

*Attituden jegens euthanasie en hulp bij zelfdoding in
Nederland: Is er een samenhang met openheid voor
ervaringen en locus of control?*

M.G.G. Busscher

Studentnummer: 3158896

Universiteit Utrecht

Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Supervisor: Dr. H.A.W. Schut

07-05-2012

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, het slotstuk van mijn opleiding Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Vele maanden heb ik mij met plezier bezig gehouden met dit onderzoek dat tot doel had de samenhang te bestuderen tussen attitude jegens euthanasie en hulp bij zelfdoding bij fysiek en psychisch lijden en de persoonlijkheidstrekken locus of control en openheid voor ervaringen. De studie naar de samenhang met de laatstgenoemde persoonlijkheidstrek maakt deel uit van een gezamenlijk onderzoek dat uitgevoerd is in samenwerking met Marlies Reijnhoudt. Één ieder van ons heeft daarnaast een eigen richting gegeven aan het onderzoek door een tweede persoonlijkheidstrek te onderzoeken, waarbij mijn onderzoek is gericht op locus of control. Voor het onderzoek naar de samenhang van attitude jegens actieve levensbeëindiging met empathie verwijs ik u graag door naar de masterthesis van Marlies (Reijnhoudt, 2012).

Graag wil ik in dit voorwoord tevens van de mogelijkheid gebruik maken om enkele mensen te bedanken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek. Allereerst wil ik Marlies bedanken voor de geweldige samenwerking. De vele uren die we samen doorbrachten hebben ervoor gezorgd dat ik altijd dat extra beetje motivatie had om door te werken. Vanaf het begin was duidelijk dat onze kwaliteiten en valkuilen als onderzoekers weinig verschilden. ‘We gaan weer als een speer’ kwam vaak uit onze mond, maar de vooraf voorspelde vertraging bij de statistische aspecten van het onderzoek kwam ook uit. Ik zou mij er met veel meer moeite doorheen geslagen hebben als onze krachten niet gebundeld waren geweest. Dank daarvoor!

De tweede persoon die hier absoluut niet mag ontbreken is Dr. Henk Schut. Zijn inspirerende, enthousiaste, kritische en verhelderende commentaar heeft mij er telkens weer toe gezet om door te zetten en zogezegd ‘het onderste uit de kan te halen’. Zijn vlotte manier van werken en informele bejegening heb ik altijd op prijs gesteld. Ik had me geen fijnere begeleider kunnen wensen. Heel veel dank!

Tot slot wil ik alle participanten bedanken voor deelname aan dit onderzoek. Zonder hun inspanning en welwillendheid was het niet mogelijk geweest dit onderzoek te verwezenlijken en waren interessante resultaten verborgen gebleven.

Marleen Busscher

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Samenvatting / Abstract	4
Inleiding	6
- <i>Introductie</i>	
- <i>Euthanasie en hulp bij zelfdoding, het maatschappelijk debat omtrent een ethisch dilemma.</i>	
- <i>Determinanten van attitudes ten opzichte van euthanasie en HBZ</i>	
- <i>Argumenten in het debat omtrent euthanasie en HBZ bij psychisch lijden</i>	
- <i>De samenhang van de persoonlijkheidstrekk 'Openheid voor ervaringen' met attitudevorming bij euthanasie en hulp bij zelfdoding bij fysiek en psychisch lijden.</i>	
- <i>De samenhang van de persoonlijkheidstrekk 'Locus of control' met attitudevorming bij euthanasie en hulp bij zelfdoding</i>	
Methode	14
- <i>Participanten</i>	
- <i>Design</i>	
- <i>Meetinstrumenten</i>	
- <i>Procedure</i>	
Resultaten	18
- <i>Attitudes over actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden.</i>	
- <i>De samenhang van de persoonlijkheidstrekk openheid voor ervaringen met attitude jegens actieve levensbeëindiging</i>	
- <i>De samenhang van de persoonlijkheidstrekk locus of control met attitude jegens actieve levensbeëindiging</i>	
- <i>Palliatieve sedatie</i>	
Discussie	25
- <i>Discussie naar aanleiding van de resultaten</i>	
- <i>Kanttekeningen en implicaties</i>	
Referenties	33
Bijlage I Vragenlijst	37
Bijlage II Vragenlijst instructie	45
Bijlage III Instemmingverklaring	46

Samenvatting

In Nederland zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding (HBZ) bij ondraaglijk fysiek en/of psychisch lijden sinds 2002 bij wet gelegaliseerd. Ondanks de legalisering is het morele debat omtrent actieve levensbeëindiging niet verstomd. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het verschil in attitudes jegens euthanasie en HBZ bij fysiek en psychisch lijden. Daarnaast is ook onderzoek naar persoonsvariabelen en attitude jegens actieve levensbeëindiging schaars. Dit onderzoek richt zich op de relatie tussen de persoonlijkheidstrekken openheid voor ervaringen en locus of control en de attitude jegens euthanasie en HBZ bij fysiek en psychisch lijden. 213 Nederlandse participanten kregen vragenlijsten voorgelegd over: demografische factoren, attitudes jegens euthanasie en HBZ bij fysiek en psychisch lijden, openheid voor ervaringen en locus of control. In dit cross-sectionele onderzoek is gebruik gemaakt van correlatie analyses. Uit de resultaten blijkt dat men positiever is over actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden dan bij psychisch lijden. Daarnaast blijkt dat men negatiever is over HBZ dan over euthanasie. De persoonlijkheidstrek openheid voor ervaringen blijkt positief te correleren met zowel euthanasie als HBZ. Tevens lijkt er een positieve samenhang te zijn tussen openheid voor ervaringen en actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. De persoonlijkheidstrek locus of control lijkt op geen enkele wijze samen te hangen met attitude jegens actieve levensbeëindiging. Hoewel in voorliggend onderzoek geen uitspraken gedaan kunnen worden over causaliteit, blijkt er wel degelijk een rol weggelegd te zijn voor persoonlijkheidstrekken bij attitudes jegens euthanasie en HBZ.

Trefwoorden: euthanasie; hulp bij zelfdoding; fysiek lijden; psychisch lijden; openheid voor ervaringen; locus of control

Abstract

In the Netherlands euthanasia and physician assisted suicide (PAS) for patients suffering from unbearable physical or psychological pains are legalized by law since 2002. Despite the legalization the moral debate about euthanasia and PAS has not been silenced. So far little research has been done on differences in attitudes towards euthanasia and PAS for patients who suffer from physical and/or mental illness. In addition, research on personality traits and attitudes towards euthanasia and PAS are also scarce. The main focus of this study is on whether a relationship exists between the personality traits openness to experience and locus of control and attitudes toward euthanasia and PAS for patients suffering from physical and/or mental illness. 213 Dutch participants were given questionnaires on demographic factors, attitudes towards euthanasia and PAS for the conditions physical and psychological suffering, openness to experience and locus of control. In this cross sectional research design correlation and regression analyses have been used. Results show that participants have a more positive attitude concerning euthanasia and PAS when suffering is physical compared to psychological. Results also show that participants are more positive about euthanasia than PAS. Openness to experience correlates positively with both euthanasia en PAS. In addition openness also correlates positively with euthanasia and PAS when suffering is psychological. No effect is found for the personality trait locus of control. In the present study no statements can be made about causality, nevertheless it appears there is a role for personality traits in attitudes towards euthanasia and PAS.

Keywords: euthanasia; physician assisted suicide; physical suffering; mental suffering; openness to experience; locus of control

Introductie

In Nederland worden artsen in de praktijk al sinds de jaren '90 niet meer vervolgd voor het uitvoeren van euthanasie of het verstrekken van hulp bij zelfdoding, mits hun handelingen voldeden aan toentertijd gestelde eisen (Van der Heide et al., 2007). Desalniettemin werd pas in april 2002 de wet 'Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding' ingevoerd. Deze wet legaliseerde euthanasie en hulp bij zelfdoding bij ondraaglijk lijden en maakt daarbij geen onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden. Euthanasie wordt omschreven als: 'het door een arts toedienen van een medicijn, met als doel de patiënt te laten sterven'. Hulp bij zelfdoding (HBZ) wordt omschreven als: 'het door de arts leveren van levensbeëindigende medicatie, waarbij de patiënt zelf de medicatie in neemt'. Beide vormen van actieve levensbeëindiging dienen op nadrukkelijk verzoek te zijn van de patiënt (Naudts et al., 2006). Voorliggend onderzoek zal zich richten op de invloed van persoonlijkheid op de attitude jegens euthanasie en hulp bij zelfdoding bij fysiek en psychisch lijden. In dit onderzoek worden euthanasie en hulp bij zelfdoding, wanneer deze gezamenlijk bedoeld worden, actieve levensbeëindiging genoemd.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding, het maatschappelijk debat omtrent een ethisch dilemma

Ondanks dat euthanasie en HBZ sinds 2002 gelegaliseerd zijn, is het publieke debat rondom dit thema niet naar de achtergrond verdwenen. Uit cijfers van de toetsingscommissie euthanasie blijkt dat er in 2010 in totaal 3136 meldingen van euthanasie en HBZ zijn binnengekomen, wat een stijging is van 19% ten opzichte van 2009 (Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2011). Ondanks deze stijging blijven er stemmen opgaan tegen actieve levensbeëindiging en wel om verschillende redenen.

In 2011 schreef Frits de Lange in Trouw: 'De morele kern van het probleem zit 'm niet in de vraag of zelfdoding mag of niet [...] Maar: mag ik een beroep doen op een ander om mij daarbij te helpen?'. Door het door onszelf toegedichte recht op autonomie maken wij een ander, een arts die de eed van Hippocrates gezworen heeft, medeplichtig aan onze dood. Bovendien zou de goede palliatieve zorg van tegenwoordig, die in lijn is met de eed van Hippocrates, euthanasie en HBZ overbodig maken. Daarnaast is er ook het religieuze debat. In augustus 2011 kwam dit weer volop in de publiciteit nadat een pastoor in Noord-Brabant, na een overlijden door euthanasie, weigerde de uitvaartceremonie te verzorgen en zijn kerk daarvoor beschikbaar te stellen (Schildkamp, 2011). Vrijwel alle geloofsovertuigingen zien het leven als een gift van God en het is in strijd met de geboden binnen het geloof om daar een einde aan te maken. Het argument dat mensen op de stoel van God gaan zitten, wanneer zij zelf gaan beslissen over leven en dood, sluit aan bij de discussie over eigendomsrecht en

het recht tot zelfbeschikking. Behoren wij toe aan onszelf of behoren wij toe aan anderen, aan een God, aan de mensen om ons heen, aan de maatschappij?

Hoewel deze eigendomsvraag niet zonder meer beantwoord kan worden, is de vraag op het gebied van verantwoordelijkheid eenvoudiger te beantwoorden. In de wet is het recht tot zelfbeschikking opgenomen en ook stelt de wet dat uiteindelijk de actor zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar handelen. Dit betekent dat, wanneer een patiënt ervoor kiest een einde te willen maken aan zijn lijden, hij ook verantwoording neemt voor zijn eigen leven. Dit betekent daarnaast dat ook de arts verantwoordelijk is voor zijn eigen keuzes en zijn eigen handelen en er dus altijd voor kan kiezen het verzoek te weigeren. Naast de verantwoording voor het eigen leven kan de patiënt ook verantwoording nemen voor de maatschappij. In de huidige maatschappij kan er voor gekozen worden de dood uit te stellen met behulp van medische technologie. Er kan gekozen worden voor een lange en wellicht meer 'natuurlijke' stervensweg, waarbij het lijden vanuit humaan oogpunt verzacht wordt met sedatieve middelen. Echter, de kosten van dit stervensproces zijn niet gering en moeten gedragen worden door nabestaanden en de maatschappij. Het wegnemen van de financiële belasting van nabestaanden en/of de maatschappij met dergelijk hoge zorgkosten kunnen voor de patiënt dan ook een argument vormen voor actieve levensbeëindiging. Tot slot is er nog het belangrijkste argument voor euthanasie en HBZ, ieder mens wordt een humaan einde gegund, zonder dat men ondraaglijk hoeft te lijden.

Determinanten van attitudes ten opzichte van euthanasie en HBZ

Uit vele onderzoeken is gebleken dat er verschillende demografische gegevens meespelen bij de vorming van attitudes omtrent euthanasie.

Één van de determinanten die van invloed is op de attitude jegens euthanasie, is leeftijd (Cohen et al., 2006¹, Jaspers, 2008). Jongere mensen hebben over het algemeen een meer positieve houding ten opzichte van euthanasie dan oudere mensen. Resultaten van Jaspers (2008) laten zien dat de verschillen tussen geboorte cohorten, ondanks een algehele daling, toch aanwezig blijven. Een andere belangrijke determinant die van invloed is op de attitude is het opleidingsniveau (Holden, 1993; Cohen et al. 2006²). Mensen met een hoger opleidingsniveau hebben minder negatieve attitudes jegens euthanasie dan mensen met een lager opleidingsniveau. Persoonlijke ervaring met euthanasie in de familie blijkt ook een determinant te zijn die invloed heeft op de attitude jegens euthanasie. Volgens Jaspers (2008) is er een kleine, maar significante toename in positieve attitude jegens euthanasie, wanneer dit is voorgekomen in de familie. Onderzoek van Rurup, Onwuteaka-Philipsen, Van der Wal, Van der Heide en Van der Maas (2005) bevestigt dit. Zowel familieleden van mensen die waren overleden door euthanasie, als participanten uit de algemene populatie die ervaring hadden met euthanasie of het verzoek daartoe, antwoordden positiever op de stelling dat men

het recht heeft zelf te beslissen over leven en dood. Ondanks de secularisatie van de samenleving blijkt ook religie nog steeds een belangrijke rol te spelen in de attitude jegens euthanasie. Uit onderzoek van Rurup et al. (2005) bleek dat mensen met een religieuze overtuiging negatiever stonden tegenover de stelling 'Iedereen heeft het recht om over zijn eigen leven en dood te beslissen' dan mensen zonder religieuze overtuiging. Een laatste determinant die van invloed kan zijn op de attitude jegens euthanasie is sekse. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat er met betrekking tot de invloed van sekse op de attitude jegens actieve levensbeëindiging geen eenduidig beeld is. Uit onderzoek van Holden (1993) bleek dat er geen significant verschil bestaat in attitude jegens euthanasie tussen Amerikaanse mannen en vrouwen. Echter blijkt uit onderzoek van Cohen et al. (2006)¹, onder 41125 respondenten uit 33 Europese landen, dat mannen enigszins positiever tegenover euthanasie staan dan vrouwen. Volgens Jaspers (2008) hadden mannen daarentegen een negatievere houding ten opzichte van euthanasie dan vrouwen. Het onderzoek van Jaspers (2008) is gebaseerd op cijfers van het sociaal cultureel planbureau welke tussen 1970 en 1998 zijn verzameld onder 21136 Nederlandse respondenten.

