

Prostat kanserinde eşlerin durumu nedir? Yaşam kaliteleri etkileniyor mu?

What is the status of spouses in prostate cancer? Is their quality of life affected?

Dr. Hakan Gemalmaz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın

ÖZET

Prostat kanseri ürolojik kanserler arasında en sık tanı alan kanser türüdür. Son yıllarda tedavi bazında ortaya çıkan gelişmeler nedeniyle beş yıllık sağ kalım neredeyse %99'dur. Ölüm oranlarının azalması ile kanserle yaşayan hasta sayısı artmaktadır. Birinci derecede bakım sorumlusu eşlerin yaşam kalitesinin en az kanserli eşleri kadar risk altında olduğu literatür bazında gösterilmiştir. Prostat kanserli hastaların eşleri yoğun bir şekilde kanser tedavisinin yan etkileri ile mücadele eden hastaya yardım etmek, destek sağlamak gibi pek çok sorunla karşı karşıyadır. Birincil derecede bakımdan sorumlu eşlerin yaşam kalite değişimleri nihayetinde hasta bakımı üzerine de olumsuz etkiye neden olacağından potansiyel tehditlerin tanınması ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir.

Anahtar kelimeler: prostat kanser, yaşam kalitesi, eş, bakıcı gerginliği

İletişim (✉): hakangemalmaz@yahoo.com

ABSTRACT

Prostate cancer is the most diagnosed type of cancer among the urologic cancers. As the result of the new therapeutic developments, 5-year survival rates are almost 99% among patients with prostate cancer. Declining of the death rates cause the increase in the patient living with cancer. Literature findings show that quality of life of the spouses of the cancer patients' is at risk as much as of the patients'. Spouses of the prostat cancer patients' struggle with the advers events of the cancer therapy. As the changes in the quality of life the spouses who are responsible for the first level care of the cancer patients affects the care negatively, recognition of the potential threats and taking care of some prevention measures are important.

Keywords: prostate cancer, quality of life, spouse, caregiver strain

Gelişmiş ülkelerde erkeklerde en sık tanı konulan invaziv kanser türü prostat kanseridir ve iyileşen sağkalım oranları nedeniyle kanser tedavisinin sonuçları ile yaşayan yaşlı erkek nüfusu giderek artmaktadır. Erken tedavi ile 5 yıllık yaşam şansı neredeyse %99'dur (1). Bu nedenle olguların bireysel olarak ve bakımını üstlenen kişilerin (genellikle eşleri) iyi olma hallerinin önemi toplum içinde giderek artmaktadır (2). Prostat kanseri tanısı alan erkeklerin psikososyal etkilenimleri oldukça iyi tariflenmiş ve yaklaşık %38'inin yüksek düzeyde artmış psikolojik stres altında olduğu gösterilmiştir (3,4). Özellikle ilerlemiş hastalığa sahip olgular lokalize hastalığa sahip olan bireylere kıyasla bu gibi hastalarda hemen daima standart tedavi olan androjen azaltıcı tedavilerin halsizlik, ruh halinde değişme, bilişsel bozukluk, seksüel disfonksiyon gibi iyatrojenik yan etkilerine maruz kalmakta ve daha kötü yaşam kalitesine sahip olmaktadır (5). Durum partnerleri açısından ele alındığında pek de farklı değildir ve prostat kanserli hastaların yaşadığı psikolojik stres düzeyinden daha fazla stres yaşabilecekleri gösterilmiştir (6,7). Günümüzde hastanede tedavi gören kanserli hastaların erken taburcu edilme eğilimi nedeniyle hasta yakınları (eşleri) hastanın

bakımı ile birebir uğraşmak zorunda bırakılmaktadır(8-10). Prostat kanserli hastaların eşleri yoğun bir şekilde kanser tedavisinin yan etkileri ile mücadele eden hastaya yardım etmek, destek sağlamak gibi pek çok istemle yüzyüzedirler(11-13). Evli veya yakın birliktelik yaşayan prostat kanserli hastaların aldıkları tedaviye bağlı yaşayacakları seksüel disfonksiyon, inkontinans gibi yan etkilere maruz kalmaları onların partnerleri ile yaşadıkları özel hayatlarını etkileyerek her ikisinin de yaşam kalitesinde azalmaya yol açabileceği gösterilmiştir (3,14-16). Eşler kanserli partnerlerinin yanı sıra kendi duygusal gerginlik, yorgunluk ve depresyonlarıyla da uğraşmak zorundadırlar

