

***Attitudeverschil tussen Nederlanders en Duitsers ten opzichte van
actieve euthanasie en de mediërende rol van persoonlijkheid,
masculiniteit en ervaring met ondraaglijk lijden***

**Masterscriptie in het kader van de studie Klinische en
Gezondheidspsychologie**

L.P.C. Van der Palen (Laurens)
Studentnummer: 3161099

Onder supervisie van Dr. H.A.W. Schut (Henk)
28 februari 2012

Inhoud

Samenvatting.....	4
Abstract.....	5
Voorwoord	6
1. Inleiding	7
1.1 Culturele dimensie masculiniteit – femininiteit.....	9
1.2 Persoonlijkheid.....	10
1.3 Ervaring met euthanasie in de nabije sociale omgeving	12
2. Methoden.....	14
2.1 Procedure	14
2.2 Respondenten.....	15
2.3 Meetinstrumenten	17
2.3.1 <i>Demografische Variabelen</i>	17
2.3.1 <i>Masculiniteit – Femininiteit</i>	17
2.3.2 <i>Persoonlijkheidsvragenlijst TIPI</i>	18
2.3.3 <i>Attitude over actieve euthanasie</i>	19
2.3.4 <i>Een waardige dood</i>	20
2.3.5 <i>Filler-items</i>	20
2.4 Data-analyse	21
3. Resultaten	22
3.1 Normaliteit.....	22
3.2 Attitude en culturele verschillen.....	22
3.3 Persoonlijkheid.....	23
3.3.1 <i>De vier persoonlijkheidsdimensies</i>	24
3.3.2 <i>Persoonlijkheid als mediator tussen nationaliteit en attitude</i>	25
3.4 Theorie van een waardige dood.....	26
3.4.1 <i>Waardige dood en attitude</i>	26
3.5.2 <i>Waardige dood als mediator</i>	27
4. Conclusies en Discussie	28
4.1 Conclusies en theoretische verklaringen	28
4.2 Kritiek	31
4.3 Toekomstig onderzoek en implicaties	32
Referenties	35
Bijlagen	38
Bijlage 1: De Nederlandse en Duitse versie van de verkorte PAQ.....	38

Bijlage 2: De Nederlandse versie van de TIPI	40
Bijlage 3: De Nederlandse en Duitse versie van de attitudevragenlijst	41
Bijlage 4: De Nederlandse en Duitse versie van de kennisvragenlijst	43
Bijlage 5: De Nederlandse en Duitse versie van de vragenlijst “Waardige Dood”	45
Bijlage 6: De Nederlandse en Duitse versie van de <i>Filler-items</i>	47

Samenvatting

Actieve euthanasie is een omstreden onderwerp. In Duitsland wordt mogelijk minder positief over euthanasie gedacht dan in Nederland, gezien de strengere wetgeving en de nationale historie. Het uitgangspunt van dit onderzoek is de verwachting dat Nederlanders een positievere houding ten opzichte van actieve euthanasie hebben dan Duitsers. Een analyse over factoren die attitudeverschillen tussen Nederlanders en Duitsers omtrent actieve euthanasie kunnen verklaren is doel van dit onderzoek. Mediërende factoren tussen nationaliteit en attitude kunnen inzicht bieden in waarom mensen voor of tegen euthanasie zijn en daarmee ook in het proces dat een patiënt die terminaal ziek is of ondraaglijk lijdt doormaakt.

Een drietal factoren werd geïdentificeerd die de attitudevorming kunnen beïnvloeden en/of tussen attitude en nationaliteit kunnen mediëren: masculiniteit en femininiteit (Hofstede & Hofstede, 2005), de daarmee samenhangende persoonlijkheidsdimensies neuroticisme, openheid, aangenaamheid en extraversie (Hofstede & McCrae, 2004) en eigen ervaring met ondraaglijk lijden of euthanasie in de nabije sociale omgeving.

Voor dit onderzoek werden 145 Nederlanders en 145 Duitsers ondervraagd. De deelnemers gaven in een *paper-pencil-onderzoek* antwoord op de vragen uit de verkorte *Personal Attributes Questionnaire*, acht items uit de *Ten-Item Personality Inventory* en twee items uit de *Attitudes Toward Euthanasia Scale* plus één door de auteurs toegevoegd item. Daarnaast werd een vragenlijst over de ervaring met ondraaglijk lijden en euthanasie (in het kader van de theorie van een waardige dood) afgenomen.

Nederlanders hadden een positievere attitude over actieve euthanasie dan Duitsers. Er kon echter geen verschil in masculiniteit en femininiteit aangetoond worden en deze factoren hadden geen mediërend effect tussen attitude en nationaliteit. Nederlanders scoorden hoger op extraversie en lager op aangenaamheid, maar deze persoonlijkheidstrekken hadden ook geen mediërend effect. Tot slot bleken mensen die ervaring hadden met passieve euthanasie in de nabije sociale omgeving, alsmede mensen die verwachtten later zelf in een situatie te komen waarin euthanasie overwogen kan worden positiever ten opzichte van euthanasie te zijn dan mensen waarvoor dit niet gold. Ook deze factoren hadden geen mediërend effect op het attitudeverschil tussen Nederlanders en Duitsers. Ondanks niet gevonden mediërende effecten kon wel aangetoond worden dat Nederlanders en Duitsers verschillen wat betreft aangenaamheid en extraversie en dat twee variabelen van de theorie van een waardige dood de houding ten opzichte van euthanasie beïnvloeden. Het onderzoek biedt handvatten om meer variabelen te vinden die het verschil tussen beide landen verklaren.

Abstract

Active euthanasia is a controversial topic. It could be that Germans have a more negative stance on the matter than Dutch people because of the nation's strict euthanasia legislation and its national history. The starting point of this study is the expectation that Dutch people think more positive about active euthanasia than Germans. The target of this study is to analyze the factors that explain the attitude differences between Dutch and German people. Mediating factors between nationality and attitude could explain why some people are in favor of active euthanasia while others are not. These factors could also give insight into the process which a terminal ill or unbearably suffering patient is going through.

Three factors were identified that could affect the attitude and/or mediate between attitude and nationality: masculinity and femininity (Hofstede & Hofstede, 2005), the related personality traits neuroticism, openness, agreeableness and extraversion (Hofstede & McCrae, 2004), and experiences with unbearable suffering or euthanasia.

In total, 145 Dutch and 145 German people were interviewed. In a *paper-pencil-study* participants answered questions from the *Personal Attributes Questionnaire*, eight items from the *Ten-Item Personality Inventory* and two items from the *Attitudes Toward Euthanasia Scale* as well as one additional item about attitude made by the authors. Also questions from the scale concerning experiences with unbearable suffering or euthanasia (as part of the death with dignity theory) were answered.

Dutch participants had a more positive attitude towards active euthanasia than Germans. However, there was no difference in masculinity and femininity and these factors did not have a mediating effect between attitude and nationality. Dutch participants scored higher on extraversion and lower on agreeableness but these personality traits also did not have a mediating effect. Furthermore, people that have had experience with passive euthanasia in their social environment, as well as people who expected to be in a situation where euthanasia could be considered, were more positive on euthanasia than people that did not. Also these factors did not have a mediating effect on the difference in attitude between Dutch and German people. In spite of the fact that no mediating effects were found, it was possible to find differences concerning the personality traits agreeableness and extraversion. Also, it was confirmed that two variables of the death with dignity theory influence the attitude regarding euthanasia. This thesis gives direction in finding more variables that explain the difference between both countries.

Voorwoord

“Voor het eerst in Nederland Euthanasie op zwaar demente patiënte” (Vk.nl, 2011).

“Carine, 43, lässt sich töten” (Zeit Online, 2011).

"Ik heb kanker. (...) Ik ga dus niet heel erg ziek worden, (...) ik heb er dus geen zin in om een levende knotwilg te worden (...), dan heb ik liever dat ze me een spuitje geven."

(*Simon*, Terstall, 2004).

Het citaat uit de Nederlandse film *Simon* (Terstall, 2004) en twee titels van Nederlandse en Duitse krantenartikelen uit 'De Volkskrant' en 'Die Zeit', verschenen in 2011, hebben allen betrekking op euthanasie. Ze maken duidelijk dat het thema euthanasie actueel is en dat het een onderwerp van discussie is. Dit onderzoek sluit aan bij de actualiteit van het onderwerp en probeert verklaringen te vinden voor de verschillen tussen de twee landen betreffende de attitude ten opzichte van actieve euthanasie.