Een kritische noot ten aanzien van de invloed van de genoemde determinanten dient gemaakt te worden. In het onderzoeken van Holden (1993) en beide onderzoeken van Cohen et al. (2006)^{1,2} wordt geen onderscheid gemaakt tussen fysiek en psychisch lijden en tevens wordt er geen onderscheid gemaakt tussen euthanasie en HBZ. Het onderzoek van Jaspers (2008) heeft zich gericht op euthanasie waarbij HBZ in zijn geheel buiten beschouwing is gelaten, ook wordt er in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen fysiek en psychisch lijden. In beide onderzoek van Cohen et al. (2006)^{1,2} is daarnaast een andere definitie van euthanasie gebruikt dan in het onderzoek van Jaspers (2008) en Holden (1993). In de door Cohen et al. (2006)^{1,2} gebruikte definitie mist de tekst dat de vraag om euthanasie op nadrukkelijk verzoek van de patiënt zelf is. Dit verschil in gebruik van definitie kan van invloed zijn op de resultaten aangezien er bij de definitie van Cohen et al. (2006)^{1,2} in beide onderzoeken onduidelijkheid is over wie de aanvrager van euthanasie is.

Argumenten in het debat omtrent euthanasie en HBZ bij psychisch lijden

Het debat omtrent actieve levensbeëindiging heeft zich vooral gericht op euthanasie en HBZ bij mensen met fysiek lijden. Het debat over euthanasie en HBZ bij mensen met psychisch lijden wordt echter veel minder gevoerd. Deze discrepantie kan terug gevonden worden in het aantal aanvragen wat gehonoreerd wordt. In 1995 werd 37% van de aanvragen bij fysiek lijden gehonoreerd, terwijl dit bij psychisch lijden slechts 2% was (Naudts et al., 2006). Eenzelfde patroon is te vinden binnen wetenschappelijk onderzoek. Er is veel onderzoek gedaan naar actieve levensbeëindiging bij mensen met fysiek lijden maar veel minder onderzoek heeft zich gericht op actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. Dit duidt er

mogelijk op dat HBZ en euthanasie bij mensen met psychisch lijden een meer omstreden onderwerp is.

Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in de sceptische houding van medici tegenover euthanasie bij mensen met psychisch lijden. Volgens Naudts et al. (2006) is één van de redenen voor deze sceptische houding dat men vindt dat psychische stoornissen medisch wezenlijk verschillen van somatische ziekten en dat de wetgeving rondom actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden daarom niet zomaar toegepast kan worden bij psychisch lijden. Daarnaast dragen zij aan dat het huidige systeem van diagnosticeren van psychische stoornissen (DSM IV) aan verbetering toe is. Tevens is er volgens hen te weinig onderzoek gedaan naar het verloop van psychische stoornissen om uitspraken te kunnen doen over de toekomst van het ziektebeeld. Naar aanleiding van deze punten wordt getwijfeld of er aan de zorgvuldigheidseisen voor de wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voldaan kan worden (Naudts et al., 2006).

Een andere reden waarom het onderwerp als meer omstreden gezien kan worden is dat bij actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden de persoon vaak terminaal ziek is, terwijl dit bij mensen met psychisch lijden vaak niet het geval is. Het verschil bevindt zich hierbij in het beëindigen van een leven van iemand die naar verwachting op relatief korte termijn komt te overlijden en het beëindigen van een leven van iemand die mogelijk nog heel lang zou kunnen leven, al dan niet gelukkig. In 86% van de gevallen van euthanasie bij fysiek lijden had de persoon nog slechts een levensverwachting van enkele uren tot dagen (Vander Veer, 1999).

Een ander aspect dat het onderwerp omstreden maakt is de discussie of iemand met een psychische stoornis voldoende wilsbekwaam is om een dermate grote beslissing als actieve levensbeëindiging te nemen en hiervan de gevolgen te kunnen overzien. Het recht op zelfbeschikking wordt volgens Harris (1985) beïnvloed door iemands capaciteit tot autonome keuzes. Deze capaciteit tot autonomie zou in het geding zijn als er sprake is van: een gebrekkige controle over de eigen verlangens en acties; een gebrekkig redeneren; een gebrek aan informatie waarop het individu zijn of haar beslissing baseert en een gebrek aan stabiliteit in verlangens, aangezien deze kunnen veranderen over tijd (Harris, 1985). Vanuit dit oogpunt kan beargumenteerd worden dat actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden onacceptabel is wanneer men het verzoek om euthanasie of HBZ indient nadat de psychische stoornis gediagnosticeerd is. Men is immers psychisch niet in 'normale' doen en daarom mogelijk niet in staat om de controle en stabiliteit te behouden over het eigen redeneren, verlangen en handelen. De wilsbekwaamheid van de patiënt wordt in dit geval dus sterk in twijfel getrokken.

Aan de andere kant kan er ook bij psychisch lijden sprake zijn van een uitzichtloos en zinloos leven, met name nadat iemand gediagnosticeerd is met een chronisch mentale stoornis

die weinig perspectief biedt op een beter leven. Het belangrijkste argument voor actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden heeft betrekking op de mogelijkheid van de patiënt om zelfdoding te plegen. Een groot aantal van de psychisch zieke patiënten is lichamelijk bij machte om zichzelf te doden. Echter gebeurt dit vaak in eenzaamheid en op een moeilijke en gewelddadige manier (NVVE, 2009-2011; Naudts et al., 2006). Wanneer patiënten met een psychische stoornis de mogelijkheid zouden krijgen om euthanasie of HBZ te plegen kunnen zij op een humanere manier, zonder geweld en vaak in bijzijn van vrienden en familie waardig sterven. Hiermee wordt tevens voorkomen dat derden ongevraagd betrokken worden bij de zelfdoding (Naudts et al., 2006).

Naar aanleiding van het gebrekkige wetenschappelijk onderzoek naar het onderscheid tussen attitudes omtrent actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden, zal het huidige onderzoek zich onder andere hierop richten. Aangezien actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden minder in het debat naar voren komt en controversiëler lijkt te zijn dan actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden, wordt *verwacht dat mensen positiever zullen zijn over actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden dan bij psychisch lijden.*

In dit onderzoek wordt naast het onderscheid tussen fysiek en psychisch lijden ook onderscheid gemaakt tussen euthanasie en HBZ. Uit Amerikaans onderzoek van Frileux, Lelievre, Munoz Sastre, Mullet en Sorum (2003) is gebleken dat euthanasie over het algemeen minder acceptabel wordt gevonden dan HBZ. Dit resultaat kan verklaard worden doordat euthanasie in essentie mogelijk meer moreel beladen is, daar het een ander betreft die de dood voltrekt en het niet de persoon zelf is die het leven beëindigt. Er wordt daarom verwacht dat *mensen een positievere attitude hebben ten opzichte van HBZ dan euthanasie.*

De samenhang van de persoonlijkheidstrekk 'Openheid voor ervaringen' met attitudevorming bij euthanasie en hulp bij zelfdoding bij fysiek en psychisch lijden.

Een factor die wellicht een rol zou kunnen spelen bij de attitude jegens euthanasie en HBZ bij fysiek en psychisch lijden is persoonlijkheid. Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar de samenhang van demografische factoren met attitude jegens actieve levensbeëindiging, is er in Nederland nog maar weinig onderzoek gedaan naar de samenhang van persoonlijkheid met de attitude. In het huidige onderzoek wordt de samenhang van de persoonlijkheidstrekk 'openheid voor ervaringen' met attitudes omtrent euthanasie en HBZ onderzocht. Openheid wordt onder andere gekenmerkt door nieuwsgierigheid, emotionele responsiviteit en tolerantie (Costa & McCrae, 1991). Het is dan ook denkbaar dat mensen die hoger scoren op openheid voor ervaringen meer open staan voor argumenten voor en tegen euthanasie en HBZ bij fysiek en psychisch lijden en hierdoor hun attitude hierover beter gevormd hebben dan mensen die laag scoren op openheid voor ervaringen (Costa & McCrae, 1991; Larssen & Buss, 2008).

Uit onderzoek blijkt verder dat mensen met een hogere score op openheid voor ervaringen onafhankelijker en zelfstandiger zijn en een groter voorstellingsvermogen hebben dan mensen met een lage score (Gazzaniga & Heatherton, 2006). Progressiviteit en het behouden van onafhankelijkheid en zelfstandigheid zouden redenen kunnen zijn voor een positievere houding jegens HBZ dan euthanasie bij een hogere score op openheid voor ervaringen. Dit leidt tot de volgende hypothese: *Mensen die meer open zijn hebben een positievere attitude ten opzichte van HBZ dan euthanasie bij ondraaglijk lijden.*

Uit verschillende onderzoeken is verder gebleken dat openheid voor ervaringen sterk negatief samenhangt met conservatisme. Riemann, Grubich, Hempel, Mergl en Richter (1993) vonden dat openheid voor ervaringen negatief samenhangt met een algemeen conservatisme betreffende politieke kwesties in Duitsland. Onderzoek van Inbar, Pizarro en Bloom (2009) heeft daarnaast aangetoond dat conservatieve mensen met meer walging reageren op vergelijkbare morele kwesties zoals abortus. Deze onderzoeken tonen aan dat openheid voor ervaringen samenhangt met attitude jegens politiek gevoelige kwesties, waar ook euthanasie en HBZ onder gerekend kunnen worden. Aangezien de mate van lijden moeilijker te bepalen is en de prognose vrijwel altijd minder zeker is bij psychisch lijden dan bij fysiek lijden, worden euthanasie en HBZ bij psychisch lijden mogelijk nog heviger bediscussieerd dan bij fysiek lijden. Juist in een dergelijk hevige discussie zou een hogere score openheid voor ervaringen kunnen leiden tot meer openheid voor nieuwe ideeën en argumenten voor actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. Daar komt bij dat de grotere mate van behoefte aan zelfstandigheid en autonomie bij mensen met een hogere score op openheid kan leiden tot een beter inlevingsvermogen in patiënten die psychisch lijden en vaak afhankelijk blijken van medicatie (Gazzaniga & Heatherton, 2006). Doorredenerend vanuit deze overwegingen kan verwacht worden dat *mensen die meer open zijn positiever zijn over actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden dan mensen die minder open zijn.*

Hoewel verwacht wordt dat men positiever zal zijn over het minder controversiële euthanasie en HBZ bij fysiek lijden, kan vanuit bovenstaand oogpunt beredeneerd worden dat, daar men meer open staat voor argumenten en meer waarde hecht aan autonomie, *het verschil in attitude tussen euthanasie en HBZ bij ondraaglijk fysiek en psychisch lijden afneemt, naarmate mensen meer open staan voor ervaringen.*

De samenhang van de persoonlijkheidstrekk 'Locus of control' met attitudevorming bij euthanasie en hulp bij zelfdoding

Naast openheid voor ervaringen is mogelijk ook de persoonlijkheidstrekk locus of control van invloed op de attitude over actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden. Locus of control betreft de overtuiging die men heeft over in hoeverre men de gebeurtenissen die invloed hebben op het leven kan controleren. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen een

interne en externe locus of control. Mensen met een externe locus of control hebben de overtuiging dat de uitkomst van gebeurtenissen buiten de eigen macht liggen en bijvoorbeeld verklaard kunnen worden door geluk of ongeluk. Mensen met een interne locus of control hebben daarentegen de overtuiging dat uitkomsten voortkomen uit handelen en dat men zelf verantwoordelijk is voor de uitkomst van dat handelen (Larssen & Buss, 2008).

In het debat omtrent actieve levensbeëindiging kan het verschil tussen een interne of externe locus of control van invloed zijn op de attitudes die men heeft over euthanasie en HBZ. Volgens Braun, Tanji en Heck (2001) zouden mensen met een hogere interne locus of control meer geneigd zijn actie te ondernemen om de kwaliteit en de timing van hun dood te beïnvloeden. Zij zouden daarom positiever staan tegenover HBZ dan mensen met een externe locus of control. Mensen met een externe locus of control zouden daarentegen hun dood minder plannen en overlaten aan 'een hogere hand' en operen daarom negatiever staan tegenover HBZ. Dit is in overeenstemming met resultaten van Wineberg en Werth (2003). Zij vonden dat mensen autonomie, afname in plezierige activiteiten en het behouden van controle over het eigen lichaam als redenen gaven voor hun besluit tot HBZ. Andere onderzoeken wijzen echter in tegengestelde richting. Uit onderzoek van Cicirelli, MacLean en Cox (2000) blijkt dat oudere mensen die hoger scoorden op de kansschaal van de 'Multidimensional Health Locus of Control' positiever stonden tegenover euthanasie. Een hogere score op deze kansschaal van de 'MHLC' duidt op een externe locus of control. Verder werd in Frans onderzoek geen effect voor locus of control en de attitude ten opzichte van euthanasie (Teisseyre, Mullet & Sorum, 2005). Deze tegenstellende resultaten kunnen mogelijk verklaard worden door de verschillende methoden die gebruikt zijn naar de attitudes omtrent actieve levensbeëindiging. Bovendien neemt geen van deze onderzoeken de invloed van locus of control bij zowel HBZ als euthanasie mee. Het huidige onderzoek speelt in op deze onduidelijkheid en onderzoekt de invloed van locus of control bij attitudevorming omtrent actieve levensbeëindiging en neemt daarin zowel HBZ als euthanasie mee.