“Prostat kanserli hastaların eşleri yoğun bir şekilde kanser tedavisinin yan etkileri ile mücadele eden hastaya yardım etmek, destek sağlamak gibi pek çok istemle yüzyüzedirler”

“Genç aileler üzerinde kanserin etkileri ile ilgili çalışmalar hastalığın evlilik uyumunu, ebeveyn-çocuk ilişkisini ve aile işlevini etkilediğini göstermiştir.”

(17-21). Çeşitli çalışmalarda eşlerin duygularını internalize ettiğini ve pozitif görüş açısını devam ettirmeye çalıştıklarını ve kocalarının bu kriz döneminde olabildiklerince güçlü olmaya çalıştıklarını göstermiştir (22-24). Diğer kanser türleri ile ilgili araştırmalar eşlerin duygusal baskı ve yaşam kalitesinde azalma açısından risk altında olduğunu göstermiştir (25,26). Araştırmalar eğer hasta olan eş duygusal gerginlik yaşıyorsa partnerinin de duygusal gerginlik yaşadığını göstermiştir (27). Prostat kanserli hasta eşlerinin kocalarındaki fiziksel değişiklikleri daha büyük sıkıntılara yol açma korkusuyla özgürce tartışamadıkları ve kocalarında kendi duygularını eşlerini üzmemek adına saklamaya eğilimli oldukları gösterilmiştir (28). Üstelik prostat kanserli hasta ve eşlerinin gerek hastalığın evresi, gerek uygulanan tedavilere bağlı yaşadığı ve yaşayacağı sorunlara ek olarak kendi yaş gruplarının genel karakteristikleri nedeniyle ek olarak yaşam kalitesini pozitif veya negatif yönde etkileyebilecek spesifik durumlara sahiptirler (29).

Prostat kanserli hasta ve eşlerini etkileyen faktörler

Hastalığın evresi ve uygulanan tedavi yöntemi: İleri evre prostat kanserli erkekler lokalize hastalığa sahip olgulara kıyasla ilave zorlayıcı durumlar ile yüzleşmek zordur. İleri evre prostat kanserli olgularda

“Geç-orta yaş grubu eşler kocalarının aksine cinsel sorunları konuşmaya daha eğilimli olup, genç-yaşlı veya yaşlı-yaşlı gruptaki eşlere kıyasla kocalarının seksüel disfonksiyonundan daha fazla rahatsız olurlar”

uygulanan başlıca tedavi yöntemi olan androjen azaltıcı tedavilerin iyatrojenik etkileri ruh halinde bozukluk, bilişsel bozulma, yorgunluk ve seksüel fonksiyon bozukluğudur. Radyoterapi veya radikal prostatektomi ise depresyon, barsak fonksiyon bozukluğu, inkontinans, seksüel disfonksiyon gibi iyi bilinen komplikasyonlara sahiptir. Tüm bu tedavi yöntemleri hasta ve eşinin yaşam kalitesini etkiler (30,31). Fazla semptomlu ve kötüleşen fiziksel işleve sahip hastalar adaptasyon açısından daha fazla problem yaşarlar (32). Lokalize prostat kanserli hastalara kıyasla ileri olgular daha yüksek psikolojik strese ve daha kötü yaşam kalitesine sahiptir (3,5). Lokal ileri veya ileri evre prostat kanserli olgular lokalize prostat kanserli olgulara kıyasla normal popülasyondan daha yüksek intihar riski taşırlar (33). Özetle prostat kanserli olgular hastalıkları progresyon gösterdiğinde yaşam kaliteleri tüm boyutları ile etkilenir. Bu durum ev idaresi, finansal yönetim, sosyal ilişkilerin devamından sorumlu eşlerin yükünü artırır ve nihayetinde yaşam kalitelerini etkiler (34). Genç aileler üzerinde kanserin etkileri ile ilgili çalışmalar hastalığın evlilik uyumunu, ebeveyn-çocuk ilişkisini ve aile işlevini etkilediğini göstermiştir (35). Bakımdan sorumlu partnerin kanserli eşlerinin “tedavi sonrası normale dönme beklentisi” karşılanmadığı durumlarda hayal kırıklığı ve duygusal stresleri arttığı diğer kanser tiplerinde gösterilmiştir (36). Eşlerin stresi hastaların üriner ve barsak işlev bozukluğu, azalmış mental sağlık aracılığıyla yüksek ölçüde öngörülebilir (7,32).

