



Univerzitet u Beogradu
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

ISTRAŽIVANJA U SPECIJALNOJ EDUKACIJI I REHABILITACIJI

BEOGRAD 2009.

UNIVERZITET U BEOGRADU -
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU I REHABILITACIJU
UNIVERSITY OF BELGRADE -
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND REHABILITATION

*Istraživanja u specijalnoj
edukaciji i rehabilitaciji*

*Research in Special Education and
Rehabilitation*

Priredio / Edited by
Prof. dr Dobrivoje Radovanović

Beograd / Belgrade
2009

EDICIJA: RADOVI I MONOGRAFIJE

Izdavač:
Univerzitet u Beogradu -
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Istraživanja u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji

- Za izdavača:** Prof. dr Dobrivoje Radovanović, dekan
- Urednik edicije:** Prof. dr Zorica Matejić-Đuričić
- Uređivački odbor:**
- Prof. dr Dobrivoje Radovanović
 - Prof. dr Dragan Rapačić
 - Prof. dr Nenad Glumbić
 - Prof. dr Sanja Đoković
 - Doc. dr Vesna Vučinić
 - Prof. dr Mile Vuković
 - Prof. dr Svetlana Slavnić
- Recenzenti:**
- Maria Elisabetta Ricci,
Univerzitet "La Sapienza", Rim, Italija
 - Dr sci. Vlasta Zupanc Isoski,
Univerzitetni klinički centar Ljubljana,
KO za vaskularnu nevrologiju in intenzivno terapiju,
Služba za nevrorehabilitaciju - logopedija Ljubljana,
Slovenia

Štampa:
„Planeta print“, Beograd

Tiraž:
200

Objavlivanje ove knjige je pomoglo Ministarstvo za nauku i tehnološki razvoj.

Nastavno-naučno veće Univerziteta u Beogradu - Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju donelo je Odluku 3/9 od 8.3.2008. godine o pokretanju Edicije: Radovi i monografije.

Nastavno-naučno veće Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu, na redovnoj sednici održanoj 14.4.2009. godine, Odlukom br. 3/53 od 23.4.2009. godine, usvojilo je recenzije rukopisa Tematskog zbornika "Istraživanja u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji"

ISBN 978-86-80113-84-5

**EDITION:
ARTICLES AND MONOGRAPHS**

Publisher:
University of Belgrade -
Faculty of Special Education and Rehabilitation

Research in Special Education and Rehabilitation

- For Publisher:** dr. Dobrivoje Radovanović, dean
- Edition Editor:** dr. Zorica Matejić-Đuričić
- Editorial Board:**
- dr. Dobrivoje Radovanović
 - dr. Dragan Rapaić
 - dr. Nenad Glumbić
 - dr. Sanja Đoković
 - dr. Vesna Vučinić
 - dr. Mile Vuković
 - dr. Svetlana Slavnić
- Reviewers:**
- Maria Elisabetta Ricci,
University "La Sapienza", Roma, Italy
 - Dr sci. Vlasta Zupanc Isoski,
University clinical center Ljubljana, Slovenia

Printing:
„Planeta Print“, Belgrade

Circulation:
200

Publication of this Book supported by Ministry of Science and Technology Development.

*Scientific Council of the Belgrade University - Faculty of Special Education and
Rehabilitation made a decision 3/9 from March, 8th 2008 of issuing
Edition: Articles and Monographs.*

*Scientific Council, Faculty of Special Education and Rehabilitation
University of Belgrade, at the regular meeting held on April, 14.th 2009 the Decision
N^o 3/53 of April, 23th 2009, adopted a Thematic review manuscripts collection of
“Research in Special Education and Rehabilitation “*

ISBN 978-86-80113-84-5

PREDIKTIVNI FAKTORI OSTVARIVANJA ŽIVOTNIH NAVIKA OSOBA OBOLELIH OD MALIGNIH OBOLJENJA

¹ Ana Đurđević, ² Snežana Nikolić, ² Danijela Ilić-Stošović

¹ Institut za onkologiju i radiologiju R. Srbije

² Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Cilj rada: sagledati zastupljenost ličnih i sredinskih prediktornih faktora u ostvarivanju životnih navika i njihov uticaj na profil situacije hendikepa osoba obolelih od malignih oboljenja.

Pacijenti i metode: Uzorak je formiran od 100 osoba obolelih od malignih oboljenja. Korišćen je upitnik: „Life Habits Assessment – LH“ za procenu nivoa ostvarenja 12 kategorija životnih navika i upitnik “The measure of quality of the environment” MQE, za procenu kvaliteta sredine.

Rezultati: Od ličnih činilaca prepreke u ostvarivanju pojedinih kategorija životnih navika statistički značajno ($p < 0.01$) čine: 1.) starije životno doba u komunikacijama i pokretljivosti, 2.) niži stepen obrazovanja u pokretljivosti, životu u zajednici i sticanju znanja i veština 3.) vrsta maligne bolesti – maligne hemopatije u oblasti obrazovanja. Olakšavajuće sredinske činioce statistički značajno ($p < 0.01$) čine: socijalna mreža u ostvarivanju odgovornosti, međuljudskih odnosa i zaposlenja, a stavovi ljudi iz okruženja u ostvarivanju ishrane, opšte fizičke sposobnosti, međuljudskih odnosa i rekreacije. Nastajanje situacije hendikepa značajno ($p < 0.01$) doprinose: 1.) tržište rada u stanovanju i zaposlenju, 2.) izvori prihoda u ishrani, opštoj fizičkoj sposobnosti, stanovanju i u međuljudskim odnosima, 3.) zvanične institucije u zaposlenju, 4.) politički sistem u ishrani, opštoj fizičkoj sposobnosti, komunikacijama i stanovanju.

Zaključak: Ova studija predstavlja prvi korak u boljem razumevanju uticaja ličnih i sredinskih faktora na ostvarivanje životnih navika osoba obolelih od malignih oboljenja. Starije životno doba, niži stepen obrazovanja predstavljaju prepreke i doprinose redukovanom ostvarenju životnih navika, dok sredinski činioци predstavljaju i prepreke, ali i olakšavajuće faktore u ostvarivanju pojedinih kategorija životnih navika ove populacije.

Ključne reči: maligna bolest, životne navike, restitucija, substitucija, rehabilitacija

UVOD

Rehabilitacija osoba obolelih od malignih oboljenja je relativno kasno uključena u njihovo kompleksno lečenje, tek sedamdesetih godina prošlog veka, jer je dugo zastupan stav „čekati i videti“, da li će doći do ozdravljenja ili progresije bolesti (Sabol, 1996). Napredak savremene dijagnostike i lečenja je doprineo dužem preživljavanju i učinio navedeni stav neodrživim. Tokom poslednjih dvadeset godina lečenje malignih bolesti je veoma uznapredovalo. Ulaskom u 21. vek,

se očekuje da će 60% novoobolelih od malignih bolesti preživeti period duži od 5 godina (Cole, 2000, 2002).

