

# De partnerrelatie van gynaecologische kankerpatiënten: het perspectief van de vrouw<sup>o</sup>

G. Bos-Branolte\*, Y. M. Rijshouwer\*\*, E. M. Zielstra\*\*,  
H. J. Duivenoorden\*\*\* en J. B. Trimbos\*\*\*\*

*Als onderdeel van een onderzoeksproject naar de kwaliteit van leven van genezen gynaecologische kankerpatiënten, uitgevoerd in het Academisch Ziekenhuis te Leiden, werd nagegaan of na de ziekte bij beide partners verschuivingen zijn opgetreden in hun behoeften aan seksualiteit, intimiteit, emotionele steun en communicatie. Het ging hierbij alleen om de visie van de patiënten. Uit vragenlijsten en interviews met 69 vrouwen bleek het behoeftenpatroon van de vrouwen na de ziekte meer veranderd te zijn dan dat van hun partners: de behoefte aan seksualiteit nam meer af en de behoeften aan intimiteit, emotionele steun en open communicatie namen meer toe dan die van hun partners. Afname van seksuele activiteit bleek niet te leiden tot negatieve veranderingen in de partnerrelatie. De kwaliteit van de partnerrelatie werd juist gedefinieerd door aanwezigheid van intimiteit, emotionele steun en open communicatie dan door seksualiteit. Een groot deel van de vrouwen had de indruk dat hun man, tijdens haar ziekte, behoefte had aan emotionele steun, maar dat hij die niet gekregen heeft. Het verdient aanbeveling om naast hulpverlening aan de ex-patiënten ook hulpverlening voor en onderzoek naar hun partners te ontwikkelen.*

\* Klinisch psycholoog-psychotherapeute, Vrouwenkliniek, Academisch Ziekenhuis Leiden, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.

\*\* Psycholoog, Vrouwenkliniek, Academisch Ziekenhuis Leiden, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.

\*\*\* Methodoloog, Medische Psychologie, Faculteit der Geneeskunde, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

\*\*\*\* Gynaecoloog, Vrouwenkliniek, Academisch Ziekenhuis Leiden.

<sup>o</sup> geaccepteerd 30 september 1987.

Uit een groot aantal studies op het terrein van de oncologie komt naar voren, dat voor kankerpatiënten de partner de belangrijkste bron van steun is bij het doorstaan van de ziekte, de behandeling en het verwerkingsproces (Cassileth, 1985; Lichtman en Taylor, 1986; Smith, *et al.*, 1986; Vess, *et al.*, 1985; Waltz, 1986; Wellisch, 1981). De meest effectieve vormen van steun die in dit verband genoemd worden zijn: liefde, empathie en expressie van gevoelens en gedachten.

Uit onderzoek bij vrouwelijke patiënten blijkt, dat er een positieve relatie bestaat tussen emotionele steun van de partner en de mate van psychologische aanpassing en verwerking (Lichtman en Taylor, 1986). Ook is beschreven, dat het van groot belang is voor het gevoel van eigenwaarde van de patiënten, indien partners positief reageren op de lichamelijke gevolgen van een operatie (Wortman, 1984). Echter, niet elke relatie bergt voldoende affectie in zich en niet elke relatie is bestand tegen de inbreuk die kanker erop uitoefent.

Lang niet elke uiting van steun – hoe goed bedoeld ook – is positief. Door verschillende auteurs wordt er zelfs op gewezen dat door negatieve steun de psychologische stress van kankerpatiënten eerder zal toenemen dan afnemen (Taylor, *et al.*, 1986; Wortman en Dunkel-Schetter, 1979).

Na kanker treden er vaak ingrijpende verschuivingen op in het behoeftenpatroon van zowel de patiënten als van de partners. Zo nemen de behoeften aan affectie en lichamelijke intimiteiten doorgaans toe, terwijl de behoefte aan seksualiteit veelal aanzienlijk afneemt (Leiber, *et al.*, 1976).

