

Povezanost osobina ličnosti s kvalitetom života i pojavom anksioznosti nakon traheotomije

Loinjak, Sanja

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:458560>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-18**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Sanja Loinjak

POVEZANOST OSOBINA LIČNOSTI S

KVALITETOM ŽIVOTA I POJAVOM

ANKSIOZNOSTI NAKON

TRAHEOTOMIJE

Diplomski rad

Osijek, 2024.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Sanja Loinjak

**POVEZANOST OSOBINA LIČNOSTI S
KVALITETOM ŽIVOTA I POJAVOM
ANKSIOZNOSTI NAKON
TRAHEOTOMIJE**

Diplomski rad

Osijek, 2024.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Kliničkom bolničkom centru Osijek.

Mentorica rada: doc. dr. sc. Ivana Barać, prof. psych.

Rad sadrži: 40 listova i 16 tablica

Lektor hrvatskog jezika: Siniša Petković, diplomirani knjižničar i profesor hrvatskog jezika i književnosti

Lektor engleskog jezika: Barbara Kružić Jovičić, mag. educ. philol. croat et mag. educ. philol. angl.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici, doc. dr. sc. Ivani Barać na bezuvjetnoj pomoći, podršci i poticanju pri provođenju istraživanja i izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojoj obitelji na nesebičnoj podršci, pomoći i motivaciji. Bez vas ovo postignuće ne bi bilo moguće.

Zahvaljujem svima koji su pridonijeli provođenju ovog istraživanja i završetku moga studija.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	2
1.1. Važnost prijeoperacijske pripreme bolesnika za traheotomiju	4
1.2. Važnost prikupljanja podataka o bolesniku i njegovim potrebama prije traheotomije	5
1.3. Petfaktorski model ličnosti.....	7
1.4. Kvaliteta života bolesnika nakon traheotomije	8
1.5. Pojava anksioznosti kod bolesnika nakon traheotomije	10
2. CILJ	11
3. ISPITANICI I METODE.....	12
3.1. Ustroj studije	12
3.2. Ispitanici.....	12
3.3. Metode	12
3.4. Statističke metode.....	13
3.5. Etička načela.....	14
4. REZULTATI.....	15
5. RASPRAVA	26
6. ZAKLJUČAK	30
7. SAŽETAK	31
8. SUMMARY	32
9. LITERATURA.....	33
10. ŽIVOTOPIS	36

1. UVOD

Traheotomija predstavlja složeni kirurški zahvat pri kojemu se osigurava prohodnost dišnog puta kreiranjem otvora na prednjoj strani dušnika i vrata. Izvodi se u području drugog ili trećeg trahealnog prstena, a održava se otvorenim umetanjem trahealne kanile. Najčešće se izvodi u općoj endotrahealnoj anesteziji, dok je bolesnik u ležećem položaju s podloškom u području ramena zbog ekstenzije vrata, čime se trahea približava koži, ali u određenim situacijama moguća je izvedba i u lokalnoj anesteziji. Ovim se zahvatom omogućava novi put ulaska zraka u donje dišne puteve dok gornji dišni putevi ostaju isključeni iz procesa disanja. Iako se traheotomija najčešće izvodi s ciljem omogućavanja nesmetanog protoka zraka u pluća koje je kompromitirano patološkim procesom u gornjim dišnim putevima (npr. tumor), ona se izvodi i u drugim indikacijama, tj. za druge svrhe: čišćenje donjih dišnih puteva (tzv. bronhotoaleta), sprječavanje aspiracije želučanog sadržaja u dišne puteve te osiguranje dišnog puta za potrebe provođenja endotrahealne anestezije ili u slučaju potrebe za primjenom kućne mehaničke ventilacije. Takav mutilirajući operativni zahvat ima utjecaj na osnovne fiziološke funkcije kao što su govor, disanje i hranjenje pa su, posljedično tome, bolesnici izloženi razvoju širokog spektra, ne samo somatskih, nego i mentalnih i emocionalnih poremećaja. Utjecaj na kvalitetu života, kao i pojavnost psiholoških poremećaja traheotomiranih bolesnika nakon zahvata imaju brojni čimbenici uključujući one vezane uz temeljnu prijeoperacijsku pripremu, vrstu traheotomije (hitna/elektivna, privremena/trajna), pojavnost komplikacija u poslijeoperacijskom periodu, kao i osobina ličnosti pojedinog bolesnika (1).

Traheotomija prema hitnosti može biti hitan ili elektivan kirurški zahvat, što uvelike može imati utjecaj na psihičko stanje te kvalitetu života nakon operativnog zahvata. Ukoliko se radi o elektivnom kirurškom zahvatu bolesnik prolazi kroz detaljnu psihičku i fizičku prijeoperacijsku pripremu, što posljedično smanjuje pojavnost mentalnih i emocionalnih poremećaja u poslijeoperacijskom periodu, dok u slučaju hitnih traheotomija takva priprema izostaje pa je i za očekivati veću pojavnost ovih poremećaja jer se bolesnici nisu pripremali za njih (2).

S obzirom na trajnost, traheotomija može biti privremena ili trajna, što također može imati utjecaj na bolesnikove psihološke promjene nakon zahvata. Privremena traheotomija koja se obično izvodi kao priprema za opsežne operativne zahvate na glavi i vratu lakše je prihvaćena od strane bolesnika jer se ona spontano zatvara tijekom poslijeoperacijskog oporavka. Privremena traheostoma (otvor traheje na prednjoj strani vrata) održava se otvorenom s

pomoću postavljene kanile sve dok za time postoji potreba, potom se uklanja (dekanilacija), nakon čega se traheotomijski otvor postupno sužava i cijeli ožiljkom, a kod bolesnika se uspostavlja ponovno fiziološko strujanje zraka pri disanju koje uključuje gornje dišne puteve, kao i druge funkcije (govor, hranjenje). Trajna traheotomija teže je prihvaćena od strane samih bolesnika jer predstavlja stanje trajno narušenog integriteta organizma. Pri tome, trahealna kanila šavovima se učvršćuje za kožu vrata koji se kasnije uklanjaju te se postavlja mekana tekstilna vrpca koja osigurava njenu fiksaciju i stabilan položaj. Trajna traheotomija najčešće se izvodi kod bolesnika s malignim oboljenjima glave i vrata, što samo po sebi predstavlja teško zdravstveno oboljenje koje je povezano s većom pojavnosti mentalnih i emocionalnih poremećaja, što u kombinaciji s trajnom traheotomijom ima sinergistični učinak. Također, maligna oboljenja kao takva sama po sebi nose već određene obrasce ponašanja ovisno o osobinama ličnosti pojedinca (2).

Osim hitnosti i trajnosti traheotomije na psihološko stanje bolesnika i kvalitetu života nakon zahvata utjecaj ima i poslijeoperacijski tijek, odnosno pojavnost komplikacija. Najčešće poslijeoperacijske komplikacije jesu infekcija, erozija trahealne sluznice i krvarenje, nekroza trahealne hrskavice te ozljeda tkiva. Infekcija se najčešće javlja kao posljedica nestručne manipulacije pri aspiraciji sekreta. Erozija trahealne sluznice i krvarenje može biti uzrokovano pretjeranim pritiskom ili pomicanjem trahealne kanile koji dovode do oštećenja sluznice i krvnih žila. Nekroza hrskavice traheje rijetko se pojavljuje, a također nastaje uslijed dugotrajnog pritiska kanile na samu traheju. Ozljede tkiva u postoperativnom periodu najčešće nastaju pri pokušavanju ponovnog postavljanja trahealne kanile ukoliko dođe do njezina ispadanja. Ovakve komplikacije najčešće su posljedica nedovoljne pažnje, skrbi i kontrole bolesnika u poslijeoperacijskom periodu, a mogu imati veliki utjecaj na produženje bolesnikova oporavka, samim time i na nastanak psiholoških poremećaja. Kako bi se uspješno izbjegle opisane komplikacije potrebno je sve aktivnosti vezane za područje traheostome (njega, sukcija dišnih puteva, izmjena kanile i sl.) izvoditi u aseptičkim uvjetima te bolesnika redovito nadzirati (3).

Osim navedenih čimbenika koji su vezani uz sâm operativni zahvat i pripremu za njega, na kvalitetu života i pojavu mentalnih i emocionalnih poremećaja traheotomiranih bolesnika utječu i drugi, tzv. endogeni čimbenici. Svaki je bolesnik individua, a današnja psihologija može do određene mjere predvidjeti obrazac ponašanja svakoga i to temeljeno na osobinama nečije ličnosti. Prema petofaktorskom modelu ličnosti ili engl. "Big five model", ljudski obrasci ponašanja determinirani su osobinom ličnosti pojedinca, a razlikuju se pet osobina

ličnosti: ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost te intelekt. Svrstavanje ljudi u određeni tip ličnosti danas nam olakšavaju validirani upitnici. S obzirom da pojedine osobine ličnosti imaju veću sklonost nastanku anksioznosti i narušenoj kvaliteti života, njihovo prepoznavanje i svrstavanje omogućava usmjereniji pristup u psihičkoj prijeoperacijskoj pripremi bolesnika, kao i u ranom poslijeoperacijskom periodu (4).