Dit onderzoek is bedacht, uitgevoerd en beschreven door Laurens van der Palen en Johanna Siefke. Het deel over de theorie van een waardige dood is bedacht, uitgevoerd en beschreven door Laurens van der Palen.

1. Inleiding

Euthanasie is een beladen thema dat vaak onderwerp van discussie is. Zo heeft een recent geval van euthanasie in Nederland het debat weer aangewakkerd. Er werd euthanasie toegepast op een wilsonbekwame vrouw die, toen ze nog wilsbekwaam was, hier toestemming voor had gegeven indien opname in een verpleeghuis door haar dementie onontkoombaar was (Effting, 2011). Dit was een historische gebeurtenis: voor het eerst werd bij iemand euthanasie gepleegd die op dat moment niet kon aangeven dat ze dit wilde.

Voorbeelden van argumenten die door tegenstanders van deze gebeurtenis worden genoemd, zijn het gevaar voor een hellend vlak (Truijens, 2012) en dat waardigheid het criterium voor goed leven is en dat dit niet per definitie gepaard gaat met dementie (Wiegman, 2012). De Amerikaanse presidentskandidaat Santorum beweert dat in Nederland bejaarde mensen een gang naar het ziekenhuis vermijden omdat ze volgens de Republikein bang zijn voor euthanasie. Bejaarden zouden zelfs een armband dragen waarop staat "euthanaseer mij niet" en 10% van de sterfgevallen zouden euthanasiegevallen zijn (Elshout, 2011). Het CBS meldt echter een aantal van 3136 euthanasiegevallen in 2010, wat neerkomt op 2,3% van het totaal aantal sterfgevallen in Nederland van dat jaar (Elshout, 2011).

De vele en scherpe bijdragen aan het debat over euthanasie laten zien dat het thema veel mensen niet onbewogen laat. Het thema behelst ook een existentialistisch vraagstuk: heeft iemand het recht op zelfbeschikking, oftewel: mag iemand beslissen over zijn eigen leven? En mag een arts het leven van een patiënt beëindigen? Het laatste stuk van iemands leven kan mooi, maar ook verschrikkelijk zijn. Een goede manier van afscheid nemen van de nabestaanden kan heel waardevol zijn voor alle betrokken partijen. Euthanasie kan hierin een beslissende rol spelen. Indien de betrokkenen voorstanders van euthanasie zijn, kan het (vervroegde) afscheid nemen op een prettige manier verlopen. Ook kan het voor de persoon die komt te overlijden een lange lijdensweg voorkomen. Als euthanasie niet voor iedereen vanzelfsprekend is kan dat mogelijk voor veel problemen tijdens, maar ook na het overlijdensproces zorgen. Meer kennis over euthanasie, maar ook over redenen waarom iemand voor of tegen is, kan helpen om dit proces beter en prettiger te laten verlopen.

Het woord 'euthanasie' is afkomstig van de twee Griekse woorden 'eu' (goed) en 'thanatos' (dood) (El-Helou, 2007). Volgens El-Helou is de betekenis van het woord na de Griekse oudheid veranderd. Tegenwoordig, en ook in dit verslag, wordt euthanasie gedefinieerd als "het op hun eigen verzoek bespoedigen van de dood of ter dood brengen van hevig lijdende, ongeneeslijk zieken" (Van Dale, 2011).

Het voorbeeld van euthanasie bij de wilsonbekwame vrouw vond plaats in Nederland. Er kwam veel ophef over, hoewel Nederland een relatief progressief land is als het gaat om wetgeving omtrent euthanasie. In Europa bestaat in de meeste landen een verbod op actieve euthanasie. Zo ook in Duitsland. Euthanasie ofwel 'Sterbehilfe' wordt zowel in Nederland als Duitsland onderverdeeld in actieve en passieve euthanasie. Onder actieve euthanasie wordt 'het toedienen van een dodelijk middel' begrepen terwijl passieve euthanasie gedefinieerd wordt als 'het afzien van verdere behandeling bij een terminale patiënt' (Winkler Prins Online, 2011). Passieve euthanasie is in beide landen toegestaan (Fehr, 2001/2002). De Eed van Hippocrates is in strijd met het idee van actieve en passieve euthanasie. In het kort houdt deze eed in dat men altijd moet proberen een ziek persoon te genezen. De eed wordt door alle artsen in Nederland en Duitsland afgelegd. In Duitsland dient deze eed streng te worden nageleefd, waardoor actieve euthanasie in Duitsland wettelijk verboden is. In Nederland is het uitvoeren van actieve euthanasie onder speciaal bepaalde omstandigheden sinds april 2002 echter wettelijk toegestaan (Fehr, 2001/2002). In het verdere verloop van dit onderzoek ligt de nadruk op de actieve vorm van euthanasie omdat deze variant het belangrijkste verschil tussen de twee landen vormt.

Opmerkelijk is dat de term euthanasie in Duitsland niet meer wordt gebruikt vanwege de negatieve betekenis die het woord tijdens de Tweede Wereldoorlog kreeg. In het Derde Rijk heeft Adolf Hitler in 1939 het 'Euthanasiebefehl' afgekondigd. Ten gevolge van dit bevel werden onder andere in Duitsland en Oostenrijk, dat destijds deel uitmaakte van Duitsland, ongeveer 130.000 mensen met een psychische aandoening of geestelijke handicap vermoord (Fehr, 2001/2002). Men spreekt daarom in Duitsland tegenwoordig over 'Sterbehilfe' (hulp bij het overlijden) als equivalent van euthanasie.

De verschillen in wetgeving met betrekking tot euthanasie tussen Nederland en Duitsland zouden een verschil in attitudes kunnen voorspellen. Hoewel wetgevingen niet altijd een volledige en directe weerspiegeling van de wensen en meningen van het volk zijn, ligt in het geval van euthanasie een sterke relatie voor de hand. Immers, in een democratie bepaalt de meerderheid van het volk wie het land regeert en de wetten mag ontwerpen. Bovendien schrijft Weyers (2004) in haar proefschrift over de verandering van de wetgeving omtrent euthanasie dat de wetswijziging tot stand gekomen is in een periode waarin de controversiële lading van het onderwerp afgenomen is. In 2009 werd in Duitsland wettelijk vastgelegd dat ieder mens op elk moment in zijn of haar leven kan bepalen of hij of zij levensbehoudende maatregelen wenst in een levensbedreigende situatie. Tot 2009 was een van tevoren uitgesproken wens om in een ondraaglijke situatie euthanasie laten toepassen, voor een arts wettelijk onvoldoende om hieraan gehoor te kunnen geven. Deze recente wettelijke aanpassing zou een verandering in de attitude van Duitsers kunnen veroorzaken. Gezien de wetgeving in Duitsland actieve euthanasie tot op heden nog steeds niet toestaat,

is echter te verwachten dat Nederlanders ook nu nog een positievere attitude ten opzichte van euthanasie hebben dan Duitsers.

Niet alleen verschillen in de wetgevingen van Nederland en Duitsland, maar ook de beladen historie van Duitsland rondom het woord euthanasie, doen vermoeden dat er een verschil bestaat tussen de opvattingen die Nederlanders en Duitsers over actieve euthanasie hebben. Zoals eerder genoemd, werden in Duitsland tussen 1939 en 1945 duizenden mensen in het kader van het 'Euthanasiebefehl' vermoord. Het NIOD (Nederlandse Instituut voor Oorlogs-, Holocaust- en Genocidestudies) beheert een lijst met het aantal gedode personen tijdens de tweede wereldoorlog in Nederland. In deze lijst staan, in tegenstelling tot de cijfers over Duitsland, geen moorden van bijvoorbeeld geestelijk gehandicapten of psychisch zieken vermeld (NIOD, 2011). Bovendien kwam uit het literatuuronderzoek van Van Wijnen (2006) naar voren dat er tijdens de Tweede Wereldoorlog honderden Joodse patiënten uit tehuizen, ziekenhuizen en andere verplegingsinstellingen gedeporteerd werden, maar de auteur benadrukt dat getallen over deportatie en moord van niet-Joodse patiënten in Nederland ontbreken. Dat er in Nederland eenzelfde euthanasiebeleid tijdens de Tweede Wereldoorlog werd gevoerd als in Duitsland kan op dit moment niet met cijfers worden onderbouwd (Van Wijnen, 2006). Het woord euthanasie lijkt dus op basis van de net genoemde historische reden in Nederland een minder beladen onderwerp te zijn dan in Duitsland. Heeft men echter geen kennis over de gebeurtenissen tijdens de Tweede Wereldoorlog en het 'Euthanasiebefehl', dan kan euthanasie in de huidige tijd een veel minder beladen onderwerp zijn.

