το ρόλο τους απέναντι σε ασθενείς με τραχειοστομία, αφετέρου δε την άποψή τους για τη διεπιστημονική συνεργασία σε ασθενείς με τραχειοστομία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anonymous (1996). Confidentially Tracheostomy Care: Pressure Check *Nursing* 26(6), 24.
- Bigenzahn W., Denk D.(2007) Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες. Αιτιολογία, Κλινική Εικόνα και Θεραπεία Διαταραχών Κατάποσης. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.
- Bryant, L.R., Trinkle, J., & Dublier, L. (1971) Reappraisal of tracheal injury from cuffed tracheostomy tubes. *Journal of the American Medical Association* 215(4).
- Clarke, L. (1995), A critical event in tracheostomy care. *British Journal of Nursing* 4(12), 676-681.
- Creamer, E. (1996), Suction apparatus and the suctioning procedure: reducing the infection risks. *Journal of Hospital Infection* 34, 1-9.
- de Mestral, C., Iqbal, S., Fong, N., LeBlanc, J., Fata, P., Razek, T., & Khwaja, K. (2011). Impact of a specialized multidisciplinary tracheostomy team on tracheostomy care in critically ill patients. *Can J Surg*, 54(3):167-72
- Dikeman K., Kazandjian M. (2003) communication and Swallowing Management of Ventilator-Dependent Adults, 2nd Edition. Clifton Park, New York
- Dixon, B., & Tasota, F. (2003). Action statQ Inadvertent tracheal Decannulation. *Nursing*, 33(1), 96.
- Ecklund, M. (1995). Ask the experts. *Critical Care Nurse*, 88-90.
- Eco, R. (2001), *Πως γίνεται μια διπλωματική εργασία*. Αθήνα: Νήσος
- Fiorentini, A. (1992) Potential hazards of tracheobronchial suctioning. *Intensive and Critical Care Nursing* 8, 217-226.
- Garrau R., Murry T. (1999) Comprehensive Management of Swallowing Disorders. Plural Publishing, Inc, San Diego.
- Garrubba, M., Turner, T., & Grieveson, C. (2009). Multidisciplinary care for tracheostomy patients: a systematic review. *Crit Care*;13,

R177.

- Gibson, I. (1983) Tracheostomy management. *Nursing* 2(18), 538-540.
- Groher M. (1997) Dysphagia : diagnosis and management , Third Edition. Butterworth- Heinemann, Boston.
- Harkin, H. (1998). Tracheostomy Management. *Nursing Times* 94 (21), 56-58.
- Henry, G. W. & Bodenham P. (2008). *Percutaneous Tracheostomy: A Practical Handbook*. Cambridge University Press
- Hooper, M. (1996) Nursing care of the patient with a tracheostomy. *Nursing Standard* 15(10), 40-43.
- Kirton, O., deHaven B., Morgan, J., Morejon, O., & Civetta, J. (1997). Rates of nosocomial pneumonia associated with HME/bacterial filter and heated wire humidifiers: a prospective, randomised trial. *International Journal of Intensive Care*. 4, 6-13.
- Ladyshevsky, A., & Gousseau, A. (1996). Successful tracheal weaning. *The Canadian Nurse*. pp 35-38.
- Mahler, D., Fierro-Carrion, G., & Baird, J. (2003). Evaluation of dyspnea in The elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19(1), pp13-33
- Mallet, J., & Bailey, C. (1996). *Royal Marsden N.H.S. Trust Manual of nursing procedures*. London, Blackwell Science.
- Manzano, J.L., Lubillo, S., Henríquez, D. Martín, J.C., Pérez, M.C., & Wilson, D.J. (1993). Verbal communication of ventilator-dependent patients, *Crit Care Med.*, 21(4),512-7.
- Mc Daniel, C., & Gates, R. (1995), *Marketing Research Essentials*. West Publishing Company.
- McConnell, E. (2002). Clinical dos & don't: Providing tracheostomy Care. *Nursing*, 32,17.
- Norwood, M.G., Spiers, P., Bailiss, J., & Sayers, R.D. (2004). Evaluation of the role of a specialist tracheostomy service. From