1.1. Važnost prijeoperacijske pripreme bolesnika za traheotomiju

Prijeoperacijska priprema predstavlja veliku važnost kod svih operativnih zahvata, a posebice kod bolesnika kod kojih je planiran zahvat traheotomije. Glavni ciljevi prijeoperacijske pripreme ovih bolesnika jesu osigurati najbolju moguću psihološku, fizičku i duhovnu spremnost za operativni zahvat. Osim fizičke pripreme, danas se veliki naglasak stavlja i na psihičku pripremu bolesnika radi česte pojave smanjenja kvalitete života i anksioznosti nakon zahvata. Upravo zbog toga u pripremu bolesnika uključen je multidisciplinarni tim koji osim liječnika i medicinskih sestara obuhvaća i psihologa. Takav pristup pridonosi da bolesnik stekne povjerenje u zdravstveni tim, omogućava mu da postavlja pitanja te izražava svoje strahove i nesigurnosti. Fizička priprema bolesnika za traheotomiju uključuje pretrage nužne radi procjene samog anesteziološkog rizika, a u konačnici daju ocjenu općeg zdravstvenog stanja bolesnika. U fizičku pripremu bolesnika ubraja se i pravilna priprema probavnog trakta te samog operacijskog polja neposredno pred zahvat. Bolesnika je nužno upoznati i upozoriti na poslijeoperacijske poteškoće i moguće komplikacije te unaprijed educirati o njihovoj prevenciji. Istraživanja su pokazala da nakon uspješne fizičke i psihičke pripreme za zahvat, bolesnici bolje podnose sam zahvat, a nakon zahvata trebaju manje analgetika, brže se oporavljaju te im je ukupni boravak u bolnici kraći.

Planovi zdravstvene njege u sestinstvu, pa tako i sama priprema bolesnika za traheotomiju izrađuju se individualno za svakog bolesnika i to na temelju cjelovito i sustavno utvrđenih potreba. Budući da je odluka bolesnika na kirurško liječenje koje uključuje traheotomiju vrlo teška jer takav operativni zahvat nosi velike posljedice na integritet organizma (gubitak govora, otežano gutanje, estetski izgled i sl.) i kasniji psihološki odgovor, utvrđivanje i procjena bolesnikovih potreba od izuzetne je važnosti u ovom koraku. Kako bi bolesniku bila omogućena najbolja priprema za zahvat te kako bi se postotak mentalnih i psihičkih poremećaja nakon zahvata smanjio, važno je detaljno prikupljanje podataka o njegovim osnovnim životnim potrebama te psihološka procjena koja uključuje određivanje osobina ličnosti pojedinca (5).

1.2. Važnost prikupljanja podataka o bolesniku i njegovim potrebama prije traheotomije

Prikupljanje podataka o bolesniku kod kojega je predviđena traheotomija, a s ciljem utvrđivanja njegovih potreba, uključuje promatranje, intervju, analizu objektivnih i subjektivnih simptoma te analizu dokumentacije. Sve to olakšava što bolje razumijevanje bolesnika i omogućava usmjeravanje pripreme bolesnika za traheotomiju. Medicinska sestra najčešće prikuplja podatke o bolesniku prema obrascima M. Gordon (6). Tada započinje obrascem percepcije i održavanja zdravlja. U tom slučaju poznato je da su bolesnici kod kojih je traheotomija planirana često izloženi neprimjerenu ponašanju. Takvo ponašanje uključuje prekomjerno i dugotrajno pušenje ili konzumiranje alkoholnih pića. Taj podatak zna biti ključan, kako u pripremi, tako i u određivanju poslijeoperacijskog tijeka. Mnogi bolesnici nisu svjesni svog problema ili ga pak ne smatraju uzrokom njihova zdravstvenog stanja, odnosno bolesti pa takav podatak medicinske sestre dobivaju sekundarno od bližnjih ili samim promatranjem bolesnika prije operativnog zahvata. Otežano gutanje ili disanje često su razlozi dolaska liječniku, iako u mnogo slučajeva prođe dulje razdoblje od pojave simptoma do traženja liječničke pomoći. Prikupljajući podatke iz nutritivno metaboličkog obrasca vidljivo je da takvi bolesnici obično imaju neadekvatnu prehranu i da su u malnutricijskom riziku. Uslijed otežanog gutanja bolesnik unosi manju količinu hrane te posljedično tome gubi na tjelesnoj težini, a u težim slučajevima čak i unos tekućine postaje neugodan pa veliki broj bolesnika ima jednoličnu i neredovitu prehranu. Posljedično tome dolazi i do problema kod eliminacije, odnosno do dehidracije i opstipacije, a osim toga, strah pa čak i apstinencijska kriza u bolesnika ovisnih o alkoholu ili cigaretama dovode do pojačanog znojenja. Tjelesna je aktivnost takvih bolesnika smanjena jer u bolnicu najčešće dolaze već lošeg općeg stanja i pothranjeni. U obrascu odmora i spavanja kod većine bolesnika za koje je predviđen zahvat traheotomije prisutna je nesanica, najčešće uslijed tjeskobe, straha i zabrinutosti u svezi vanjskog izgleda nakon operativnog zahvata. Upravo zbog toga na ove probleme potrebno je posebno obratiti pozornost prije zahvata kako bi ih sveli na minimum u razdoblju nakon zahvata te omogućili što bolju kvalitetu života.

Veliku važnost kod bolesnika prije traheotomije nosi kognitivno-percepcijski obrazac. Važno je provjeriti postoji li kod bolesnika kognitivni deficit, deficit vida ili sluha te stupanj pismenosti s obzirom da je bolesnika potrebno pripremiti na moguće načine komunikacije nakon operativnog zahvata. Osim toga sposobnost učenja i pamćenja ključna je za edukaciju bolesnika nakon zahvata. Obrazac samopercepcije također je bitan kod ovih bolesnika jer je

razumijevanje i strpljenje potrebno, kako prije tako i nakon zahvata. Bolesnici suočeni s traheotomijom doživljavaju osjećaj tjeskobe najviše u svezi s izgledom nakon operacije, zbog čega mogu postati razdražljivi i agresivni. Potrebno im je omogućiti razgovor o svemu što ih brine, dati im značajne informacije te im približiti život s trahealnom kanilom. Ukoliko postoji mogućnost, potrebno je bolesnika u prijeoperacijskom razdoblju dovesti u kontakt s već operiranim bolesnicima s ciljem smanjenja anksioznosti nakon operativnog zahvata. Na taj način bolesniku se omogućava lakše razumijevanje samog zahvata, smanjenje straha, povećavanje motivacije za izlječenje te ulijevanje povjerenja u zdravstvene djelatnike.

Kod takvih bolesnika veliku ulogu ima i odnos s obitelji i bližnjima koje je ponekad zajedno s bolesnikom potrebno pripremiti za razdoblje koje slijedi. Nevjericu i zabrinutost ponekad su prisutne jednako i kod bolesnika i kod njegove obitelji. Bolesnik i obitelj mogu biti pod utjecajem netočnih informacija, predrasuda ili negativnih iskustava što pogoduje nastanku anksioznosti kod bolesnika nakon operativnog zahvata. Članovi zdravstvenog tima moraju surađivati s članovima obitelji bolesnika pomažući im da razumiju novonastalu situaciju te ih poticati da u što većoj mjeri budu podrška bolesnicima kod kojih je već prisutna tjeskoba, osjećaj odbačenosti i nepovjerenje. Potrebno je objasniti obitelji kako njihova uloga može biti ključna u poslijeoperacijskom razdoblju i motivirati ih na uključenost u liječenje njihova člana obitelji

Seksualno reprodukcijski obrazac često je zanemaren zbog mogućih neugodnosti pri uzimanju podataka iz toga područja, iako problemi u njemu određenim pojedincima mogu uzrokovati manjak samopouzdanja, negativne misli pa čak i dovesti do anksioznosti. Zbog toga, u prijeoperacijskom prikupljanju podataka i utvrđivanju bolesnikovih potreba ne smije se zanemariti i ovaj aspekt života.

Kvaliteta života bolesnika nakon operativnog zahvata uvelike ovisi i o sučeljavanju i toleranciji stresa kojoj je bolesnik sklon i prije zahvata. Izvori su stresa kod takvih bolesnika mnogobrojni, počevši od same bolesti, neprihvatanja od strane članova obitelji i osoba iz radne okoline, promijenjenog izgleda do nemogućnosti komunikacije na dosadašnji način. Posljedično tome javljaju se određeni obrambeni mehanizmi koje medicinska sestra mora prepoznati te pripremiti bolesnika za zahvat s obzirom na njih. Obrambeni mehanizmi kojima su takvi bolesnici skloni jesu potiskivanje, racionalizacija te projekcija.

Naposljetku, važno je potaknuti bolesnika da razgovara o planovima za budućnost te životnim ciljevima. Na taj način potiče se motivacija bolesnika za ozdravljenjem te fokus odmiče od

negativnih razmišljanja koja vode k nastanku anksioznosti i smanjenju kvalitete života. Nakon faze prikupljanja podataka medicinska sestra podatke obrađuje i grupira te pripremu bolesnika usmjerava prema individualnim potrebama bolesnika (7).

1.3. Petfaktorski model ličnosti

Suvremena psihologija olakšava zdravstvenom timu pripremu bolesnika za zahvat svrstavajući ih u skupine prema osobinama ličnosti te na taj način omogućava predviđanje obrazaca ponašanja do određene mjere nakon zahvata. Petofaktorski model ličnosti ili engl. "Big five model" jest sveobuhvatan rezultat istraživanja vođenog određenim podacima. On podrazumijeva postojanje pet osobina ličnosti, a to su ekstroverzija, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost i intelekt. Faktori koji opisuju osobine ovog modela objašnjeni su sklopom ponašanja koji karakteriziraju osobine kod pojedinca, a povezani su s domenama života u kojima dolaze do izražaja (4).