Tot slot hebben Verbakel en Jaspers (2010) in een recent onderzoek gevonden dat 70% van de Nederlanders in het jaar 2000 voor euthanasie was. Een andere studie liet zien dat Nederlanders in 2000 gemiddeld positiever dan personen uit andere Europese landen antwoordden op de vraag of actieve euthanasie altijd gerechtvaardigd is of niet (Cohen et al., 2006). Op grond van deze bevindingen en de genoemde argumenten over wetgeving en de Duitse historie, is het aannemelijk dat Nederlanders een positievere attitude ten opzichte van actieve euthanasie hebben dan Duitsers. De eerste hypothese die onderzocht wordt in dit onderzoek luidt daarom:

Hypothese 1: Nederlanders hebben een positievere attitude ten opzichte van actieve euthanasie dan Duitsers.

1.1 Culturele dimensie masculiniteit – femininiteit

Verklaringen voor het veronderstelde verschil tussen beide landen in de attitude hoeven niet alleen gezocht te worden in de historie en wetgeving, maar ook in de culturele verschillen tussen Nederland en Duitsland. Landen kunnen volgens Hofstede en Hofstede (2005) van elkaar verschillen in termen van vijf culturele dimensies, te weten *power distance* (machtsafstand), *uncertainty avoidance* (onzekerheidsvermijding), *individualism*

(individualisme), *long-term orientation* (langetermijndenken) en *masculinity-femininity* (masculiniteit en femininiteit). Nederland en Duitsland verschillen enkel significant op de laatstgenoemde dimensie: Nederland scoort hoog op femininiteit, Duitsland scoort hoog op masculiniteit. In een masculiene maatschappij wordt volgens Hofstede veel waarde gehecht aan materieel succes en er is doorgaans meer sympathie voor de sterken. Dominante waarden in een feminiene maatschappij daarentegen zijn zorg dragen voor anderen en sympathie hebben voor de zwakken. Hofstede en McCrae (2004) voegen aan deze beschrijving toe dat in een feminiene maatschappij meer aandacht is voor kwaliteit van leven. Met betrekking tot euthanasie zou dit kunnen betekenen dat masculiniteit een mediërende factor is in de relatie tussen de nationaliteit en de attitude ten opzichte van actieve euthanasie. Immers, in een cultuur waar kwaliteit van leven een belangrijke rol speelt en waar men meer sympathie voor de zwakken heeft (dus ook voor ernstig zieke patiënten) is het plausibel dat men een positievere attitude ten opzichte van euthanasie heeft. Op basis van de genoemde bevindingen en assumpties wordt verwacht dat Nederlanders lager zullen scoren op masculiniteit dan Duitsers. Daarnaast wordt verwacht dat deze verschillen tussen beide landen vervolgens een mediërende factor zijn voor de attitudes ten opzichte van euthanasie. Dit resulteert in de volgende hypothesen:

Hypothese 2a: De Duitse cultuur is meer masculien en de Nederlandse cultuur meer feminiën.

Hypothese 2b: Het verschil in attitude ten opzichte van actieve euthanasie tussen Nederlanders en Duitsers wordt gemedieerd door masculiniteit en femininiteit.

1.2 Persoonlijkheid

Persoonlijkheid is een in de psychologie veelgebruikt en onderzocht construct (Larsen & Buss, 2008). Persoonlijkheid wordt gedefinieerd als “the set of psychological traits and mechanisms within the individual that are organized and relatively enduring and that influences his or her interactions with, and adaptations to, the environment (including the intrapsychic, physical, and social environment)” (Larsen & Buss, 2008, p. 4). Het populaire en vaak gebruikte model dat de verschillende *traits* van persoonlijkheid ordent, is het Five-Factor Model, ook wel de Big Five genoemd (Hofstede & McCrae, 2004; Larsen & Buss 2008). Persoonlijkheid wordt in het Big Five model geordend in de dimensies extraversie, consciëntieusheid, openheid, neuroticisme en aangenaamheid. Personen die hoog scoren op extraversie worden beschreven als mensen die graag veel praten, de leiding in groepen nemen en veel sociale interacties hebben. Hoogscorers op consciëntieusheid werken hard voor hun doelen, zijn nauwkeurig en betrouwbaar. Scoort een persoon hoog op openheid dan experimenteert de persoon graag en houdt hij of zij ervan nieuwe ervaringen op te doen. Veel hoogte- en dieptepunten in sociale relaties, gevoelig zijn voor veranderingen en het

vertonen van *self-handicapping* (het niet uitvoeren van verplichtingen of taken om zo mogelijk falen te voorkomen) omschrijft personen die hoog scoren op neuroticisme. Personen die hoog scoren op aangenaamheid kunnen goed met anderen omgaan, vermijden conflicten en streven naar harmonie (Larsen & Buss, 2008).

Er is een groot aantal studies dat de invloed van persoonlijkheidstrekken op attitudes onderzoekt en aantoont. Zo toonden bijvoorbeeld Gerber, Huber, Doherty, Dowling en Ha in hun studie uit 2010 aan dat er een samenhang bestaat tussen verschillen in persoonlijkheidstrekken gemeten met de Big Five en de politieke overtuiging van Amerikanen wat betreft economische en sociale aspecten. In een andere studie werd aangetoond dat persoonlijkheidstrekken samenhangen met de algemene *help-seeking attitude* van Nederlandse studenten (Kakhnovets, 2011). Deze onderzoeken tonen de samenhang tussen persoonlijkheid en attitudes op niet-morele onderwerpen aan. Aanvullend bestaan er studies die de samenhang tussen persoonlijkheid en morelethische onderwerpen onderzoeken of op zoek zijn naar factoren van een morele persoonlijkheid (Spezio, Peterson, Brown, Reimer, & Van Slyke, 2011). Een oudere studie van Bernard en Lester uit 1998 laat zien dat er een samenhang bestaat tussen de negatieve attitude over wapens bij studenten en lage scores op extraversie en verhoogde scores op neuroticisme. Miller (1992) heeft een samenhang tussen de persoonlijkheidseigenschappen *nurturance* en *affiliation* met *negative childbearing motivation* bij getrouwde mannen en vrouwen aangetoond. Deze twee eigenschappen hangen volgens Miller sterk samen met de acceptatie van abortus. Een recenter voorbeeld van een samenhang tussen persoonlijkheid met attitudes over een moreel beladen onderwerp is de studie van Schmidt et al. uit 2003. De auteurs toonden aan dat personen die orgaandonor zijn hoge scores op de persoonlijkheidseigenschappen *cooperativeness* en *self-directedness* hebben. Bij mensen met een donorpasje kan per definitie van een positieve attitude ten opzichte van orgaandonatie worden uitgegaan. Er bestaat volgens Schmidt et al. een samenhang tussen de twee persoonlijkheidseigenschappen en een positieve attitude ten opzichte van orgaandonatie. De genoemde voorbeelden tonen aan dat persoonlijkheid van invloed is op de attitudevorming van zowel niet-moreel gerelateerde als ook moreelgerelateerde onderwerpen. Daarom is het mogelijk dat de attitude ten opzichte van euthanasie beïnvloed wordt door persoonlijkheid en dat de verschillen in de attitude tussen Nederlanders en Duitsers door persoonlijkheid verklaard kunnen worden.

Er bestaan tot op heden geen studies over verschillen in persoonlijkheidstrekken tussen Nederlanders en Duitsers (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011). Daarom is het niet bekend of er verschillen bestaan tussen de twee landen op bepaalde Big Five persoonlijkheidsdimensies. Uit onderzoek van Hofstede en McCrae (2004) is echter gebleken dat bepaalde cultuurdimensies correleren met bepaalde Big Five

persoonlijkheidstrekken. Hofstede en McCrae tonen aan dat meer masculiene landen significant hogere scores op de persoonlijkheidsdimensies neuroticisme en openheid en lage scores op aangenaamheid hebben dan meer feminiene landen. Verder laten de twee auteurs zien dat landen met hoge scores op extraversie significant lagere scores op masculiniteit hebben. Extraverte nationaliteiten hebben dus een meer feminiene cultuur. Hofstede en McCrae konden echter geen significante samenhangen tussen masculiniteit en femininiteit met de persoonlijkheidsdimensie consciëntieusheid vinden. Daarom wordt deze vijfde dimensie in het verdere verloop van dit verslag niet meegenomen.