Mensen met een interne locus of control worden geassocieerd met andere persoonlijkheidskenmerken dan mensen met een externe locus of control. Zo worden mensen met een interne locus of control meer geassocieerd met informatie zoeken dan mensen met een externe locus of control (Lefcourt, 1991). Dit zou erop kunnen wijzen dat mensen met een interne locus of control kijken naar een breder scenario van oplossingen voor ondraaglijk lijden en daarbij ook eerder actieve levensbeëindiging als optie mee nemen in hun overwegingen. Een interne locus of control wordt verder gekoppeld aan grotere autonomie in keuzeprocessen en meer zelfvertrouwen (Brosschot, Gebhardt & Godaert, 1994; Lefcourt, 1991). De beschikking van een patiënt over het eigen lichaam, zo bleek ook uit onderzoek van Wineberg en Werth (2003), is een belangrijke reden voor het besluit tot actieve levensbeëindiging. Daar komt bij dat de keuze voor actieve levensbeëindiging vraagt om

voldoende zelfvertrouwen, men moet immers zeker zijn van zijn besluit over zichzelf, en grote autonomie, daar actieve levensbeëindiging enkel gehonoreerd wordt op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Verder blijken mensen met een interne locus of control een meer actieve copingstijl te hanteren, terwijl een externe locus of control meer samenhangt met een vermijdende copingstijl (Brosschot et al., 1994; Lefcourt, 1991). Een actieve oplossing voor ondraaglijk lijden, hoe cru dit ook mag klinken, is levensbeëindiging doormiddel van HBZ of euthanasie. Aansluitend bij onderzoek van Stomp (2011) kan verwacht worden dat mensen met een externe locus of control en een vermijdende copingstijl negatiever staan tegenover euthanasie dan mensen met een interne locus of control. Tot slot blijkt uit onderzoek van Brosschot et al. (1994) dat een interne locus of control samenhangt met het ervaren van behaaglijkheid. De afname of de afwezigheid van de mogelijkheid tot deelname aan plezierige activiteiten is veel genoemd als een van de redenen tot HBZ (Wineberg & Werth, 2003). Het in geding zijn van de behaaglijkheid van het leven zou dan ook een reden kunnen zijn voor mensen met een interne locus of control om actief te zoeken naar een uitweg die het ondraaglijk lijden kan beëindigen. Al deze eigenschappen die toegedicht worden aan mensen met een interne locus of control lijken een belangrijke rol te spelen bij een belangrijk keuzeprocés als actieve levensbeëindiging. *Bovenstaande redeneringen volgend kan worden verwacht dat mensen met een interne locus of control positiever staan tegenover actieve levensbeëindiging dan mensen met een externe locus of control.*

Hoewel een interne locus of control mogelijk leidt tot een positievere attitude ten opzichte van actieve levensbeëindiging, moet er bij onderzoek naar de invloed van locus of control onderscheid gemaakt worden tussen euthanasie en HBZ. Bij euthanasie is het immers de arts die uiteindelijk de dodelijke injectie geeft en niet de patiënt zelf die een einde maakt aan zijn of haar leven. Dit betekent dat een ander de uiteindelijke controle uitoefent op het lichaam en niet de persoon in kwestie. Lester (1996) oppert daarom dat mensen die kiezen voor HBZ een hogere interne locus of control hebben dan mensen die besluiten euthanasie te laten toepassen, omdat in het laatste geval toch iemand anders de handeling uitvoert en daarvoor dan uiteindelijk verantwoordelijk is. Verder kan negatieve angstigheid tot falen of een enigszins verminderd zelfvertrouwen mogelijk leiden tot het uit handen geven van de laatste belangrijke handeling aan een 'machtige' andere. Mensen met een externe locus of control zouden daarom minder negatief kunnen staan tegenover euthanasie, ondanks dat zij negatiever staan tegenover actieve levensbeëindiging dan mensen met een interne locus of control. Om in lijn te blijven met de eerder gestelde hypothese dat mensen positiever staan ten opzichte van HBZ dan euthanasie, *wordt daarom verwacht dat het verschil in attitude ten opzichte van euthanasie en HBZ groter wordt naarmate mensen een meer interne locus of control hebben.*

Locus of control beïnvloedt mogelijk de verwachte relatie tussen de persoonlijkheidstrekk openheid voor ervaringen en attitudes ten opzichte van HBZ en euthanasie. Openheid voor ervaringen wordt gekenmerkt door meer onafhankelijkheid en zelfstandigheid (Gazzaniga & Heatherton, 2006). Mensen met een interne locus of control hechten ook meer waarde aan autonomie en scoren over het algemeen hoger op zelfvertrouwen (Brosschot et al., 1994; Lefcourt, 1991). Verder komt ook het zoeken naar informatie en een betere sociale aangepastheid voor bij beide persoonlijkheidstrekken. Dit kan ertoe leiden dat mensen die opener zijn en een interne locus of control hebben meer geneigd zijn een goed debat aan te gaan en meer informatie te zoeken over een controversieel onderwerp als actieve levensbeëindiging om tot hun attitude te komen. Naast deze overeenkomstige trekken met mensen die opener zijn, hebben mensen met een interne locus of control, zoals eerder genoemd, trekken die van invloed kunnen zijn op de attitude die men heeft over actieve levensbeëindiging. *Er wordt daarom verwacht dat locus of control het verwachte positieve effect van openheid voor ervaringen op attitude ten opzichte van actieve levensbeëindiging zal modereren, waarbij verwacht wordt dat een interne locus of control dit effect zal versterken.*

Methode

Participanten

Aan voorliggend onderzoek hebben 213 participanten deelgenomen. De vragenlijsten die niet volledig ingevuld waren of waarbij de scoring niet eenduidig was zijn verwijderd uit de dataset (N=213). De dataset is uiteindelijk gebaseerd op vragenlijsten van 207 participanten (N=207). De groep participanten bestaat voor 45.4 % uit mannen en voor 56.6 % uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedraagt 33.2 jaar (SD = 14,8) met een range van 18 tot 78 jaar. Met betrekking tot de burgerlijke staat is 26.1% van de participanten gehuwd, 13% is samenwonend, 28.5% van de participanten heeft een partnerrelatie zonder gehuwd of samenwonend te zijn, 31.9% is alleenstaand en voor 0.5% van de participanten is de burgerlijke staat onbekend. Van de participanten had 30.4% kinderen, 64.3% geen kinderen en van 5.3 % van de participanten is dit onbekend. 9.2% heeft een laag opleidingsniveau, 42% heeft een middelbaar opleidingsniveau en 48.8% een hoog opleidingsniveau. Met betrekking tot de werkstatus van de groep participanten werkt 32.4% fulltime, 36.7% parttime, 19.3% is werkeloos, 3.9% is gepensioneerd, 5.3% doet vrijwilligerswerk en voor 2.4% van de participanten is de werkstatus onbekend. De verdeling van verschillende religies onder de participanten is als volgt: 31.4 % christelijk, 2.9% islamitisch, 62.8% heeft geen religie en 2.9% heeft een andere religie dan hierboven genoemde. De kenmerken van de participanten staan vermeld in Tabel 1.

Tabel 1: Kenmerken van de participanten

Gemiddelde leeftijd in jaren	33.2
<i>range</i>	18-78
Gender %	
man	45.4
vrouw	46.6
Opleidingsniveau* %	
laag	9.2
gemiddeld	42
hoog	48.8
Burgerlijke staat %	
gehuwd	26.1
samenwonend	13
relatie	28.5
alleenstaand	31.9
Kinderen %	
ja	30.4
nee	64.3
Werkstatus %	
fulltime	32.4
parttime	36.7
werkeloos	19.3
gepensioneerd	3.9
vrijwilligerswerk	5.3
Religie %	
christelijk	31.4
islamitisch	2.9
joods	0
hindoestaans	0
geen	62.8
anders	2.9

* Opleiding: laag = basisschool, vmbo of lager beroepsonderwijs, gemiddeld = havo, vwo, of middelbaar beroepsonderwijs, hoog = hoger beroepsonderwijs of universiteit

Design

Voorliggend onderzoek exploreert de relatie tussen attitude jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden enerzijds en de invloed van openheid voor ervaringen en locus

of control anderzijds. Dit geschiedde middels een cross-sectioneel onderzoek door middel van een vragenlijst met een eenmalige meting.

Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een samengestelde vragenlijst (Bijlage I). Parallel aan voorliggend onderzoek is er onderzoek gedaan naar de invloed van empathie op de attitude jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden. De vragenlijst is een samenstelling van schalen van beide onderzoeken. De vragenlijst van voorliggend onderzoek bevat dan ook een schaal met vragen welke betrekking heeft op empathie. Deze schaal is in voorliggend onderzoek echter niet meegenomen in de data-analyse. Er is gekozen voor een gezamenlijke werving van participanten om kosten en tijd te besparen. Om achtergrondinformatie te verkrijgen zijn er eerst enkele vragen gesteld met betrekking tot demografische gegevens. Er is daarbij gevraagd naar: sekse, leeftijd, burgerlijke staat, aantal kinderen, opleidingsniveau, werkstatus en religie.

De vragenlijst begon met een definitie van de begrippen euthanasie, hulp bij zelfdoding en palliatieve sedatie. Vervolgens werd in zeven items gevraagd naar de attitude van de participant omtrent deze drie onderwerpen. Hierbij werden twee manieren van ondraaglijk lijden onderscheiden, te weten fysiek en psychisch lijden. Participanten konden antwoorden op een vijf-punts Likertschaal, van 'Helemaal oneens' tot 'Helemaal eens'. De items waarop de participanten konden reageren vroegen naar:

- de attitude over euthanasie in combinatie met zowel fysiek als psychisch lijden.
- de attitude over HBZ in combinatie met zowel fysiek als psychisch lijden.
- de attitude over HBZ ten opzichte van euthanasie.
- de attitude over palliatieve sedatie bij ondraaglijk lijden.
- de attitude over palliatieve sedatie ten opzichte van actieve levensbeëindiging.

Deze items zijn ontworpen door de onderzoekers op basis van de informatie die nodig was om de attitude jegens actieve levensbeëindiging, ofwel euthanasie en hulp bij zelfdoding, te meten. Om de duidelijkheid en de lading van de vragen te controleren zijn de vragenlijsten voor aanvang van de dataverzameling voorgelegd aan enkele personen. Aan de hand van de vragen en opmerkingen die hieruit naar voren kwamen is er meer informatie aan de voorafgaande uitleg van de begrippen toegevoegd. Post hoc is de betrouwbaarheid van de gehele vragenlijst en de subschalen beoordeeld. De betrouwbaarheid van de gehele schaal was matig met een Cronbach's alfa van 0.69. Dit is inclusief de items met betrekking tot palliatieve sedatie, welke voor de beantwoording van de hypothesen niet zijn gebruikt. Na uitsluiting van deze items stijgt de betrouwbaarheid naar 0.82. De betrouwbaarheid van de subschalen was 0.87 voor actieve levensbeëindiging. Voor de kleinere subschalen waren de betrouwbaarheidswaarden respectievelijk 0.91 voor actieve levensbeëindiging bij psychisch

lijden, 0.79 voor actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden, 0.44 voor HBZ en 0.69 voor euthanasie.

De persoonlijkheidstrekken zijn gemeten met drie schalen. Vanwege het parallel lopende onderzoek en de hiervoor samengestelde vragenlijst, zijn voor dit onderzoek slechts twee van de drie persoonlijkheidsschalen gebruikt. In voorliggend onderzoek zijn de eerste en derde schaal gebruikt voor de data-analyse. De eerste schaal heeft betrekking op de persoonlijkheidstrekk openheid voor ervaringen. Dit is gemeten met de daarbij behorende schaal van de NEO-FFI (Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 2003). Deze bestaat uit twaalf items, waarbij op een vijf-punts Likertschaal geantwoord kan worden van ‘Helemaal oneens’ tot ‘Helemaal eens’. De interne consistentie en de test-hertestcorrelatie voor de schaal ‘openheid’ zijn met een gemiddelde Cronbach’s alfa van respectievelijk 0.69 en 0.68 voldoende (Hoekstra, Ormel & de Fruyt, 1996)

De tweede schaal heeft betrekking op het empathisch vermogen. Dit is gemeten met de ‘Interpersonal Reactivity Index’ van Davis (1980). Deze lijst bestaat uit 28 items, welke beantwoord kunnen worden op een vijf-punts schaal lopend van ‘Helemaal niet van toepassing’ tot ‘Erg van toepassing’. Deze items zijn verdeeld over vier subschalen, met elk zeven items. De subschalen zijn fantasie, perspectief nemen, empathische bezorgdheid en persoonlijk leed. De test-hertest betrouwbaarheid van de vragenlijst verschilt per sekse en per subschaal. De correlaties voor mannen variëren van 0.61 tot 0.79 en voor vrouwen van 0.62 tot 0.81. De interne betrouwbaarheidscoëfficiënten variëren per subschaal van 0.70 tot 0.78. Deze lijst is echter in voorliggend onderzoek niet gebruikt voor de data-analyse.