Dimenzija ekstroverzije govori o načinu na koji se pojedinci odnose prema svojoj okolini, odnosno jesu li skloni biti okruženi društvom ili pak biti sami. Ta dimenzija sa sobom nosi srdanost, poduzetnost, društvenost, uzbuđenje i pozitivnu emociju. S obzirom na to, bolesnik koji pripada u takvu skupinu, energična je, pričljiva, druželjubiva i dominantna osoba te ima manju sklonost nastanku anksioznosti te mentalnih i emocionalnih poremećaja nakon operacije. Nasuprot njima, introverti kao povučene, mirne, sramežljive i tihe osobe imaju veću sklonost emocionalnim nestabilnostima te je prema tome moguće predvidjeti njihove obrasce ponašanja nakon zahvata.

Dimenzija ugodnosti odnosi se na način na koji pojedinac reagira na postupke i mišljenja drugih osoba uključujući sklonost suosjećanju. Razlike među pojedincima očituju se u potrebi za održavanjem socijalne ravnoteže. Osobe kod kojih se ova dimenzija opisuje kao pozitivna strana su ljubazne, simpatične, blage, pune razumijevanja, povjerenja te se doimaju toplima. Nasuprot njima osobe kod kojih ova dimenzija nije izražena svadljive su, neprijateljski nastrojene, u tuđem ponašanju traže pogreške te su vrlo nepovjerljive. Osobe kod kojih je dimenzija ugodnosti u negativnom smjeru sklone su nastanku anksioznosti i smanjenoj kvaliteti života nakon operativnog zahvata, ne vjeruju zdravstvenom osoblju te odbijaju njihovu pomoć.

Dimenzija savjesnosti očituje se u odnosu osobe prema obavezama. Savjesne osobe smatraju se odgovornima, organiziranim, temeljitima te odaju dojam da se na njih može osloniti. Takve su osobe sklone planiranju budućnosti, nasuprot spontanog ponašanja. Negativne projekcije

ove dimenzije jesu neodgovornost te nezavršavanje započetih obaveza. Kako bi se poremećaji mentalnog i emocionalnog zdravlja nakon operativnog zahvata smanjili na minimum, osoba sa svojih dosadašnjih obaveza fokus mora usmjeriti na svoje zdravlje i edukaciju koja vodi što boljoj kvaliteti života, stoga mora odgovorno pristupiti brizi za svoje zdravlje. Nasuprot njima, manje savjesne osobe prepuštaju se te ne žele preuzeti odgovornost za svoje zdravlje.

Četvrta dimenzija petofaktorskog modela ličnosti jest emocionalna stabilnost, odnosno nestabilnost. Niža emocionalna stabilnost ili neuroticizam ključna je dimenzija koja vodi k anksioznosti i ostalim poremećajima mentalnog zdravlja. Emocionalno nestabilne osobe karakterizira razdražljivost, osjetljivost, napetost, tjeskoba i anksioznost. Kod takvih osoba vrlo je lako predvidjeti obrazac ponašanja koji slijedi u poslijeoperacijskom razdoblju. Iz tog razloga takvim osobama potrebno je obratiti više pažnje u prijeoperacijskoj pripremi kako bi se u što većoj mjeri izbjegli predviđeni negativni obrasci ponašanja nakon zahvata.

Posljednji model ličnosti jest otvorenost prema iskustvima ili intelekt. Osobe koje se nalaze na visokoj poziciji u ovoj dimenziji znatizeljni su, maštoviti, cijene neobične ideje, emocije i umjetnost. Osim toga, otvorene su prema novim mišljenjima, idejama i promjenama, nasuprot konvencionalnim, prizemljenim osobama. Pozitivna usmjerenost u ovoj dimenziji pridonosi boljem mentalnom zdravlju te sklonosti višoj kvaliteti života, prihvatanju novih ideja i njihova zdravstvenog stanja sa svim teškoćama koje ono nosi (8).

Kao što se da zaključiti, svrstavanje bolesnika odnosno prepoznavanje njihove ličnosti može imati veliku ulogu u usmjerenju i individualizaciji psihičke pripreme bolesnika na zahvat s ciljem poboljšanja kvalitete života nakon zahvata, kao i smanjenja razvoja emocionalnih i mentalnih poremećaja, među kojima je najčešća anksioznost.

1.4. Kvaliteta života bolesnika nakon traheotomije

Kvaliteta života predmet je brojnih istraživanja, a istaknuti je predmet interesa u sociologiji, psihologiji, filozofiji, zdravstvenoj zaštiti i medicini. Razumijevanje toga koncepta prošlo je kroz dugogodišnju evoluciju. Definicije i načini mjerenja kvalitete života uvelike su se mijenjale i razlikovale tijekom vremena. Literatura daje stotine definicija, a “zlatni standard” za mjerenje kvalitete života i dalje ne postoji. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji kvaliteta života predstavlja percepciju pojedinca o vlastitoj poziciji u životu gledajući kroz kontekst sustava vrijednosti i kulture u kojoj živi, a koji su u skladu s njihovim očekivanjima, brigama, ciljevima i standardima. Dobro zdravlje sve se više dovodi u povezanost s kvalitetom života. Stanje bolesti negativni je čimbenik koji nedvojbeno utječe na život,

odnosno kvalitetu života pojedinca. Bolest predstavlja izazov za ravnotežu pojedinca, ali odnos subjektivne razine kvalitete života i zdravstvenog stanja nije jednoznačan. Iako se samo obolijevanje od teške bolesti odražava na kvalitetu života, ono što određuje veličinu promjene ipak su osobine ličnosti pojedinca (9).

Većina bolesnika kojima je potrebna traheotomija boluju od malignih oboljenja, ali ponekad je takav zahvat potreban i u hitnim situacijama radi preživljavanja. Zbog opsežnosti takvog operativnog zahvata dolazi do promjena u funkcijama kao što su hranjenje, disanje i govor. Osim toga, operirani bolesnici suočavaju se s ekonomskim problemima, poput napuštanja posla, smanjena radne sposobnosti uz brojne popratne troškove liječenja. Upravo zbog toga nerijetko dolazi do emocionalnih i mentalnih poteškoća kao što su depresija, anksioznost te negativna percepcija vlastita tijela. Prisutna je i smanjena mogućnost brige o sebi što vodi smanjenju osjećaja blagostanja te rezultira lošijom kvalitetom života. Najčešće traheotomirani bolesnici kao najveći problem navode gubitak sposobnosti govora i normalne komunikacije, a poneki zbog toga čak i odbijaju operativni zahvat. Strah od gubitka sposobnosti govora prisutan je jer bolesnici smatraju da će time izgubiti mogućnost socijalnog i osobnog funkcioniranja.

Zanimljivo, veće nezadovoljstvo izražavaju osobe koje s traheotomijom žive kraći period, nasuprot onih koji s traheotomijom žive veći broj godina. Takav podatak jasno potvrđuje činjenicu da je bolesnicima potrebno određeno vrijeme za prilagođavanje na novi način života, a s time dolazi i do povećanje kvalitete života. Razvoj mentalnih i emocionalnih poremećaja u poslijeoperacijskom periodu povezujemo s manjkom pouzdanja, a kod bolesnika kod kojih je ona izvedena u hitnoći, s manjkom prijeoperativne pripreme.

Za postizanje zadovoljavajuće kvalitete života u poslijeoperacijskom razdoblju, osim pozitivnog zdravstvenog ishoda, obvezno je obratiti pozornost na bolesnikove osnovne životne potrebe. Kompetencije medicinske sestre uključuju procjenjivanje i utvrđivanje bolesnikovih potreba za zdravstvenom njegom, uočavanje negativnih čimbenika te planiranje, provođenje i evaluaciju provedenog. Ključna uloga medicinske sestre također je i održavanje i razvijanje komunikacije između bolesnika i ostalih članova tima. Problemi i zahtjevi na koje se nailazi u skrbi za traheotomiranog bolesnika jesu složeni i mnogobrojni. Unatoč težini i složenosti, medicinska sestra bolesnika stavlja u središte te on postaje aktivnim subjektom u vlastitu zbrinjavanju (7).

1.5. Pojava anksioznosti kod bolesnika nakon traheotomije

Prvi susret s malignom bolešću, koja je u ovom slučaju najčešća indikacija za traheotomiju, izaziva intenzivnije emocionalne reakcije u odnosu na susret s drugim bolestima. Traheotomija je uz to složen kirurški postupak koji sa sobom dodatno nosi brojne psihološke i emocionalne reakcije. Anksioznost se nerijetko pojavljuje kao problem kod bolesnika nakon traheotomije, a uzroci su višestruki.

U prvih nekoliko dana kao uzrok anksioznosti ističe se strah od gubitka daha. Takav strah najviše se pojavljuje u počecima dok se bolesnik prilagođava novim uvjetima. Anksioznost je u ovom slučaju najviše izražena kod bolesnika koji su i prije zahvata imali respiratorne probleme. Anksioznost vođena uzrokom straha od gubitka daha može se umanjiti kako temeljnom prijeoperacijskom pripremom, psihičkom i fizičkom, tako i podrškom zdravstvenih djelatnika nakon zahvata.