Het wordt verondersteld dat verschillen in persoonlijkheid van invloed kunnen zijn op de attitude ten opzichte van euthanasie omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat de attitude over moreelgerelateerde onderwerpen, zoals bijvoorbeeld orgaandonatie, abortus of wapenbezit, mede bepaald wordt door de persoonlijkheid. Verder wordt verwacht dat Duitsers, zoals eerder beschreven, hoger op masculiniteit scoren dan Nederlanders. Daarom is het noodzakelijk uit te sluiten dat verschillen in persoonlijkheid toegeschreven kunnen worden aan verschillen in masculiniteit. De volgende hypothesen in deze studie luiden daarom:

Hypothese 3a: Gecorrigeerd voor masculiniteit en femininiteit is er een verschil op neuroticisme tussen Nederlanders en Duitsers.

Hypothese 3b: Gecorrigeerd voor masculiniteit en femininiteit is er een verschil op openheid tussen Nederlanders en Duitsers.

Hypothese 3c: Gecorrigeerd voor masculiniteit en femininiteit is er een verschil op aangenaamheid tussen Nederlanders en Duitsers.

Hypothese 3d: Gecorrigeerd voor masculiniteit en femininiteit is er een verschil op extraversie tussen Nederlanders en Duitsers.

Hypothese 3e: Gecorrigeerd voor masculiniteit en femininiteit wordt het verschil in attitude over actieve euthanasie tussen Nederlanders en Duitsers gemedieerd door de persoonlijkheidsdimensies neuroticisme, openheid, aangenaamheid en extraversie.

1.3 Ervaring met euthanasie in de nabije sociale omgeving

Na de hypothese dat meer kennis over een onderwerp leidt tot een positievere attitude ten opzichte van dat onderwerp, zal een laatste, vergelijkbare hypothese zich baseren op de theorie van een waardige dood ('death with dignity theory') van Verbakel en Jaspers (2010). Deze theorie stelt dat mensen in sommige gevallen de dood verwelkomen in plaats van hem uit te stellen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer iemand leeft met ondraaglijke pijn, die de persoon doen verlangen naar een humane dood in plaats van door te leven met deze pijn. Het meemaken van een dergelijk geval in iemands nabije sociale

omgeving kan mogelijk invloed uitoefenen op de gedachten en mening die iemand heeft over ondraaglijk lijden. De gedachte dat het ervaren van verschrikkelijke pijnen ook iemand zelf kan overkomen, kan ertoe leiden dat diegene euthanasie zal gaan zien als een mogelijke uitkomst om letterlijk uit zijn lijden verlost te raken. Daarnaast kan ook het besef dat de pijn die iemand ervaart of de ziekte waaraan iemand lijdt blijvend is, de wens om te sterven aanwakkeren (Wasserman, Clair, & Ritchey, 2005).

Verbakel en Jaspers (2010) hebben in hun onderzoek naar factoren die de attitudes ten opzichte van euthanasie kunnen beïnvloeden, getracht de theorie van een waardige dood te bevestigen. Als maat om ervaring met lijden in de persoonlijke omgeving te meten, hebben de onderzoekers weduwschap ('widowhood') gebruikt. Deze maat is zeer twijfelachtig, daar de overleden partner van iemand die weduwe of weduwnaar is niet per definitie ondraaglijk lijden of een chronische ziekte heeft moeten meemaken. De aanname dat weduwschap een directe maat is van het meemaken van ondraaglijk lijden of een chronische ziekte kan daarom ook niet worden gemaakt. In het onderzoek van Verbakel en Jaspers (2010) wordt geen significant resultaat gevonden die de theorie van een waardige dood kan ondersteunen. De auteurs noemen dit dan ook een tekortkoming in hun onderzoek. Het doel van het huidige onderzoek is om empirische evidentie voor de theorie van waardig sterven te vinden door gebruik te maken van een accurate maat van ervaring met ondraaglijk lijden en euthanasie in de nabije sociale omgeving. De aansluitende hypothese zal zijn:

Hypothese 4a: Mensen die ondraaglijk lijden in hun nabije sociale omgeving hebben ervaren, hebben een positievere attitude ten opzichte van euthanasie dan mensen die dat niet hebben meegemaakt.

Hypothese 4b: Gecorrigeerd voor masculiniteit, femininiteit en persoonlijkheid wordt het verschil in attitudes ten opzichte van actieve euthanasie tussen Duitsers en Nederlanders gemedieerd door ervaring met ondraaglijk lijden in de nabije sociale omgeving.

2. Methoden

2.1 Procedure

Het onderzoeksteam dat deze studie uitvoerde, bestond uit een oorspronkelijk Nederlandstalige en een oorspronkelijk Duitstalige onderzoeker. Omdat het onderzoek onder zowel Nederlanders als Duitsers is afgenomen, bestond van elk gebruikt onderzoeksinstrument een Nederlandse en een Duitse versie. De vragen van de onderzoeksinstrumenten waren identiek aan elkaar. De participanten in het huidige onderzoek werden geworven in de trein. Duitse participanten werden aangesproken op het traject Münster - Krefeld, Nederlandse participanten werden aangesproken op het traject Utrecht - Groningen. Deze twee treintrajecten zijn gekozen omdat verwacht werd dat reizigers in deze treinen lange afstanden zouden reizen gezien het kleine aantal steden dat aan de trajecten ligt. Hierdoor zullen de mensen voldoende tijd hebben om mee te doen aan het onderzoek. Van tevoren werd de treinconducteur om toestemming gevraagd om de vragenlijst aan de passagiers te mogen verstrekken. De vragenlijsten werden in Nederland op één weekenddag en één doordeweekse dag afgenomen. In Duitsland werden de vragenlijsten op een vrijdag afgenomen.

De treinreizigers werden in eerste instantie door de onderzoekers gevraagd of ze aan het onderzoek wilden participeren. Diegenen die aangaven deel te willen nemen aan het onderzoek werden verzocht het de schriftelijke toestemmingsverklaring te bestuderen en te tekenen. Tevens kregen de participanten een door de onderzoekers ondertekend formulier waarin laatstgenoemden zich verplichtten met de verkregen gegevens vertrouwelijk om te gaan. De participanten hadden op elk moment de mogelijkheid om vragen te stellen. Van de formulieren bestonden een Nederlandse en een Duitse versie. De ingevulde vragenlijsten zijn door de participanten in een blanco envelop gedaan en aan de onderzoekers teruggegeven. Hierdoor, en doordat er niet naar naam en adres gevraagd is, is de anonimiteit van de respondenten in het onderzoek gegarandeerd.

Verder hadden de ondervraagden de mogelijkheid om op de schriftelijke toestemmingsverklaring hun e-mailadres achter te laten. Zo verkregen de participanten de mogelijkheid om na afloop van het onderzoek door de onderzoekers op de hoogte gesteld te worden over de verkregen resultaten, zonder dat dit de anonimiteit in gevaar bracht. Op de schriftelijke toestemmingsverklaring, welke de participanten meenamen, stond het e-mailadres van het onderzoek vermeld zodat de mogelijkheid bestond om na het invullen van de vragenlijst bij vragen contact met de onderzoekers op te nemen. Van deze optie werd geen gebruik gemaakt.

2.2 Respondenten

In totaal werden 290 personen ondervraagd, waarvan 145 Nederlanders en 145 Duitsers. De gemiddelde leeftijd van alle respondenten was 34.8 jaar met een standaarddeviatie van 16.7. Bij de Nederlanders was de gemiddelde leeftijd 35.5 jaar met de standaarddeviatie van 18.6 en de gemiddelde leeftijd van alle ondervraagde Duitsers was 33.9 jaar, met een standaarddeviatie van 14.5. De leeftijdsverschillen tussen Nederlanders en Duitsers zijn significant, $U(248) = -2.24$, $p < .05$, de ondervraagde Duitsers zijn ouder dan de Nederlanders. De demografische gegevens betreffende leeftijd en de overige demografische variabelen staan vermeld in Tabel 1 en 2. Tevens wordt de bijhorende *Mann-Whitney U*-toets of Chi-Square toets weergegeven.

Van alle ondervraagden waren 139 mannelijk en 145 vrouwelijk. In Nederland werden 61 mannen en 83 vrouwen ondervraagd en 78 Duitse mannen en 62 Duitse vrouwen. Het verschil in de verdeling man-vrouw tussen de twee nationaliteiten is significant ($\Phi < .02$, $\alpha = .05$). In Nederland werden minder mannen en meer vrouwen ondervraagd dan in Duitsland.