Gelişimsel faktörler: Hastalar prostat kanseri teşhisi aldıktan sonra eş zamanlı olarak kanser ve yaşlarının normal değişimlerine uyum sağlamaya çalışırlar. Genç yaşlarda daha iyi sağlık durumu, tedavinin fiziksel yükünü tolere etme kapasitesi daha yüksekken yaşlılarda daha çok fonksiyonel hasarlanmaya açıktırlar (37,38). Mental sağlık açısından ise kanserli yaşlı bireyler muhtemelen uzun yaşam süreleri boyunca daha fazla strese maruz kalmış olmaları ve stresle başa çıkabilme yöntemlerini geliştirdikleri/öğrendikleri için gençlere kıyasla daha az etkilenirler (39). Yaşlanma evreleri literatürde geç-orta yaş (50-64 yıllar), genç-yaşlı (65-74 yıllar), yaşlı-yaşlı (74 yıl ve üzeri yaşlar) olmak üzere ele alınmıştır (29).

Geç-orta yaş grubundaki hasta ve eşleri emeklilik dönemine girmiş ve geçiş evresindedirler. Bir kısım hasta ve yakını bu yaşamdaki değişimi memnuniyetle karşılar, diğer kısmı için oldukça stresli olabilir. Çoğu adult iyi bir sağlık kondisyonu sergilerken, bir kısmı yaşlanma ve komorbid

hastalıkların gelişmesi ile ilgili değişimleri yaşamaya başlamışlardır. Fiziksel işlevlerinin bir kısmı bu periyoda azalmaya başlamış olmasına rağmen kendine güven ve yaşamını yönlendirmeyi içerek psikolojik bilişsel fonksiyonlar zirvededir (29). Bu genç sayılabilecek hasta grubu daha iyi fiziksel yaşam kalitesine sahipken zamanla mental iyilik halinde kötüleşme ortaya çıkar (40,41) Bu yaş grubu çiftler daha yaşlı olanlara kıyasla kanserle ilgili daha fazla psikolojik strese sahiptirler (42). Geç-orta yaş grubu hasta eşleri sıklıkla kendi duygulanmalarını kontrol etmek ve kanser tanısı ve tedavisi alan eşlerinin tedavi bağımlı yan etkileri stresleriyle baş etmek zorundadırlar (17-21). Hasta yakını olarak tedavi sürecine dahil edilmelerinin mücadele gücünü artırdığı gösterilmiştir (24). Bu yaş grubu hastalar çoğunlukla iş yaşantıları ya da sosyal ilişkileri aktif bir şekilde devam edebildiğinden üriner inkontinans gibi ortaya çıkabilen tedaviye bağımlı yan etkiler nedeniyle utanma, sosyal ilişkilerinde kısıtlanma yaşarlar (43). Benzer şekilde bu yaş grubu erkekler yaşlı kanser tanımlı erkeklerle kıyasla seksüel disfonksiyondan daha fazla etkilenirler, erkeklik imajlarını yitirir ve kendilerinin algıladıkları imajları bozulur (22). İnkontinans ve seksüel disfonksiyon eşlerin cinsel yakınlık açısından eşin başka bir yol bulma ihtiyacı yaratır ve şayet başarılı bir şekilde uyum sağlanamaz ise evlilik ilişkisinde gerginlik ortaya çıkabilir (29). Geç-orta yaş grubu eşler kocalarının aksine cinsel sorunları konuşmaya daha eğilimli olup, genç-yaşlı veya yaşlı-yaşlı gruptaki eşlere kıyasla kocalarının seksüel disfonksiyonundan daha fazla rahatsız olurlar (44). Hastanın stresinin artması ve yaşam kalitesindeki düşüş eşlerin yaşam kalitesinde de aynı şekilde azalmaya neden olur (25,26). Eşler kendine, ailesine ve arkadaşlarına zaman ayıramama, hastalık nedeniyle sosyal ortamlardan uzaklaşma ve izolasyon yaşarlar ve kariyerlerinin kesintiye uğramasından rahatsızdır (25,45,46). Eşler hangi yaş grubunda olursa olsun prostat kanser hastası eşleri için majör destek kaynağı olduğu için yaşam kalitesi algılarındaki negatiflik doğal olarak hastanın yaşam kalitesini etkileyen en önemli konu olacaktır (7,25,47).