Ciljevi rehabilitacije zavise od stanja, kao posledice maligne bolesti ili specifičnog onkološkog lečenja i mogu biti: sprečavanje sekundarnog invaliditeta, ostvarivanje potpune društvene i radne afirmacije ili postizanje najboljeg mogućeg kvaliteta života u datim okolnostima za pacijenta i njegovu porodicu (Kiel, 1999; Ganz, 2001; Cardol, 2001; Đurđević, 2006).

Maligni proces, kao i specifično onkološko lečenje sa izraženim neželjenim efektima, ima za posledicu somatska oštećenja različitih organa i sistema organa sa širokim funkcionalnim implikacijama na sve sfere ljudskog života (Falvo, 1991; Marinelli, 1991). Nastale promene predstavljaju pretnje koje se odnose na ugrožavanje života, telesnog integriteta, nezavisnosti, privatnosti i kontrole, gubitak samopoštovanja, nemogućnost realizacije životnih ciljeva i planova za budućnost, narušavanje odnosa u porodici, sa prijateljima, saradnicima, profesionalnih aktivnosti i finansijske situacije (Đurđević, 2002).

Od trenutka kada se osoba obolela od malignog oboljenja suoči sa novonastalom situacijom, neophodno je da održava vezu sa bliskim osobama koje joj mogu biti od pomoći, da sačuva emocionalnu ravnotežu, da upravlja emocijama i da zadrži pozitivnu predstavu o sebi i čuva osećanje kompetentnosti i moći (Živković, 1994; Berger, 1997; Vlajković, 2005). Pogrešna shvatanja, zablude i predrasude mogu biti razlog emocionalnog povlačenja prijatelja i poznanika, jer nisu spremni da se suoče sa pacijentovim emocionalnim i fizičkim bolom, možda i izmenjenim fizičkim izgledom (Garret, 1970; Wellish, 2001).

Ekonomске implikacije maligne bolesti se odražavaju na materijalni status obolele osobe. Česte prepreke i uzrok diskriminacije u zaposlenju osoba obolelih od malignih oboljenja predstavljaju predrasude i zablude poslodavaca i saradnika (Tsang, 2003). Postoji sumnja u mogućnosti i sposobnosti osoba posle lečenja maligne bolesti da mogu da se vrata svom prethodnom poslu ili da se bave nekim drugim poslom, u skladu sa svojim potencijalima i uslovima radnog mesta (Chirikos, 2002).

U svakodnevnoj praksi kliničkog defektologa u onkologiji se često suočavamo sa iskazima obolelih da im porodična situacija, loši partnerski odnosi, problemi sa decom, najbližim članovima porodice, odnosi na poslu, predstavljaju više teškoća, nego sama maligna bolest i njeno lečenje!

Socijalna podrška – pristup oboleloj osobi od maligne bolesti

Osobama obolelim od maligne bolesti je neophodna socijalna podrška i suptilniji pristup u odnosu na obolele od drugih hroničnih bolesti zbog:

- psihološkog stanja koje se karakteriše visokim stepenom straha, depresivnosti, konfuzije, zabrinutosti i ugroženosti života;
- neizvesnosti konačnog izlečenja;
- medicinskog tretmana koji je često agresivan i bolan;
- niz otvorenih pitanja u vezi saopštavanja ili sakrivanja dijagnoze bolesti;
- problematike ličnih stavova, motivacije i edukacije stručnjaka koji se bave tretmanom obolelih od malignih bolesti;
- nedovoljno definisanih psihološko-psihijatrijskih i defektoloških programa za pomoć ovim bolesnicima, ali i članovima njihovih porodica (Katić, 2005).

Socijalna podrška se odnosi na strukturu, kvalitet i funkciju socijalne mreže kojoj osoba pripada i definiše se kao: „interpersonalna razmena koja uključuje emocije, naklonost, divljenje, ljubav, zatim potvrđivanje, izražavanje poštovanja i pomoć koja podrazumeva vreme, novac ili savet“ (Vlajković, str. 111, 2005).

Saznanje osobe da je prihvaćena, uvažena, voljena, podržavana, da postoje osobe na koje može uvek da se osloni i od kojih može da dobije pomoć, utiče na samopoštovanje i sliku o sebi, što pomaže da se lakše, brže i sa manje posledica prevlada i najteža životna okolnost, kao što je razboljevanje od maligne bolesti (Pahljina-Reinić, 2004).

Prema savremenim shvatanjima, sa defektološkog stanovišta, situacija hendikepa nastaje interakcijom ličnih činilaca i činilaca sredine, a maligna bolest može da bude potencijalni uzrok nastanka situacije hendikepa, ako doprinosi smanjenom ostvarenju životnih navika obolele osobe (Fougeyrollas, 1995).

Savremena razmatranja o pojmu hendikepa

Sušтина bio-medicinskog modela Međunarodne klasifikacije oštećenja, invalidnosti i hendikepa Svetske zdravstvene organizacije (ICIDH, SZO, 1980) je fokusirana na etiologiju, patologiju i manifestacije bolesti ili povreda, a pružanje pomoći se odnosi na lečenje i medicinsku rehabilitaciju.

Kvebeška klasifikacija “Nastajanja situacije hendikepa” (NSH) se nadovezala na Međunarodnu klasifikaciju oštećenja, invalidnosti i hendikepa (ICIDH), sa ciljem da je unapredi, a sa predlogom da budu uvaženi i sredinski činoci kao moguće prepreke sa kojima se suočavaju osobe sa oštećenjima i invaliditetom pri socijalnoj integraciji.

Nova Međunarodna klasifikacija funkcionisanja nesposobnosti i zdravlja (ICF) iz 2001. godine, je zadržala medicinski model u kome su osobe sa invaliditetom klasifikovane, slično kao i bolesti (prema stepenu nedostatka, ograničenja i nesposobnosti), što potencira stigmatizaciju, čije posledice mogu da budu diskriminacija, socijalna izolacija, potcenjivanje vrednosti obolele osobe, pretnje bezbednosti i dobrobiti i za obolelu osobu i njenu porodicu.