Er kwam naar voren dat er ook een significant verschil bestaat tussen Nederlanders en Duitsers wat betreft de hoogst afgeronde opleiding ($V < .02$, $\alpha = .05$). Uit de verdeling van de antwoorden kwam naar voren dat Nederlanders over het algemeen een hoger afgerond opleidingsniveau hadden dan de ondervraagde Duitsers. Van de Nederlanders hadden 23.4% een HBO diploma en 26.2% een WO diploma. Daartegen waren het in Duitsland maar 14.5% en 15.2% van de respondenten.

Er bestaat geen significant verschil tussen de burgerlijke status van Nederlanders en Duitsers ($V = .27$, $\alpha = .05$). De meeste participanten waren kinderloos (71,0% van de Nederlanders en 68,3% van de Duitsers) en hierin bestaat geen significant verschil tussen Nederlanders en Duitsers ($\chi^2 = .96$, $\alpha = .05$).

Van de Duitsers gaven maar 9,7% aan niet gelovig te zijn. Met 46,2% waren de meeste Duitsers rooms-katholiek en 35,9% -protestants. Van de Nederlanders waren dit maar 11,7% en 26,9%. Het verschil wat betreft geloof tussen de twee landen is significant ($V < .001$, $\alpha = .05$). Er kan geconcludeerd worden dat de ondervraagde Nederlanders minder gelovig waren dan de ondervraagde Duitsers. Een overzicht van de demografische variabelen staat vermeld in Tabel 1 en 2.

Tabel 1 *Mann-Whitney U*-Toetsen voor leeftijd bij Nederlanders & Duitsers

	Complete dataset				
	<i>N</i>	<i>Gemiddelde</i>	<i>SD</i>		
Nederlanders	144	35,58	18,69		
Duitsers	136	36,37	17,25		
Totaal	280	33,96	14,54		
	<i>Z-score</i>	<i>Sig.</i>	<i>Groep</i>	<i>N</i>	<i>Gemiddelde rang</i>
Leeftijd	-2.24	.02*	NL	144	133.15
			DL	140	152.11

Noot: * $p < .05$.

Tabel 2 *Chi-Square toetsen* voor verschillen tussen Nederlanders en Duitsers betreffende overige demografische

		Nederlands		Duits		Totaal	Chi-Square	
		N	%	N	%	N	Φ -Waarde	Φ Sig.
Geslacht	Man	61	42,1%	78	53,8%	139	.13*	.02
	Vrouw	83	57,2%	62	42,8%	145		
							Cramer's V	Cramer's V
							waarde	Sig.
Hoogst afgesloten opleiding	Basis/GS	2	1,4%	2	1,4%		.22*	.02
	VMBO/HS	11	7,6%	11	7,6%			
	Havo/RS	18	12,4%	22	15,2%			
	Vwo/GY	27	18,6%	50	34,5%			
	MBO/BS	14	9,7%	11	7,6%			
	HBO/FHS	34	23,4%	21	14,5%			
	WO/Uni	38	26,2%	22	15,2%			
		144		139			Cramer's V	Cramer's V
							waarde	Sig.
Status	Getrouwd	34	23,4%	40	27,6%		.13	.27
	Alleenstaand	43	29,7%	51	35,2%			
	Relatie	47	32,4%	30	20,7%			
	Relatie & samenwonend	16	11,0%	13	9,0%			
	Anders	3	2,1%	3	2,1%			
		143		147				
Kinderen	Ja	41	28,3%	39	26,9%	41	.00	.96
	Nee	103	71,0%	99	68,3%	103		
		144		138				
							waarde	Sig.
Geloof	Prot.	17	11,7%	52	35,9%	17	.51**	.00
	Kath.	39	26,9%	67	46,2%	39		
	Moslim	2	1,4%	0	0%	2		
	Anders	6	4,1%	3	2,1%	6		
	Geen	68	53,8%	14	9,7%	68		
		132		136				

Noot: *p < .05. **p < .01.

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 Demografische Variabelen

De eerste vragen die de participanten moesten beantwoorden, waren vragen over hun demografische achtergrond. Het betrof vragen die vooral nuttig waren om een beschrijving van de datapoule te kunnen geven. Gevraagd werd naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat, het aantal kinderen en het geloof van de deelnemer (zie Tabel 1 en 2).

2.3.1 Masculiniteit – Femininiteit

De mate van masculiniteit respectievelijk femininiteit van de respondenten uit de twee landen werd met behulp van de *Personal Attributes Questionnaire*, kortweg PAQ, in kaart gebracht (Spence, Helmreich & Stapp, 1975). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de verkorte versie van de PAQ (Spence & Helmreich, 1978).

De verkorte PAQ bestaat uit 24 items, opgedeeld in drie subschalen met ieder acht items. Eén subschaal betrof de mate van masculiniteit (M-schaal), één de mate van femininiteit (F-schaal) en de laatste subschaal vertegenwoordigt items die gezien worden als zowel masculien als feminien (MF-schaal). Alle drie de schalen bestaan uit acht stellingen met bipolaire eigenschappen en de participant geeft op een 5-punts-Likertschaal aan in hoeverre hij of zij vindt of de eigenschappen voor hem of haar van toepassing zijn.. Hoge scores op M- en MF-subschalen komen overeen met een hoge mate van masculiniteit, hoge scores op de F-schaal betekenen een hoge mate van femininiteit. Helmreich, Spence en Wilhelm (1981) vonden voor de drie subschalen tevredenstellende betrouwbaarheidswaarden. In de drie door hun onderzochte doelgroepen liep *Cronbach's alpha* voor de M-schaal van .67 tot .77, voor de F-schaal van .72 tot .80 en voor de M-F-schaal van .53 tot .61. De matige betrouwbaarheidswaarden van de M-F-schaal voeren de onderzoekers terug op de gemengde en niet eenduidige inhoud van de schaal (Helmreich, Spence & Wilhelm, 1981). De door de onderzoekers vertaalde Nederlandse en Duitse versie van PAQ staat beschreven in Bijlage 1.

Gekozen werd om een totale score van masculiniteit en een totale score van femininiteit in het onderzoek te berekenen en deze respectievelijk de M-schaal en de F-schaal te noemen. De variabele voor masculiniteit werd verkregen door de M-schaal met de op masculiniteit geschaalde MF-schaal samen te voegen. Op dezelfde wijze, maar dan door de F-schaal samen te voegen met de op femininiteit geschaalde MF-schaal werd de variabele voor femininiteit verkregen.

Voor de Nederlandse versie werd een *Cronbach's alpha* van .77 voor de masculiniteitschaal gevonden en .70 voor de femininiteitschaal. Verder werd voor de Duitse versie .71 voor de masculiniteitschaal en .72 voor de femininiteitschaal gevonden. Pallant

(2010) raadt aan om met een betrouwbaarheidsniveau vanaf $\alpha = .70$ te werken. Om deze waarden te bereiken werd bij de masculiniteitschaal item 1 (“niet agressief – agressief”) en bij de femininiteitschaal de items 1 (“niet agressief – agressief”) en 11 (“gericht op thuis – gericht op de buitenwereld”) verwijderd. Een overzicht van alle gevonden betrouwbaarheidswaarden staan in Tabel 3 vermeld.

Tabel 3 Overzicht betrouwbaarheid PAQ, TIPI, Attitude en Kennis (*Cronbach's alpha*)

	Nederlanders		Duitsers	
	<i>N</i>	α	<i>N</i>	α
PAQ M	139	.77	130	.71
PAQ F	138	.70	134	.72
Extraversie	143	.68	141	.36
Aangenaamheid	143	.29	144	.02
Neuroticisme	143	.41	144	.35
Openheid	143	.33	143	.19
Attitude	140	.61	143	.69
Kennis euthanasie	141	.73	142	.67

2.3.2 Persoonlijkheidsvragenlijst TIPI

Uit onderzoek is gebleken dat de *Ten-Item Personality Inventory* (TIPI) (Gosling, Rentfrow & Swann, 2003) een betrouwbaar en valide onderzoeksinstrument is om persoonlijkheidskenmerken van een persoon te inventariseren. De met de Engelse versie van de vragenlijst gevonden test-hertest betrouwbaarheidswaarden voor alle vijf dimensies liggen alle, behalve voor openheid, boven .70. De test-hertest betrouwbaarheid van de oorspronkelijke TIPI is dus redelijk goed (Gosling, Rentfrow & Swann, 2003).