Drugi uzrok anksioznosti promjena je u komunikaciji. U ovom slučaju također veliku važnost ima prijeoperacijska priprema. Traheotomija otežava verbalnu komunikaciju, posebice nekoliko dana nakon zahvata pa s obzirom na to bolesniku je prije zahvata potrebno objasniti druge načine komunikacije, poput pisane komunikacije. Potrebno mu je omogućiti pribor, odnosno papir i olovku. Bolesniku koji je dobro pripremljen, smanjuje se razina anksioznosti uzrokovana promjenom u komunikaciji, no unatoč tome ponekad dolazi do frustracije zbog nesposobnosti izražavanja potreba i osjećaja na dosadašnji način.

Anksioznost je često uzrokovana osjećajima srama i nelagode. Fizičke promjene koje je nemoguće izbjeći poput vidljive trahealne kanile na vratu kod velikog broja ljudi izazivaju nelagodu. Promjene na tijelu te nemogućnost brige o sebi neposredno nakon zahvata smanjuju razinu samopouzdanja, a posljedično tome vode prema anksioznosti. Psihološka podrška zdravstvenog tima, a još važnije obitelji i bližnjih u kombinaciji s pozitivnim modelima ličnosti smanjuju razinu nelagode te stvaraju bolesnika koji je fokusiran na ozdravljenje, a ne na fizički izgled.

Na nastanak anksioznosti utječu i promjene u socijalnoj interakciji. Sve promjene u poslijeoperacijskom razdoblju pridonose osjećaju izolacije i nerazumijevanju od strane društva. U borbi protiv anksioznosti, uz adekvatno pružanje zdravstvene njege, ključnu ulogu imaju razumijevanje i podrška. Važan je korak i detaljna edukacija o načinu života s promjenama koje traheotomija donosi te informiranje bolesnika o postupku traheotomije, što znatno dokazano smanjuje razinu anksioznosti (10).

2. CILJ

Cilj je istraživanja ispitati povezanost osobina ličnosti s kvalitetom života i pojavom anksioznosti nakon traheotomije.

U tu se svrhu ispitivalo:

- osobine ličnosti prema petofaktorskom modelu
- kvaliteta života i pojavnost anksioznosti kod ispitanika prije traheotomije
- promjena kvalitete života i pojavnosti anksioznosti nakon traheotomije
- povezanost između osobina ličnosti i promjene kvalitete života nakon traheotomije
- povezanost osobina ličnosti s pojavom anksioznosti nakon traheotomije.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

U svrhu izrade diplomskog rada provedeno je prospektivno kohortno istraživanje od siječnja do svibnja 2024. godine (11).

3.2. Ispitanici

Istraživanje je obuhvatilo 30 ispitanika koji su liječeni u Zavodu za maksilofacijalnu i oralnu kirurgiju u Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata u Kliničkom bolničkom centru Osijek, a kod kojih je bio predviđen kirurški postupak koji uključuje traheotomiju (najčešće bolesnici koji su bili podvrgnuti operativnom zahvatu zbog tumorske patologije glave i/ili vrata). U istraživanje su uključeni ispitanici stariji od 18 godina kod kojih je planiran kirurški zahvat traheotomije bezobzira na indikaciju, odnosno osnovu bolest. U istraživanje nisu uključeni ispitanici (isključni kriteriji) oni s kojima nije moguće provesti anketno ispitivanje uvjetovano njihovim zdravstvenim i/ili kognitivnim stanjem, ispitanici koji su uzimali anksiolitike u perioperativnom periodu, kao i oni koji ne pristanu i ne potpišu odgovarajući obrazac (informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju).

3.3. Metode

Instrument ispitivanja bila su tri validirana anketna upitnika: IPIP - 50 upitnik (upitnik za ispitivanje vrste ličnosti), STAI upitnik (upitnik kojim se ispituje anksioznost) te WHOQOL - BREF upitnik Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života, kao i upitnik kojim se ispituju opći sociodemografski podaci. Uputnici su ispunjeni u dvije vremenske točke: tijekom hospitalizacije prije operativnog zahvata te nakon operacije na prvom kontrolnom pregledu.

Upitnik IPIP - 50 (engl. International Personality Item Pool; IPIP50, 2001.) napravljen je kako bi jednostavnije usporedili osobu prema petofaktorskom modelu (12). Upitnikom mjerimo pet dimenzija ličnosti. On se sastoji od 50 tvrdnji u kojima ispitanici označuju u kojoj mjeri pojedina tvrdnja opisuje njihovu ličnost na ljestvici od 1 do 5, gdje 1 označava potpuno netočno, a 5 potpuno točno. Svaku od pet dimenzija ličnosti opisuje 10 kratkih tvrdnji. Upitnik IPIP - 50 služi nam za usporedbu zastupljenosti određenih osobina ličnosti među

pojedincima, a također služi i kao prediktor načina nošenja sa stresom u usporedbi na prisutnost pet glavnih osobina koje se istim opisuju (13).

STAI upitnik (State trait Anxiety Inventory; STAI) predstavlja upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti te isti koristimo kako bi razlikovali anksioznost kao stanje i kao osobinu ličnosti kod odraslih osoba. Ljestvica je samoocjenska i sadrži 40 čestica, od kojih se njih 20 odnosi na aktualno stanje pacijenta (S - ljestvica), a ostalih 20 na anksioznost kao osobinu ličnosti (O - ljestvica). Odgovori kojima mjerimo anksioznost označavaju se od 1 do 4 ovisno o intenzitetu (1 - uopće ne, 4 - jako) (14).

Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization Quality of Life - Brief Version questionnaire, WHOQOL - BREF) jest upitnik svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života. Isti predstavlja kraći oblik upitnika WHOQOL - 100, koju je osmislila Svjetska zdravstvena organizacija u svrhu procjene kvalitete života, a sadrži dvadeset i šest čestica. Rezultatom ovoga upitnika dobivamo profil kvalitete života, a isti objašnjava kvalitetu života kroz 4 domene: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina. Dobiveni su rezultati kombinacija dvadeset i četiri čestice upitnika. Rezultat u svakoj domeni izražava se kao prosjek odgovora na česticama koje je opisuju, dok se čestica opće kvalitete života i općeg zdravlja razmatra zasebno (15). Za svaku pojedinačnu česticu odgovori se daju na skali Likertovog tipa od 1 do 5, gdje 1 označava najmanje slaganje s pojedinom česticom, a najveće slaganje označava se s 5 (16, 17).

3.4. Statističke metode

Podaci prikupljeni istraživanjem objedinjeni su u jednu bazu te obrađeni programskim paketom za statističku obradu JASP 0.18.3.0. Suprotno sročena pitanja obrnuto su bodovana u svrhu očuvanja konzistencije ukupne skale. Varijable mjerene broječanim podacima prikazane su osnovnim mjerama središnje vrijednosti i raspršenja (srednja vrijednost, standardna devijacija, medijan te minimum i maksimum). Kategorijalne varijable prikazane su bročano i u postotku (apsolutnim i relativnim frekvencijama). Razlika između kategorijalnih varijabli testirana je Hi-kvadrat testom. Normalitet raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Utvrđeno je statistički značajno odstupanje distribucije rezultata od normalne za varijable kvalitete života prije i nakon bolesti te za sve četiri njene domene (fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi i utjecaj okoline), kao i za svih pet domena osobina ličnosti. Stoga je za ispitivanje razlika između tih varijabli za uvjete prije i nakon bolesti korišten Wilcoxonov test sume rangova, a za ispitivanje povezanosti među tim

varijablama Spearmanov koeficijent korelacije. Za ostale varijable korišteni su postupci parametrijske statistike, odnosno za ispitivanje razlika između varijabli t-test za zavisne uzorke te za ispitivanje povezanosti Pearsonov koeficijent korelacije. Nakon testiranja pretpostavke o normalitetu distribucija, provjerena je i pouzdanost korištenih upitnika i njihovih subskala.

3.5. Etička načela

Provedeno istraživanje odobreno je od strane nadležnog Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Osijek (R1-14678-2/2023). Svim su ispitanicima objašnjeni ciljevi i svrha ovog istraživanja, a u istraživanje su uključeni samo oni koji su dobrovoljno pristali na sudjelovanje u istome, što su potvrdili potpisom na odgovarajućem obrascu. U istraživanje nisu bili uključeni bolesnici s kojima nije bilo moguće provesti anketno ispitivanje uvjetovano njihovim zdravstvenim stanjem, kao i oni bolesnici koji nisu potpisali odgovarajući obrazac (informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju). Tijekom ispunjavanja anketnih upitnika bolesnicima bila je osigurana privatnost i pomoć pri ispunjavanju u slučaju nejasnoća te je u svakom dijelu istraživanja osigurana anonimnost bolesnika.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 30 bolesnika koji su liječeni na Zavodu za maksilofacijalnu i oralnu kirurgiju te Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata, a kod kojih je učinjen kirurški postupak koji je uključivao traheotomiju. Od ukupnog broja bolesnika, u istraživanju je sudjelovalo 23 (76,7 %) muškaraca i 7 (23,3 %) žena raspona dobi od 25 do 91 godinu (prosječna dob $M = 61,4$, $SD = 11,72$). Najveći broj ispitanika ima završenu srednju stručnu spremu (66,7 %) i živi u (izvan)bračnoj zajednici (70,0 %). Većina (93,3 %) stanuje u vlastitoj obiteljskoj kući ili stanu sa suprugom/partnerom (40 %), od čega gotovo podjednako u gradu (50 %) i na selu (40 %). Većina ispitanika, njih 21 (70 %), djelomično je zadovoljna svojim socioekonomskim statusom. Većina ispitanika (76,7 %) boluje od maligne bolesti. Osnovne sociodemografske karakteristike ispitanika prikazane su u Tablici 1.