Genç-yaşlı grupta sosyal açıdan emeklilik dönemi başlamış ve yoğun iş aktivitesinin azalması çoğunlukla olumlu bir yansıma yaratırken bazı bireylerde işe yaramama hissi yaratır. Çoğu birey genel olarak iyi bir sağlık durumuna sahiptir (29). Ancak komorbid hastalıklar ve yaşlanma sürecine bağlı değişimler daha baskındır. Bu yaş grubu hastalar genç gruba göre hastalığı daha az olumsuz değerlendirir. Başka bir deyişle hastalıklarının

daha az yaşamlarını tehdit edici olarak görürler (48). Seksüel disfonksiyon uygulanan tedavilere bağlı genel bir bulgu olmasına rağmen geç-orta yaş grubu hastalara kıyasla daha az problematiktir (49). Eşler genç-orta yaş grubuna kıyasla mevcut durumlarını daha rahat kabullenirler. Kendilerinin yaşamdan beklentilerinin azalmış olması ve prostat kanserli eşinin ihtiyaçları karşılıyor olmak kişisel tatmin duygusu yaratır. Ayrıca prostat kanser teşhisinden sevdikleri yaşam partnerini kaybetme korkusu ile daha fazla stres duyarlar (50). Eşler kocalarının sağlık durumunu daha abartılı algılama eğilimindedirler, bu ise aşırı üzüntü ile sonuçlanır (50).

Yaşlı-yaşlı grupta yaşlanma olayı belirgindir. Yaşlı birey otonomi ve bağımsızlığını kaybetmeye başlamıştır. Prostat kanserli hasta hastalığın semptomlarını yaşlanmanın doğal sonucu olarak yorumlama eğilimindedir ve bu durum medikal yardım aramada gecikmeye neden olur (51,52). Yaşlı-yaşlı grupta hasta hastalığını zaten mevcut yaşlanma olayı ve fiziksel, bilişsel çöküntü nedeniyle olumsuz değerlendirme eğilimindedir. Ayrıca hastalıktan düzelleme kapasitesi azalmış ve kırılabilirliği artmıştır (51). Sosyal izolasyon, azalmış aile kaynakları ve komorbid durumların varlığı yaşlı-yaşlı gruptaki eşlerin yüklenedikleri bakım rolü nedeniyle diğer yaş gruplarından daha fazla strese uğramalarına neden olur (53,54). Yaşlı-yaşlı grupta hasta ve eşi bağımsızlıklarının devamı, günlük stres ve zorlukları karşılama birbirlerine güvenirlir. Bakımla yükümlü yaşlı eşler azalmış fizyolojik kapasiteleri nedeniyle sağlık problemlerinde ve mortalite oranında artış riskini taşırlar (55,56). İleri evre prostat kanser tedavisi seçenekleri arasında olan androjen azaltıcı tedaviler bu yaş grubunda sık olarak uygulanır. Geç-orta yaşlı grupta bakımla yükümlü eşler hormonal tedavi yöntemlerine bağlı eşlerinin azalmış libido ve seksüel fonksiyonlarında şikayetçi iken yaşlı-yaşlı grupta hormonal tedaviye bağlı hastanın güçsüzlüğü problem olarak öne çıkmaktadır (57). Depresyon bu yaş grubundaki eşlerde genel popülasyondan daha fazla görülür ve tedavi edilmez ise psikososyal zorluklara neden olur (25,58,59).