In de oncologische literatuur worden naast huwelijksproblemen (Andersen en Anderson, 1986; Cain, *et al.*, 1986; Fobair, *et al.*, 1986; Maguire, 1982; Morris, *et al.*, 1977; Smith, *et al.*, 1986; Taylor, *et al.*, 1985) en seksuele problemen (Maguire, 1982; Morris, *et al.*, 1977), problemen die betrekking hebben op de communicatie tussen partners frequent genoemd (Lichtman en Taylor, 1986; Northouse, 1984; Smith, *et al.*, 1986; Spiegel, *et al.*, 1983; Taylor, *et al.*, 1985; Taylor, *et al.*, 1986; Vess, *et al.*, 1985; Wellisch, 1981). Vrouwen hebben doorgaans al meer behoefte om over hun gevoelens te praten dan mannen (Dosser, *et al.*, 1986); na kanker wordt die behoefte bij vrouwen nog sterker (Cassileth, *et al.*, 1985; Leiber, *et al.*, 1976; Wortman, 1984). Maar ook de partner heeft het moeilijk en de vaak langdurige stress van de ziekte van zijn vrouw kan schadelijk zijn voor zijn lichamelijke en geestelijke gezondheid (Wortman, 1984). Uit schaars onderzoek onder mannelijke partners, komt naar voren dat zij – achter hun zwijgzaamheid – gebukt gaan onder zorgen en verdriet. Zij zijn

vaak ontredderd (Adelman, 1984), en angst voor de dood van hun vrouw kan voor hen een groter probleem zijn dan voor de patiënt (Cook Gotay, 1984). Veelal wordt nauwelijks rekening gehouden met hun emotionele behoeften (Goldberg, *et al.*, 1984; Leiber, *et al.*, 1976; Northouse, 1984; Wellisch, 1981). Zo vond Maguire (1982) in een onderzoek bij 52 mannelijke partners, dat 40 van hen in een stress-situatie verkeerden, terwijl slechts 3 van hen de zorgen met iemand hadden gedeeld. Aangezien mannen vaak slechts één sterke emotionele relatie hebben, nl. die met hun vrouw (Stoddard en Henry, 1985), zijn zij letterlijk en figuurlijk aan hun lot overgelaten.

Als onderdeel van een onderzoeksproject naar de kwaliteit van leven van gynaecologische kankerpatiënten werd nagegaan of na gynaecologische kanker bij beide partners verschuivingen waren opgetreden in hun behoefte aan seksualiteit, intimiteit, emotionele steun en communicatie. Tevens werd nagegaan in welke mate in de veranderde behoeften was voorzien. Vervolgens werd de samenhang met medische behandeling, leeftijd en lichaamsbeeld geëxploreerd en tenslotte werd de kwaliteit van de partnerrelatie geanalyseerd. Het hier beschreven onderzoek heeft een descriptief karakter en voor een gedeelte zijn de gegevens retrospectief verkregen.

## **Materiaal en methoden**

### *Patiënten*

Alle patiënten werden geselecteerd uit het bestand van de Afdeling Gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis Leiden in overleg met de medische staf. De volgende selectie-criteria werden aangehouden: de patiënt moest a) in complete remissie zijn gedurende minstens 6 maanden na medische behandeling; b) niet ouder zijn dan 70 jaar; c) Nederlands spreken; d) op de hoogte zijn van de diagnose kanker; e) geen andere dan gynaecologische kanker in de voorgeschiedenis hebben; f) geen ernstige psychiatrische pathologie vertonen.

In de periode van 1985 tot 1986 werden 119 patiënten schriftelijk uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Van de 90 patiënten die hieraan deelnamen, hadden 69 patiënten een vaste relatie. Zij waren behandeld voor: ovariumcarcinoom (29), cervixcarcinoom (24), endometriumcarcinoom (12) en vulvacarcinoom (4). De medische behandelingen hadden bestaan uit chirurgie alleen (23), chirurgie en chemotherapie (22), chirurgie en radiotherapie (17) en chirurgie gecombineerd met chemotherapie en radiotherapie (7). De leeftijden varieerden van 26 tot 70 jaar met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar; patiënten waren gemiddeld 34 maanden in remis-

sie, met een spreiding van 6 tot 83 maanden. Expliciet dient te worden opgemerkt dat alleen de patiënten in het onderzoek werden betrokken en niet hun partners.

## **Instrumenten**

### *Basic Oncology Scale (BOS)*

Aan deze vragenlijst, ontworpen voor gynaecologische kankerpatiënten, werden voor dit onderzoek demografische gegevens ontleend, alsmede gegevens over seksualiteit, emotionele steun, communicatie, lichaamsbeleving en de veranderingen daarin.