Prema indikaciji za kirurškim liječenjem koje uključuje traheotomiju, najviše je ispitanika s malignim oboljenjem glave i vrata ($N = 24$, 80 %), zatim s upalnim procesom glave i vrata ($N = 3$, 10 %), a najmanje s benignim oboljenjem glave i vrata ($N = 2$; 6,66 %) i traumom glave i vrata ($N = 1$; 3,33 %).

Tablica 1. Osnovne sociodemografske karakteristike ispitanika

	<i>N (%)</i>	<i>P</i>
Spol		
Muškarci	23 (76,7)	< 0,01
Žene	7 (23,3)	
Stručna sprema		
Nezavršena škola i/ili osnovna škola	9 (30)	< 0,05
Srednja škola	20 (66,7)	
Viša ili visoka škola, fakultet	1 (3,3)	
Ostalo	0 (0)	
Zaposlenost		
Zaposlen / na bolovanju	14 (46,6)	> 0,5
Mirovina	16 (53,4)	
Mjesto stanovanja		
Grad	15 (50)	> 0,5
Prigradsko naselje	3 (10)	
Selo	12 (40)	
Ostalo	0 (0)	
Vrsta stanovanja		
Vlastita kuća / stan	28 (93,4)	< 0,001
Stanovanje kod djece	2 (6,6)	
Stanovanje kod rodbine / prijatelja	0 (0)	
Udomiteljska obitelj	0 (0)	
Mirovni dom	0 (0)	
Broj članova obitelji		
Jedan	5 (16,6)	> 0,5
Dva	12 (40)	
Tri	4 (13,4)	
Četiri	8 (26,6)	
Pet	1 (3,4)	
Ostalo	0 (0)	
Bračno stanje		
Bračna ili izvanbračna zajednica	20 (66,6)	< 0,05
Neoženjen / neudana	1 (3,4)	
Rastavljen / rastavljena	7 (23,4)	
Udovac / udovica	2 (6,6)	
Zadovoljstvo socioekonomskim statusom		
Potpuno zadovoljan / zadovoljna	6 (20)	< 0,05
Djelomično zadovoljan / zadovoljna	21 (70)	
Nezadovoljan / nezadovoljna	3 (10)	

*Hi-kvadrat test

Osobine ličnosti ispitanika procijenjene su IPIP - 50 upitnikom koji se zasniva na 50 tvrdnji temeljem kojih se ispituje pet dimenzija ličnosti (petofaktorski model): ekstrovertiranost, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost i intelekt. U Tablici 2. prikazane su prosječne vrijednosti pojedinih dimenzija ličnosti. Od svih dimenzija ličnosti najizraženije dimenzije jesu ekstroverzija, savjesnost i emocionalna stabilnost, dok je intelekt najmanje izražen.

Tablica 2. Aritmetičke sredine i standardne devijacije pojedinih dimenzija ličnosti

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)
Ekstrovertiranost	32,03 (13,72)
Ugodnost	31,83 (13,80)
Savjesnost	32,56 (11,61)
Emocionalna stabilnost	32,60 (12,24)
Intelekt	29,86 (9,21)

Kvaliteta života ispitana je korištenjem WHOQOL - BREF upitnika koji se sastoji od 26 čestica raspoređenih u četiri domene: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi i utjecaj okoline, a omogućava i samoprocjenu kvalitete života i zadovoljstva zdravljem.

Najveći broj ispitanika samoprocjenjuje svoju kvalitetu života prije traheotomije kao: ni dobrom ni lošom (30 %), zatim prilično dobrom (23,4 %), vrlo dobrom (20 %), prilično lošom (16,6 %), a najmanji broj kao vrlo lošom (10 %). Što se tiče samoprocjene zadovoljstva zdravljem ispitanici prije traheotomije ocijenili su ga najviše kao: ni zadovoljan ni nezadovoljan (36,6 %), a potom slijede prilično zadovoljan (23,4 %), vrlo zadovoljan (16,6 %), prilično nezadovoljan (16,6 %) te vrlo nezadovoljan (6,8 %).

U Tablici 3. prikazani su prosječni pokazatelji za ispitivane domene kvalitete života WHOQOL - BREF upitnika za ispitanike prije traheotomije. Rezultati su transformirani na skalu od 0 do 100, pri čemu viša vrijednost znači i višu kvalitetu života.

Tablica 3. Kvaliteta života ispitanika prije traheotomije (WHOQOL - BREF upitnik)

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)
Fizičko zdravlje	58,57 (23,88)
Psihičko zdravlje	57,22 (22,63)
Društveni odnosi	55,55 (21,36)
Utjecaj okoline	57,81 (20,44)
Ukupna kvaliteta života	85,83 (22,63)

Pojavu anksioznosti ispitali smo korištenjem STAI upitnika koji se sastoji od dva dijela: STAI - S koji procjenjuje trenutno stanje anksioznosti te STAI - O koji procjenjuje tendenciju ispitanika da razvije anksioznost. Raspon dobivenih vrijednosti kreće se od 20 do 80, pri čemu vrijednosti manje od 35 ukazuju na nisku, vrijednosti između 35 i 45 srednju, a vrijednosti više od 45 na visoku razinu anksioznosti, odnosno tendenciju razvoja anksioznosti. U našem istraživanju ispitanici prije traheotomije imali su i visoku tendenciju, odnosno sklonost nastanku anksioznosti, kao i visoko izraženo trenutno stanje anksioznosti (Tablica 4.).

Tablica 4. Pojava anksioznosti u ispitanika prije traheotomije (STAI upitnik)

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)
STAI - S (trenutno stanje anksioznosti)	50,86 (7,12)
STAI - O (sklonost razvoju anksioznosti)	48,03 (7,06)

Ispitanici nakon traheotomije samoprocjenjuju svoju kvalitetu života najviše kao ni dobru ni lošu (43,4 %), zatim kao prilično lošu (33,4 %), prilično dobru (26,6 %), vrlo lošu (13,3 %), a najmanje kao vrlo dobru (3,3 %). Isto tako, ispitanici nakon traheotomije samoprocjenjuju svoje zadovoljstvo zdravljem najviše kao prilično nezadovoljan (40 %), zatim vrlo nezadovoljan (26,6 %), ni zadovoljan ni nezadovoljan (23,4), a najmanje kao vrlo zadovoljan (6,6 %) i prilično zadovoljan (3,3 %).

U Tablici 5. prikazana je kvaliteta života ispitanika prema domenama WHOQOL - BREF upitnika nakon traheotomije.

Tablica 5. Kvaliteta života ispitanika nakon traheotomije (WHOQOL - BREF upitnik)

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)
Fizičko zdravlje	33,33 (19,70)
Psihičko zdravlje	34,58 (18,63)
Društveni odnosi	39,16 (19,09)
Utjecaj okoline	43,75 (15,78)
Ukupna kvaliteta života	65,10 (18,49)

U Tablici 6. prikazana je pojavnost anksioznosti kod ispitanika nakon traheotomije prema STAI upitniku na isti način kao i u ispitanika prije traheotomije.

Tablica 6. Pojava anksioznosti u ispitanika nakon traheotomije (STAI upitnik)

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)
STAI - S (trenutno stanje anksioznosti)	55,86 (6,39)
STAI - O (sklonost razvoju anksioznosti)	52,16 (5,95)

Wilcoxonovim testom sume rangova utvrđena je statistički značajna razlika u ukupnoj kvaliteti života prije i nakon traheotomije i to s velikom veličinom učinka (Tablica 7.). Pri tome je kvaliteta života prije traheotomije bila statistički značajno veća nego nakon traheotomije. Dakle, ispitanici imaju lošiju kvalitetu života nakon traheotomije.

Tablica 7. Aritmetičke sredine i standardne devijacije te značajnost razlika rezultata ukupne kvalitete života između bolesnika prije i nakon traheotomije na WHOQOL - BREF upitniku

Ukupna kvaliteta života	Prije traheotomije		Poslije traheotomije		W	z	p	Rank - biserialni koeficijent
	M	SD	M	SD				
	85,83	22,63	65,10	18,49	435	4,703	< 0,001	1,000

* Wilcoxonov test sume rangova za $N = 30$ bolesnika

Wilcoxonovim testom sume rangova utvrđena je i statistički značajna razlika u kvaliteti života u sve četiri domene ispitivane WHOQOL - BREF upitnikom (fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi, utjecaj okoline) pri čemu su veličine učinka bile velike za sve domene. U Tablici 8. prikazana je domena fizičkog zdravlja pri čemu je vidljivo da je

kvaliteta života u ovoj domeni prije traheotomije bila statistički značajno već nego nakon traheotomije.

Tablica 8. Aritmetičke sredine i standardne devijacije te značajnost razlika rezultata između bolesnika prije i nakon traheotomije na WHOQOL - BREF upitniku za domenu fizičkog zdravlja

Domena fizičkog zdravlja	Prije traheotomije		Poslije traheotomije		W	z	p	Rank - biserijalni koeficijent
	M	SD	M	SD				
	13,37	3,82	9,33	3,15	404,5	4,588	< 0,001	0,933

* Wilcoxonov test sume rangova za $N = 30$ bolesnika

U domeni psihičkog zdravlja također je utvrđena statistički značajna razlika pri čemu je kvaliteta života u domeni psihičkog zdravlja prije traheotomije bila statistički značajno veća nego nakon traheotomije (Tablica 9.).