De derde schaal heeft betrekking op locus of control. De mate van locus of control is gemeten met ‘Interne schaal’ en ‘Belangrijke anderen’ schaal van de Multiple Locus of Control vragenlijst (MLOC) van Brosschot et al. (1994). De schaal ‘Kans’ van de MLOC is buiten beschouwing gelaten, omdat deze voornamelijk vijandigheid en sociale inadequaatheid meet en deze schaal hierdoor minder geschikt is voor dit onderzoek. Deze vragenlijst bestond uit 16 items, die beantwoord konden worden op een zes-punts schaal welke loopt van ‘Dat is beslist zo’ tot ‘Dat is beslist niet zo’. Deze items waren verdeeld over de twee subschalen, de ‘interne’ schaal en de ‘belangrijke anderen’ schaal. De interne consistentie van deze schalen is met een Cronbach’s alfa van respectievelijk 0.58 (intern) en 0.71 (belangrijke anderen) laag tot gemiddeld (Brosschot et al., 1994).

Procedure

Participanten werden geworven op maandag tot en met zondag in de periode van week 46 tot en met week 51 in het jaar 2011. Dit gebeurde in de intercity trein op trajecten waarvan de rit minimaal een half uur duurde. Dit waren treinen vanaf Utrecht Centraal station richting Enschede, ’s Hertogenbosch en vanaf station Zwolle richting Groningen en Leeuwarden. Er is

gekozen voor het werven van participanten in de trein om een zo heterogeen mogelijke participantengroep te krijgen, zodat de steekproef zo representatief mogelijk is voor de populatie. Toestemming voor het werven van participanten werd gevraagd aan de dienstdoende conducteur van de betreffende trein.

Alleen personen van 18 jaar en ouder mochten participeren in voorliggend onderzoek. Er zijn geen verdere exclusiecriteria gehanteerd. Bij de werving werd enkele malen geweigerd deel te nemen aan het onderzoek. Redenen voor weigering waren voornamelijk het niet willen zetten van een handtekening, het te zwaar beladen vinden van het onderwerp of bezigheid met andere zaken, zoals werk of studie. Het afnemen van de vragenlijst varieerde in duur van 15 minuten tot 20 minuten. Participanten kregen een korte mondelinge uitleg over het onderzoek. Verdere instructies en uitleg over het onderzoek en het invullen van de vragenlijst werden nogmaals schriftelijk overlegd op de beginpagina van de vragenlijst (Bijlage II). Participanten werd vervolgens gevraagd een instemmingverklaring te tekenen (Bijlage III). Participanten werd verteld dat zij op ieder moment konden stoppen met het invullen van de vragenlijst, dit zonder opgaaf van reden. Aan het einde van de vragenlijst konden participanten hun e-mailadres opschrijven indien zij geïnformeerd wilden worden over de uitkomst van het onderzoek. De instemmingverklaringen met naam en handtekening en de e-mail adressen werden door de onderzoekers direct na ontvangst gescheiden van de rest van de vragenlijst. Dit om de anonimiteit van de participanten te bewaken.

Resultaten

Attituden over actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden.

De eerste hypothese voorspelt dat mensen positiever zullen zijn over actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden dan bij psychisch lijden. De gemiddelde score op attitude omtrent actieve levensbeëindiging is hoger bij fysiek lijden dan bij psychisch lijden ($t = 12.65$, $df = 204$, $p < .001$) (zie Tabel 2). Dit betekent dat mensen een positievere attitude hebben jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden dan bij psychisch lijden. Hiermee wordt de eerste hypothese ondersteund.

De scores van de attitude voor psychisch en fysiek lijden zijn verder onderzocht aan de hand van drie determinanten; sekse, opleiding en religie. Voor psychisch lijden bleek er een verschil te zijn in attitude jegens actieve levensbeëindiging tussen hoger en lager opgeleiden ($t = -2.18$, $df = 118$, $p < .05$). Hoger opgeleide participanten blijken een positievere attitude te hebben ($M = 6.80$, $SD = 2.48$) dan lager opgeleide participanten ($M = 5.42$, $SD = 2.71$). Ook blijkt er een verschil te zijn in attitude tussen christelijke participanten en non religieuze participanten ($t = -4.18$, $df = 192$, $p < .05$). Participanten met een christelijk geloof ($M = 5.61$, $SD = 2.56$) zijn minder positief dan participanten ($M = 7.1$, $SD = 2.22$). Er blijkt geen sekseverschil te zijn. Voor de attitude jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden

is er enkel een verschil gevonden voor religie ($t = -4.75$, $df = 87$, $p < .001$) waarbij christelijke participanten ($M = 3.62$, $SD = 1.27$) een minder positieve attitude hebben dan non religieuze participanten ($M = 4.4$, $SD = .78$). Daarnaast is er aan de hand van de determinanten gekeken naar de verschillscore van attitude jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden. Voor zowel sekse, religie als opleidingsniveau bleek er geen significant verschil te zijn.

De tweede hypothese doet verwachten dat mensen een positievere attitude hebben ten opzichte van HBZ dan euthanasie bij ondraaglijk lijden. De gemiddelde score op attitude jegens actieve levensbeëindiging is hoger bij euthanasie dan bij HBZ ($t = 5.02$, $df = 204$, $p < .001$). Dit wordt ondersteund door de gemiddelde score op de vraag ‘Ik vind hulp bij zelfdoding meer acceptabel dan euthanasie’. De gemiddelde score voor deze vraag was 2.6 ($N = 206$, $SD = 1.3$) op een schaal van helemaal oneens (1) tot helemaal eens (5). Dit betekent dat mensen een enigszins positievere attitude hebben over euthanasie dan over HBZ. De hypothese dat mensen een positievere attitude hebben over HBZ dan euthanasie wordt dan ook niet ondersteund en de resultaten lijken zelfs te suggereren dat mensen een negatievere attitude hebben ten opzichte van HBZ.

De attitude jegens euthanasie is eveneens nader onderzocht aan de hand van de drie eerder genoemde determinanten. Er blijkt enkel een verschil te zijn voor religie ($t = -4.43$, $df = 86.57$, $p < .001$) waarbij christelijke participanten ($M = 3.34$, $SD = 1.27$) minder positief zijn over euthanasie dan non religieuze participanten ($M = 4.1$, $SD = .77$). Voor de attitude jegens HBZ is er een verschil gevonden in opleidingsniveau ($t = -1.99$, $df = 118$, $p < .05$). Participanten met een laag opleidingsniveau ($M = 3.08$, $SD = 1.31$) blijken een minder positieve attitude te hebben dan participanten met een hoog opleidingsniveau ($M = 3.67$, $SD = 1.16$). Daarnaast is er ook een verschil gevonden voor religie ($t = -4.97$, $df = 191$, $p < .001$). Christelijke participanten ($M = 3.08$, $SD = 1.17$) zijn minder positief jegens HBZ dan non religieuze participanten ($M = 3.90$, $SD = 1.01$). Er blijkt geen verschil te zijn voor sekse. Als laatste bleken er geen verschillen te zijn voor de determinanten wanneer deze getoetst werden met de verschillscore van de attitude jegens euthanasie en HBZ

Tabel 2: Gemiddelde score op attitude actieve levensbeëindiging en op attitude hulp bij zelfdoding en euthanasie

	N	Gemiddelde	SD
Actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden	205	4.11	1.06
Actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden	205	3.27	1.22
Hulp bij zelfdoding	205	3.57	1.15
Euthanasie	205	3.81	1.03

De samenhang van de persoonlijkheidstrekk openheid voor ervaringen met attitude jegens actieve levensbeëindiging

De derde hypothese richt zich op de samenhang van de attitude jegens HBZ en euthanasie bij ondraaglijk lijden met de karaktertrek openheid voor ervaringen. Hierbij wordt een positieve samenhang verwacht. Openheid voor ervaringen correleert inderdaad significant positief met attitude jegens HBZ ($r = .33$, $N = 205$, $p < .001$) en even sterk met attitude jegens euthanasie ($r = .33$, $N = 206$, $p < .001$). Dit betekent dat wanneer de mate van openheid groter is, de attitude jegens beide vormen van actieve levensbeëindiging positiever is. De hypothese wordt hiermee ondersteund. Er is verder gekeken naar de invloed van demografische variabelen op de samenhang tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens HBZ en euthanasie (zie Tabel 3). Hieruit is gebleken dat de samenhang tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens beide vormen van actieve levensbeëindiging minimaal beïnvloedt werd door de demografische variabelen.

Tabel 3: Verandering in correlatie tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens HBZ en euthanasie na controle voor de demografische variabelen.

	N	Openheid	Openheid & sekse	Openheid & opleiding	Openheid & religie
HBZ	205	.33	.34	.31	.29
Euthanasie	206	.33	.33	.31	.29

De vierde hypothese voorspelt dat mensen die hoger scoren op openheid voor ervaringen een positievere attitude hebben over actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden dan mensen die minder hoog scoren op deze schaal. De score op openheid voor ervaringen correleert significant positief met attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden ($r = .32$, $N = 206$, $p < .001$). Dit is een correlatie met een medium sterkte. Dit betekent dat een hogere score op openheid voor ervaringen samenhangt met een positievere attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. Eenzelfde samenhang is gevonden tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging bij lichamenlijk lijden ($r = .32$, $N = 205$, $p < .001$). De samenhang tussen openheid en attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden geeft echter geen duidelijkheid over het verschil in attitude tussen laagscorers en hoogscorers. Om te kijken of er daadwerkelijk een verschil bestaat tussen attitudes jegens euthanasie en HBZ bij mensen die laag en hoog scoren is gebruik gemaakt van een opdeling in twee groepen, laagscorers en hoogscorers, waarbij de mediaan (3.55) als cut-off score is gebruikt. De gemiddelde scores op attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden is voor laagscorers op openheid 2.99 (SD = 1.25) en voor hoogscorers op openheid 3.54 (SD = 1.14). Het verschil is significant ($t = 3.33$, $df = 204$,

$p < .01$). Dit betekent dat mensen die meer open zijn een positievere attitude hebben over actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden dan mensen die minder open zijn. De vierde hypothese wordt hiermee ondersteund.

Voor de variabele openheid voor ervaringen blijkt er geen verschil te zijn voor sekse. Er is wel een verschil voor religie ($t = -2.78$, $df = 192$, $p < .05$). Christelijke participanten ($M = 3.37$, $SD = .58$) lijken minder open te zijn dan non religieuze ($M = 3.60$, $SD = .49$). Er blijkt ook een verschil in opleidingsniveau ($t = -3.53$, $df = 118$, $p < .05$). Participanten met een laag opleidingsniveau ($M = 3.19$, $SD = .76$) blijken minder open te zijn voor ervaringen dan hoog opgeleide participanten ($M = 3.64$, $SD = .45$). Voor verdere verschilgegevens met betrekking tot de demografische variabelen bij attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden wordt verwezen naar de uitwerking van hypothese één.

In hypothese drie is ingegaan op de samenhang tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging. De gevonden samenhang bij hypothese drie geeft echter nog geen verschil aan in attitude tussen laagscorers en hoogscorers op openheid voor ervaringen. Hypothese vijf richt zich daarom op het verschil in attitude jegens actieve levensbeëindiging tussen hoog- en laagscorers. Er wordt bij deze hypothese verwacht dat het verschil in attitude tussen euthanasie en HBZ bij ondraaglijk lijden kleiner wordt wanneer mensen hoger scoren op openheid voor ervaringen. Allereerst is er gekeken of er een verschil bestaat tussen attitude jegens euthanasie en HBZ bij mensen die laag en hoog scoren op openheid. Hiervoor is gebruik gemaakt van de opdeling in laagscorers en hoogscorers. Uit de positieve verschillen in Tabel 4 blijkt dat participanten, als openheid voor ervaringen wordt meegenomen in de analyse, nog steeds positiever zijn over euthanasie dan HBZ. Het verschil in attitude jegens euthanasie en HBZ lijkt weliswaar af te nemen naarmate men hoger scoort op openheid (zie Tabel 4). Bij vergelijking tussen de groep laagscorers en de groep hoogscorers blijkt echter dat er voor deze groepen geen significant verschil gevonden kan worden in de scores op attitude tussen euthanasie en HBZ ($t = .48$, $df = 203$, $p > .05$). Dit betekent dat de voorspelde afname in verschil in attitude jegens euthanasie en HBZ tussen laagscorers en hoogscorers niet gevonden wordt. Hypothese vijf wordt hierdoor dan ook niet ondersteund. Om te weten te komen of het niet kunnen vinden van een verschil tussen HBZ en euthanasie te maken heeft met de variabele openheid is er gekeken of er een significant verschil is tussen hoog- en laagscorers op openheid voor de gemiddelde score op HBZ en de gemiddelde score op euthanasie. Dit bleek voor beide vormen van actieve levensbeëindiging het geval. Mensen die laag scoren op openheid hadden een minder positieve attitude jegens HBZ dan mensen die hoog scoren op openheid ($t = -3.46$, $df = 197.67$, $p < .01$). Mensen die laag scoren op openheid hadden tevens een minder positieve attitude jegens euthanasie dan mensen die hoger scoren ($t = -3.5$, $df = 185.62$, $p < .01$). Het niet aanwezig zijn van een verschil wordt dus mogelijk verklaard door de vergelijking tussen HBZ en euthanasie en niet

door de vergelijking tussen hoog of laag scoren op de persoonlijkheidstrekk openheid voor ervaringen.