Psikolojik faktörler: Bireysel yeterlilik bir kişinin yeni görevler karşısında kendi kapasitesine ve yeteneğine inanmasıdır. Prostat

“Yaşlı-yaşlı grupta hasta ve eşi bağımsızlıklarının devamı, günlük stres ve zorlukları karşılama birbirlerine güvenirlir. Bakımla yükümlü yaşlı eşler azalmış fizyolojik kapasiteleri nedeniyle sağlık problemlerinde ve mortalite oranında artış riskini taşırlar.”

kanserli hasta ve eşlerinin prostat kanseri nedeniyle ortaya çıkan durum ve semptomları yönetmede ne kadar etkinse daha iyi yaşam kalitesine sahip olacakları gösterilmiştir (60). Hastalığın değerlendirilmesi kişisel önem, amaçlar ve çözüm bulma yeteneği açısından hastalığın stres durumunu belirleyen kişinin yargısı olarak tanımlanır. Dolayısıyla hastalığın nasıl algılandığı bireyin hastalığa uyum sağlaması ve doğal olarak yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkiye sahiptir (57). Genç yaş grubu kanserli hastalar daha olumsuz değerlendirmeye sahip iken, yaşlı bireyler daha az stresli bir algıya sahiptir (48). Kanser hastalarının bakımı ile yükümlü eşler sıklıkla kendilerini fiziksel, mental ve duygusal olarak tükenmiş hissettiklerinden hastalık değerlendirmesi açısından olumsuz algıya sahiptirler. Bu ise hem kendi, hem de eşlerinin yaşam kalitesi üzeri- ne olumsuz etkilidir (57).

Sosyal destek: Kronik veya yaşamı tehdit eden hastalığa sahip ya da ileri yaşlı olgularda sosyal destek sağlanması iyi olma halinin öngörücüsü olduğu pek çok kesitsel veya longitudinal çalışmada ortaya konmuş bir durumdur (49,50,61). Daha az sosyal destek alan eşlerin yaşam kalitesi alanlara kıyasla daha kötü olmakla birlikte bazal destek durumu onların yaşam kalitesi seviyelerini ön görmemektedir: bu durum eşlerin hastalığın farklı durum ve evrelerinde değişen sosyal yardımlara ihtiyaç duyabileceğinin bir göstergesidir (7,31,61). Kültürel farklılık, ırk gibi faktörler dikkate alındığında sosyal desteğe aslında çoğu eşin destek duyduğu ama

etkin olmayan iletişim ve mücadele stratejileri nedeniyle bu istemin engellenebileceği görülmüştür (62). Sosyal destek aynı zamanda kanser hastasının da psikolojik stresini rahatlatır ve onun bilişsel işlevi üzerinde yararlı etkilere sahiptir (63).

Bilgilendirme: Hastaların büyük çoğunluğu kanser teşhisine uyum sağlamakta zorluk yaşarlar ve hastaya doğru bilgi akışının sağlanması algılanan yaşam kalitesinde düzelleme, tehdit ve endişe duygularında azalma, kontrol algısında artma sağlayarak kanser teşhisine alıymayı kolaylaştırır (64,65). Hastalıklarının ve onun progresyonu hakkında bilgi ihtiyaçlarının karşılanmaması kanser hastalarında endişe ve depresyon gibi olumsuz psikolojik sonuçlar ile bağlantılıdır (66). Kanser hakkında bilgiyi artırmaya yönelik bilgilendirme sağlanması belirsizliği azaltarak psikolojik stresin azalmasına yardımcı olur (67). Hastanın yaşam kalitesi değişimleri eşinin yaşam kalitesine direkt olarak yansıyacağından özellikle teşhis ile aynı zamanlı bilgilendirmenin, hasta ve eşinin eş zamanlı sorularının cevaplandırılmasının ve arzu edilen yazılı bilgilerin verilmesinin yararlı olduğu bilinmelidir (68).