Tablica 9. Aritmetičke sredine i standardne devijacije te značajnost razlika rezultata između bolesnika prije i nakon traheotomije na WHOQOL - BREF upitniku za domenu psihičkog zdravlja

Domena psihičkog zdravlja	Prije traheotomije		Poslije traheotomije		W	z	p	Rank - biserijalni koeficijent
	M	SD	M	SD				
	13,16	3,62	9,53	2,98	325	4,372	< 0,001	1,000

*Wilcoxonov test sume rangova za $N = 30$ bolesnika

U Tablici 10. prikazani su rezultati za domenu društvenih odnosa. Također, i u ovoj domeni kvaliteta života bila je statistički značajno veća prije, nego nakon traheotomije.

Tablica 10. Aritmetičke sredine i standardne devijacije te značajnost razlika rezultata između bolesnika prije i nakon traheotomije na WHOQOL - BREF upitniku za domenu društvenih odnosa

Domena društvenih odnosa	Prije traheotomije		Poslije traheotomije		W	Z	p	Rank - biserijalni koeficijent
	M	SD	M	SD				
	12,89	3,42	10,27	3,06	414,5	4,260	< 0,001	0,906

*Wilcoxonov test sume rangova za $N = 30$ bolesnika

Statistički značajna razlika utvrđena je i u kvaliteti života u domeni utjecaja okoline prije i nakon traheotomije. Pri tome je kvaliteta života u domeni društvenih odnosa prije traheotomije bila statistički značajno veća nego nakon traheotomije (Tablica 11.).

Tablica 11. Aritmetičke sredine i standardne devijacije te značajnost razlika rezultata između bolesnika prije i nakon traheotomije na WHOQOL - BREF upitniku za domenu utjecaja okoline

Domena utjecaja okoline	Prije traheotomije		Poslije traheotomije		W	z	p	Rank - biserijalni koeficijent
	M	SD	M	SD				
	13,25	3,27	11,0	2,53	379,5	4,019	< 0,001	0,869

*Wilcoxonov test sume rangova za $N = 30$ bolesnika

U našem istraživanju ispitali smo i promjenu pojave anksioznosti ispitanika prije i poslije traheotomije, kako po pitanju tendenciji razvoja anksioznosti (STAI - O) tako i u trenutnom stanju anksioznosti (STAI - S).

T-testom za zavisne uzorke utvrđena je statistički značajna razlika u pojavi trenutne anksioznosti prije i nakon traheotomije s velikom veličinom učinka. Pri tome je pojava anksioznosti prije traheotomije bila statistički značajno manja nego nakon traheotomije (Tablica 12.).

Tablica 12. Aritmetičke sredine i standardne devijacije te značajnost razlika rezultata između bolesnika prije i nakon traheotomije na STAI upitniku za stanje trenutne anksioznosti

STAI - S	Prije traheotomije		Poslije traheotomije		<i>t</i>	df	<i>p</i>	Cohenov <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
	50,87	7,12	55,87	6,39	- 4,780	29	< 0,001	- 0,873

*T-test za zavisne uzorke za $N = 30$ bolesnika

Također, utvrđena je i statistički značajna razlika u ukupnoj sklonosti anksioznosti prije i nakon traheotomije s velikom veličinom učinka. Pri tome je sklonost anksioznosti prije traheotomije bila statistički značajno manja nego nakon traheotomije (Tablica 13.).

Tablica 13. Aritmetičke sredine i standardne devijacije te značajnost razlika rezultata između bolesnika prije i nakon traheotomije na STAI upitniku za sklonost nastanku anksioznosti

STAI - O	Prije traheotomije		Poslije traheotomije		<i>t</i>	df	<i>p</i>	Cohenov <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
	48,03	7,06	52,17	5,95	- 4,149	29	< 0,001	- 0,757

*T-test za zavisne uzorke za $N = 30$ bolesnika

U istraživanju ispitali smo povezanost između pojedinih osobina ličnosti ispitanika te kvalitete života prema ukupnom rezultatu WHOQOL - BREF upitnika prije i nakon traheotomije što je prikazano u Tablici 14.

Tablica 14. Povezanost osobina ličnosti s kvalitetom života prije i nakon traheotomije ($N = 30$)

Varijabla	Ekstroverzija	Ugodnost	Savjesnost	Emocionalna stabilnost	Intelekt	Kvaliteta života prije traheotomije
Ekstroverzija	—					
Ugodnost	-0,73*	—				
Savjesnost	0,72*	-0,79*	—			
Emocionalna stabilnost	0,86*	-0,75*	0,78*	—		
Intelekt	-0,76*	0,87*	-0,81*	-0,79*	—	
Kvaliteta života prije traheotomije	0,86**	-0,79**	0,77**	0,85**	-0,83**	—
Kvaliteta života nakon traheotomije	0,65**	-0,55**	0,66**	0,82**	-0,64*	0,68**

*Spearmanovi koeficijenti korelacije; ** $p < 0,001$, * $p < 0,05$

Kako je vidljivo u Tablici 14., korelacijskom analizom utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost između domena ekstroverzije, savjesnosti i emocionalne stabilnosti s kvalitetom života prije, kao i poslije traheotomije. Drugim riječima, ispitanici koji su po osobinama ličnosti ekstrovertiraniji, savjesniji i emocionalno stabilniji procjenjuju kvalitetu života većom prije i nakon traheotomije. Također, utvrđena je i statistički značajna negativna povezanost između domene ugodnosti i intelekta i kvalitete života prije, kao i poslije traheotomije. Odnosno, ispitanici koji su po osobinama ličnosti ugodniji i intelektualniji procjenjuju kvalitetu života narušenijom i prije i nakon traheotomije..

Također, u istraživanju smo ispitali povezanost između pojedinih osobina ličnosti ispitanika s razinom trenutne anksioznosti (Tablica 15.) kao i sklonosti nastanku anksioznosti (Tablica 16.) prije i nakon traheotomije.

Tablica 15. Povezanost osobina ličnosti s razinom trenutne anksioznosti (STAI - S) prije i poslije traheotomije

Varijabla	Ekstroverzija	Ugodnost	Savjesnost	Emocionalna stabilnost	Intelekt	STAI - S prije traheotomije
Ekstroverzija	—					
Ugodnost	-0,73*	—				
Savjesnost	0,72*	-0,79*	—			
Emocionalna stabilnost	0,86*	-0,75*	0,78*	—		
Intelekt	-0,76*	0,87*	-0,81*	-0,79*	—	
STAI - S prije traheotomije	0,28	-0,32	0,40**	0,37**	-0,23	—
STAI - S nakon traheotomije	0,52*	-0,53*	0,50*	0,56*	-0,41*	0,72**

* Spearmanovi koeficijenti korelacije; ** $p < 0,001$, * $p < 0,05$

Kao što se vidi u Tablici 15., postoji statistički značajna povezanost između svih osobina ličnosti s trenutnom anksioznosti nakon traheotomije, ali samo s dvije osobine ličnosti prije traheotomije. Pri tome je nađena statistički značajna pozitivna povezanost između osobina savjesnosti i emocionalne stabilnosti s trenutnom anksioznosti prije traheotomije, dok se nakon traheotomije bilježe statistički značajne pozitivne povezanosti između ekstroverzije, savjesnosti i emocionalne stabilnosti te negativne između ugodnosti i intelekta s trenutnom anksioznosti. Drugim riječima, ispitanici koji su po osobinama ličnosti ekstrovertiraniji, savjesniji i emocionalno stabilniji procjenjuju trenutnu anksioznost većom nakon traheotomije, ispitanici koji su po osobinama ličnosti ugodniji i intelektualniji procjenjuju trenutnu anksioznost nižom nakon traheotomije.

Tablica 16. Povezanost vrste ličnosti sa sklonosti razvoja anksioznosti (STAI - O) prije i poslije traheotomije

Varijabla	Ekstroverzija	Ugodnost	Savjesnost	Emocionalna stabilnost	Intelekt	STAI - O prije traheotomije
Ekstroverzija	—					
Ugodnost	-0,73**	—				
Savjesnost	0,72**	-0,79**	—			
Emocionalna stabilnost	0,86**	-0,75**	0,78**	—		
Intelekt	-0,76**	0,87**	-0,81**	-0,79**	—	
STAI - O prije traheotomije	0,41*	-0,39*	0,42*	0,34	-0,35	—
STAI - O nakon traheotomije	0,29	-0,49*	0,38*	0,42*	-0,43*	0,64*

* Spearmanovi koeficijenti korelacije; ** $p < 0,001$, * $p < 0,05$

Kao što se vidi u Tablici 16., nađena je statistički značajna povezanost između svih osobina ličnosti sa sklonosti razvoja anksioznosti prije, ali samo s dvije osobine nakon traheotomije. Pri tome je nađena statistički značajna pozitivna povezanost između ekstroverzije, savjesnosti i emocionalne stabilnosti te negativna između ugodnosti i intelekta sa sklonosti razvoja anksioznosti prije traheotomije. Nakon traheotomije, nađene su dvije statistički značajne povezanosti, i to negativna između ugodnosti i pozitivna između savjesnosti sa sklonosti razvoju anksioznosti. Drugim riječima, sklonost razvoju anksioznosti prije traheotomije imali su ekstrovertiranije, savjesnije i emocionalno stabilnije osobe, a nakon traheotomije isto je nađeno samo u osoba s izraženom savjesnosti, dok su osobe s izraženim osobinama ugodnosti i intelekta imale manju sklonost razvoju anksioznosti prije traheotomije, a one s osobinama ugodnosti i nakon traheotomije.