### *Diagnostisch Interview*

De semi-gestructureerde diepte-interviews werden afgenomen door de psychotherapeut (GBB). Het diagnostisch interview bood de mogelijkheid persoonlijker in te gaan op intieme onderwerpen. De gegevens uit het interview die in dit artikel verwerkt zijn, betroffen met name de seksualiteitsbeleving, de lichaamsbeleving en de gepercipieerde kwaliteit van de partnerrelatie. Aan het eind van het interview werd aan alle patiënten psychotherapie aangeboden, hetgeen door 30% geaccepteerd werd. Vijf patiënten kozen voor individuele psychotherapie en 22 patiënten voor groepstherapie.

Voor meer uitgebreide gegevens over genoemde instrumenten wordt verwezen naar vroegere publikaties (Bos, *et al.*, 1987<sup>a</sup>; Bos, *et al.*, 1987<sup>b</sup>).

## **Methoden van analyse**

Twee leden van het onderzoeksteam beoordeelden elk de helft van de verbatim uitgetypte interviews. De antwoorden uit het interview werden in maximaal drie categorieën ingedeeld: ja/nee/weet niet. Elk 5de interview werd door de beide beoordelaars gecodeerd en op overeenkomst gecontroleerd. Bij verschil in beoordeling werd in onderling overleg overeenstemming bereikt.

Op de gegevens, uit zowel de vragenlijst als uit het interview, werden rechte tellingen verricht. Deze werden statistisch getoetst door middel van een  $\chi^2$ -test (Chi-kwadraat test) gecorrigeerd voor continuïteit (Yates, 1934), en in geval van 2 proporties werd de z-toets voor proporties toege-

past (Fleiss, 1973). Een significantie niveau van  $p \leq 0.05$  (tweezijdig) werd aangehouden.

## Resultaten

### *Seksualiteit en Intimiteit*

Op grond van de vragenlijst bleek, dat het behoeftenpatroon van de vrouwen na de ziekte meer veranderd was dan – in hun ogen – de behoefte van hun partners (tabel 1).

Tabel 1. Veranderingen in behoeften bij patiënten en hun partners (n = 69), gepercipieerd door de patiënt

		patiënte %	partner %	p
seksualiteit	afname	59	30	$\leq .01$
	onveranderd	41	65	
	toename	—	5	
intimiteit	afname	22	11	$\leq .01$
	onveranderd	59	75	
	toename	19	14	

Bron: vragenlijst

Bij zowel vrouwen als mannen was de behoefte aan seksualiteit afgenomen: bij 59% van de vrouwen is de seksuele behoefte afgenomen en volgens 30% van hen was dit het geval bij de partners. Ook ten aanzien van intimiteit traden veranderingen op. Echter, hier was zowel een toename in behoeften te constateren (namelijk bij 19% van de vrouwen en volgens 14% van de vrouwen bij hun partners), als een afname, namelijk bij resp. 22% en 11%.

Het diagnostisch interview liet gedeeltelijk een ander beeld zien. Allereerst bleek het percentage vrouwen bij wie de seksuele behoefte afgenomen was, 15% hoger te zijn dan het percentage van de vragenlijst. Op de vraag of seksuele activiteit aanwezig was, antwoordde driekwart van de vrouwen bevestigend; echter, slechts de helft van hen gaf aan hier plezier aan te beleven. De anderen deden het voor hun man, 'dat offer breng je', of uit angst hem te verliezen.

In meer dan tweevijfde van de relaties was fysieke intimiteit – anders dan coïtale seks – afwezig. Verder gaf een derde van de vrouwen aan dat haar man geen zin meer had in seks (met haar).

### Steun en Communicatie

De emotionele behoeften van de vrouwen waren meer toegenomen dan die van hun partners (tabel 2).

Tabel 2. Toename in behoeften bij patiënten en partners (n = 69), gepercipieerd door de patiënten

	patiënt %	partner %	z	p
instrumentele steun	39	23	1.8	NS
emotionele steun	30	19	1.5	NS
communicatie	23	12	1.5	NS

Bron: vragenlijst

Bij ongeveer 40% van de vrouwen en volgens 25% van de vrouwen bij hun partners was de behoefte aan instrumentele (praktische) steun toegenomen. De behoefte aan emotionele steun nam bij respectievelijk 30% en 19% toe, terwijl de behoefte aan communicatie bij de vrouwen tweemaal sterker toenam dan volgens hen bij hun partners. Deze verschillen in verandering van de zojuist genoemde behoeften waren overigens niet statistisch significant.