Diğer faktörler: Eğitim düzeyi, finansal durum, evlilik süresi, ırk, sosyokültürel farklılıklar gibi pek çok faktör hasta ve eşinin yaşam kalitesi üzerine etki eder.

Örneğin ailenin yüksek gelir ve eğitim düzeyi hasta ve eşinin daha iyi yaşam kalitesini öngörebilir (69). Ancak bu detaylar hakkında yeterli literatür birikimi yoktur.

Sonuç olarak prostat kanserli hastalar için majör bakım desteği veren eşler hastalığın boyutunun ötesinde yaşam kalitesi açısından etkilenirler. Eşlerin geçirdiği hastalıklara bağlı yaşam kaliteleri değişebilir ve bu değişim partnerinin yaşam kalitesi üzerine etki etme potansiyeli taşır. Eşlerin yaşam kalitesine etki eden değişkenlerin tüm boyutları ile saptanması önemlidir. Zira bakımdan sorumlu eşin yaşam kalitesi bozukken hastanın yaşam kalitesini düzeltmek çok daha zordur. Günümüzde kanser yönetimi itirazsız takım işidir. Bu takımın hastaya bakım vermekle sorumlu en büyük destekçisinin eş olduğu gerçeğini dikkate alarak geliştirilecek yeni kanser yönetim stratejileri toplam kalite için şarttır.