De TIPI bestaat uit tien stellingen waarbij de ondervraagden de stellingen 7-punts Likertschaal moesten scoren. Voor elke persoonlijkheidsdimensie van de Big Five bestaan twee items. Er bestond reeds een Duitse versie van de TIPI bestaat (Baur Weißenhorn, 2010). *Cronbach's alpha* van de vijf subschalen van de Duitse versie van de TIPI ligt volgens Baur Weißenhorn tussen .42 en .67. De betrouwbaarheid is matig, maar gezien het feit dat de betrouwbaarheid van het oorspronkelijk instrument in het Engels redelijk goed is werd in dit onderzoek voor de vertaalde versie van de TIPI gekozen. Van de TIPI werd voor dit onderzoek een Nederlandse vertaling gemaakt. “Ik zie mezelf als sympathiek, warm.” was één van de acht items uit de Nederlandstalige versie.

Van zowel de Nederlandse als de Duitse versie werden de items voor de dimensies neuroticisme, extraversie, openheid en aangenaamheid opgenomen. De subschaal consciëntieusheid was in het licht van dit onderzoek niet relevant en is daarom niet opgenomen. De door de onderzoekers vertaalde Nederlandse versie staat beschreven in Bijlage 2.

In het onderzoek werd gevonden dat *Cronbach's alpha* van de Nederlandse versie voor de 4 subschalen van .29 tot .68 liep. Van de Duitse versie werden betrouwbaarheidswaarden lopend van .02 tot .36 gevonden. Een overzicht van de verschillende betrouwbaarheidswaarden staan in Tabel 3 vermeld. De gevonden *Cronbach's alpha* waarden zijn zeer laag. Pallant (2010) geeft aan dat een betrouwbaarheidsanalyse bij minder dan 10 items niet aan te raden is en men daarom de inter-item correlatie zou moeten bekijken. Ligt deze tussen 0.2 en 0.4, dan is de schaal als goed te beschouwen. De inter-item correlaties voor de vier subschalen van de TIPI staan in Tabel 4 vermeld.

Tabel 4 Inter-item correlatie TIPI

	Nederlanders		Duitsers	
	<i>N</i>	<i>Correlatie</i>	<i>N</i>	<i>Correlatie</i>
Extraversie	143	.53	141	.23
Aangenaamheid	143	.18	144	.01
Neuroticisme	143	.25	144	.22
Openheid	143	.21	143	.11

Deze correlaties zijn echter, evenals de betrouwbaarheidswaarden, teleurstellend. Waarden gevonden in andere onderzoeken van de Duitse vertaalde versie alsmede van de originele Engelse versie liggen echter wel grotendeels bij boven .70 en zijn daarmee tevredenstellend. Daarom werd, ondanks de lage betrouwbaarheid, gekozen met de variabelen te werken. Zo nodig werd een analyse met de twee variabelen van de subschalen apart uitgevoerd. Er werd verwacht dat dit een vollediger beeld naar voren zou brengen en leek, gezien de lage betrouwbaarheid, te verantwoorden.

2.3.3 Attitude over actieve euthanasie

Voor het onderzoek was het verder belangrijk dat de attitude over actieve euthanasie gemeten werd. Twee items over actieve euthanasie werden voor dit doel uit de *Attitudes Toward Euthanasia (ATE) Scale* (Wasserman, Clair & Ritchey, 2005) overgenomen. De *Cronbach's alpha* voor deze schaal is met .87 goed en daarom werd gekozen de twee items van juist deze schaal te gebruiken. De ondervraagden moesten de twee stellingen op een Likertschaal, lopend van "1 = helemaal mee oneens" tot 5 = "helemaal mee eens", scoren.

Er bestond geen Nederlandse of Duitse versie van de ATE, daarom werden de twee items van de oorspronkelijke Engelse versie vertaald naar het Nederlands en Duits. Eén van de twee stellingen luidde: "Als een terminaal zieke patiënt erom vraagt, dient een arts genoeg medicatie toe te dienen om het leven van de patiënt te beëindigen."

Vanwege de al eerder benadrukte actualiteit van het onderwerp werd één vraag in de attitudeschaal over euthanasie bij dementiepatiënten opgenomen. De vraag had betrekking op de in de inleiding genoemde krantenartikel uit de Volkskrant. Aan de vraag: "Bij deze persoon mag actieve euthanasie worden toegepast" ging een korte scenariobeschrijving vooraf, die gebaseerd was op het verhaal in het krantenartikel. De Duitse en

Nederlandstalige versies van de attitudevragenlijst zoals gebruikt in dit onderzoek staan beschreven in Bijlage 3.

In het onderzoek werd gevonden dat *Cronbach's alpha* van de Duitse versie .69 was. Van de Nederlandse versie werd een alpha van .61 gevonden (zie Tabel 3). De betrouwbaarheidswaarden liggen daarmee niet boven de grens van .70 die Pallant (2010) aanraadt. Echter wijken de waarden niet veel af van de genoemde grens en volgens Gliem en Gliem (2003) zijn waarden vanaf .60 acceptabel en volstaan deze daarmee voor de onderzoeksdoeleinden.

2.3.4 Een waardige dood

Om de hypothese over de theorie van een waardige dood te kunnen toetsen, werd participanten gevraagd antwoord te geven op vragen die betrekking hebben op de ervaring met ondraaglijk lijden in de nabije sociale omgeving. Er was geen bestaande vragenlijst over dit onderwerp in de literatuur beschikbaar, waardoor de vragen door de onderzoekers werden opgesteld. Een tweetal items ging over of mensen ervaring hebben met ondraaglijk lijden en euthanasie in de nabije sociale omgeving. De andere drie items, gemeten met een 5-punts Likertschaal, gingen onder andere over of mensen verwachten mogelijk later zelf in een situatie komen waarin euthanasie zou kunnen worden overwogen. Een voorbeeld van een vraag die werd gesteld luidt: "Kent u iemand in uw directe sociale omgeving (familie, vrienden) die ondraaglijk te lijden heeft of te lijden heeft gehad?" De Nederlandse en Duitse versie van de vragenlijsten over een waardige dood zijn te vinden in Bijlage 5.

2.3.5 Filler-items

Gezien de beladenheid van het onderzoeksthema euthanasie en de gestelde vragen in het onderzoek kan het wenselijk zijn voor participanten om enkele vragen te beantwoorden over een minder beladen onderwerp. Deze vragen dienen enkel ter 'verlichting' van de vragenlijst en als rustmoment voor de participanten in het beantwoorden van de beladen vragen. De antwoorden werden dus niet meegenomen in de resultaten van het onderzoek. De neutrale items in deze studie gingen over muzieksmaak. Een voorbeeldvraag luidt: "Bij het luisteren naar welk muziekgenre kunt u zich het beste ontspannen?" In Bijlage 6 staan de Nederlandse en Duitse versie van de *filler*-vragenlijsten.

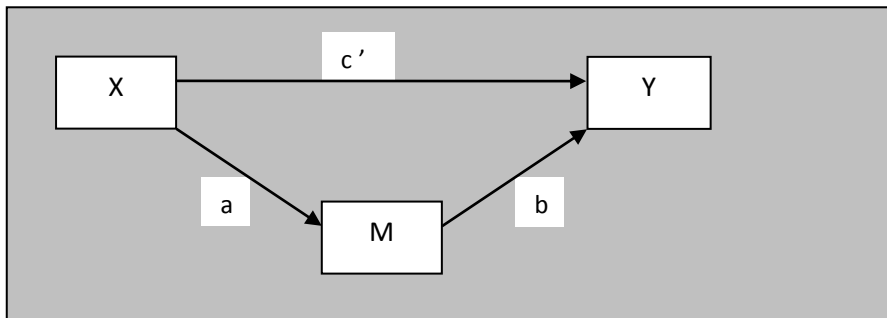
2.4 Data-analyse

Ten eerste wordt gekeken of de antwoorden van de gebruikte schalen normaal verdeeld zijn. Hiervoor dient de *Kolmogorov-Smirnov* toets. Dit is belangrijk omdat een normale of niet-normale verdeling bepaalt of er vervolgens parametrische of non-parametrische toetsen gebruikt kunnen worden.

Na deze toets worden de bij de hypothesen passende toetsen uitgevoerd. In het geval van parametrische verdeling wordt gebruik gemaakt van *t-toetsen* en *variantie-analyses* (ANOVA's). In het geval van non-parametrische verdeling worden de toetsen van *Mann-Whitney* en *Kruskal-Wallis* gebruikt. Deze toetsen worden voornamelijk bij hypothesen 1 en 2a gebruikt. Ook wordt, voor zover nodig, gebruik gemaakt van de *Chi-Square* toets. Om de resultaten van de *Chi-Square* toetsen te beoordelen wordt gekeken naar Cramer's V en Phi.