Vervolgens bleek uit het interview dat het merendeel van de vrouwen (84%) instrumentele steun van hun partner ontvangen had tijdens de ziekte. Tweederde (64%) werd emotioneel gesteund, hetgeen inhoudt dat een derde van de vrouwen het zonder moest stellen. De behoefte aan communicatie werd het minst bevredigd: volgens de patiënten kon bijna de helft van de partners (43%) niet in deze behoefte voorzien.

In het interview werden de vrouwen ook vragen gesteld die betrekking hadden op de behoeften van hun partner. Uit hun antwoorden bleek dat 42% van de vrouwen de indruk hadden dat hun man behoefte had gehad aan emotionele steun, maar dat meer dan de helft dit niet gekregen had. Een verrassend hoog percentage van de vrouwen (39%) bleek deze vraag niet te kunnen beantwoorden.

### Achtergrondvariabelen

Tevens werd onderzocht of de veranderingen van de behoeften en de mate waarin hierin werd voorzien, samengingen met medische behandeling, leeftijd en lichaamsbeeld.

**Medische Behandeling** Na mutilerende chirurgische behandelingen voor gynaecologische maligniteiten, zoals na een radicale vulvectomie of een operatie resulterend in een stoma, zeiden 4 van de 5 patiënten dat daardoor hun seksuele relatie ingrijpend verslechterd was. Ook bij 79% van de patiënten die chemotherapeutisch behandeld waren, was de seksuele motivatie afgenomen. De behoeften van deze patiënten waren statistisch significant meer veranderd ( $p \leq 0.05$ ) dan van degenen, die geen chemotherapie hadden ondergaan. Tenslotte bleek dat na intravaginale radiotherapie bij 6 van de 12 patiënten de seksualiteit negatieve veranderingen had ondergaan. Bovendien wilde na de bestraling de helft van hun partners de seksuele relatie niet meer voortzetten.

Tevens bleek er een verband te bestaan tussen negatieve veranderingen in seksualiteit en lichamelijke problemen zoals neuropathie, vermoeidheid, of gewichtstoename als neveneffect van de medische behandeling. Er werd een significant verschil ( $p \leq 0.05$ ) gevonden tussen vrouwen met lichamelijke problematiek ( $n = 51$ ) en zonder deze problemen ( $n = 16$ ). Voor resp. 63% en 36% was de seksuele relatie negatief veranderd.

**Leeftijd** Er werd een indeling gemaakt in vier groepen: vrouwen onder de 40 jaar ( $n = 16$ ), van 41 tot 50 ( $n = 17$ ), van 51 tot 60 ( $n = 19$ ) en 61 en ouder ( $n = 17$ ). Vrouwen in de jongste en oudste leeftijdsgroep waren het meest veranderd: de behoefte aan emotionele steun en communicatie was bij hen meer toegenomen dan in de middengroepen.

Tevens was bij de jongste vrouwen de behoefte aan intimiteit het meest toegenomen (25%) en de behoefte aan seks het minst afgenomen (44%). De grootste daling in seksuele behoeften kwam voor bij vrouwen boven de 60 jaar (82%). De gevonden verschillen waren niet statistisch significant.

**Lichaamsbeeld** Uit de vragenlijst bleek dat een groot aantal vrouwen zich minder aantrekkelijk vond dan voor hun medische behandeling: 35% vond zich fysiek minder aantrekkelijk, 28% vond zich seksueel minder aantrekkelijk, terwijl 29% zich minder vrouw voelde. Tweederde van de vrouwen die zich seksueel minder aantrekkelijk voelden, voelden zich ook minder vrouw. Dit was bij slechts 6% van de vrouwen die zich seksueel even aantrekkelijk voelden als voor de operatie, het geval ( $p < 0.001$ ).

### **Partnerrelatie**

Onderzocht werd in hoeverre de verschillende behoeften(veranderingen)

de partnerrelatie hadden beïnvloed, met dien verstande dat dit uitsluitend de perceptie van de patiënten weergeeft.