Tabel 4: Gemiddelde scores op attitude jegens HBZ versus euthanasie bij een hoge score op openheid en een lage score op openheid

	N	Gemiddelde	SD
Verschilscore Euthanasie-HBZ bij lage openheid	103	0.27	0.07
Verschilscore Euthanasie-HBZ bij hoge openheid	102	0.22	0.07
HBZ acceptabeler dan euthanasie bij lage openheid	103	2.6	0.12
HBZ acceptabeler dan euthanasie bij hoge openheid	103	2.59	0.13

De samenhang van de persoonlijkheidstrekk locus of control met attitude jegens actieve levensbeëindiging

De zesde hypothese voorspelt dat mensen met een interne locus of control positiever staan tegenover actieve levensbeëindiging dan mensen met een externe locus of control. Locus of control correleert evenwel niet significant met attitude jegens actieve levensbeëindiging ($r = .11$, $N = 204$, $p >.05$). Om te kijken of er een verschil bestaat in attitude jegens actieve levensbeëindiging tussen mensen die een meer externe locus of control hebben en mensen die een overwegend interne locus of control hebben, is gebruik gemaakt van de mediaan (2.63) als cut-off score om een verdeling te maken in twee groepen. Het verschil tussen deze groepen blijkt eveneens niet significant ($t = 1.26$, $df = 202$, $p >.05$). Om verder uit te diepen of er een verschil bestaat in de attitude jegens actieve levensbeëindiging voor de meest extreme scorers op locus of control is gebruik gemaakt van het eerste kwartiel (<2.19) en het vierde kwartiel (>3.42). Mensen die een extreme interne locus of control hebben, lijken op het eerste gezicht een positievere attitude jegens actieve levensbeëindiging te hebben dan mensen met een extreem externe locus of control (zie Tabel 5). Het verschil tussen deze twee extremen blijkt echter eveneens niet significant ($t = 1.51$, $df = 111$, $p >.05$). Dit betekent, tegen de verwachting in, dat mensen die een extreme interne locus of control hebben niet positiever staan tegenover actieve levensbeëindiging dan mensen met een extreme externe locus of control. De zesde hypothese wordt daarmee niet ondersteund.

Locus of control is verder onderzocht voor de drie determinanten. Hierbij is geen verschil gevonden voor de determinanten opleiding en religie. Er is wel een sekseverschil gevonden ($t = -2.03$, $df = 202$, $p <.05$). Vrouwen ($M = 2.98$, $SD = .95$) blijken een meer interne locus of control te hebben dan mannen ($M = 2.71$, $SD = .91$).

Tabel 5: Gemiddelde scores van de kwartielscores op attitude jegens actieve levensbeëindiging bij een extreme externe locus of control en een extreme interne locus of control

	N	Gemiddelde	SD
Externe locus of control	62	3.55	1.11
Interne locus of control	51	3.86	1.02

De zevende hypothese doet verwachten dat het verschil in attitude ten opzichte van euthanasie en HBZ groter wordt wanneer mensen hoger scoren op interne locus of control. Allereerst is er daarom gekeken of er een verschil bestaat in attitude jegens euthanasie en HBZ tussen mensen die laag en hoog scoren op interne locus of control. Er werd evenwel geen verschil gevonden tussen de groepen ($t = -1.10$, $df = 202$, $p >.05$). Om verder uit te diepen of er een verschil bestaat in de attitude jegens euthanasie en HBZ is er wederom gekeken naar de meest extreme scorers op locus of control. Participanten met een extreme interne locus of control waren gemiddeld positiever over euthanasie dan HBZ. Participanten met een extreme externe locus of control waren gemiddeld ook positiever over euthanasie dan HBZ, maar het verschil tussen de attitude jegens HBZ en euthanasie was kleiner dan bij mensen met een extreme interne locus of control (zie Tabel 6). Het verschil in attitude jegens euthanasie en HBZ tussen deze extremen in locus of control is echter niet significant gebleken ($t = -.66$, $df = 111$, $p >.05$). Dit betekent dat de voorspelde toename in verschil in attitude jegens euthanasie en HBZ tussen mensen met een interne en een externe locus of control niet gevonden is. De zevende hypothese wordt daarmee verworpen.

Tabel 6: Gemiddelde verschillen op attitude jegens euthanasie en HBZ bij een extreme externe locus of control en een extreme interne locus of control

	N	Gemiddelde	SD
Verschijscore euthanasie-HBZ externe locus of control	62	0.23	0.67
Verschijscore euthanasie-HBZ interne locus of control	51	0.32	0.78
HBZ is acceptabeler dan euthanasie bij een externe locus of control	62	2.52	0.15
HBZ is acceptabeler dan euthanasie bij een interne locus of control	51	2.73	0.20

De achtste en laatste hypothese voorspelt dat locus of control de eerder gevonden positieve samenhang tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging zal modereren. Hierbij wordt verwacht dat een interne locus of control de samenhang van openheid voor ervaringen met attitude jegens actieve levensbeëindiging positief zal beïnvloeden. Om collineariteit te voorkomen zijn voor de interactie analyse

gestandaardiseerde waarden gebruikt voor zowel de onafhankelijke variabelen locus of control ($N = 204$, $M = .00$, $SD = .94$) en openheid voor ervaringen ($N = 206$, $M = .00$, $SD = .53$) als voor de afhankelijke variabele attitude jegens actieve levensbeëindiging ($N = 205$, $M = .00$, $SD = 1.04$). Uit de regressieanalyse blijkt dat het model met zowel openheid als locus of control significant is: $F(2,201) = 15.32$, $p < .001$. Locus of control verklaart hierbij 12,4% van de variantie in attitude jegens actieve levensbeëindiging (Adjusted R Square = .124). Uit de analyse komt verder naar voren dat openheid voor ervaringen significant bijdraagt aan dit model ($t = 5.29$, $\beta = .35$, $p < .001$), maar locus of control niet ($t = 1.53$, $\beta = .10$, $p > .05$). Hieruit blijkt dat locus of control de samenhang van openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging niet beïnvloed. Hypothese acht wordt daarmee dus niet ondersteund.

Palliatieve sedatie

In de vragenlijst die aan de participanten aangeboden werd, bevonden zich naast de vragen met betrekking tot attitude jegens euthanasie en HBZ ook twee vragen met betrekking tot de attitude jegens palliatieve sedatie. Hier is in de hypothesen geen aandacht aan besteed, maar er wordt wel explorierend naar gekeken. Dit wordt gedaan omdat palliatieve sedatie een andere insteek heeft dan euthanasie en HBZ, namelijk het pijnlijden door middel van verdoving te verminderen of weg te nemen. Euthanasie en HBZ hebben daarentegen als doel niet alleen pijnbestrijding, maar ook het leven te beëindigen.

Uit de resultaten blijkt dat de attitude jegens palliatieve sedatie bij ondraaglijk lijden significant verschilt van de attitude jegens HBZ bij ondraaglijk lijden ($t = 12.03$, $df = 204$, $p < .001$). Ook het verschil in attitude jegens palliatieve sedatie bij ondraaglijk lijden en euthanasie bij ondraaglijk lijden is significant ($t = 8.80$, $df = 205$, $p < .001$). Dit betekent dat mensen palliatieve sedatie bij ondraaglijk lijden als meer acceptabel beschouwen dan zowel euthanasie als hulp bij zelfdoding bij ondraaglijk lijden (zie tabel 7).

Tabel 7: Gemiddelde score attitude jegens euthanasie, hulp bij zelfdoding en palliatieve sedatie bij ondraaglijk lijden.

	N	Gemiddelde	SD
Euthanasie bij ondraaglijk lijden	206	3.81	1.03
Hulp bij zelfdoding bij ondraaglijk lijden	205	3.57	1.15
Palliatieve sedatie bij ondraaglijk lijden	206	3.98	0.86

Dit wordt daarnaast ook ondersteund door de gegeven antwoorden op de vraag of mensen palliatieve sedatie acceptabeler vinden dan HBZ en euthanasie. 50% van de participanten is

het eens of helemaal eens met de stelling, 26% is neutraal en slechts 24% van de participanten is het oneens of helemaal oneens met de stelling.

Discussie

Het doel van deze studie was de invloed van persoonlijkheid op de attitude jegens euthanasie en hulp bij zelfdoding bij fysiek en psychisch lijden in kaart te brengen.

De eerste hypothese voorspelde dat mensen een positievere attitude hebben jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek lijden dan bij psychisch lijden. Dit wordt ondersteund door de resultaten. Ondanks het ontbreken van andere wetenschappelijke onderzoeken die deze resultaten ondersteunen, lijken de resultaten wel weerklank te vinden in de maatschappelijke literatuur en in het debat omtrent actieve levensbeëindiging. De capaciteit tot autonomie, controle en stabiliteit over het eigen redeneren kunnen bij psychisch lijden beïnvloed zijn, waardoor mensen die ondraaglijk lijden aan psychische problemen mogelijk niet in staat zijn tot het maken van weloverwogen keuzes (Harris, 1985). Daarnaast is ook het taboe op actieve levensbeëindiging in de geestelijke gezondheidszorg mogelijk een verklaring. Psychiaters en andere GGZ-medewerkers hebben vaak wel geleerd om suïcidaliteit te bespreken met als doel zelfdoding te voorkomen, maar niet met het doel om de mogelijkheid tot vroegtijdige levensbeëindiging bespreekbaar te maken (Mistratie Haarhuis, 2007, Swinkels, 2010). Het is niet ondenkbaar dat, wanneer ervaringsdeskundigen in de GGZ al moeite hebben om een taboe te doorbreken en te spreken over een dergelijk controversieel onderwerp, dit voor het algemene publiek een haast onmogelijke opgave is. Immers, de meeste mensen zullen naar alle waarschijnlijkheid nauwelijks op de hoogte zijn over de mogelijke ernst van psychisch lijden en de wet- en regelgeving omtrent actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. Daar komt bij dat psychisch lijden en psychisch ziek zijn nog niet helemaal uit de taboesfeer zijn. Onderzoek onder artsen toont aan dat eigen psychisch lijden niet wordt besproken en erkend uit angst voor stigmatisering en discriminatie (Van Schaik, Kleijn, Van der Veldt & Van Tilburg, 2010). De vraag rijst hoe de doorsnee bevolking psychisch lijden en daarmee ook actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden kan accepteren zo lang in de medische sector het stigma hierover lijkt te blijven overheersen. Tot slot lijkt een van de belangrijkste redenen waarom de attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden negatiever is dan bij fysiek lijden, de oorzaak van het lijden en de aard van de behandelbaarheid. Psychiater Swinkels vertelt in actualiteitenprogramma Pauw & Witteman over deze discussie: *‘dat zal je niet zo gauw zeggen’* [dat mensen uitbehandeld zijn] en *‘Er zijn ongeveer 350 mensen in Nederland per jaar die deze stenische wens hebben, waar je zou kunnen zeggen dat ze eventueel in aanmerkingen komen. Kijk je een jaar later, het overgrote deel van de mensen wil het niet meer. Het is heel moeilijk om te zeggen, wanneer is het nou definitief’* (penw, 2010). Het

blijkt dat het in de psychiatrie moeilijker is om, vanuit onderzoek, aan te tonen dat behandeling niet meer mogelijk is, er is immers geen sprake van direct levensgevaar zoals bij een fysieke ziekte zoals kanker (Mistrante Haarhuis, 2007). Daarnaast is het beloop van veel psychische aandoeningen vaak niet duidelijk. De, niet irreële, angst voor het maken van een ‘foute’ keuze omdat men niet weet of genezing echt onmogelijk is, verklaart dus mogelijk ook waarom mensen een negatievere attitude hebben jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. Al deze bezwaarpunten jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden vinden tot slot zijn weerslag in de praktijk: aanvragen voor euthanasie en HBZ worden in Nederland minder gehonoreerd bij psychisch dan bij fysiek lijden (Naudts et al., 2006).

De tweede hypothese voorspelde dat men positiever zou zijn over HBZ dan over euthanasie. Deze hypothese wordt niet ondersteund en er werd zelfs een tegenovergesteld resultaat gevonden, daar de resultaten er op wijzen dat mensen een positievere attitude lijken te hebben over euthanasie dan HBZ. Hoewel de meeste literatuur in de andere richting wijst, vonden ook Singer, Choudhry, Armstrong, Meslin en Lowy (1995) dat mensen positiever waren over euthanasie dan HBZ. Zij geven hiervoor als verklaring dat men wellicht angst heeft dat HBZ leidt tot een mislukte poging tot zelfmoord. Deze angst voor het mislukken van zelfdoding klinkt reëel, ware het niet dat ook bij HBZ de arts tot het einde toe aanwezig is en het beëindigen van het leven geprotocolleerd dient te verlopen. De kans op een mislukte ‘poging tot zelfdoding’ dient door deze maatregelen te worden geminimaliseerd. Onbekend maakt onbemind wordt wel gezegd en dat men onbekend is met het geprotocolleerde beleid omtrent HBZ zou een verklarende rol kunnen spelen voor de negatieve attitude jegens HBZ ten opzichte van euthanasie. Euthanasie lijkt bekender te zijn dan HBZ. Tijdens huidig onderzoek kwam uit vragen en opmerkingen van participanten naar voren dat mensen, ondanks de explicitering van het begrip HBZ, vaak niet gehoord hadden van hulp bij zelfdoding en/of niet wisten hoe het verschilt van euthanasie. Een andere verklaring die hier deels mee samenhangt, is dat mensen van mening kunnen zijn dat een arts verantwoordelijk moet zijn voor het sterfproces bij actieve levensbeëindiging. De Nederlandse term HBZ impliceert, in tegenstelling tot de Engelse term ‘physician assisted suicide’ niet direct dat een arts betrokken moet zijn bij HBZ. Ondanks dat in de vragenlijst van het huidige onderzoek is uitgelegd dat een arts verantwoordelijk is, is het mede door de onbekendheid van HBZ, voor mensen misschien niet helemaal duidelijk dat ook bij HBZ een arts tot het einde toe aanwezig is. Wellicht dat men hierdoor terughoudender is in de acceptatie van HBZ door de angst dat er iets mis kan gaan als het niet door een deskundige ‘geautoriseerde’ arts uitgevoerd wordt, maar door de persoon in kwestie zelf. Een laatste reden voor deze attitude is mogelijk dat men het beëindigen van het leven gewoon liever aan een ander over laat, omdat men bang is het zelf te doen. Wat de reden voor deze positievere attitude jegens euthanasie dan HBZ ook mag zijn, het verschil in attitude jegens beide vormen van actieve levensbeëindiging is ook terug te

zien in het aantal aanvragen dat gehonoreerd wordt. In 2001 waren er 3500 euthanasiegevallen tegenover 300 gevallen van HBZ (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003).