5. RASPRAVA

Danas se zna da su pojedine osobine ličnosti jasno povezane s kvalitetom života kao i pojavnosti anksioznosti (18, 19). U ovom istraživanju u koje je uključeno 30 ispitanika kod kojih se planira kirurški postupak koji podrazumijeva izvođenje traheotomije ispitanice su njihove osobine ličnosti, kvaliteta života i stupanj anksioznosti prije i poslije traheotomije, kao i povezanost pojedinih osobina ličnosti s promjenama u kvaliteti života i stupnju anksioznosti prije i poslije traheotomije. Većina ispitanika bili su muškarci (76,7 %), a najčešći razlog izvođenja traheotomije jest operacija malignog procesa glave i vrata (80 %) što se i slaže s činjenicom da su maligni tumori glave i vrata učestaliji kod muškaraca, nego kod žena (20).

S obzirom na dimenzije osobina ličnosti, kod naših ispitanika najizraženije su bile ekstroverzija, savjesnost i emocionalna stabilnost. Ovo se u jednom dijelu podudara s istraživanjima koja su ispitivala povezanost spola s pojedinim dimenzijama osobina ličnosti u kojima su savjesnost i emocionalna stabilnost jače izraženi kod muškaraca (21), a većina naših ispitanika bili su muškarci.

S obzirom na rezultat WHOQOL - BREF upitnika u pogledu samoprocjene kvalitete života i zadovoljstva zdravljem kod naših ispitanika prije traheotomije ona je u najvećem broju ocijenjena kao ni dobra ni loša za kvalitetu života te ni zadovoljan ni nezadovoljan za zadovoljstvo zdravljem. Smatramo da su ovakvi rezultati ponajprije rezultat činjenice da su bolesnici koji se pripremaju za kirurški zahvat koji uključuje traheotomiju već jasno bolesni i da im njihova bolest utječe na sniženu samoprocjenu kvalitete života i zadovoljstva zdravljem. Također, poznato je da maligna oboljenja glave i vrata imaju negativan utjecaj na kvalitetu života (22, 23), a najveći broj naših ispitanika imao je malignu bolest glave i vrata. Kvaliteta života gledana kroz pojedine domene WHOQOL - BREF upitnika (fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi, utjecaj okoline) nije se značajno međusobno razlikovala te su se na skali od 0 do 100 kretale između 50 i 60 što odražava srednju vrijednost kvalitete života, a što je u korelaciji s navedenim rezultatima samoprocjene kvalitete života i zadovoljstva zdravljem.

Ispitanici uključeni u naše istraživanje pokazivali su visoku razinu trenutne anksioznosti kao i tendencije, odnosno sklonosti razvoju anksioznosti prije traheotomije. Postavljanje dijagnoze maligne bolesti, osobito glave i vrata dokazano je povezano s pojavom anksioznosti, ali i drugih psihičkih poremećaja (24). Osim toga, prijeoperacijski period i priprema bolesnika za

operacijski zahvat predstavlja izvor anksioznosti samo po sebi (11). Prema tome, pojačanu anksioznost kod naših ispitanika prije traheotomije povezujemo, kako sa samom bolesti, tako i sa strahom od samog operativnog zahvata i kasnijih ishoda. Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da bi bolja i ciljana psihološka prijeoperacijska priprema bolesnika kod kojih se planira traheotomija mogla smanjiti stupanj anksioznosti i olakšati im prijeoperacijski period. Rezultati ovog istraživanja upućuju da je kvaliteta života i pojava anksioznosti bila veća nakon traheotomije. Samoprocjena kvalitete života i zadovoljstva zdravljem, kao i pojedine domene WHOQOL - BREF upitnika pokazale su lošiju kvalitetu života nakon traheotomije. Statistički značajne razlike u promjeni kvalitete života nakon traheotomije zabilježene su u sve četiri domene WHOQOL - BREF upitnika – fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi te utjecaj okoline. Ovo ukazuje na činjenicu da traheotomija osim što ostavlja tjelesne posljedice ima negativan utjecaj i na duševno zdravlje bolesnika, kao i na njegove socijalne kontakte i interese. Lošiju kvalitetu života nakon traheotomije opisali su i drugi ispitivači u svojim radovima (25). Navedeno proizlazi iz činjenice da traheotomija dovodi do promjena kako na fizičkoj osnovi, tako i na psihosocijalnoj i duhovnoj osnovi. Ova analiza odgovora sugerira na potrebu veće rane i kasne poslijeoperacijske zdravstvene skrbi bolesnika, ali i na pažljivi odabir bolesnika – kandidata za kirurški zahvat koji uključuje traheotomiju. Psihološka prijeoperacijska priprema u kojoj medicinska sestra ima značajnu ulogu dokazano povećava kvalitetu života u poslijeoperacijskom periodu (26) te bi se ona morala jačati i bolje provoditi u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Također, naši rezultati sugeriraju i na potrebu za većim uključenjem obitelji bolesnika i njemu bliskih osoba u proces liječenja i zdravstvene njege, ali i drugih stručnjaka (logoped, psiholog, socijalni radnik) s obzirom na promjene koje smo zabilježili u domenama psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline. Multidisciplinarni pristup u liječenju i zbrinjavanju bolesnika nakon traheotomije zagovaraju i drugi istraživači (27). Navedenim uzajamnim djelovanjem moguće je djelovati i povećati kvalitetu života kod bolesnika nakon traheotomije.

Sličnu pojavnost dokazali smo i s pojavom anksioznosti kod ispitanika nakon traheotomije. Statistički značajna veća pojavnost, kako u pogledu trenutne anksioznosti, tako i u pogledu tendencije nastanka anksioznosti dokazana je kod ispitanika nakon traheotomije u odnosu na stanje prije traheotomije. Pojava anksioznosti u poslijeoperacijskom periodu povezana je s težinom tjelesnog stanja, duljinom boravka u bolnici, većom percepcijom boli, pojavom specifičnih komplikacija kao i nižom kvalitetom života (28). Gotovo sve navedeno nalazimo kod bolesnika nakon traheotomije, što uz višu razinu anksioznosti u prijeoperacijskom periodu rezultira visokom incidencijom i trenutnog osjećaja anksioznosti i anksioznosti kao

karakterne osobine (sklonosti nastanku anksioznosti). Temeljem naših rezultata možemo potvrditi da je anksiozni poremećaj visoko zastupljen kod bolesnika nakon traheotomije, a kako je izravno povezan s kvalitetom života ne smije biti zanemaren. Slične podatke dobili su i drugi istraživači koji su ispitivali pojavnost anksioznosti nakon traheotomije (29). Naglasak na nefarmakološkim intervencijama u pogledu smanjenja anksioznosti u poslijeoperacijskom periodu (kognitivno-bihevioralna terapija, psihoterapija, glazboterapija i sl.), a u kojima medicinska sestra može imati značajnu ulogu danas se zagovara naspram farmakološke anksiolize koja sa sobom nosi različite neželjene učinke (11). Naši rezultati podupiru nužnost osvještavanja zdravstvenih djelatnika na prisutnosti anksioznosti, ali i drugih psihičkih poremećaja u poslijeoperacijskom periodu kako bi djelovali na iste te poboljšali poslijeoperacijski tijek, a u konačnici i kvalitetu života.

Poznavanje i prepoznavanje određenih osobina ličnosti koji su povezani s lošijom kvalitetom života i povećanom pojavnosti anksioznosti u periodu nakon traheotomije omogućava ciljani i specifičniji pristup u prijeoperacijskom periodu kako bi spriječili ili smanjili njihovu pojavnost u kasnijem periodu. U našem smo istraživanju našli pozitivnu korelaciju između domena ekstroverzije, savjesnosti i emocionalne stabilnosti te negativnu korelaciju između domena ugodnosti i intelekta s kvalitetom života nakon traheotomije. Osobe koje su ekstrovertnije, savjesnije i emocionalno stabilnije, pokazale su bolju kvalitetu života nakon traheotomije. Također, ove osobe prema našim rezultatima imaju i veću sklonost većoj izraženosti trenutne anksioznosti nakon traheotomije, što je djelomično suprotno od očekivanog jer anksioznost narušava kvalitetu života. No, s obzirom na različite korelacije između sklonosti nastanku anksioznosti s pojedinim osobinama ličnosti, ova analiza pokazuje da je anksioznost kao takva individualna i da na ukupni doživljaj kvalitete života utječu i drugi čimbenici. Poznavanje ovih korelacija pomoći će medicinskoj sestri da detektira bolesnike u prijeoperacijskom periodu koji su u riziku od razvoja kako anksioznosti, tako i lošije kvalitete života nakon traheotomije ta tako prilagodi i individualizira psihološku prijeoperacijsku pripremu. Značajnost uloge medicinske sestre u prepoznavanju specifičnih bolesnikovih potreba u prijeoperacijskom periodu naglašavaju i drugi autori (30), a što u konačnici rezultira podizanjem kvalitete zdravstvene njege (31).