Allereerst vonden we dat intimiteit, emotionele steun en communicatie in hoge mate samen voorkwamen ( $p < 0.001$ ), d.w.z. voornamelijk òf tegelijk aanwezig òf tegelijk afwezig waren. Daarentegen bleek dat seksuele activiteit in de relatie onafhankelijk van de bovengenoemde behoeften voorkwam, d.w.z. het feit of seksuele activiteit afwezig was, hield niet noodzakelijk in dat de andere drie behoeften ook niet vervuld werden. Op basis van bovenstaande bevindingen werd de kwaliteit van de partnerrelatie in drie categorieën onderverdeeld: a) Positief: relaties die gekenmerkt werden door intimiteit, emotionele steun en communicatie. Dit waren doorgaans liefdevolle en warme relaties. b) Negatief: relaties die niet aan de in a) gestelde voorwaarden voldeden. Deze relaties waren kil en liefdeloos. c) Matig: relaties waarin 1 of 2 van bovengenoemde condities ontbraken.

Op grond van de gegevens uit het interview bleken 32 vrouwen een positieve relatie te hebben, 18 een matige en 19 hadden een negatieve relatie. Negatieve veranderingen in de seksuele relatie kwamen in positieve en negatieve relaties nagenoeg in gelijke mate voor, nl. 66% en 68% (tabel 3).

Tabel 3. Kwaliteit van de partnerrelatie en negatieve veranderingen in de seksuele relatie, (n = 69), gepercipieerd door de patiënten, in %

partner relatie	n	negatieve veranderingen in seksuele relatie
positief	32	66
matig	18	83
negatief	19	68

Bron: interview

NS

Tenslotte bleek uit het interview dat niet alleen de vrouwen minder goed floreerden naarmate de kwaliteit van hun relatie te wensen overliet, maar ook hun partners. Van de vrouwen met een positieve relatie gaf namelijk 53% aan dat hun partners tijdens hun ziekte emotionele steun ontvangen had, terwijl van de vrouwen in een negatieve relatie geen enkele vrouw van mening was dat haar man in de periode emotioneel gesteund werd. Dit verschil was significant ( $p < 0.01$ ).

## Discussie

Daar wij geïnteresseerd waren in de partnerrelatie van vrouwen die behandeld zijn voor gynaecologische kanker, spreekt het voor zich dat hun waar-



dering van de relatie niet hoeft te stroken met die van hun partners. Door bijna de helft van de vrouwen werd de partnerrelatie als positief en liefdevol ervaren. Uit de interviews bleek dat een aantal vrouwen vond dat de relatie na hun ziekte verbeterd was en aan diepte gewonnen had. Door ongeveer een kwart van de vrouwen werd de relatie als negatief en liefdeloos ervaren. Daar objectieve gegevens over de situatie van voor de ziekte ontbraken, was niet duidelijk of de relatie vóór de ziekte ook al slecht was. Uit de interviews kwam echter wel naar voren dat deze vrouwen voor hun ziekte meer mogelijkheden hadden, of aangrepen, om tekorten in de relatie te compenseren. Een – mogelijk – andere verklaring is dat na het overleven van kanker, het verschil tussen behoeften van de beide partners is toegenomen, wat inhoudt dat deze behoeften vaker dan vroeger onbevredigd blijven. Dit was met name het geval bij de behoeften aan emotionele steun en communicatie. Het is gebleken dat bijna alle vrouwen – zelfs jaren na hun genezing – behoefte hadden om te praten over hun angsten en onzekerheden. Deze behoeften werden echter onvoldoende vervuld, hetgeen ook door andere onderzoekers beschreven is (o.a. Cassileth, *et al.*, 1985; Leiber, *et al.*, 1976; Wortman, 1984). Weliswaar voelde het merendeel van de vrouwen zich daadwerkelijk gesteund door hun partner, doch hun behoeften reikten dikwijls verder. Een derde van de patiënten ervaarde een tekort aan emotionele steun en de helft van de vrouwen heeft hun angsten en zorgen niet met hun partner kunnen delen. Deze resultaten komen overeen met die van Taylor, *et al.* (1986) en Smith, *et al.* (1986). Onze bevindingen dat – na gynaecologische kanker – de kwaliteit van de partnerrelatie juist gedefinieerd wordt door intimiteit, emotionele steun en open communicatie, dan door seksualiteit, vinden we terug bij Frenken (1976).