De derde hypothese deed verwachten dat er een samenhang is tussen de persoonlijkheidstrek openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging. Openheid voor ervaringen blijkt inderdaad positief te correleren met de attitude jegens euthanasie en HBZ bij ondraaglijk lijden. De sterkte van de correlatie was van gemiddelde sterkte voor beide vormen van actieve levensbeëindiging. Dit betekent dat mensen die meer open zijn van karakter over het algemeen positiever staan tegenover zowel HBZ als euthanasie. De kenmerken van openheid voor ervaringen maken het denkbaar dat mensen die hoger scoren meer open staan voor argumenten voor en tegen euthanasie en HBZ bij zowel fysiek en psychisch lijden. Hierdoor zullen zij de attitude hierover beter gevormd hebben dan mensen met een lagere score op openheid (Costa & McCrae, 1991; Larssen & Buss, 2008). De gelijke sterkte van de correlatie laat echter geen positievere attitude jegens HBZ dan euthanasie zien. Dit verschil werd wel verwacht naar aanleiding van de associatie van een hogere score op openheid met een hogere mate van onafhankelijkheid en zelfstandigheid (Gazzaniga & Heatherton, 2006). Het willen behouden van deze onafhankelijkheid en zelfstandigheid zouden redenen kunnen zijn voor een positievere attitude jegens HBZ dan euthanasie. Het niet vinden van het verschil in attitude jegens HBZ en euthanasie kan mogelijk verklaard worden doordat men de zelfstandigheid niet zozeer zoekt in het daadwerkelijk zelf toedienen van de levensbeëindigende handeling maar in het zelf kunnen beslissen wanneer men wil sterven en op welke manier. Een andere mogelijkheid is de angst dat het zelf uitvoeren van de levensbeëindiging niet goed gaat. HBZ gebeurt vaak door middel van het innemen van een drankje. Uit cijfers uit 2009 blijkt dat 19% van de uitvoering van hulp bij zelfdoding uiteindelijk euthanasie uitgevoerd diende te worden, omdat de poging tot hulp bij zelfdoding niet slaagde (Vink, 2010). Het positiever zijn over zowel HBZ als euthanasie bij mensen die hoger scoren op openheid voor ervaringen kan mogelijk ook verklaard worden door gewenning aan de morele kwesties door middel van debatten. Wren (2008) beschrijft dat gewenning van morele kwesties ontstaat door middel van het voeren van debatten en dat dagelijkse contacten met vrienden, familie en kennissen zorgt voor morele educatie. Maar ook contact met mensen buiten de sociale omgeving zorgt ervoor dat mensen nieuwe of andere denkbeelden over de wereld te horen krijgen.

Hoewel het huidige onderzoek niet toelaat te kijken naar de richting van het verband tussen openheid voor ervaringen en de attitude jegens HBZ en euthanasie zou men kunnen redeneren dat het waarschijnlijker is dat openheid voor ervaringen de attitude beïnvloedt dan andersom. Een persoonlijkheidstrek is relatief stabiel over tijd en gedurende verschillende omstandigheden waar een attitude onderhevig is aan invloeden uit de omgeving. Een andere

verklaring voor de richting van beïnvloeding komt naar voren uit onderzoek van Verhulst, Eaves en Hatemi (2012). Hieruit blijkt dat de meerderheid van de samenhang tussen attitude jegens politieke ideologieën en persoonlijkheid verklaard wordt door een gemeenschappelijke genetische component. Met betrekking tot de onderlinge relatie suggereren de resultaten uit dit onderzoek twee alternatieve relaties. De eerste is dat een genetische factor zowel persoonlijkheid als de attitude beïnvloedt en de tweede houdt in dat de genetische component van politieke attitude de genetische invloed op persoonlijkheidstrekken gedeeltelijk medieert. Uit dit onderzoek is ook gebleken dat persoonlijkheid niet direct de attitude beïnvloedt. Dit in tegenstelling van eerdere onderzoeken. Vervolgonderzoek zou zich dan ook kunnen richten op de causaliteit van de samenhang tussen persoonlijkheid en de attitude jegens HBZ en euthanasie of specifiek de samenhang tussen openheid en de attitude jegens HBZ en euthanasie.

De vierde hypothese richtte zich op openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. Hierbij werd een positieve samenhang verwacht. Deze werd gevonden en hiermee werd de samenhang tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden bevestigd. Daarbij werd gevonden dat mensen die hoog scoren op openheid een positievere attitude hebben dan mensen die laag scoren. Dit kan verklaard worden aan de hand van onderzoek waaruit is gebleken dat openheid negatief samenhangt met een algemeen conservatisme (Riemann et al., 1993). Uit het onderzoek bleek dat conservatieve mensen met meer walging reageren op met actieve levensbeëindiging vergelijkbare morele kwesties. In huidig onderzoek kan men ondersteuning vinden van deze resultaten door middel van de demografische variabele religie. In de hier besproken hypothese is gevonden dat christelijke participanten lager scoren op openheid voor ervaringen dan non-religieuze participanten. Bij de eerste hypothese werd al eerder gevonden dat christelijke participanten een minder positieve attitude hebben jegens actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. Over de richting van de beïnvloeding, van attitude en openheid voor ervaringen, kan men hier eenzelfde redenering voeren als bij de derde hypothese. Ook hier is het waarschijnlijk dat de mate van openheid voor ervaringen de attitude beïnvloedt en niet andersom. Tevens is er gekeken naar de samenhang tussen openheid voor ervaringen en attitude jegens actieve levensbeëindiging bij lichamelijk lijden. Hieruit bleek dat de samenhang van eenzelfde gemiddelde sterkte is als bij psychisch lijden.

De vijfde hypothese deed verwachten dat het verschil in attitude tussen euthanasie en HBZ kleiner wordt naarmate mensen hoger scoren op openheid voor ervaringen. Gebleken is echter dat er geen verschil is in attitude jegens euthanasie en HBZ tussen de groep hoog- en laagscorers. Logischerwijs kan er geen afname van het verschil in attitude aanwezig zijn wanneer er geen verschil aanwezig is. Het verschil werd verwacht naar aanleiding van

onderzoek van Riemann et al. (1993) waaruit een negatieve samenhang tussen openheid en algemeen conservatisme naar voren kwam. Uit de tweede hypothese is gebleken dat mensen een positievere attitude hebben jegens euthanasie dan HBZ. Wanneer men openheid voor ervaringen toevoegt blijkt er geen verschil meer te zijn in attitude. Openheid voor ervaringen blijkt wel verschil te maken wanneer men de groep verdeeld in laag- en hogescoreers en deze in attitude jegens HBZ of euthanasie met elkaar vergelijkt. Hogescoreers zijn positiever dan laagscoreers over zowel HBZ als euthanasie. Een mogelijke verklaring voor het hebben van eenzelfde attitude jegens HBZ als euthanasie kan gevonden worden in de bij hypothese drie genoemde andere opvatting van zelfstandigheid. Mogelijk zoekt men deze zelfstandigheid meer in de mogelijkheid van het kunnen beslissen wanneer en hoe men sterft en minder in het daadwerkelijk zelf uitvoeren van de handeling die leidt tot sterven. Men kan ook hier opnieuw aanvoeren dat het meer positief staan tegenover het idee van HBZ mogelijk wordt weggenomen door het percentage van patiënten waarbij de handeling niet gelukt is en waarbij alsnog euthanasie gepleegd moest worden.

In tegenstelling tot hypothese zes en zeven, is er geen verschil gevonden in attitude jegens actieve levensbeëindiging tussen mensen met een interne en externe locus of control. Dit geldt zowel voor het verwachte verschil in attitude jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden als voor het verwachte verschil in attitude jegens euthanasie en HBZ. Locus of control vertoont, eveneens in tegenstelling tot wat verwacht werd, geen samenhang met openheid voor ervaringen en versterkt de gevonden samenhang van openheid voor ervaringen met attitudes jegens actieve levensbeëindiging niet.

Een verklaring voor de gevonden resultaten zou kunnen zijn dat locus of control geen rol speelt bij attitudes betreffende het levenseinde. Berman en Hays (1973) vonden geen correlatie tussen locus of control en doodsangst of geloof in leven na de dood. Het is goed mogelijk dat mensen over het algemeen, ongeacht de mate van locus of control, het levenseinde niet zien als iets wat zonder meer beïnvloedbaar en controleerbaar is. Dit lijkt tegenstrijdig als men zich bedenkt dat mensen over het algemeen wel bezig zijn met het regelen van allerlei zaken die te maken hebben met sterven, zoals het regelen van een testament, verzekeringen, uitvaart enzovoorts. Daarnaast lijkt ook de essentie van actieve levensbeëindiging het behouden van controle over de dood te zijn. De vraag is echter of dit daadwerkelijk zo is. Bezig zijn met het regelen van zaken die te maken hebben met het sterven geeft geen controle over de wijze en het moment van overlijden. Bovendien lijkt de essentie van actieve levensbeëindiging meer te maken te hebben met het beëindigen van het lijdensproces dan met het sterven zelf. Immers, actieve levensbeëindiging mag niet toegepast worden als men op het moment suprême geen controle meer heeft over de eigen wil en mogelijk geen besef meer heeft van het eigen lijden, zoals bij een vergevorderde dementie of comateuze toestand. Actieve levensbeëindiging is niet voor niets wettelijk enkel toegestaan

om een einde te maken aan ondraaglijk lijden en niet om zonder meer zelf het tijdstip en de wijze van sterven te kunnen bepalen.

Een tweede verklaring zou kunnen zijn dat locus of control geen goede voorspeller is voor algemene attituden die niet direct betrekking hebben op het gedrag van de persoon zelf. Lefcourt (1991) bevestigt dit idee en benadrukt dat de voorspellende waarde beter wordt wanneer het een specifieke populatie met specifieke gedachten betreft in plaats van een algemene meting die mogelijk niet direct betrekking heeft op de mensen bij wie locus of control gemeten wordt. Locus of control is volgens de sociale leertheorie van Rotter een gegeneraliseerde verwachting die betrekking heeft op de samenhang tussen persoonlijkheidstrekken en/of handelingen en ervaren uitkomsten van dit handelen (Lefcourt, 1991). Uit eerdere onderzoeken is ook gebleken dat locus of control geen goede voorspeller is voor attitude wanneer het geen betrekking heeft op de persoon zelf. Zo vond Woodrow (1991) geen verschil in attitude jegens computerkunde tussen mensen met een interne en externe locus of control. Beckham, Spray en Pietz (2007) vonden daarnaast geen verschil in attitude over straftoedeling door mensen met een interne en externe locus of control. De vragen over euthanasie en HBZ in huidig onderzoek werden niet gesteld als zijnde direct betrekking hebbend op handelingen van de participant zelf als zij in een situatie van ondragelijk lijden zouden komen, maar op een algemene attitude over euthanasie en HBZ bij ondraaglijk fysiek en psychisch lijden. Dit verklaart mogelijk waarom er geen verschil is gevonden tussen mensen met een externe en interne locus of control in attitude jegens euthanasie en HBZ. Het is mogelijk dat wanneer participanten de situatie op zichzelf hadden moeten betrekken, bijvoorbeeld met een stelling: *'ik zou positief staan tegenover het beëindigen van mijn leven door euthanasie als ik ondraaglijk zou lijden'*, er wel een verband gevonden zou kunnen worden tussen actieve levensbeëindiging en locus of control.

Een derde en laatste verklaring kan zijn dat locus of control mogelijk niet samenhangt met het maken van ethische besluiten, waaronder het besluit of euthanasie en HBZ al dan niet geaccepteerd moeten worden. Onderzoek van Singhapakdi en Vitell (1990) naar het maken van ethische besluiten onder marketeers toonde aan dat er geen verschil was tussen mensen met een interne en externe locus of control. Dit gold zowel voor de mate waarin zij ethische problemen serieus namen, de mate waarin zij straf zouden toekennen voor onethisch handelen als het al dan niet ondernemen van actie. Mc Cuddy en Peery (1996) vonden daarentegen wel een samenhang tussen locus of control en ethische overtuigingen en besluiten bij studenten. De verschillen in deze resultaten kunnen verklaard worden door methodologische verschillen. Beide studies gebruikten scenario's die passend waren bij hun doelgroep, het ene over ethisch handelen in het marketing bedrijf en de ander over ethisch handelen tijdens het volgen van een universitaire studie. Deze tegenstrijdigheid in de invloed van locus of control bij ethische beslissingneming is geen uitzondering. Uit een review over

ethische beslissingneming van Ford en Richardson (1994) blijkt dat de resultaten voor locus of control met betrekking tot ethische beslissingneming niet eenduidig zijn. Verder onderzoek naar de samenhang van locus of control met attitudes jegens ethische controversiële zaken zou dus meer duidelijkheid kunnen geven over deze mogelijke verklaring.

Het niet eenduidig zijn van de resultaten van locus of control studies in de wetenschappelijke literatuur, schemert ook door in huidig onderzoek. Ondanks dat er geen effect is gevonden voor locus of control, lijkt er wel een tendens te zijn. Mensen met een interne locus of control lijken zich overwegend positiever te uiten over actieve levensbeëindiging dan mensen met een externe locus of control. Daarnaast lijken mensen met een hoge mate van interne locus of control minder onderscheid te maken tussen euthanasie en HBZ dan mensen met een externe locus of control. Het is dus goed mogelijk dat locus of control wel degelijk samenhangt met de attitude die men heeft jegens actieve levensbeëindiging. Dat dit niet naar voren komt uit de resultaten van het huidige onderzoek, komt mogelijk omdat er gevraagd is naar een algemene attitude jegens een ethische kwestie die controle over het levenseinde lijkt te impliceren. Het is goed mogelijk dat het verband tussen locus of control en attitudes jegens actieve levensbeëindiging pas echt tot uiting komt wanneer het gekoppeld wordt aan een situatie waarin het eigen handelen centraal staat.