- critical care to outreach and beyond., *Postgrad Med J.*;80(946):478-80.
- Pagana, K., & Pagana, T. (2002). *Mosby's manual of diagnostic and laboratory tests* (2nd Ed.). St. Louis Mosby.
- Perkins, L., & Shortall, S., (2000). Ventilation without intubation, *RN*, 63(1), 34-38.
- Powaser, M.M. (1976). The effectiveness of hourly cuff deflation in minimising tracheal damage. *Heart and Lung* 5:5.
- Pruitt, W., & Jacobs, M., (2003). Basics of oxygen therapy. *Nursing*, 33(10), 43-45.
- Raymond, S.J. (1995) Normal saline instillation before suctioning: helpful or harmful? A review of the literature. *American Journal of Critical Care*. 4(4), 267-271.
- Scales, T. (1991) Protection of staff from body fluids. *British Journal of Theatre Nursing*, -21.
- Schreiber, D., (2001). Trach care at home: A how-to guide. *RN*, 64(7), 43-46.
- Sell, S., & Tasota, F., (2004). Action stat: Tracheostomy mucus plug. *Nursing*, 34(10), 88.
- Simmons, P., & Simmons, M., (2004). Informed nursing practice: The administration of patients with COPD. *MedSurg Nursing*, 13(2), 82-85.
- Thelan, L., Urden, L., Lough, M., Stacy, K. (1998) *Critical Care Nursing* (Diagnosis and Management), St. Louis, Mosby.
- Wilson, J. (1995) *Infection Control in Clinical Practice*. London,: Baillier Tin ball.
- Αθανασίου, Α. (2000). *Μέθοδοι και Τεχνικές Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής*, Ιωάννινα
- Ζαφειρόπουλος, Κ., (2005). *Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία.*, Αθήνα: Κριτική.

- Κυριαζόπουλος, Π. & Σαμαντά, Ε. (2010). *Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*”, Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Κυριαζόπουλος, Π. & Σαμαντά, Ε. (2011), “*Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*”, Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- O’Neil-Pirozzi T., Lisiecki D, Momose J., Connors J., Milliner M. (2003) Simultaneous Modified Barium Swallow and Blue Dye Tests: A Determination of the Accuracy of blue Dye Tests Aspiration Finding. *Dysphagia* (38,33-38)
- Παρασκευόπουλος Ι. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος 1, Αθήνα.
- Σταθακόπουλος,(2001),*Έρευνα Αγοράς*, Αθήνα: Σταμούλης

Παραρτήματα

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, έχει συνταχθεί στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας από τις φοιτήτριες Κατερουδάκη Χρύσα, Μουρκογιάννη Σπυριδούλα, Νικολάου Μαίρη και σκοπό έχει να ερευνήσει την άποψη των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την διαχείριση των ασθενών με τραχειοστομία. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 20 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και σχεδιάστηκε έτσι ώστε να απαιτεί λιγότερο από 5 λεπτά να συμπληρωθεί. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
Φύλο:	Αντρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>
Ηλικία:	
Επίπεδο εκπαίδευσης:	ΤΕΙ <input type="checkbox"/> ΑΕΙ <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/> Διδακτορικό <input type="checkbox"/>
Επάγγελμα / Ειδικότητα:	
Έτη που ασκείται το επάγγελμά σας:	
Έχετε λάβει ειδική εκπαίδευση όσο αφορά την τραχειοστομία;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Ενημερώνεστε για τις εξελίξεις και την διαχείριση των ατόμων με τραχειοστομία και αν ναι με ποιο τρόπο;	Ναι <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	Πηγή πληροφόρησης α) Επιστημονικά άρθρα <input type="checkbox"/> β) Internet <input type="checkbox"/> γ) Βιβλία <input type="checkbox"/>
Πότε ήταν η τελευταία φορά που διαβάσατε ένα άρθρο σχετικά με την τραχειοστομία;	Πριν μια βδομάδα..... <input type="checkbox"/> Πριν ένα μήνα <input type="checkbox"/> Πριν ένα χρόνο..... <input type="checkbox"/> Περισσότερο από χρόνο..... <input type="checkbox"/> Δεν έχω διαβάσει σχετικό άρθρο <input type="checkbox"/>