Hypothesen 2b tot en met 4b vergen mediatieanalyses. Mediatieanalyses worden met de door Verboon (2010) beschreven manier van Preacher en Hayes (2008) gemaakt, omdat deze zowel voor een normale als niet-normale verdeling geschikt is. Bij het uitvoeren van de analyses wordt het volgende model aangehouden:

Figuur 1 Mediatie model (Verboon, 2010)



3. Resultaten

3.1 Normaliteit

Met behulp van de *Kolmogorov-Smirnov* toets werd gekeken of de data van de verschillende schalen normaal verdeeld zijn. Zowel de Nederlandse en de Duitse masculiniteitschaal leek normaal verdeeld, $D(141) = 0,07$, $p = .08$ voor de Nederlandse schaal en $D(142) = 0,05$, $p = .20$ voor de Duitse schaal. Echter werden voor de attitudeschaal, de TIPI-schalen, de schalen over kennis, de vragen over een waardige dood en de Nederlandse en Duitse versie van de femininiteitschaal significante p-waarden gevonden, $p < .05$. Transformatiepogingen hadden geen effect, waardoor scores niet-normaal verdeeld bleven. Op basis hiervan werd besloten de data van deze schalen met non-parametrische toetsen verder te analyseren. Dit gold ook voor de masculiniteitschaal omdat deze altijd samen met een niet-normaal verdeelde schaal in een analyse betrokken werd.

3.2 Attitude en culturele verschillen

Hypotheses 1a en 2a gingen over attitude- en cultuurverschillen. De resultaten van de analyses van beide hypothesen werden gevonden met behulp van de *Mann-Whitney U*-toets en staan vermeld in Tabel 5.

Tabel 5 *Mann-Whitney U*-toets verschil in attitude, masculiniteit en femininiteit tussen Nederlanders en Duitsers

	Z-score	Sig.	Groep	N	Gemiddelde Rang
Attitude	-5.14**	.00	NL	145	171.39
			DL	144	118.43
PAQ M	-0.16	.87	NL	144	143.70
			DL	144	145.30
PAQ F	-0.40	.68	NL	144	146.47
			DL	144	142.53

Noot: ** $p < .01$.

Uit deze toetsen komt een significant verschil naar voren tussen Nederlanders en Duitsers wat betreft de attitude ten opzichte van actieve euthanasie, $U(289) = -5.14$, $p < .001$. Nederlanders hebben een positievere attitude over actieve euthanasie dan Duitsers. Hypothese 1 kan daarmee bevestigd worden.

De verschillen tussen Nederlanders en Duitsers op de masculiniteit- en femininiteitschaal zijn niet significant, $U(288) = -0.16$, $p = .87$ en $U(288) = -0.40$, $p = .68$. Nederlanders en Duitsers lijken niet verschillend te scoren op deze twee schalen en daarmee kan hypothese 2a niet bevestigd worden.

Voor hypothese 2b is geanalyseerd of de scores op de masculiniteit- en femininiteitschalen de attitude tussen Nederlanders en Duitsers over actieve euthanasie mediëren. De uitkomsten van de mediatieanalyse staan vermeld in Tabel 6. Zie Figuur 1 (paragraaf 2.4) voor de betekenis van de diverse paden.

Tabel 6 Mediatieanalyses M = masculiniteit (Mas) & femininiteit (Fem), X = attitudeverschillen (Att), Y = nationaliteit (Nat)

	<i>Pad</i>	<i>Coëfficiënt</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
PAQ Mas	Nat-Mas (a)	.00	.05	.02	.97
	Mas-Att (b)	-.04	.12	-.38	.69
	Nat-Att zuiver (c)	-.58**	.10	-5.36	.00
	Nat-Att gemedieerd (c')	-.58**	.10	-5.35	.00
PAQ Fem	Nat-Fem (a)	-.02	.04	-.48	.62
	Fem-Att (b)	-.09	.13	-.14	.88
	Nat-Att zuiver (c)	-.58**	.10	-5.36	.00
	Nat-Att gemedieerd (c')	-.48**	.10	-5,36	.00

Noot: **p < .01.

De mediatieanalyse werd apart met de scores op de masculiniteitschaal en de femininiteitschaal uitgevoerd. In beide gevallen was nationaliteit de onafhankelijke variabele en attitude de afhankelijke variabele. De significante samenhang tussen nationaliteit en attitude was reeds geconstateerd bij de toetsing van hypothese 1. Bij de twee analyses zijn de a-paden, $k(288) = 0.00$, $p = .97$ bij masculiniteit en $k(288) = -0.02$, $p = .62$ bij femininiteit, en b-paden, $k(288) = 0.04$, $p = .69$ bij masculiniteit en $k(288) = -0,09$, $p = .62$ bij femininiteit, oftewel de paden tussen X en de mediator en tussen de mediator en Y, niet significant. Daarmee wordt duidelijk dat masculiniteit en femininiteit niet de verschillen in de attitude ten opzichte van actieve euthanasie van Nederlanders en Duitsers mediëren.¹ Hypothese 2b wordt niet bevestigd.

3.3 Persoonlijkheid

De hypothesen 3a tot en met 3e betreffen verschillen in de persoonlijkheidskenmerken neuroticisme, openheid, aangenaamheid en extravertie van Nederlanders en Duitsers, gecorrigeerd voor masculiniteit. Eerst is gekeken of er verschillen tussen Nederlanders en Duitsers bestaan in de bovengenoemde persoonlijkheidskenmerken. Vervolgens zijn eventuele gevonden verschillen gecorrigeerd voor masculiniteit en femininiteit middels een mediatieanalyse, zodat kon worden

¹ In het verloop van de data-analyse werd gekeken of de demografische variabelen significant samenhangen met de attitude. Alleen voor de variabele "geloof" werd gevonden dat mensen zonder enig geloofsovertuiging positiever ten opzichte van euthanasie staan dan mensen met een geloofsovertuiging. Echter heeft geen van de demografische variabelen, ook niet "geloof", een mediërend effect tussen nationaliteit en attitude. Deze variabelen hebben dus geen invloed op de resultaten.

gecontroleerd of de gevonden verschillen niet konden worden verklaard door een verschil in masculiniteit of femininiteit.

Deze analyses hebben betrekking op de hypothesen 3a tot en met 3d.

Tot slot werd voor hypothese 3e getoetst of de vier persoonlijkheidsdimensies samen de attitude ten opzichte van actieve euthanasie tussen Nederlanders en Duitsers mediëren. In Tabel 7 en 8 staan de resultaten vermeld van de uitgevoerde analyses voor hypothesen 3a tot en met 3d.

3.3.1 De vier persoonlijkheidsdimensies

Tabel 7 Mann-Whitney U-toets voor verschillen in persoonlijkheidskenmerken tussen Nederlanders en Duitsers

	Z-score	Sig.	N	Groep	Gemiddelde Rang
Neuroticisme	-.15	.87	143	NL	144.75
			144	DL	143.25
Openheid	-.53	.59	143	NL	141.38
			144	DL	146.60
Aangenaamheid	-4.00**	.00	143	NL	124.52
			144	DL	163.34
Extraversie	-2.97**	.00	143	NL	158.49
			144	DL	129.61

Noot: **p < .01.

De resultaten uit Tabel 8 maken duidelijk dat Nederlanders en Duitsers niet significant verschillend scoren op de persoonlijkheidschalen neuroticisme en openheid, $U(287) = -0.15$, $p = .87$ en $U(287) = -0.53$, $p = .59$. Hypothesen 3a en 3b kunnen daarom niet bevestigd worden. Er wordt echter duidelijk dat een significant verschil bestaat tussen Nederlanders en Duitsers wat betreft aangenaamheid en extraversie, $U(287) = -4.00$, $p < .001$ en $U(287) = -2.97$, $p < .001$. Nederlanders blijken hogere scores te hebben dan Duitsers op de extraversieschaal en lagere scores op de aangenaamheidschaal. Om uit te kunnen sluiten of deze resultaten beïnvloed worden door culturele verschillen, werden twee mediatieanalyses uitgevoerd met als onafhankelijke variabele nationaliteit, als afhankelijke variabele respectievelijk aangenaamheid en extraversie en masculiniteit en femininiteit als mogelijk mediërende factoren. De uitkomsten staan vermeld in Tabel 8.