Kanttekeningen en implicaties

Er zijn bij huidig onderzoek enkele kanttekeningen te plaatsen. Allereerst werd in de vragenlijst niet uitgevraagd of mensen persoonlijk ervaring hebben gehad met actieve levensbeëindiging in hun omgeving. Eerdere ervaring met HBZ of euthanasie is in huidig onderzoek dus niet meegenomen. Uit eerder onderzoek (Jaspers, 2008; Rurup et al., 2005) is gebleken dat eerdere ervaringen een rol kunnen spelen bij de attitude jegens actieve levensbeëindiging. Huidig onderzoek biedt dus geen inzicht in de samenhang tussen de attitude jegens HBZ en euthanasie bij fysiek en psychisch lijden en eerdere ervaringen.

Een tweede kanttekening bij het huidige onderzoek is dat er een scheve verdeling is in de participantengroep. Er waren aanzienlijk minder laagopgeleide dan gemiddeld en hoogopgeleide participanten. Uit onderzoek van Holden (1993) en Cohen et al. (2006)² bleek al dat mensen met een hoger opleidingsniveau minder negatieve attitudes jegens euthanasie hebben dan mensen met een lager opleidingsniveau. In huidig onderzoek komt ook naar voren dat mensen met een hoger opleidingsniveau positiever zijn jegens HBZ en actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden. De scheve verdeling in participanten wat betreft opleidingsniveau beïnvloedt mogelijk de gevonden resultaten. De mogelijke oorzaak voor deze scheve verdeling ligt volgens de onderzoekers in de wijze waarop participanten geworven zijn. Uit cijfers van het CBS (2004) blijkt dat treinreizigers de grootste woon-werkafstand overbruggen. Lager opgeleiden blijken minder ver van hun werk te wonen dan

gemiddeld of hoger opgeleiden. Lager opgeleiden reizen dan ook minder en minder lang met de trein, waardoor de participanten werving in de trein minder geschikt is voor het verkrijgen van een representatieve steekproef. Een andere determinant die de resultaten mogelijk beïnvloed kan hebben is religie. Meer dan de helft van de participanten beschouwde zichzelf als non-religieus. Daarnaast was de verdeling tussen de verschillende soorten religies niet gelijk verdeeld. Er hebben aanzienlijk minder moslims dan christenen aan het onderzoek deelgenomen en het ontbrak (grotendeels) aan participanten van andere religies. Uit huidig onderzoek is gebleken dat christelijke participanten in alle opzichten minder positief waren over actieve levensbeëindiging dan non-religieuze participanten. Uit onderzoek van Rurup et al. (2005) bleek ook dat mensen met een religieuze overtuiging negatiever stonden tegenover het recht op het beslissen over de eigen dood dan mensen zonder religieuze overtuiging.

Een derde kanttekening kan gemaakt worden met betrekking tot de locus of control schaal. In huidig onderzoek is er gebruik gemaakt van de volledige 'interne schaal' en 'belangrijke anderen' schaal van de 'multiple locus of control vragenlijst'. Brosschot et al. (1994) stellen daarentegen het gebruik van verkorte schalen voor in verband met de sterkte van de items in deze schalen. Desalniettemin is de betrouwbaarheid van de gebruikte schalen in het huidige onderzoek redelijk. Daarnaast is de 'kansschaal' uit deze vragenlijst niet meegenomen in huidig onderzoek. Deze schaal meet externe locus of control enkel als overtuiging in de vorm van 'kans' of 'geluk', wat niet van toepassing lijkt bij de attitude jegens bewust kiezen voor actieve levensbeëindiging. Bovendien bleek deze schaal tijdens het pretesten van de vragenlijst veel irritatie op te roepen bij participanten. Uit onderzoek van Brosschot et al. (1994) bleek echter dat de 'kansschaal' negatief met de 'interne schaal' en positief met de 'belangrijke anderen schaal' correleert, waardoor deze mogelijk het verschil tussen een interne en externe locus of control had kunnen versterken. Het meenemen van de 'kansschaal' zou dus mogelijk tot aanvullende resultaten hebben geleid.

Een laatste kanttekening bij het huidige onderzoek is dat de resultaten enkel aantonen dat er, al dan niet, sprake is van samenhang tussen de attitude jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden en persoonlijkheidstrekken. Er kunnen dus geen uitspraken gedaan worden over mogelijke causale relaties. Persoonlijkheidstrekken worden in de regel gezien als een stabiele factor die genetisch beïnvloed is en samenhangt met vele aspecten van het leven. Daarop voort redenerend zou men kunnen denken dat het als zodanig van invloed is op de attitudes die men pas later, in de loop van het leven, ontwikkeld. Echter uit onderzoek van Verhulst, Eaves en Hatemi (2012) blijkt uit meerdere analyses dat er een causale relatie is tussen politieke attitudes en persoonlijkheid, waarbij politieke attitudes persoonlijkheid beïnvloeden en niet andersom. Volledig in tegenstelling tot de gebruikelijke manier van redeneren en wetenschappelijke resultaten uit het verleden vonden zij geen enkele aanwijzing voor de invloed van persoonlijkheid op attitudes. Hieruit blijkt wel dat er vanuit

huidig onderzoek geen enkele uitspraak gedaan kan worden over de mate waarop persoonlijkheidstrekken attitudes jegens actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden beïnvloeden.

Ondanks deze kanttekeningen kan huidig onderzoek bijdragen aan een verdere ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. Tot nu toe is er weinig onderzoek gedaan naar de samenhang tussen persoonlijkheidskenmerken en de attitude jegens euthanasie en HBZ. De gevonden resultaten tonen aan dat er een rol weggelegd kan zijn voor verschillende persoonlijkheidstrekken. Uit huidig onderzoek is gebleken dat openheid voor ervaringen samenhangt met de attitude jegens euthanasie en HBZ. Welke persoonlijkheidstrekken er eveneens een samenhang met attitude jegens euthanasie en HBZ hebben en in welke mate deze elkaar beïnvloeden is nog niet duidelijk. Verder wetenschappelijk onderzoek zou op lange termijn ook handvatten kunnen bieden voor de dagelijkse praktijk. Wanneer er meer bekend is over de samenhang of invloed van persoonlijkheidskenmerken op de attitude jegens euthanasie kan zowel iemand die actieve levensbeëindiging overweegt, als zijn omgeving, wellicht makkelijker in gesprek gaan over dit onderwerp. Een bepaalde persoonlijkheid zou namelijk mogelijk kunnen verklaren dat men positiever is over euthanasie en HBZ, waardoor het gesprek hierover aangaan vergemakkelijkt wordt. Tot slot kan huidig onderzoek ook bijdragen aan het debat over actieve levensbeëindiging bij zowel fysiek als psychisch lijden. HBZ en euthanasie zijn immers nog steeds een controversieel onderwerp, waarbij ethische en religieuze, maar ook praktische argumenten een rol spelen. Wat betreft actieve levensbeëindiging bij fysiek en psychisch lijden, lijkt de eerste genoemde steeds meer openlijk bediscussieerd en geaccepteerd te worden, terwijl actieve levensbeëindiging bij psychisch lijden nog taboe is. Het debat hierover openen zou voor veel mensen een bijdrage kunnen leveren aan het bespreekbaar maken van de afloop van fysieke of psychische ziekteprocessen.

Referenties

- Beckham, C. M., Spray, B. J. & Pietz, C. A. (2007). Jurors' Locus of Control and defendants' attractiveness in death penalty sentencing. *The Journal of Social Psychology, 147*, 285–298.
- Berman, A. L. & Hays, J. E. (1973). Relation between death anxiety, belief in afterlife, and Locus of Control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 318.
- Braun, K. L., Tanji, V. M., & Heck, R. (2001). Support for physician-assisted suicide: Exploring the impact of ethnicity and attitudes toward planning for death. *The Gerontologist, 41*, 51–60.

- Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A. & Godaert, G. L., (1994). Internal, powerful others and chance Locus of Control: Relationships with personality, coping stress and health. *Person. Individ. Diff.*, 16, 839-852.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2003, mei 23). Persbericht: Bijna 3500 euthanasiegevallen in 2001. Retrieved from <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/95848258-266C-45DD-9FFF-10AF49E6D3A1/0/pb03n094.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2004). Woon-werkverkeer. *Sociaal-economische trends: Statistisch kwartaalblad over arbeidsmarkt, sociale zekerheid en inkomen* (4). Retrieved from <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/9C104477-2FB6-41AD-9C7B-35D2C17C1A67/0/2004k4v4p047art.pdf>
- Cicirelli, V. G., MacLean, A. P. & Cox, L. S. (2000). Hastening death: A comparison of two end-of-life decisions. *Death Studies*, 24, 401-419.
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G. & Deliens, L. (2006).¹ European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*, 63, 743-756.
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G. & Deliens, L. (2006).² Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981–1999). *European Journal of Public Health*, 16, 663-669.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1991). The NEO Personality Inventory: Using the Five-Factor model in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 367-372.
- Davis, M. H., (1980). A Multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of JSAS Selected Documents in Psychology*, 10, 85-103.
- De Lange, F. (2011, april 23). De dood is een taboe en moet dat ook blijven. *Trouw, Letter en Geest*, p. 5.
- Ford, R. C. & Richardson, W. D. (1994). Ethical decision making: A review of the empirical literature. *Journal of Business Ethics*, 13, 205-221.
- Frileux, S., Lelievre, C., Munoz Sastre, M.T., Mullet, E. & Sorum, P.C. (2003). When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable? *Journal of Medical Ethics*, 29, 330-336.
- Gazzaniga, M.S. & Heatherton, T.F. (2006). *Personality*. New York: W.W. Norton & Company
- Harris, J. (1985). *The value of life: An introduction to medical ethics*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Hoekstra, H. A., Ormel, J. & De Fruyt, F., (1996). *NEO PI-R: NEO FFI, Big Five Persoonlijkheidsvragenlijsten Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

- Hoekstra, H. A., Ormel, J. & De Fruyt, F., (2003). *NEO PI-R: NEO FFI, Big Five Persoonlijkheidsvragenlijsten Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Holden, J. (1993). Demographics, attitudes, and afterlife beliefs of right-to-life and right-to-die organization members. *The Journal of Social Psychology, 133*, 521-527.
- Inbar, Y., Pizarro, D.A. & Bloom, P. (2009). Conservatives are more easily disgusted than liberals. *Cognition and Emotion, 23*, 714-725.
- Jaspers, E. (2008). Changes in Dutch morality. In E. Jaspers (Ed.), *Intolerance over time; Macro- and micro-level questions on attitudes towards euthanasia, homosexuality and ethnic minorities* (pp.69-87). Nijmegen: Interuniversity Center for Social Science Theory and Methodology.
- Lefcourt, H. M. (1991). Locus of Control. In J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Ed.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 413-500). San Diego, CA: Academic Press
- Larssen, R. J. & Buss, D. M. (2008). *Personality Psychology*. New York: McGraw–Hill
- Lester, D. (1996). Psychological issues in euthanasia, suicide, and assisted suicide. *Journal of Social Issues, 52*, 51-62.
- McCuddy, M. K. & Peery, B. L. (1996). Selected individual differences and collegians' ethical beliefs. *Journal of Business Ethics, 15*, 261-272.
- Mistrate Haarhuis, J. (2007). Euthanasie in de geestelijke gezondheidszorg. *Onderwijs en gezondheidszorg, 31*, 236–239.
- Naudts, K., Ducatelle, C., Kovacs, J., Laurens, K., Van den Eynde, F. & Van Heeringen, C. (2006). Euthanasia: The role of the psychiatrist. *British Journal of Psychiatry, 188*, 405-409.
- Nederlandse Vereniging voor een vrijwillig levenseinde (2009-2011). Retrieved October 11, 2011 from <http://www.nvve.nl/nvve2/speerpunt.asp?pagkey=144878>.
- Penwtv (2010, januari 16). Euthanasie bij psychiatrische patiënten (2) [Video file]. Retrieved from <http://www.youtube.com/watch?v=R3qrtr87EpI&feature=relmfu>
- Regionale toetsingscommissies euthanasie (2011). Jaarverslag 2010. Retrieved October 5, 2011 from http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/Persbericht%20jaarverslag%202010_29871.pdf
- Riemann, R. Grubich, C., Hempel, S., Mergl, S. & Richter, M. (1992). Personality and attitudes towards current political topics. *Person. Individ. Diff., 15*, 313-321.
- Rurup, M. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van der Wal, G., Van der Heide, A. & Van der Maas, P. J. (2005). A “suicide pill” for older people: attitudes of physicians, the

- general population, and relatives of patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide in the Netherlands. *Death Studies*, 29, 519-534.
- Schildkamp, V. (2011, augustus 24). Dorp boos op pastoor die uitvaart weigert om euthanasie. *Algemeen Dagblad*, p. 9.
- Singer, P. A., Choudry, S., Armstrong, J., Meslin, E. M. & Lowy, F. H. (1995). Public opinion regarding end-of-life decisions: Influence of prognosis, practice and process. *Social science & Medicine*, 41, 1517-1521.
- Singhapakdi, A. & Vitell, S. J. (1990). Marketing ethics: Factors influencing perceptions of ethical problems and alternatives. *Journal of Macromarketing*, spring, 4-18.
- Stomp, M. P. H. (2011). *Vermijdende copingstijl als predictor voor de attitude jegens euthanasie in Nederland* (Master's thesis Universiteit Utrecht). Retrieved from: <http://igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2011-0804-200730/Stomp%203185559.pdf>
- Teisseyre, N., Mullet, E. & Sorum, P. C. (2005). Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals? *Social Science & Medicine*, 60, 357-368.
- Van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Rurup, M.L., Buiting, H.M., Van Delden, J.J.M., Hanssen-de Wolf, J.E., Janssen, G.J.M., Pasman, R.W., Rietjens, J.A.C, Prins, C.J.M., Deerenberg, I.M., Gevers, J.K.M., Van der Maas, P.J. & Van der Wal, G. (2007). End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. *The New England Journal of Medicine*, 1957-1965.
- Van Schaik, A. M., Kleijn, S. A., Van der Veldt, A. A. M. & Van Tilburg, W. (2010). Te veel dokters kiezen de dood. *Medisch Contact*, 25, 1218-1220.
- Vander Veer, J.B., 1999. Euthanasia in the Netherlands. *Journal of the American College of Surgeons*, 188, 532-537.
- Verhulst, B., Eaves, L. J. & Hatemi, P. K. (2012). Correlation not causation: The relationship between personality traits and political ideologies. *American Journal of Political Science*, 56, 34-51.
- Vink, T. (2010). Keuzewegen naar de dood: levensbeëindiging en eigen regie. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 11, 105-115.
- Wineberg, H. & Werth, J. L. (2003). Physician-assisted suicide in Oregon: What are the key factors? *Death Studies*, 27, 501-518.
- Wren, T. (2008). Philosophical Moorings. In L.P. Nucci & D. Narvaez (Ed.), *Handbook of moral and character education* (pp. 11-29). New York: Routledge.
- Woodrow, J.E.J. (1991). Locus of control and computer attitudes as determinants of the computer literacy of student teachers. *Computer Education*, 16, 237-245.