Δουλεύετε αυτή την περίοδο ή είχατε δουλέψει στο παρελθόν με τραχειοστομία;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Πόσους ασθενείς έχετε σήμερα με τραχειοστομία;	1-2 ασθενείς..... <input type="checkbox"/> 3-4 ασθενείς..... <input type="checkbox"/> 5-6 ασθενείς..... <input type="checkbox"/> 7-8 ασθενείς..... <input type="checkbox"/> Πάνω από 8..... <input type="checkbox"/> Κανέναν..... <input type="checkbox"/>
Πως θα χαρακτηρίζατε τις γενικές γνώσεις σας όσο αφορά την τραχειοστομία?	Άριστες <input type="checkbox"/> Πολύ καλές <input type="checkbox"/> Καλές <input type="checkbox"/> Μέτριες <input type="checkbox"/> Καθόλου καλές <input type="checkbox"/>

1. Ποιοι επαγγελματίες είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις ενδείξεις που θα οδηγήσουν στη τοποθέτηση τραχειοστομίας;
 - a. Πνευμονολόγος
 - b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - c. ΩΡΛ
 - d. Χειρουργός
 - e. Φυσιοθεραπευτής
 - f. Εργοθεραπευτής
 - g. Λογοθεραπευτής
 - h. Νοσηλευτές
 - i. Διαιτολόγος
 - j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

2. Ποιοι επαγγελματίες υγείας αναλαμβάνουν να ενημερώσουν το ασθενή για τις αλλαγές που προκύπτουν στην φυσιολογία την αναπνευστικής λειτουργίας μετά την επέμβαση;
 - a. Πνευμονολόγος
 - b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - c. ΩΡΛ
 - d. Χειρουργός
 - e. Φυσιοθεραπευτής
 - f. Εργοθεραπευτής
 - g. Λογοθεραπευτής
 - h. Νοσηλευτές
 - i. Διαιτολόγος
 - j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

3. Ποιος ασχολείται με την επιλογή της εσωτερικής , εξωτερικής

διαμέτρου και μήκους του τραχειακού σωλήνα;

- a. Πνευμονολόγος
 - b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - c. ΩΡΛ
 - d. Χειρουργός
 - e. Φυσιοθεραπευτής
 - f. Εργοθεραπευτής
 - g. Λογοθεραπευτής
 - h. Νοσηλευτές
 - i. Διαιτολόγος
 - j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____
4. Ποιοι επαγγελματίες θα κρίνουν αν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν σωλήνες με παράθυρο κατάλληλο για παραγωγή φώνησης;
- a. Πνευμονολόγος
 - b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - c. ΩΡΛ
 - d. Χειρουργός
 - e. Φυσιοθεραπευτής
 - f. Εργοθεραπευτής
 - g. Λογοθεραπευτής
 - h. Νοσηλευτές
 - i. Διαιτολόγος
 - k. Άλλος ιατρός-ποιος; _____
5. Ποιοι ασχολούνται με την επιλογή του τύπου cuff;
- a. Πνευμονολόγος
 - b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - c. ΩΡΛ
 - d. Χειρουργός
 - e. Φυσιοθεραπευτής
 - f. Εργοθεραπευτής
 - g. Λογοθεραπευτής
 - h. Νοσηλευτές
 - i. Διαιτολόγος
 - j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____
6. Ποιοι επαγγελματίες ασχολούνται με την μέτρηση (χορήγηση ή αφαίρεση αέρα) της πίεσης του cuff;
- a. Πνευμονολόγος
 - b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - c. ΩΡΛ
 - d. Χειρουργός
 - e. Φυσιοθεραπευτής
 - f. Εργοθεραπευτής
 - g. Λογοθεραπευτής
 - h. Νοσηλευτές
 - i. Διαιτολόγος
 - j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