Dvostruka kompatibilnost Kvebeške klasifikacije sa društveno-političkim modelom i klasičnim bio-medicinskim modelom omogućuje promene, ne samo osobe, već i ekonomsko-političkog i društveno-kulturnog konteksta društva u kome pojedinac živi. Prema ovom stanovištu, pojedinac sa malignom bolešću nije neizbežno i u situaciji hendikepa, ako su uslovi sredine preuređeni, ako je obezbeđena društvena podrška za zadovoljenje potreba obolele osobe, sa pozitivnim stavovima društva i vođenjem pravilne politike prema bolesnim ili i onesposobljenim osobama (Fougeyrollas, 1995, 1998, 1999; Noreau, 2000, 2004).

Činioci sredine određuju i uključuju sve dimenzije sredine: socijalne, kulturne, fizičke, političke, kao i tehnološku pomoć različitim pomagalima. Ako se na situaciju društvenog učešća, gleda kao na potpuno ostvarivanje životnih navika, koje rezultira iz interakcije između ličnih činoca pojedinca (očuvan integritet sistema organa i sposobnosti) i različitih činilaca sredine (olakšavajućih ili otežavajućih), onda se situacija hendikepa odnosi na redukovano ostvarivanje životnih navika, takođe kao rezultat interakcije navedenih faktora.

Životne navike podrazumevaju obavljanje svakodnevnih aktivnosti i izvršavanje društvenih uloga, koje vrednuje pojedinac ili njegov socio-kulturni kontekst, pre-

ma njegovim karakteristikama, a koje mu obezbeđuju opstanak, razvoj i dobrobit u društvu, kroz ceo životni vek (Noreau, 2000). Kvalitet ostvarivanja jedne životne navike, meri se na skali koja se proteže od punog ostvarivanja životnih navika ili potpune socijalne participacije, do potpune situacije hendikepa. U ovom kontekstu se ne može bolesnom i onesposobljenom pojedincu pripisati "status hendikepirane osobe", već je prikladnije upotrebiti izraz da se nalazi u "situaciji hendikepa" koju čini rezultat specifične interakcije između funkcionalnih, bihevioralnih ili/i estetskih karakteristika pojedinca i socijalnih činilaca, kao što su dostupnost programa i službi podrške, pozitivni socijalni propisi, vrednosti i stavovi društva, ekološki faktori i tehnički razvoj društva (Fougeyrollas, 1995; Robaey, 2000).

„Kvebeška klasifikacija stavlja akcenat na razmatranje sredinskih varijabli i podržava kolektivni plan za njihovo menjanje u perspektivi obezbeđivanja i ostvarivanja ljudskih prava i jednakosti. Okvir ovog modela omogućuje dinamiku promena, koje nisu usmerene samo na pojedinca, već i na razgrađivanje procesa nastajanja socijalne isključenosti. Potrebno je izmeniti društveno-ekonomsku organizaciju, delovati na društvene stavove i kolektivne predstave, učiniti dostupnim prilagođene izvore i službe koje kompenzuju funkcionalne razlike i prilagoditi načine ostvarivanja životnih navika. Društvena norma nije briga o pravima osoba sa invaliditetom, već omogućavanje ostvarivanja njihovih ljudskih prava, bez obzira na razlike, uključujući i razlike vezane za oštećenje i nesposobnost, kao i sprovođenje društveno-političkih akcija neophodnih za ostvarivanje prava na jednakost.“ (Noreau L, The life-H: assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability* 14, 113, 2002).

Cilj ovog rada je sagledati zastupljenost ličnih i sredinskih prediktornih faktora, u ostvarivanju životnih navika i njihov uticaj na profil situacije hendikepa, osoba obolelih od malignih oboljenja.

Hipoteze: Zajedničko stanovište postavljenih hipoteza je da su osobe obolele od malignih bolesti potencijalno u situaciji hendikepa i da su glavni otežavajući činioci u ostvarivanju životnih navika, sredinski činioci na koje se može uticati defektološkim intervencijama.

Predpostavili smo da:

- na ostvarenje životnih navika, od ličnih činilaca, utiču godine starosti, nivo obrazovanja, vrsta maligne bolesti i dužina trajanja bolesti – vreme proteklo od razboljevanja.
- će glavni otežavajući činioci sredine, u ostvarivanju socijalnog učešća, biti izostanak podrške ljudi iz okruženja, stavovi ljudi iz okruženja, elementi prirodnog okruženja i predmeti za upotrebu u svakodnevnom životu.
- na nastajanje situacije hendikepa više utiču faktori sredine od ličnih činioca.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA - PACIJENTI I METODE

Uzorak je formiran od 100 ispitanika, podeljenih u dve grupe, ujednačene po polu, godinama starosti i nivou obrazovanja. Prvu grupu čini 50 osoba obolelih od solidnih malignih tumora, drugu grupu čini 50 osoba obolelih od malignih hemopatija. Uzorak je formiran metodom slučajnog izbora.

Tabela 1. Struktura ispitanika prema opštim karakteristikama

<i>Oznake</i>	N	%
<i>Pol</i>	100	100
M	40	40
Ž	60	60
<i>Starost (godine)</i>		
Mean	48.03	
SD	14.36	
Med.	50	
Min.	19	
Maks.	78	
<i>Obrazovanje</i>		
Osnovno	25	25
Srednje	55	55
Više i visoko	20	20
<i>Geografski kriterijumi</i>		
Seoska sredina	33	33
Gradska sredina	67	67
<i>Zaposlenje</i>		
Zaposleni	77	77
Nezaposleni	23	23
<i>Dijagnoza bolesti</i>		
Solidni maligni tumori	50	50
Maligne hemopatije	50	50
<i>Aktuelni terapijski pristup</i>		
Hemioterapija	87	87
Radioterapija	3	3
Kombinovani	2	2
Simptomatska terapija	0	0
Bez terapije	8	8

Struktura ispitanika po polu pokazuje da je u uzorku bilo više žena (60%), u odnosu na muški pol (40%). Srednja vrednost godina starosti ispitanika je bila 48 godina, sa minimalnim brojem godina 19, a maksimalnim 78 godina. Najveći procenat ispitanika je bio sa srednjim obrazovanjem (55%). Geografski kriterijumi pokazuju da 67% ispitanika živi u gradskoj sredini. Veći procenat (77%) ispitanika je bio u radnom odnosu, a (23%) je nezaposleno. Isti procenat ispitanika je bio sa dijagnozom solidni maligni tumori, kao i sa malignim hemopatijama. U vreme ispitivanja 87% ispitanika je bilo na hemioterapijskom tretmanu (Tabela 1).

Tabela 2. Struktura ispitanika prema vremenu proteklom od razboljevanja

Proteklo vreme od razboljevanja	N	%
Manje od 6 meseci	34	34
7 mes – 1 god	24	24
1 – 3 god	22	22
4 – 5 god	20	20
Ukupno	100	100

U vreme ispitivanja je kod 34% ispitanika proteklo vreme od razboljevanja bilo kraće od 6 meseci, a kod 20% ispitanika je proteklo vreme od razboljevanja bilo između 4 do 5 godina. (Tabela 2).