Kaynaklar

1. Badger TA, Segrin C, Figueredo AJ et al. Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Qual Life Res* 2010.
2. Baade PD, Youlden DR, Krnjacki LJ. International epidemiology of prostate cancer: geographical distribution and secular trends. *Mol Nutr Food Res* 2009;53(2):171-184.
3. Eton DT, Lepore SJ. Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. *Psychooncology* 2002;11(4):307-326.
4. Balderson N, Towell T. The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *Br J Health Psychol* 2003;8(Pt 2):125-134.
5. Bloch S, Love A, Macvean M, Duchesne G, Couper J, Kissane D. Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature. *Biopsychosoc Med* 2007;1:2.
6. Couper J, Bloch S, Love A, Macvean M, Duchesne GM, Kissane D. Psychosocial adjustment of female partners of men with prostate cancer: a review of the literature. *Psychooncology* 2006;15(11):937-953.
7. Eton DT, Lepore SJ, Helgeson VS. Psychological distress in spouses of men treated for early-stage prostate carcinoma. *Cancer* 2005;103(11):2412-2418.
8. Payne S, Smith P, Dean S. Identifying the concerns of informal carers in palliative care. *Palliat Med* 1999;13(1):37-44.
9. Wilson K, Pateman B, Beaver K, Luker KA. Patient and carer needs following a cancer-related hospital admission: the importance of referral to the district nursing service. *J Adv Nurs* 2002;38(3):245-253.
10. Ahrens J, Nadash P. Informal caregivers: who are they & how do they differ? *Caring* 2003;22(3):46-47.
11. Brandeis JM, Litwin MS, Burnison CM, Reiter RE. Quality of life outcomes after brachytherapy for early stage prostate cancer. *J Urol* 2000;163(3):851-857.
12. Clark JA, Rieker P, Propert KJ, Talcott JA. Changes in quality of life following treatment for early prostate cancer. *Urology* 1999;53(1):161-168.
13. Shrader-Bogen CL, Kjellberg JL, McPherson CP, Murray CL. Quality of life and treatment outcomes: prostate carcinoma patients' perspectives after prostatectomy or radiation therapy. *Cancer* 1997;79(10):1977-1986.
14. White WM, Sadetsky N, Waters WB, Carroll PR, Litwin MS. Quality of life in men with locally advanced adenocarcinoma of the prostate: an exploratory analysis using data from the CaPSURE database. *J Urol* 2008;180(6):2409-2413.
15. Sonn GA, Sadetsky N, Presti JC, Litwin MS. Differing perceptions of quality of life in patients with prostate cancer and their doctors. *J Urol* 2009;182(5):2296-2302.
16. Smith DP, King MT, Egger S et al. Quality of life three years after diagnosis of localised prostate cancer: population based cohort study. *BMJ* 2009;339:b4817.
17. Jensen S, Given BA. Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nurs* 1991;14(4):181-187.
18. Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM. The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Res Nurs Health* 1993;16(6):395-404.
19. Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, van den Bos GA. Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psychooncology* 1998;7(1):3-13.
20. Raveis VH, Karus DG, Siegel K. Correlates of depressive symptomatology among adult daughter caregivers of a parent with cancer. *Cancer* 1998;83(8):1652-1663.
21. Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC. The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology (Williston Park)* 1997;11(2):189-194.
22. Heyman EN, Rosner TT. Prostate cancer: an intimate view from patients and wives. *Urol Nurs* 1996;16(2):37-44.
23. Harden J, Schafenacker A, Northouse L et al. Couples' experiences with prostate cancer: focus group research. *Oncol Nurs Forum* 2002;29(4):701-709.
24. Maliski SL, Heilemann MV, McCorkle R. From "death sentence" to "good cancer": couples' transformation of a prostate cancer diagnosis. *Nurs Res* 2002;51(6):391-397.
25. Given B, Stommel M, Collins C, King S, Given CW. Responses of elderly spouse caregivers. *Res Nurs Health* 1990;13(2):77-85.
26. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Mulder M, Sanderman R, van den Bos GA. Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *Gerontologist* 2000;40(6):738-746.
27. Northouse LL, Dorris G, Charron-Moore C. Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Soc Sci Med* 1995;41(1):69-76.
28. Boehmer U, Clark JA. Communication about prostate cancer between men and their wives. *J Fam Pract* 2001;50(3):226-231.
29. Harden J. Developmental life stage and couples' experiences with prostate cancer: a review of the literature. *Cancer Nurs* 2005;28(2):85-98.
30. Gomella LG, Johannes J, Trabulsi EJ. Current prostate cancer treatments: effect on quality of life. *Urology* 2009;73(5 Suppl):S28-S35.
31. Kershaw TS, Mood DW, Newth G et al. Longitudinal analysis of a model to predict quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Ann Behav Med* 2008;36(2):117-128.
32. Kornblith AB, Herr HW, Ofman US, Scher HI, Holland JC. Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. The value of a data base in clinical care. *Cancer* 1994;73(11):2791-2802.
33. Bill-Axelsson A, Garmo H, Lambe M et al. Suicide risk in men with prostate-specific antigen-detected early prostate cancer: a nationwide population-based cohort study from PCBaSe Sweden. *Eur Urol* 2010;57(3):390-395.
34. Mor V, Allen S, Malin M. The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer* 1994;74(7 Suppl):2118-2127.
35. Woods NF, Lewis FM. Women with chronic illness: their views of their families' adaptation. *Health Care Women Int* 1995;16(2):135-148.
36. Boyle D, Blodgett L, Gnesdiloff S et al. Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nurs* 2000;23(3):193-203.
37. Deimling GT, Sterns S, Bowman KF, Kahana B. The health of older-adult, long-term cancer survivors. *Cancer Nurs* 2005;28(6):415-424.
38. Hewitt M, Rowland JH, Yancik R. Cancer survivors in the United States: age, health, and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(1):82-91.
39. Zebrack BJ, Yi J, Petersen L, Ganz PA. The impact of cancer and quality of life for long-term survivors. *Psychooncology* 2008;17(9):891-900.
40. Lintz K, Moynihan C, Steginga S et al. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psychooncology* 2003;12(8):769-783.
41. Hu JC, Elkin EP, Pasta DJ et al. Predicting quality of life after radical prostatectomy: results from CaPSURE. *J Urol* 2004;171(2 Pt 1):703-707.
42. Harden JK, Northouse LL, Mood DW. Qualitative analysis of couples' experience with prostate cancer by age cohort. *Cancer Nurs* 2006;29(5):367-377.
43. McCammon KA, Kolm P, Main B, Schellhammer PF. Comparative quality-of-life analysis after radical prostatectomy or external beam radiation for localized prostate cancer. *Urology* 1999;54(3):509-516.
44. Gray RE, Fitch MI, Phillips C, Labrecque M, Fergus K. Managing the Impact of Illness: The Experiences of Men with Prostate Cancer and their Spouses. *J Health Psychol* 2000;5(4):531-548.
45. Robinson KM. Predictors of burden among wife caregivers. *Sch Inq Nurs Pract* 1990;4(3):189-203.
46. Wallhagen MI. Caregiving demands: their difficulty and effects on the well-being of elderly caregivers. *Sch Inq Nurs Pract* 1992;6(2):111-127.
47. Northouse LL, Mood DW, Montie JE et al. Living with prostate cancer: patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *J Clin Oncol* 2007;25(27):4171-4177.
48. Bowman KF, Deimling GT, Smerglia V, Sage P, Kahana B. Appraisal of the cancer experience by older long-term survivors. *Psychooncology* 2003;12(3):226-238.
49. Rondorf-Klym LM, Colling J. Quality of life after radical prostatectomy. *Oncol Nurs Forum* 2003;30(2):E24-E32.
50. Carlson LE, Ottenbreit N, St PM, Bultz BD. Partner understanding of the breast and prostate cancer experience. *Cancer Nurs* 2001;24(3):231-239.
51. Keller ML, Leventhal H, Prohaska TR, Leventhal EA. Beliefs about aging and illness in a community sample. *Res Nurs Health* 1989;12(4):247-255.
52. Luggen AS. Chronic pain in older adults. A quality of life issue. *J Gerontol Nurs* 1998;24(2):48-54.
53. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol* 2005;16(7):1185-1191.
54. McCorkle R, Pasacretra JV. Enhancing caregiver outcomes in palliative care. *Cancer Control* 2001;8(1):36-45.
55. Carter PA, Acton GJ. Personality and coping: predictors of depression and sleep problems among caregivers of individuals who have cancer. *J Gerontol Nurs* 2006;32(2):45-53.
56. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999;282(23):2215-2219.
57. Harden J, Northouse L, Cimprich B, Pohl JM, Liang J, Kershaw T. The influence of developmental life stage on quality of life in survivors of prostate cancer and their partners. *J Cancer Surviv* 2008;2(2):84-94.
58. Given BA, Given CW. Family caregiving for the elderly. *Annu Rev Nurs Res* 1991;9:77-101.