7. Ποιοι από τους παρακάτω ασχολούνται περισσότερο με τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας;
- Πνευμονολόγος
 - Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - ΩΡΛ
 - Χειρουργός
 - Φυσιοθεραπευτής
 - Εργοθεραπευτής
 - Λογοθεραπευτής
 - Νοσηλευτές
 - Διαιτολόγος
 - Άλλος ιατρός-ποιος; _____
8. Ποιοι είναι υπεύθυνος για την διαχείριση της αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενή μέσω μηχανικής υποστήριξης;
- Πνευμονολόγος
 - Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - ΩΡΛ
 - Χειρουργός
 - Φυσιοθεραπευτής
 - Εργοθεραπευτής
 - Λογοθεραπευτής
 - Νοσηλευτές
 - Διαιτολόγος
 - Άλλος ιατρός-ποιος; _____
9. Σε περίπτωση επιπλοκής με ένα τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ποιος το διαχειρίζεται;
- Πνευμονολόγος
 - Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - ΩΡΛ
 - Χειρουργός
 - Φυσιοθεραπευτής
 - Εργοθεραπευτής
 - Λογοθεραπευτής
 - Νοσηλευτές
 - Διαιτολόγος
 - Άλλος ιατρός-ποιος; _____
10. Ποιός αναλαμβάνει τη φροντίδα του στόματος της τραχείας;
- Πνευμονολόγος
 - Ιατρός Αναισθησιολόγος
 - ΩΡΛ
 - Χειρουργός
 - Φυσιοθεραπευτής
 - Εργοθεραπευτής
 - Λογοθεραπευτής
 - Νοσηλευτές
 - Διαιτολόγος

j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

11. Ποιοι καλούνται να πραγματοποιήσουν την διαδικασία της αναρρόφηση σε έναν ασθενή με τραχειοστομία;

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργός
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

12. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και διδασχή των κανόνων υγιεινής που πρέπει να τηρούνται κατά την περιποίηση μιας τραχειοστομίας

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργός
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

13. Ποιοι ειδικοί ασχολούνται με την περιποίηση της στοματικής υγιεινής στους ασθενείς

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργός
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

14. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλοι ώστε να αξιολογήσουν την κατάποση ενός ασθενή με τραχειοστομία;

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργός
- e. Φυσιοθεραπευτής

- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

15. Ποιοι επαγγελματίες είναι κατάλληλοι για να εξηγήσουν τη χρήση του cuff κατά τη διάρκεια της σίτισης στους ασθενείς;

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργός
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

16. Ποιοι ασχολούνται με την σύσταση της τροφής όσο αφορά την ασφαλή σίτιση από το στόμα σε άτομα με τραχειοτομία;

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργός
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

17. Ποιοι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για την σωστή θέση και στάση του σώματος και της κεφαλής και την διάρκεια και μετά την σίτιση.

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργός
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

18 . Ποιος είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω της τραχειοστομίας

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος

- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργος
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

19. Ποιοι ειδικοί είναι υπεύθυνοι να εκπαιδεύσουν τον ασθενή με άλλα επικοινωνιακά μέσα μεχρις οτου η φυσιολογική λειτουργία να είναι εφικτή;

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργος
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

20. Ποιοι ειδικοί παρέχουν συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς με τραχειοστομα για την εξομάλυνση τυχών ψυχολογικών καταστάσεων;

- a. Πνευμονολόγος
- b. Ιατρός Αναισθησιολόγος
- c. ΩΡΛ
- d. Χειρουργος
- e. Φυσιοθεραπευτής
- f. Εργοθεραπευτής
- g. Λογοθεραπευτής
- h. Νοσηλευτές
- i. Διαιτολόγος
- j. Άλλος ιατρός-ποιος; _____

Ηλικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23-32	90	56,3	56,3	56,3
	33-42	43	26,9	26,9	83,1
	43-52	17	10,6	10,6	93,8
	53-62	10	6,3	6,3	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Προϋπηρεσία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4-10	76	47,5	47,5	47,5
	11-15	57	35,6	35,6	83,1
	15+	27	16,9	16,9	100,0
	Total	160	100,0	100,0	