Istraživanje je obavljeno na Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije u Beogradu, tokom 2005. godine.

U istraživanju je korišćen upitnik za procenu ličnih činilaca, konstruisan za potrebe ovog istraživanja, koji je omogućio uvid u nezavisne varijable istraživačkog postupka: pol, godine starosti, nivo obrazovanja, vrstu maligne bolesti, terapijski pristup, vreme proteklo od razboljevanja.

Za ovo istraživanje su upotrebljeni i standardizovani upitnici:

1. Upitnik za procenu životnih navika: "Assessment of life habits - Life-H", (Fougeyrollas P., Noreau L., Bergeron H. i sar. 1998). Ovaj upitnik se smatra relevantnim u dokumentovanju merenja kvaliteta socijalnog učešća obolelih osoba. Upitnik sadrži 77 pitanja, razvrstanih u 12 kategorija kojima se dobija uvid u životne navike. Upitnikom se procenjuje nivo ostvarenja ili poteškoća u ostvarivanju životnih navika, vrsta potrebne pomoći za njihovo ostvarenje i stepen zadovoljstva ostvarenom životnom navikom. Procenjuju se postignuća u oblasti svakodnevnih aktivnosti kao što je: ishrana, opšta fizička sposobnost, lična higijena, komunikacije, stanovanje, pokretljivost, kao i u oblasti izvršavanja socijalnih uloga, kao što su: odgovornosti prema sebi i drugima, međuljudski odnosi, život u zajednici, obrazovanje, zaposlenje, rekreacija i druge navike. Skala procene zadovoljstva ostvarenim životnim navikama je posebno značajna, jer ukazuje na potrebe dodatne podrške ili intervencija koje će biti bazirane na izboru i odlukama same obolele ili/i onesposobljene osobe.

2. Za procenu uticaja faktora sredine na ostvarenje socijalne participacije je korišćen upitnik: "The measure of quality of the environment" MQE, (Noreau L, Fougeyrollas P, Boschen K. i sar., 1997). Upitnikom se dobija uvid u glavne olakšavajuće ili otežavajuće faktore sredine koji u interakciji sa ličnim činiocima doprinose socijalnoj participaciji obolelih. Upitnik sadrži 109 pitanja o kvalitetu sredine. Upitnikom se dobija uvid u uticaj socijalne mreže, stavova ljudi u okruženju, tržišta rada, izvora prihoda, zvaničnih institucija, socijalnih i zdravstvenih usluga, usluga obrazovanja, državnih službi infrastrukture, usluga javnih institucija i agencija, pristupačnosti i kretanja, zemljišta, protoka saobraćaja i razdaljina, prirodnog okruženja, predmeta za upotrebu u svakodnevnom životu, tehnologije, tehničke pomoći, političkog sistema i društvenih pravila na svakodnevni život obolele osobe.

Statistika u metodologiji

Dobijeni rezultati istraživanja su nakon prikupljanja i sređivanja, tabelirani, grafički prikazani i statistički obrađeni. Za izračunavanje rezultata ostvarenosti životnih navika je korišćena merna lestvica (Noreau, 1998).

Tabela 3. Lestvica izračunavanja rezultata ostvarenja životnih navika

Rezultat	Nivo poteškoća	Vrsta potrebne pomoći
9	Bez teškoća	Bez pomoći
8	Bez teškoća	Tehnološka pomoć (ili adaptacija)
7	Sa poteškoćama	Bez pomoći
6	Sa poteškoćama	Tehnološka pomoć (ili adaptacija)

Rezultat	Nivo poteškoća	Vrsta potrebne pomoći
5	Bez teškoća	Pomoć ljudi
4	Bez teškoća	Tehnološka pomoć (ili adaptacija) i pomoć ljudi
3	Sa poteškoćama	Pomoć ljudi
2	Sa poteškoćama	Tehnološka pomoć (ili adaptacija) i pomoć ljudi
1	Uz pomoć zastupnika*	
0	Ne postignuta	
NA	Ne primenljiva	

*Ostvaruje se uz pomoć zastupnika, bez aktivnog učešća osobe koja je ocenjivana.

Formula za transformaciju rezultata:

Calculation of the Accomplishment Level (Weighted Score)

(Σ scores x 10): (Number of Applicable Life Habits x 9)

Prilikom statističke obrade eksperimentalnih podataka korišćeno je sledeće:

1. Za opis parametara od značaja, a u zavisnosti od njihove prirode, korišćene su frekvencije, procenti, srednja vrednost uzorka, medijana uzorka, standardna devijacija uzorka, rang i 95% intervali poverenja (95% CI).
2. Za ispitivanje normalnosti raspodele parametara korišćeni su:
 - testovi: *Kolmogorov-Smirnov test* i *Shapiro-Wilk test*
 - grafici: Histogram i Normal Q-Q Plot
1. Za testiranje razlika između parametara a u zavisnosti od njihove prirode, korišćeni su: *Friedman rank sum test*, *Kruskal Wallis Test*, *Wilcoxon signed rank test*, *Wilcoxon signed rank test with continuity correction*, *Mann Whitney U test* (tj. *Wilcoxon rank sum test*), *Mann Whitney Exact test* (tj. *Exact Wilcoxon rank sum test*), *Pearson Chi-squared Test*, *Pearson Chi-squared Test with Yate's continuity correction* and *Fisher Exact Test*.
2. Za ispitivanje povezanosti odnosno saglasnosti varijabli korišćeni su *Spearman rank correlation coefficient* odnosno *Intraclass correlation (ICC)*.