Dobiveni rezultati našeg istraživanja sugeriraju na nužnost podizanja svijesti o psihološkim aspektima prijeoperacijske pripreme bolesnika za traheotomiju. Oni ukazuju na veću učestalost anksioznosti i lošije kvalitete života nakon traheotomije. Prepoznavanje i djelovanje na bolesnike koji su u riziku od razvoja anksioznosti i lošije kvalitete života, a na osnovi prepoznavanju osobina ličnosti omogućuje medicinskoj sestri usmjereniji i

individualizirani pristup što će u konačnici rezultirati smanjenjem anksioznosti i boljom kvalitetom života nakon traheotomije.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- osobine ličnosti prema petofaktorskom modelu različito su (individualno) zastupljene unutar ispitanika;
- kod ispitanika prije traheotomije bilježimo lošiju kvalitetu života, kako ukupnu, tako i po sve četiri ispitivane domene (fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi i utjecaj okoline);
- kod ispitanika prije traheotomije bilježi se izraženija pojavnost anksioznosti (trenutna anksioznost, anksioznost kao osobina ličnosti);
- kod ispitanika nakon traheotomije kvaliteta života kao i pojavnost anksioznosti dodatno se pogoršavaju i bivaju izraženiji;
- ispitanici s izraženim domenama ekstraverzije, savjesnosti i emocionalne stabilnosti pokazuju bolju kvalitetu života nakon traheotomije, ali i veći stupanj anksioznosti.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja bio je ispitati povezanost osobina ličnosti s kvalitetom života i pojavom anksioznosti kod bolesnika nakon traheotomije.

Nacrt studije: Primijenjeno je prospektivno kohortno istraživanje.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovalo 30 ispitanika kod kojih je bio predviđen kirurški postupak koji uključuje traheotomiju. Kao instrument istraživanja upotrijebljena su tri validirana anketna upitnika: IPIP - 50 upitnik za procjenu osobina ličnosti, STAI upitnik za procjenu anksioznosti te WHOQOL - BREF upitnik Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života kao i upitnik kojim se ispituju opći sociodemografski podaci. Upitnici su ispunjeni u dvije vremenske točke: tijekom hospitalizacije prije operativnog zahvata te nakon operacije na prvom kontrolnom pregledu.

Rezultati: Od svih dimenzija ličnosti među našim ispitanicima najizraženije bile su ekstroverzija, savjesnost i emocionalna stabilnost, dok je intelekt bio najmanje izražen. Najveći broj ispitanika svoju je kvalitetu života prije traheotomije ocijenio kao ni dobrom ni lošom, a zabilježena je i visoka sklonost nastanku anksioznosti, kao i visoko izraženo trenutno stanje anksioznosti prije traheotomije. Ispitanici nakon traheotomije imali su statistički značajnu lošiju kvalitetu života, kao i veći stupanj anksioznosti. S obzirom na dimenzije ličnosti dokazana je pozitivna korelacija između domena ekstroverzije, savjesnosti i emocionalne stabilnosti te negativna korelacija između domena ugodnosti i intelekta s kvalitetom života nakon traheotomije. Također, dokazana je i pozitivna korelacija između domena ekstroverzije, savjesnosti i emocionalne stabilnosti s razvojem anksioznosti nakon traheotomije.

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja sugeriraju na nužnost podizanja svijesti o psihološkim aspektima prijeoperacijske pripreme bolesnika za traheotomiju.

Ključne riječi: akademsko postignuće; medicinska sestra; mentalno zdravlje; studenti

8. SUMMARY

The relationship between personality traits and quality of life and the occurrence of anxiety after tracheotomy

Objective: The study aimed to investigate the relationship between personality traits, quality of life, and the occurrence of anxiety in patients after tracheotomy.

Study design: a prospective cohort study
Subjects and methods: 30 subjects scheduled to undergo tracheotomy surgery participated in the study. Three validated questionnaires were used as research instruments: IPIP-50 to assess personality traits, STAI to assess anxiety, WHOQOL-BREF on quality of life by the WHO, and a questionnaire to examine general sociodemographic data. The respondents completed questionnaires at two time points: before the surgery and at the first follow-up visit.

Results: Of all personality dimensions, extroversion, conscientiousness, and emotional stability were the most pronounced in our respondents, while intellect was the least pronounced. Most respondents rated their quality of life before tracheotomy as neither good nor bad. The research found a high tendency of anxiety and a high current state of anxiety before tracheotomy. The subjects had a statistically significantly poorer quality of life and a higher level of anxiety after tracheotomy. Concerning the personality dimensions, a positive correlation was observed between extroversion, conscientiousness, and emotional stability, and a negative correlation between complacency and intellect with the quality of life after tracheotomy. Also, a positive correlation was found between extroversion, conscientiousness, and emotional stability with the development of anxiety after tracheotomy.

Conclusion: The results of this study suggest that there is a need to raise awareness of the psychological aspects of preoperative preparation of patients for tracheotomy.

Keywords: anxiety; quality of life; personality traits; tracheotomy.

9. LITERATURA

1. Baiu I, Backhus L. What is a tracheostomy? *JAMA*. 2019;322(19):1932.
2. Bontempo LJ, Manning SL. Tracheostomy emergencies. *Emerg Med Clin*. 2019;37(1):109-119.
3. Wallace S, McGrath BA. Laryngeal complications after tracheal intubation and tracheostomy. *BJA*. 2021;21(7):250.
4. Abood N. Big five traits: A critical review. *Gadjah Mada Int J Bus*. 2019;21(2):159-186.
5. Prlić N. *Zdravstvena njega kirurških bolesnika – opća*. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
6. Topuz A, Miljković I. Importance of documentation in nursing practice. *Biomedicinska istraživanja*. 2020;11(2):176-182.
7. Laurović B. Proces zdravstvene njege bolesnika s traheostomom. *Sestrinski glasnik*. 2014;19(1):42-47.
8. Rochefort C, Hoerger M, Turiano NA, Duberstein P. Big Five personality and health in adults with and without cancer. *J Health Psychol*. 2019;24(11):1494-1504.
9. Vuletić G. Odnos subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja. *J appl health sci*. 2019;8(2):226-234.
10. Wang R, Huang X, Wang Y, Akbari M. Non-pharmacologic approaches in preoperative anxiety, a comprehensive review. *Front Public Health*. 2022;10:1-18.
11. Marušić M. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 6. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2019.
12. Lacković-Grgin K, Proroković A, Čubela V, Penezić Z. *Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 1*. 1. izd. Zadar: Filozofski fakultet Zadar; 2002.
13. Bratko D, Sabol J. Osobine ličnosti i osnovne psihološke potrebe kao prediktori zadovoljstva životom: rezultati on-line istraživanja. *Društvena istraživanja*. 2006;15:693-711.
14. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
15. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28:551-8.
16. World Health Organization. Programme on mental health. WHOQOL BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. *Field Trial Version 1996*. Dostupno na adresi: <https://iris.who.int/handle/10665/63529>. Datum pristupa: 18.05.2024.

17. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46:1569-85.
18. Cai L, He J, Wu Y, Jia X. The relationship between big five personality and quality of life of people with disabilities: The mediating effect of social support. *Front Psychol.* 2023;13:1-9.
19. Wu X, Zhang W, Li Y, Zheng L, Liu J, Jiang Y, i sur. The influence of big five personality traits on anxiety: The chain mediating effect of general self-efficacy and academic burnout. *PLoS One.* 2024;19(1):1-14.
20. Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Saginala K, Barsouk A. Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Med Sci.* 2023;11(2):42.
21. Weisberg YJ, Deyoung CG, Hirsh JB. Gender Differences in Personality across the Ten Aspects of the Big Five. *Front Psychol.* 2011;2:178.
22. Ojo B, Genden EM, Teng MS, Milbury K, Misiukiewicz KJ, Badr H. A systematic review of head and neck cancer quality of life assessment instruments. *Oral Oncol.* 2012;48(10):923-937.
23. Gomes EPAA, Aranha AMF, Borges AH, Volpato LER. Head and Neck Cancer Patients' Quality of Life: Analysis of Three Instruments. *J Dent.* 2020;21(1):31-41.
24. Shunmugasundaram C, Rutherford C, Butow PN, Sundaresan P, Dhillon HM. What are the optimal measures to identify anxiety and depression in people diagnosed with head and neck cancer (HNC): a systematic review. *J Patient Rep Outcomes.* 2020;4(1):26.
25. Kumar V, Malhotra V, Sinha V. Evaluation of Individual Quality of Life (QOL) Among Patients with Tracheostomy Using WHO-QOL BREF Questionnaire. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;74(3):5207-5216.
26. Phookan J, Talukdar R. A Study on Quality of Life in Post-tracheostomised Patients. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;75(2):848-856.
27. Bonvento B, Wallace S, Lynch J, Coe B, McGrath BA. Role of the multidisciplinary team in the care of the tracheostomy patient. *J Multidiscip Healthc.* 2017;10:391-398.
28. Sveinsdóttir H, Zoëga S, Ingadóttir B, Blöndal K. Symptoms of anxiety and depression in surgical patients at the hospital, 6 weeks and 6 months postsurgery: A questionnaire study. *Nurs Open.* 2020;8(1):210-223.
29. Liney T, Dawson R, Seth R, Lynch J, Wallace S, Bonvento B, i sur. Anxiety levels amongst patients with tracheostomies. *BJA.* 2019;123(4):504-505.
30. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN J.* 2015;102(2):181.

31. Ataro BA, Geta T, Endirias EE, Gadabo CK, Bolado GN. Patient satisfaction with preoperative nursing care and its associated factors in surgical procedures, 2023: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2024;23(1):235.