59. Yates ME, Tennstedt S, Chang BH. Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54(1):12-22.
60. Campbell LC, Keefe FJ, McKee DC et al. Prostate cancer in African Americans: relationship of patient and partner self-efficacy to quality of life. *J Pain Symptom Manage* 2004;28(5):433-444.
61. Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nurs* 2006;29(2):120-131.
62. Rivers BM, August EM, Gwede CK et al. Psychosocial issues related to sexual functioning among African-American prostate cancer survivors and their spouses. *Psychooncology* 2011;20(1):106-110.
63. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994;3(3):183-189.
64. Lerman C, Daly M, Walsh WP et al. Communication between patients with breast cancer and health care providers. Determinants and implications. *Cancer* 1993;72(9):2612-2620.
65. Meredith C, Symonds P, Webster L et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313(7059):724-726.
66. Mesters I, van den Borne B, De BM, Pruyn J. Measuring information needs among cancer patients. *Patient Educ Couns* 2001;43(3):253-262.
67. Bailey DE, Jr., Wallace M, Mishel MH. Watching, waiting and uncertainty in prostate cancer. *J Clin Nurs* 2007;16(4):734-741.
68. Davies NJ, Kinman G, Thomas RJ, Bailey T. Information satisfaction in breast and prostate cancer patients: implications for quality of life. *Psychooncology* 2008;17(10):1048-1052.
69. Song L, Northouse LL, Braun TM et al. Assessing longitudinal quality of life in prostate cancer patients and their spouses: a multilevel modeling approach. *Qual Life Res* 2011;20(3):371-381.