Statistička obrada podataka je rađena u statističkim paketima:

- SPSS 10.0 for Windows

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Nivo ostvarenja životnih navika

Tabela 4. Struktura ispitanika prema nivou ostvarenja životnih navika

Red. br.	Kategorija životnih navika	Ostvarena		Neostvarena		Neprimenjiva		Ukupno %	Mean
		N	%	N	%	N	%		
1.	Ishrana	25	25	75	75	/	/	100	7.24
2.	Opšta fizička sposobnost	33	33	67	67	/	/	100	8.74
3.	Lična higijena	53	53	47	47	/	/	100	9.02
4.	Komunikacije	32	32	68	68	/	/	100	9.12
5.	Stanovanje	9	9	91	91	/	/	100	7.07
6.	Pokretljivost	29	29	71	71	/	/	100	7.69
7.	Odgovornosti	31	31	69	69	/	/	100	8.34
8.	Međuljudski odnosi	30	30	70	70	/	/	100	8.67
9.	Život u zajednici	48	48	52	52	/	/	100	8.29

Red. br.	Kategorija životnih navika	Ostvarena		Neostvarena		Neprimenjiva		Ukupno	Mean
		N	%	N	%	N	%	%	
10.	Obrazovanje	13	13	23	23	64	64	100	4.52
11.	Zaposlenje	15	15	85	85	/	/	100	5.98
12.	Rekreacija	19	19	81	81	/	/	100	5.28

UTICAJ LIČNIH ČINILACA NA OSTVARENJE ŽIVOTNIH NAVIKA

Tabela 5. Struktura ispitanika prema godinama starosti i ostvarenju životnih navika

Kategorija životnih navika	Starosna kategorija	<35		35- 44		45 -54		55-64		>65		Ukupno		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Opšta fizička sposobnost	Neostvarena	10	43.48	8	53.33	8	32	14	58.33	7	53.85	47	47	0.05
	Ostvarena	13	56.52	7	46.67	17	68	10	41.67	6	46.15	53	53	
	<i>Ukupno</i>	23	100	15	100	25	100	24	100	13	100	100	100	
Komunikacije	Neostvarena	9	39.13	9	60	18	72	20	83.33	12	92.31	68	68	<0.01
	Ostvarena	14	60.87	6	40	7	28	4	16.67	1	7.69	32	32	
	<i>Ukupno</i>	23	100	15	100	25	100	24	100	13	100	100	100	
Pokretljivost	Neostvarena	13	56.52	11	73.33	16	64	18	75	13	100	71	71	<0.05
	Ostvarena	10	43.48	4	26.67	9	36	6	25	0	0	29	29	
	<i>Ukupno</i>	23	100	15	100	25	100	24	100	13	100	100	100	

Tabela 6. Struktura ispitanika prema stepenu obrazovanja i ostvarenju životnih navika

Kategorija životnih navika	Stepen obrazovanja	Osnovni		Srednji		Viši i visoki		Ukupno		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Pokretljivost	Neostvarena	22	88	41	74.55	8	40	71	71	<0.01
	Ostvarena	3	12	14	25.45	12	60	29	29	
	<i>Ukupno</i>	25	100	55	100	20	100	100	100	
Život u zajednici	Neostvarena	18	72	28	50.91	6	30	52	52	<0.05
	Ostvarena	7	28	27	49.09	14	70	48	48	
	<i>Ukupno</i>	25	100	55	100	20	100	100	100	
Obrazovanje	Neostvarena	1	4	16	29.09	6	30	23	23	<0.05
	Ostvarena	1	4	4	7.27	8	40	13	13	
	Neprimenjiva	23	92	35	63.64	6	30	64	64	
	<i>Ukupno</i>	25	100	55	100	20	100	100	100	

Tabela 7. Struktura ispitanika prema vrsti bolesti i ostvarenju životnih navika

Kategorije životnih navika	Vrsta bolesti	Neostvarena		Ostvarena		Neprimenjiva	Ukupno		p
		N	%	N	%		N	%	
Obrazovanje	I	8	16	11	22	62	50	100	<0.01
	II	15	30	2	4	66	50	100	
	<i>Ukupno</i>	23	23	13	13	64	100	100	

Legenda: I –solidni maligni tumori; II – maligne hemopatije

UTICAJ SREDINSKIH ČINILACA NA SVAKODNEVNI ŽIVOT

Tabela 8. Distribucija ispitanika prema stepenu uticaja socijalne mreže na svakodnevni život

Sredinski činilac		Skala procene uticaja										
		Prepreke			B.U.	Olakšice			ukupno	Mean	Med	Med kategorije
	Socijalna mreža	veće	srednje	manje	Bez uticaja	manje	srednje	veće				
1	Porodična situacija	10	17	8	8	11	19	27	100	0.58	1	2
2	Podrška porodice	2	11	3	2	11	20	51	100	1.73	3	
3	Podrška prijatelja	2	3	3	9	12	25	44	98	1.89	2	
4	Podrška suseda	2	1	5	19	26	17	30	100	1.37	1	
5	Podrška kolega	2	1	/	7	4	12	18	44	1.68	2	

Tabela 9. Distribucija ispitanika prema stepenu uticaja stavova ljudi iz okruženja na svakodnevni život

Sredinski činilac		Skala procene uticaja										
		Prepreke			B.U.	Olakšice			ukupno	Mean	Med	Med kategorije
	Stavovi ljudi iz okruženja	veće	srednje	manje	Bez uticaja	manje	srednje	veće				
6	Stav porodice	6	6	7	6	15	20	40	100	1.38	2	1
7	Stavovi prijatelja	1	5	3	10	22	23	35	99	1.59	2	
8	Stavovi kolega	1	1	/	8	4	11	16	41	1.68	2	
9	Stavovi rukovodioca	3	3	4	4	7	5	9	35	0.71	1	
10	Stavovi komšija	2	2	6	18	30	21	21	100	1.19	1	
11	Stavovi službenih lica	3	2	4	47	15	10	17	99	0.7	0	
12	Stavovi nepoznatih lica	5	3	14	48	13	8	8	99	0.18	0	
13	Stavovi interesne grupe	/	1	/	36	5	6	6	54	0.61	0	
14	Religija i tradicije	1	2	2	38	25	18	11	97	0.88	1	

Tabela 10. Distribucija ispitanika prema stepenu uticaja elemenata prirodnog okruženja na svakodnevni život

Sredinski činilac		Skala procene uticaja										
		Prepreke			B.U.	Olakšice			ukupno	Mean	Med	Med ategoriije
Elementi prirodnog okruženja	veće	srednje	manje	Bez uticaja	manje	srednje	veće					
74	Vremenski uslovi zimi	16	18	17	27	5	9	8	100	-0.54	-1	0
75	Vremenski uslovi leti	12	19	21	24	13	3	8	100	-0.52	-1	
76	Intenzitet osvetljenja	2	5	14	48	11	6	14	100	0.35	0	
77	Ulično osvetljenje	4	8	12	31	19	9	17	100	0.48	0	
78	Buka u vašem okruženju	8	13	15	49	6	4	5	100	-0.36	0	
79	Kvalitet vazduha (dim, prašina)	15	13	22	26	12	4	8	100	-0.49	-0.5	
80	Vreme potrebno da obavite zadatke	10	13	24	32	10	5	6	99	-0.42	0	
81	Životinje	4	4	5	46	12	12	13	96	0.52	0	
82	Biljni svet	/	/	1	12	12	26	47	98	2.08	2	

Tabela 11. Distribucija ispitanika prema stepenu uticaja predmeta za upotrebu u svakodnevnom životu na svakodnevni život