Bijlage I Vragenlijst

Persoonsgegevens

Geslacht: Man Leeftijd: jaar
 Vrouw

Burgerlijke staat: Gehuwd Kinderen: Ja
 Samenwonend Nee
 Relatie
 Alleenstaand

Hoogst afgeronde

opleiding: Basisschool, lbo of vergelijkbaar
 Havo, vwo, mbo of vergelijkbaar
 Hbo, universitaire opleiding of vergelijkbaar

Werkstatus: Fulltime werkend
 Parttime werkend
 Werkeloos
 Gepensioneerd
 Vrijwilligerswerk

Religie: Christelijk
 Islamitisch
 Joods
 Hindoestaans
 Geen
 Anders

Hieronder wordt een aantal vragen gesteld over euthanasie, hulp bij zelfdoding en palliatieve sedatie.

Onder hulp bij zelfdoding (HBZ) wordt verstaan: ‘het door een arts leveren en/of voorschrijven van levensbeëindigende medicatie, waarbij de persoon zelf de medicatie in neemt’ en onder euthanasie wordt verstaan: ‘het door een arts toedienen van een medicijn,

met als doel de persoon te laten sterven'. Deze beide vormen van actieve levensbeëindiging dienen op nadrukkelijk verzoek te zijn van de persoon in kwestie en dit verzoek dient schriftelijk vastgelegd te zijn. Onder palliatieve sedatie wordt het verlagen van het bewustzijn om het lijden te verlichten verstaan. Dit is aan de orde in de laatste levensfase, waarin de dood al op redelijk korte termijn verwacht wordt. Onder fysiek en psychisch lijden wordt verstaan: ondraaglijk en uitzichtloos lijden als gevolg van lichamelijke ziekte en beperkingen of mentale ziekte of ernstige mentale achteruitgang.

Geeft u aan in welke mate u het met de volgende uitspraken oneens of eens bent.

	Helemaal oneens				Helemaal eens
1. Op verzoek van de persoon mag euthanasie worden toegepast bij ondraaglijk lichamelijk lijden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wanneer een persoon ondragelijk lijdt mag palliatieve sedatie toegepast worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Op verzoek van de persoon mag euthanasie toegepast worden bij ondraaglijk psychisch lijden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ik vind hulp bij zelfdoding meer acceptabel dan euthanasie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Op verzoek van de persoon mag hulp bij zelfdoding gegeven worden bij ondraaglijk lichamelijk lijden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ik vind palliatieve sedatie meer acceptabel dan euthanasie en hulp bij zelfdoding.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Op verzoek van de persoon mag hulp bij zelfdoding gegeven worden bij ondraaglijk psychisch lijden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vanaf nu zullen er vragen worden gesteld met betrekking op uw persoonlijkheid. Het betreft hele algemene vragen die een indruk geven van hoe u denkt, waar u van houdt en wie u ongeveer bent

Geef aan in welke mate u het met de volgende uitspraken oneens of eens bent.

	Helemaal oneens			Helemaal eens	
8. Ik houd er niet van mijn tijd te verdoen met dagdromen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Als ik eenmaal de goede manier om iets te doen gevonden heb, dan blijf ik daarbij.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ik ben geboeid door de patronen die ik vind in de kunst en de natuur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ik vind dat leerlingen alleen maar in verwarring worden gebracht door ze te laten luisteren naar sprekers met afwijkende ideeën.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Poëzie doet mij weinig tot niets.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ik probeer vaak nieuwe en buitenlandse gerechten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ik merk zelden de stemmingen of gevoelens op, die verschillende omgevingen oproepen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ik vind dat we beslissingen in morele zaken van onze religieuze leiders mogen verwachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Wanneer ik een gedicht lees of naar een kunstwerk kijk, voel ik soms een koude rilling of een golf van opwinding.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ik ben niet erg geïnteresseerd in het speculeren over het wezen van het universum of van de mens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | Helemaal
oneens | | | | Helemaal
eens |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. Ik heb een breed scala aan intellectuele interesses. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Ik heb vaak plezier in het spelen met theorieën of abstracte ideeën. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Geef u aan in welke mate de volgende uitspraken op u van toepassing zijn.

- | | Helemaal niet
van toepassing | | | | Erg van
toepassing |
|---|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 20. Ik dagdroom en fantaseer met enige regelmaat over dingen die met me kunnen gebeuren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Ik heb vaak liefdevolle en bezorgde gevoelens voor mensen die het minder goed hebben dan ik. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Ik vind het soms moeilijk om dingen vanuit het perspectief van een ander te bekijken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Soms heb ik geen medelijden met anderen wanneer ze problemen hebben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Ik raak erg betrokken bij de gevoelens van karakters in een boek. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. In noodsituaties voel ik me angstig en niet op mijn gemak. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Ik ben over het algemeen objectief wanneer ik naar een film of toneelstuk kijk en ik verlies me hier niet vaak helemaal in. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Ik probeer een meningsverschil van ieder zijn kant te bekijken voor ik een beslissing neem. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Als ik zie dat er misbruik van iemand wordt gemaakt dan krijg ik de neiging hem te willen beschermen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

	Helemaal niet van toepassing				Erg van toepassing
29. Ik voel me soms hulpeloos wanneer ik mij midden in een erg emotionele situatie bevind.	O	O	O	O	O
30. Ik probeer mijn vriend(inn)en soms beter te begrijpen door mij in te beelden hoe de dingen eruit zien vanuit hun perspectief.	O	O	O	O	O
31. Extreem betrokken raken bij een goed boek of een goede film is zeldzaam voor mij.	O	O	O	O	O
32. Wanneer ik zie dat er iemand pijn gedaan wordt heb ik de neiging kalm te blijven.	O	O	O	O	O
33. De ellende van andere mensen stoort mij over het algemeen niet erg.	O	O	O	O	O
34. Als ik zeker weet dat ik gelijk heb dan verspil ik mijn tijd niet aan het luisteren naar argumenten van anderen.	O	O	O	O	O
35. Na het zien van een film of toneelstuk, voelde ik mij alsof ik één van de karakters was.	O	O	O	O	O
36. Me in een gespannen emotionele situatie bevinden beangstigt me.	O	O	O	O	O
37. Wanneer ik zie dat iemand oneerlijk wordt behandeld, heb ik soms niet veel medelijden met hem.	O	O	O	O	O
38. Ik ben gewoonlijk behoorlijk effectief in het omgaan met noodsituaties.	O	O	O	O	O
39. Ik word vaak behoorlijk geraakt door dingen die ik zie gebeuren.	O	O	O	O	O
40. Ik geloof dat er twee kanten zijn bij elke kwestie en ik probeer ze beide te bekijken.	O	O	O	O	O

- | | Helemaal niet
van toepassing | | | | Erg van
toepassing |
|--|---------------------------------|---|---|---|-----------------------|
| 41. Ik zou mezelf beschrijven als een behoorlijk zachtaardig persoon. | O | O | O | O | O |
| 42. Als ik naar een goede film kijk, kan ik mezelf makkelijk verplaatsen in de positie van de hoofdrolspeler. | O | O | O | O | O |
| 43. Ik neig ernaar controle te verliezen in noodsituaties. | O | O | O | O | O |
| 44. Wanneer ik boos ben op iemand, probeer ik me een tijdje in de ander te verplaatsen. | O | O | O | O | O |
| 45. Wanneer ik een interessant verhaal of boek lees dan beeld ik mij in hoe ik me zou voelen als de gebeurtenissen in het verhaal bij mij zouden gebeuren. | O | O | O | O | O |
| 46. Wanneer ik zie dat iemand dringend hulp nodig heeft in een noodsituatie, verlies ik de controle. | O | O | O | O | O |
| 47. Voor ik iemand bekritiseer, probeer ik me te bedenken hoe ik me zou voelen als ik me in zijn of haar situatie bevond. | O | O | O | O | O |

Geeft u aan in welke mate u vindt dat de uitspraken wel of niet zo zijn.

- | | Dat is
beslist
zo | | | | Dat is
beslist
niet zo |
|--|-------------------------|---|---|---|------------------------------|
| 48. Of ik wel of niet een leidinggevende positie zal krijgen, hangt grotendeels af van mijn bekwaamheid. | O | O | O | O | O |
| 49. Ik heb het gevoel dat wat er in mijn leven gebeurt vooral door invloedrijke personen wordt bepaald. | O | O | O | O | O |
| 50. Of ik wel of niet een auto-ongeluk krijg hangt er vooral vanaf hoe goed ik auto rijd. | O | O | O | O | O |

	Dat is beslist zo				Dat is beslist niet zo	
51. Als ik plannen maak, ben ik er vrijwel zeker van dat ik ze kan laten slagen.	O	O	O	O	O	O
52. Ook al zou ik goed genoeg zijn, dan zou ik toch geen leidinggevende positie krijgen als ik niet bij mijn superieuren in de smaak zou vallen.	O	O	O	O	O	O
53. Hoeveel vrienden ik heb hangt af van hoe aardig ik ben.	O	O	O	O	O	O
54. Mijn leven wordt voornamelijk door invloedrijke anderen beheerst.	O	O	O	O	O	O
55. Mensen zoals ik zien erg weinig kans om hun belangen te behartigen als deze botsen met belangen van invloedrijke anderen.	O	O	O	O	O	O
56. Om te krijgen wat ik wil, moet ik het de mensen die boven mij staan naar de zin maken.	O	O	O	O	O	O
57. Als belangrijke mensen zouden besluiten mij niet aardig te vinden, dan zou ik waarschijnlijk weinig vrienden maken.	O	O	O	O	O	O
58. Wat er in mijn leven zal gebeuren heb ik aardig in de hand.	O	O	O	O	O	O
59. Ik ben meestal in staat om mijn persoonlijke belangen te behartigen.	O	O	O	O	O	O
60. Of ik wel of niet een auto-ongeluk krijg, hangt vooral af van de andere bestuurder.	O	O	O	O	O	O
61. Als ik krijg wat ik wil, is dat meestal omdat ik er hard voor gewerkt heb.	O	O	O	O	O	O

- | | Dat is
beslist
zo | | | | Dat is
beslist
niet zo | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| 62. Om mijn plannen te laten slagen, zorg ik ervoor dat ze overeenstemmen met de wensen van mensen die macht over me hebben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 63. Mijn leven wordt bepaald door mijn eigen handelingen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bijlage II Vragenlijst instructie

Beste heer/ mevrouw,

Welkom bij dit onderzoek in het kader van de masteropleiding Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht. Dit onderzoek heeft tot doel om te onderzoeken welke invloed persoonlijkheidskenmerken hebben op meningsvorming omtrent hulp bij zelfdoding en euthanasie.

Dit wordt onderzocht door middel van enkele vragen over uw mening betreffende euthanasie en hulp bij zelfdoding bij fysiek en psychisch lijden. Daarnaast worden er enkele persoonsgegevens gevraagd en zijn er drie vragenlijsten opgenomen die een indruk zullen geven van persoonlijkheidskenmerken, waarbij u aan de hand van stellingen kunt aangeven in welke mate deze op u van toepassing zijn. Wij verzoeken u de instructies boven de vragenlijsten zorgvuldig te lezen en de vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen. Er zijn geen goede of foute antwoorden, er zijn alleen antwoorden die kloppen met hoe u denkt en hoe u zich voelt. Het invullen van de totale vragenlijst zal ongeveer 15 tot 20 minuten van uw tijd vragen.

Wij willen u vragen het bijgevoegde instemmingsformulier te lezen en te tekenen, wanneer u besluit deel te nemen aan dit onderzoek. Tot slot willen wij u er op wijzen dat al uw antwoorden strikt vertrouwelijk behandeld zullen worden en dat u de aanwezige onderzoeker te allen tijde om meer informatie of verduidelijking kunt vragen.

Veel succes met het invullen van de vragenlijst!

Vriendelijke groeten,

Marleen Busscher & Marlies Reijnhoudt

Bijlage III Instemmingsverklaring

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoekers: M.G.G. Busscher & M. Reijnhoudt

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn eventuele vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een schriftelijke en indien nodig mondelinge toelichting gegeven op het onderzoek.

Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.

Naam onderzoeker:.....

Datum:Handtekening onderzoeker:.....