De seksuele relatie werd duidelijk beïnvloed door de plaats van de gynaecologische kanker en de daarvoor noodzakelijke medische behandeling. Een negatieve invloed werd vooral gezien na behandeling met chemotherapie en na radicale vulvectomie. Dit komt overeen met bevindingen uit de literatuur (Andersen en Anderson, 1986; Karlsson en Andersen, 1986; Maguire, 1982; Schover en Fife, 1985; Tamburini, *et al.*, 1986; Weijmar Schultz, *et al.*, 1986). De seksuele relatie werd eveneens negatief beïnvloed door de mate waarin vrouwen last hebben van lichamelijke problemen, zoals vermoeidheid en neuropathie. Verder bleek dat ongeveer een derde van de vrouwen zich seksueel minder aantrekkelijk vond en zich minder vrouw voelde dan vroeger. Voor een groot aantal vrouwen heeft gynaecologische kanker dus ernstige gevolgen voor hun vrouwelijke en seksuele identiteit. Niet alleen het geestelijk welzijn van de vrouwen is aangetast door de ziekte, ook hun partners hebben het zwaar te verduren gehad. Uit

de gesprekken bleek dat bij een derde van de partners potentie- of erectiestoornissen zijn opgetreden. Deze dysfuncties zijn echter niet enkel te wijten aan seksuele apathie en aversie, maar waren volgens de vrouwen ook het gevolg van o.a. hartklachten of hoge bloeddruk. Naarmate de remissie-periode langer is, is het minder duidelijk of de veranderingen in de seksuele relatie alleen in verband gebracht moeten worden met kanker, of ook met andere factoren. In de gevallen dat de partner elke lichamelijke toenadering van zijn vrouw afwees, leidde dat onvermijdelijk tot een verslechtering van de relatie, terwijl haar gevoel van eigenwaarde ernstig werd aangetast.

Ongeveer de helft van de vrouwen maakte zich tijdens de ziekenhuisopname bezorgd over het emotionele isolement waarin hun man terechtkwam. Zij hadden getracht hier zoveel mogelijk zelf in te voorzien of zochten een emotionele uitlaatklep voor hem. Opvallend is dat dit altijd een vrouw was. Anderzijds was bijna 40% van de vrouwen onvoldoende op de hoogte van de emotionele behoeften van hun man; de meesten hadden het zich zelfs nog nooit afgevraagd.

Uit ons onderzoek valt helaas te constateren dat zowel bij mannen als bij vrouwen een duidelijk onvermogen bestaat ten aanzien van inlevingsvermogen en open communicatie, en dat dit ondermijnend is voor de partnerrelatie. Watzlawick (1972) spreekt in dit verband zelfs van menselijk onvermogen.

In dit onderzoek zijn alleen de patiënten betrokken geweest. Het verdient echter aanbeveling ook onderzoek naar de noden van partners te doen.

Liefde is een krachtige bron voor het verwerken van kanker. Indien liefde ontbreekt, laat de kwaliteit van overleving van de patiënt ernstig te wensen over, terwijl in een liefdevolle relatie de patiënt en haar partner beiden met vreugde van het verlengde leven kunnen genieten.

#### Literatuur

- Adelman, J. M. (1984). Husbands' responses to their wives' gynecologic cancer. *Proefschrift University of California, Los Angeles*.
- Andersen, B. L., Anderson, B. (1986). Psychosomatic aspects of gynecologic oncology: present status and future directions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5: 233-244.
- Bos-Branolte, G., Rijshouwer, Y. M., Zielstra, E. M., Duivenvoorden, H. J. (1987<sup>a</sup>). Psychologic morbidity in survivors of gynaecologic cancers. *European Journal of Gynaecology*. In druk.
- Bos-Branolte, G., Zielstra, E. M., Rijshouwer, Y. M., Duivenvoorden, H. J. (1987<sup>b</sup>). Psychotherapy in patients cured of gynaecological cancers. In: *Supportive Care in Cancer Patients (Recent Results in Cancer Research)*. H. J. Senn, L. Schmid (eds.) Berlin, Springer Verlag. In druk.