Sredinski činilac		Skala procene uticaja										
		Prepreke			B.U.	Olakšice			ukupno	Mean	Med	Med ategoriije
Predmeti za upotrebu u svakodnevnom životu	veće	srednje	manje	Bez uticaja	manje	srednje	veće					
83	Sitni i laki predmeti (olovka, kašika)	/	/	6	70	10	3	11	100	0.43	0	1
84	Veliki predmeti	16	22	29	24	2	1	5	99	-1.03	-1	
85	Teški predmeti	24	32	19	21	/	1	2	99	-1.49	-2	
86	Oprema na radnom mestu	3	3	3	12	5	7	4	37	0.35	0	
87	Nameštaj u kući	1	15	10	23	22	10	19	100	0.56	1	
88	Mali električni aparati	1	2	5	33	28	13	17	99	0.94	1	
89	Električni kućni aparati	1	3	3	29	23	16	25	100	1.18	1	
90	Telefon	2	4	2	11	11	27	43	100	1.78	2	
91	Faks- mašina	/	/	1	10	/	1	2	14	0.5	0	
92	TV –prijemnik i radio aparat	1	2	1	12	27	28	29	100	1.62	2	
93	Kompjuter	/	/	/	24	11	14	16	65	1.34	1	
94	Motorna vozila	/	1	1	22	16	13	35	88	1.64	2	

Grafikon 1. Uticaj ličnih i sredinskih činilaca na nastajanje situacije hendikepa (SH)

		Ishrana	Opšta fizička sposobnost	Lična higijena	Komunikacije	Stanovanje	Pokretljivost	Odgovornost	Međuljudski odnosi	Život u zajednici	Obrazovanje	Zaposlenje	Rekreacija
Lični činiloci	Godine Starosti				↓↓		↓						
	Stepen obrazovanja						↓↓			↓	↓		
	Vrsta bolesti										↓↓		
	Vreme proteklo od razboljevanja												
Sredinski činiloci	Socijalna mreža							↑	↑↑			↑	
	Stavovi sredine	↑↑	↑						↑				↑↑
	Tržište rada					↓↓						↓↓	
	Izvori prihoda	↓	↓			↓			↓↓				
	Komercijalne službe				↑	↑	↑↑			↑	↑		↑
	Zvanične institucije											↓↓	
	Državne službe infrastrukture	↑↑			↑				↑	↑			↑
	Usluge javnih institucija	↑↑				↑↑	↑		↑			↑↑	↑↑
	Pristupačnost i kretanje	↑↑			↑↑	↑↑	↑		↑↑		↑↑	↑	↑↑
	Zemljište, protok saobraćaja		↑↑↓		↑↑↓	↑↑↓	↑↑↓		↑↓		↑		↑↓
	Elementi prirodnog okruženja	↑		↑↓		↑↑	↑↑↓		↑↑↓	↑↑↓	↑	↑↑↓	↑↑↓
	Predmeti za upotrebu u svakodnevnom životu	↑			↑↑	↑	↑↑		↑↑			↑	↑↑
	Tehnologija						↑					↑	
	Politički sistem	↓↓	↓		↓	↓							
Društvena pravila												↑↓	

Legenda: ↓↓ - statistički visoko signifikantno (p<0.01) negativan uticaj
 ↑↓ - statistički signifikantno (p<0.05) pozitivan uticaj van SH, negativan sa SH
 ↓ - statistički signifikantno (p<0.05) negativan uticaj
 ↑↑↓ - statistički visoko signifikantno (p<0.01) pozitivan uticaj van SH, negativan sa SH
 ↑↑ - statistički visoko signifikantno (p<0.01) pozitivan uticaj
 ↑ - statistički signifikantno (p<0.05) pozitivan uticaj

DISKUSIJA

Prema našim saznanjima, i nama dostupnoj literaturi, nismo našli studije u kojima se iznose podaci o uticaju ličnih i sredinskih činilaca na ostvarivanje životnih navika ili nastajanje situacije hendikepa osoba obolelih od malignih oboljenja.

Rezultati ove studije pokazuju da, osobe obolele od malignih oboljenja, imaju poteškoća u ostvarivanju svih kategorija životnih navika, potrebu za različitim vrstama pomoći, naročito pomoći drugih ljudi, što doprinosi nižem nivou socijalne participacije i različitom stepenu situacije hendikepa (Tabela 4). Osobe obolele od malignih oboljenja bolje ostvaruju one kategorije životnih navika koje se odnose na obavljanje svakodnevnih aktivnosti (komunikacije, održavanje lične higijene i nege, kao i održavanje opšte fizičke sposobnosti), u odnosu na kategorije životnih navika koje se odnose na vršenje društvenih uloga (obrazovanje, rekreacija i zaposlenje) (Đurđević, 2008a).

Nemogućnost vršenja društveno vrednovane uloge značajno utiče na slabljenje samopoštovanja pojedinca. Jača osećanje beznadežnosti, osoba ne nalazi svrhu i smisao života, gubi osećanje lične bezbednosti i sigurnosti, jer nema mogućnost izbora, kada sledi naloge i prihvata odluke drugih, koji su preuzeli brigu o njoj (članovi porodice ili stručni tim). Osećanje beskorisnosti obeležava gubitak percepcije lične vrednosti obolele osobe, nemoćna je da sebi obezbedi egzistenciju, postaje zavisna od drugih i oseća da je teret za svoju porodicu (Buckman, 1993; Đurđević, 2008).

Viši nivo ostvarenja kategorija životnih navika koje se odnose na obavljanje svakodnevnih aktivnosti, upućuju na to, da su naši ispitanici sposobni da zadovolje svoje osnovne ljudske potrebe i održavaju kontrolu nad situacijom.

Razlozi za statistički značajno slabije ostvarenje životnih navika u komunikacijama i pokretljivosti starijih osoba obolelih od malignih bolesti, u odnosu na obolele mlađeg životnog doba se mogu tražiti u slabijoj motivaciji starijih za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, u slabijoj toleranciji na napor i stresogene situacije (Tabela 5, Grafikon 1).

Zbog ograničenja energije u starijem životnom dobu, oboleli od malignih bolesti, a često podvrgnuti agresivnim tretmanima u lečenju, imaju potrebu da određene socijalne uloge i svakodnevne aktivnosti prepuste da za njih urade supružnici, članovi porodice ili prijatelji (Rochete, 2001).

Rezultati su pokazali da su osobe obolele od malignih bolesti sa višim i visokim obrazovanjem sa manje poteškoća i samostalnije postigle bolji nivo ostvarenja u svim kategorijama životnih navika, a sa statističkom značajnošću bolje ostvaruju pokretljivost, život u zajednici i obrazovanje u odnosu na ispitanike sa nižim stepenom obrazovanja. Ovi rezultati se mogu objasniti time, što stečena znanja i veštine tokom obrazovanja utiču na rast i razvoj kognitivnih, afektivnih i psihomotornih sposobnosti, a samim tim i na formiranje mišljenja, stavova, ponašanja i sistema vrednosti svakog pojedinca. Osoba sa višim stepenom obrazovanja se bolje organizuje, analizira situaciju, održava kontrolu, traži rešenje problema i pozitivan izlaz iz situacije i kada se razboli od maligne bolesti (Tabela 6, Grafikon 1).

Bez obzira na osnovne razlike u razvoju simptoma i znakova bolesti koji se u kliničkoj slici obolelih od malignih hemopatija ispoljavaju naglo i dramatično, ali je mogućnost izlečenja mnogo veća u odnosu na obolele od solidnih tumora kod

kojih se simptomi ispoljavaju sporije i u blažem obliku, ali je izlječenje neizvesno, te razlike nisu statistički značajno uticale na ostvarivanje većine životnih navika ispitanika.

Oboleli od solidnih malignih tumora su statistički značajno bolje ostvarili obrazovanje (Tabela 7, Grafikon 1), međutim, neophodno je dodatnim istraživanjem u ovoj oblasti proveriti dobijene rezultate zbog malog broja ispitanika u ovoj studiji kod kojih je životna navika - obrazovanje bila uopšte primenjiva.

Dužina proteklog vremena od razboljevanja, nije statistički značajno uticala na ostvarivanje svih 12 kategorija životnih navika, međutim, uočeno je da su osobe sa proteklim vremenom od razboljevanja kraćim od šest meseci u relativnim vrednostima, bolje ostvarivali svakodnevne aktivnosti (ishrana, lična nega, pokretljivost), dok su ispitanici sa proteklim vremenom od razboljevanja između 1-3 godine bolje ostvarivali društvene uloge (međuljudske odnose, život u zajednici i zaposlenje), što se može povezati sa uspešnom adaptacijom na novonastalu situaciju, za koju je potreban period do 3 godine.

Prema rezultatima opšteg usmerenja uticaja sredinskih činilaca na svakodnevni život naših ispitanika, najveće olakšice predstavljaju: socijalna mreža – podrška ljudi iz okruženja, stavovi ljudi iz okruženja, komercijalne službe, državne službe za infrastrukturu, pristupačnost i kretanje u okruženju i predmeti za upotrebu u svakodnevnom životu. Najveće prepreke u svakodnevnom životu osoba obolelih od malignih bolesti čine uslovi obrazovanja i politički sistem.

Podrška ljudi iz okruženja statistički značajno doprinosi ostvarenju društvenih uloga kao što su: odgovornosti, međuljudski odnosi i zaposlenje. Najveću olakšicu u svakodnevnom životu osoba obolelih od malignih bolesti čini podrška najbližih članova porodice i bliskih prijatelja, koji svojim prisustvom pružaju ohrabrenje, pomažu u kućnim poslovima i pružaju materijalnu pomoć. Otežavajući činilac u svakodnevnom životu predstavlja porodična situacija u kojoj su ispitanici usamljeni, ili žive u zajednici sa partnerom, roditeljima ili decom, a porodična situacija nije harmonična i odnosi nisu usklađeni (Tabela 8, Grafikon 1).

Stavovi porodice, prijatelja i kolega sa posla, predstavljaju olakšavajuće činioce u svakodnevnom životu naših ispitanika, što daje doprinos pozitivnom ishodu lečenja i održavanju realnog optimizma. Pozitivni stavovi porodice, prijatelja i kolega doprinose socijalnoj participaciji u ishrani, održavanju opšte fizičke sposobnosti, međuljudskih odnosa i rekreaciji (Tabela 9, Grafikon 1).

Fizički sredinski faktori kao što su elementi prirodnog okruženja, vremenski uslovi zimi i leti, kvalitet vazduha, njegova zagađenost, predstavljaju glavne prepreke u ostvarivanju lične higijene i nege, pokretljivosti, međuljudskih odnosa, života u zajednici, zaposlenju i rekreaciji (Tabela 10, Grafikon 1).

Veliki i teški predmeti za svakodnevnu upotrebu predstavljaju prepreke u svakodnevnom životu naših ispitanika, međutim, upotreba telefona, radio i TV prijemnika, kao i korišćenje motornih vozila čine olakšice u ostvarivanju ishrane, komunikacija, stanovanja, pokretljivosti, međuljudskih odnosa, zaposlenja i rekreacije (Tabela 11, Grafikon 1).

Van naših očekivanja, u ovom istraživanju se pokazalo da su glavne prepreke u ostvarivanju pojedinih kategorija životnih navika predstavljali izvori prihoda naših ispitanika, tržište rada, zvanične institucije i politički sistem (Grafikon 1).

Rezultati naše studije idu u prilog modernog shvatanja “onesposobljenosti” ili “funkcionisanja”, koje se više ne odnosi samo na posledice bolesti, već su ovi termini određeni i fizičkim okruženjem, raspoloživošću i razvijenošću službi pomoći, stavovima sredine i zakonskim regulativama (Dahl, 2002; Jette, 2003).

Savremeni model situacije hendikepa ima holistički pristup i fokusira ulogu zajednice kao celine odgovorne za nastajanje situacije hendikepa.

Zbog toga je neophodno povezati socijalne, političke i ekonomske snage u jačanju aktivne uloge pacijenta i porodice u zahtevima društvu da prizna njihova prava (na zdravlje, informisanje, rehabilitaciju), eliminiše barijere u ostvarivanju pune participacije i obezbedi odgovarajuću podršku.

ZAKLJUČAK

Ova studija predstavlja prvi korak u boljem razumevanju uticaja ličnih i sredinskih faktora na ostvarivanje životnih navika osoba obolelih od malignih oboljenja. Starije životno doba, niži stepen obrazovanja predstavljaju prepreke i doprinose redukovanom ostvarenju životnih navika, dok sredinski činoci predstavljaju i prepreke, ali i olakšavajuće faktore u ostvarivanju pojedinih kategorija životnih navika ove populacije.