- Bos, G. (1987) Sexuality of Gynecologic Cancer Patients: Influence of Traditional Role Patterns. In: *The Quality of Life of Cancer Patients*. N. Aaronson, J. Beckmann (eds.) New York, Raven Press.
- Cain, E. N., Kohorn, E. I., Quinlan, D. M., Latimer, K., Schwartz, P. E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 57: 183-189.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., Cross, P. A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, 55: 72-76.
- Cook Gotay, C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates. *Social Science in Medicine*, 18: 605-613.
- Dosser, D. A., Balswick, J. O., Halverson, C. F. (1986). Male inexpressiveness and relationships. *Journal of Social and Personal Relationship*, 3: 241-248.
- Fleiss, J. L. (1973). *Statistical methods for rates and proportions*. New York, Wiley.
- Fobair, P., Hoppe, R. T., Bloom, J., Cox, R., Varghese, A., Spiegel, D. (1986). Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease. *Journal of Clinical Oncology*, 4: 805-814.
- Frenken, J. (1976). *Afkeer van Seksualiteit*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Karlsson, J. A., Andersen, B. L. (1986). Gynecologic oncology patients: outcomes and recommendations for enhancing adjustment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5: 283-294.
- Leiber, L. Plumb, M. M., Gerstenzang, M. L., Holland, J. (1976). The communication of affection between cancer patients and their spouses. *Psychosomatic Medicine*, 38: 379-389.
- Lichtman, R. R., Taylor, S. E. (1986). Close relationships and the female cancer patient. In: *Women with Cancer: Psychological Perspectives*. B. L. Andersen (ed.) New York, Springer Verlag.
- Maguire, P. (1982). Psychosocial aspects and rehabilitation. *Clinics in Oncology*, 1: 833-852.
- Morris, T., Greer, H. S., White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer*, 40: 2381-2387.
- Northouse, L. (1984). The impact of cancer on the family: an overview. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14: 215-242.
- Schover, L. R., Fife, M. (1985). Sexual counseling of patients undergoing radical surgery for pelvic genital cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3: 21-41.
- Sewell, H. H., Edwards, D. W. (1980). Pelvic genital cancer; body image and sexuality. *Frontiers of Radiation Therapy in Oncology*, 14: 35-41.
- Smith, E. M., Redman, R., Burns, T. L., Sager, K. M. (1986). Perceptions of social support among patients with recently diagnosed breast, endometrial and ovarian cancer: an exploratory study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3: 65-81.
- Spiegel, D. S., Bloom, J. R., Gottheil, E. (1983). Family environment as a predictor of adjustment to metastatic breast carcinoma. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1: 33-44.
- Stoddard, J. B., Henry, J. P. (1985). Affectional bonding and the impact of bereavement. *Advances, Institute for the Advancement of Health*, 2: 19-28.
- Tamburini, M., Filiberti, A., Ventafridda, V., De Palo, G. (1986). Quality of life and psychological state after radical vulvectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5: 263-269.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., Wood, J. V., Bluming, A. Z., Dosik, G. M., Leibowitz, R. L. (1985). Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer*, 55: 2506-2513.

- Taylor, S. E., Falke, R. L., Shoptaw, S. J., Lichtman, R. R. (1986). Social support, support groups and the cancer patient. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54: 608-615.
- Vess, J. D., Moreland, J. R., Schwebel, A. I. (1985). A follow-up study of role functioning and the psychological environment of families of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3: 1-14.
- Waltz, M. (1986). Marital context and post-infarction quality of life: is it social support or something more? *Social Science in Medicine*, 22: 791-805.
- Watzlawick, P., Beavin, J. P., Jackson, D. D. (1972). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Wellisch, D. K. (1981). Family relationships of the mastectomy patient: interactions with the spouse and children. *Israel Journal of Medical Science*, 17: 993-996.
- Weijmar Schultz, W. C. M., Wijma, K., Wiel, H. B. M. van de, Bouma, J., Janssens, J. (1986). Sexual rehabilitation of radical vulvectomy patients. A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5: 119-126.
- Wiel, H. B. M. van de (1987). Sexual functioning after treatment for cervical carcinoma. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 8: 533.
- Wortman, C. B., Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35: 120-155.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53: 2339-2360.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the  $X^2$ -test. *Suppl. to J Statist Soc*, 1: 217-235.

## Summary

### *The partnerrelationship of gynaecological cancer patients: the woman's perspective.*

As part of a research project on the quality of life of cured gynaecological cancer patients, the partner relation of 69 women has been investigated from the woman's perspective. Results obtained from questionnaires and diagnostic interviews showed a decrease in sexual activity (59%) and intimacy (22%) and an increase of needs for intimacy (19%), emotional support (30%) and open communication (23%). Besides, 30% of these women were of the opinion that there was a negative change in sexual activity in their partners. A considerable number of women had the impression that, although their partners needed emotional support during the illness, they did not receive this kind of support. Finally, a positive partner relation seemed to be more determined by intimacy, emotional support and open communication than by sexuality.