LITERATURA

1. Berger, D. (1997): Zdravstvena psihologija. Društvo psihologa Srbije, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
2. Buckman, R. (1993): Communication in palliative care: A practical guide: In: Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N (Eds). In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press 1993, pp. 47-60.
3. Cardol, M. OT, Rob, J. De Haan, Bareld, A. et all. (2001): Psychometric Properties of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. Arch Phys Med Rehabil vol 82.
4. Chirikos, TN, Russell-Jacobs, A, Jacobsen, PB. (2002): Functional impairment and the economic consequences of female breast cancer. Women & Health, 36: 1 -20, (Medline).
5. Cole, R, Scialla, SJ, Bednarz, L. (2000): Functional Recovery in Cancer Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil; 81:623-7.
6. Cole, R, Scialla, SJ. (2002): Does rehabilitation have a place in oncology management? Annals of Oncology 13:185-186.
7. Dahl, HT. (2002): International Classification of Functioning, Disability and Health: An Introduction and Discussion of its potential Impact on Rehabilitation Services and Research. J Rehabil Med; 34:201-204.
8. Đurđević, A. (2002): Mogućnosti somatopedske intervencije u rehabilitaciji osoba obolelih od kancera, magistarska teza. Defektološki fakultat, Beograd.
9. Đurđević, A, Nikolić, S. (2006): Education of cancer patients - a psychosocial support in the holistic anticancer treatment. Journal of BUON 11:217-221.
10. Đurđević, A. (2008): Defektološki program u prevenciji situacije hendikepa osoba obolelih od malignih oboljenja, Doktorska disertacija, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd.
11. Đurđević, A, Nikolić, S. (2008a): Profil situacije hendikepa osoba obolelih od malignih oboljenja. Specijalna edukacija i rehabilitacija, CIDD, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu, br. 1-2: 163-174.

12. Falvo, D. (1991): Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability, Aspen Publishers.
13. Fougeyrollas, P. (1995): Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences, *Disability and Rehabilitation*, 17 (3-4): 145-53.
14. Fougeyrollas, P, Cloutier, R, Bergeron, H, Cote, J, St Michel, G. (1999): Kvebeška klasifikacija: nastajanje situacije hendikepa, INDCP/CSICIDH.
15. Fougeyrollas, P, Noreau, L, Bergeron, H, Cloutier, R, Dion, SA, Michel, G St. (1998): Social consequences of long term impairment and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research* 21, 127-141.
16. Ganz, AP, Coscarelli, A. (2001): Cancer rehabilitation in: Cancer treatment, Charles M. Haskell, M.D., FACP, W.B. SAUNDERS Company, Philadelphia Pennsylvania, 381-391.
17. Garret, J, Levine, E. (1970): Psychological practices with physically disabled. Columbia University Press, New York.
18. Jette, AM, Haley, SM, Kooyoomjian, JT. (2003): Are the ICF activity and participation dimensions distinct? *J Rehabil Med* 35: 145-149.
19. http://www.mzss.hr/hr/programi_i_projekti/unaprijedenje_zdravstvenih_usluga/lijecenje_zapocinje_osmijehom/pristup_onkoloskom_bolesniku
20. Kiel, K, Koop, P. (1999): Rehabilitation of breast cancer. *Cancer Treatment & Research*, 100: 107-33, (Medline).
21. Marinelli, R, Dell Orto, A. (1991): The psychological and social impact of disability. Springer Publish Corpor, New York.
22. Noreau, L, Desrosiers, J, Robichaud, L, Fougeyrollas, P, Rochette A, Viscogliosi, Ch. (2004): Measuring social participation: reliability of the Life,- habit in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, vol.26, No. 6, 346-352.
23. Noreau, L, Fougeyrollas, P, Claude, V. (2002): The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability* 14 113-118.
24. Noreau, L, Fougeyrollas, P. (2000): Long- term consequences of spinal cord injury on social participation: the occurrence of handicap situations. *Disability and Rehabilitation*, vol.22, No 4, 170-180.
25. Pahljina – Reinić, R. (2004): Psihosocijalna prilagodba na rak dojke. *UDK* 159. 9:61; No13: 69-90. Rijeka.
26. Robaey, Ph, Dobkin, P, Leclerc, JM et al. (2000): A comprehensive model of the development of mental handicap in children treated for acute lymphoblastic leukaemia: A synthesis of the literature. *International Journal of Behavioral Development*, Vol.24, No.1, 44-58.
27. Rochette, A, Desrosiers, J, Noreau, L. (2001): Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disability and Rehabilitation* vol.23, No13, 559-569.
28. Sabol, R. (1996): Rehabilitacija bolesnika s rakom. U: Turić M, Kolarić K, Eljuga D. *Klinička onkologija*, Nakladni zavod Globus, Klinika za tumore, Hrvatska liga protiv raka, str 927-940, Zagreb.
29. Tsang, HWH. (2003): Augmenting vocational outcomes of supported employment with social skills training – Vocational Outcomes of Supported Employment. *Journal of Rehabilitation*.
30. Vlajković, J. (2005): Životne krize prevencija i prevazilaženje. IP «Žarko Albulj», Beograd.

31. Wellisch, KD, Surdam, BG. (2001): Psychosocial care. In: Cancer treatment, Charles M. Haskell, M.D., FACP, W.B. SAUNDERS Company, Philadelphia Pennsylvania, 392-403.
32. Živković, G. (1994): Psihologija telesno invalidnih lica. Defektološki fakultet, Beograd.

PREDICTIVE FACTORS FOR ACCOMPLISHING LIFE HABITS IN CANCER PATIENTS

¹ Ana Djurdjević, ² Snežana Nikolić ² Danijela Ilić- Stošović

¹ Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Belgrade

² University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation

Summary

Aim: The aim of the study was to explore personal and environmental predictors in accomplishing of social participation, and to assess their impact on profile of handicap situations in cancer patients.

Patients and methods: The sample consisted of 100 cancer patients. Social participation was measured with the Assessment of Life Habits (LIFE-H). Perceived influence of environmental factors was measured using the Measure of the Quality of the Environment (MQE).

Results: Significant impact ($p < 0.01$) on the occurrence of handicap situations in different categories of life habits had the following personal factors: 1. older age in communication and mobility, 2. lower educational level in mobility, community and gathering knowledge and skills, 3. kind of malignant disease in gathering knowledge and skills. Following environmental factors were significantly ($p < 0.01$) facilitated of social participation: 1. Social network in responsibility, interpersonal relations and employment, 2. Attitudes of people from surroundings in accomplishing nutrition, fitness, interpersonal relations and recreation. Following environmental factors were obstacles in accomplishing of social participation: 1. Labor market in residence and employment, 2. Income security in accomplishing nutrition, fitness, residence and interpersonal relations, 3. Legal services in the employment, 4. Political systems in accomplishing nutrition, fitness, communication and residence.

Conclusion: This study was the first step toward understanding the influence of personal and environmental factors on handicap situations related to the cancer. The advanced age, lower educational level contribute to the handicap situations, but environmental factors may facilitate or hinder the accomplishment of life habits in cancer patients.

Key words: Cancer, Life habits, Restitution, Substitution, Rehabilitation.