Tabel 8 Mediatieanalyses M = masculiniteit (Mas) & femininiteit (Fem), X = nationaliteit (Nat), Y = aangenaamheid (Aan) of extraversie (Extra)

		Y = Aangenaamheid				Y = Extraversie			
		Coëfficiënt	SE	t	p	Coëfficiënt	SE	t	p
PAQ M	Nat-Mas (a)	.00	.05	.07	.94	-.02	.04	-.41	.67
	Mas-Aan/Extra (b)	-.32*	.12	-2.50	.01	.96**	.12	7.68	.00
	Nat-Aan/Extra	.48**	.11	4.24	.00	.48**	.11	4.24	.00
	zuiver (c)								

	Nat-Pers gemedieerd (c')	.48**	.11	4.29	.00	.50**	.10	4.85	.00
PAQ F	Nat-Fem (a)	.00	.05	.07	.94	-.02	.04	-.41	.67
	Fem-Aan/Extra (b)	.54**	.16	3.38	.00	.31	.17	1.80	.07
	Nat-Aan/Extra zuiver (c)	-.42**	.14	-2.97	.00	-.42**	.14	-	.00
	Nat-Pers gemedieerd (c')	-.43**	.14	-3.03	.00	-.42**	.14	-	.00
								2.97	
								2.93	

Noot: *p < .05. **p < .01.

Uit Tabel 8 komt naar voren dat het verband tussen masculiniteit en femininiteit en aangenaamheid significant is, $k(287) = 0.48$, $p < .001$ en $k(287) = -0.42$, $p < .001$.

Daarnaast is het verband tussen masculiniteit en extraversie significant, $k(287) = 0.96$, $p < .001$. De a-paden tussen nationaliteit en masculiniteit en femininiteit zijn niet significant, $p > .05$, waardoor kan worden geconcludeerd dat er geen mediërend effect werd gevonden van de culturele variabelen op de relatie tussen nationaliteit en persoonlijkheid. Nederlanders scoren dus significant lager op aangenaamheid dan Duitsers en significant hoger op extraversie dan Duitsers, ongeacht de mate van masculiniteit en femininiteit. Daarmee zijn hypothesen 3c en 3d bevestigd.

3.3.2 Persoonlijkheid als mediator tussen nationaliteit en attitude

Om hypothese 3e te toetsen werd gekeken of de vier persoonlijkheidsdimensies samen mediëren tussen nationaliteit en attitude. In Tabel 9 staan de resultaten van de mediatieanalyse vermeld. De mediatieanalyse werd uitgevoerd met nationaliteit als onafhankelijke variabele, attitude als afhankelijke variabele en de vier persoonlijkheidsdimensies en masculiniteit als mogelijk mediërende factoren.

Tabel 9 Mediatieanalyses M = neuroticisme (Neur), openheid (Open), aangenaamheid (Aan), extraversie (Ext), masculiniteit (PAQ-M) & femininiteit (PAQ-F), X = Nederlanders en Duitsers (Nat), Y = attitude (Att)

		Coëfficiënt	SE	t	p
Mediatoren: PAQ-M, PAQ-F, Neuroticisme, Openheid, Aangenaamheid, Extraversie	Nat-PAQ-M (a)	.00	.05	.07	.94
	Nat-PAQ-F (a)	-.02	.04	-.41	.67
	Nat-Neur (a)	-.06	.12	-.48	.62
	Nat-Open (a)	.09	.12	.72	.47
	Nat-Aan (a)	.48**	.11	4.24	.00
	Nat-Ext (a)	-.42**	.14	-2.97	.00
	PAQ M-Att (b)	-.14	.17	-.83	.40
	PAQ F-Att (b)	.07	.16	.45	.64
	Neur-Att (b)	.07	.06	1.14	.25
	Open-Att (b)	.00	.05	.17	.86
	Aan-Att (b)	-.12*	.06	-1.95	.05
	Ext-Att (b)	-.00**	.04	-.12	.89
	Nat-Att (c)	-.58**	.10	-5.29	.00

Nat-Att gemedieerd (c')	-0.51**	.11	-4.42	.00
-------------------------------	---------	-----	-------	-----

Noot: *p < .05. **p < .01.

Uit de resultaten kan worden opgemaakt dat er geen (combinatie van) factor(en) is die als volledige mediator fungeert tussen nationaliteit en attitudes, immers zijn de c- en c'-paden beide significant, $p < .001$. Het blijkt dat er een significante samenhang bestaat tussen nationaliteit en attitude, $k(287) = -0.58$, $p < .001$, zoals dit al in de analyse betreffende hypothese 1 naar voren kwam.

3.4 Theorie van een waardige dood

De theorie over een waardige dood werd getoetst door te achterhalen of een er tussen mensen die verschillende antwoorden gaven op de vragen over de theorie ook verschillen in hun attitude ten opzichte van euthanasie. Vervolgens werd een mediatieanalyse uitgevoerd om te vinden of de vijf items over deze theorie een mediërend effect hebben op de relatie tussen nationaliteit en attitude ten opzichte van euthanasie.

3.4.1 Waardige dood en attitude

Tabel 10 Mann-Whitney U-toets voor het attitudeverschil tussen mensen die wel en geen ervaring hebben met ondraaglijk lijden of euthanasie in de nabije sociale omgeving

		Z-score	Sig.	N	Antwoord	Gemiddelde Rang
Ondraaglijk lijden meegemaakt?		-1.26	.21	151 128	Ja Nee	145.58 133.41
	Actief	-1.09	.28	24 202	Ja Nee	127.12 111.88
Euthanasie meegemaakt?	Passief	-2.07*	.04	40 202	Ja Nee	142.31 117.38
	Actief en Passief	-2.97**	.00	12 202	Ja Nee	159.54 104.41

Noot: *p < .05. **p < .001.

In Tabel 10 staan de verschillen in attitude ten opzichte van euthanasie beschreven tussen mensen die ondraaglijk lijden en/of euthanasie in hun nabije sociale omgeving hebben meegemaakt en mensen die dit niet hebben meegemaakt. Er werd een significant verschil gevonden tussen zowel mensen die passieve euthanasie hebben meegemaakt ($U(242) = -2.07$, $p < .05$), als mensen die passieve en actieve euthanasie hebben meegemaakt ($U(214) = -2.97$, $p < .001$) en mensen die dit niet hebben meegemaakt. Mensen die dit hebben meegemaakt staan positiever ten opzichte van euthanasie dan mensen die dit niet hebben meegemaakt. Van de drie overige items over de theorie van een

waardige dood werd een correlatieanalyse uitgevoerd met de attitude ten opzichte van euthanasie. Er werd geen invloed op attitude gevonden van de mate van betrokkenheid bij het geval van euthanasie in de nabije sociale omgeving en de mate waarin het euthanasiegeval indruk op de respondenten heeft gemaakt. Voor het item waarin werd gevraagd of iemand verwacht zelf ooit in een situatie te komen waarin euthanasie kan worden overwogen werd een significante correlatiecoëfficiënt gevonden ($r(268) = .162, p < .01$). Mensen die verwachten ooit in een situatie te komen waarin euthanasie kan worden overwogen, staan positiever ten opzichte van euthanasie dan mensen die dit niet verwachten.

3.5.2 Waardige dood als mediator

Een mediatieanalyse werd uitgevoerd om te achterhalen of de vijf items over de theorie van een waardige dood een mediërend effect hebben op de relatie tussen nationaliteit en attitude, gecorrigeerd voor persoonlijkheid en masculiniteit ($N=69$). De mediatieanalyse, toont met de vijf items over een waardige dood, masculiniteit, extraversie en aangenaamheid als mogelijke mediators geen significante relatie tussen nationaliteit en attitude. Bovendien bleek slechts dat nationaliteit voor item 5, en item 2 voor attitude een significant voorspellende waarde bezat. Er is daarom geen mediërend effect gevonden van de vijf items over een waardige dood op de relatie tussen nationaliteit en attitude.

4. Conclusies en Discussie

4.1 Conclusies en theoretische verklaringen

Deze studie is gebaseerd op de verwachting dat er een verschil in de attitude over actieve euthanasie tussen Nederlanders en Duitsers bestaat. Er werd verwacht dat Nederlanders positiever ten opzichte van actieve euthanasie zijn dan Duitsers. Dit verschil werd gevonden en is in lijn met eerder gevonden resultaten (Verbakel & Jaspers, 2010). Vervolgens werd onderzocht of er verschillen tussen Nederlanders en Duitsers zijn wat betreft persoonlijkheid, masculiniteit en femininiteit en ervaringen met ondraaglijk lijden. Voor elke variabele werd bovendien onderzocht of deze een mediërend effect heeft op het attitudeverschil tussen Nederlanders en Duitsers.

Allereerst werd onderzocht of Nederlanders en Duitsers verschillen op het gebied van masculiniteit en femininiteit. Dit kon niet worden bevestigd. Daarnaast werd onderzocht of masculiniteit of femininiteit een mediërend effect heeft op het attitudeverschil tussen Nederlanders en Duitsers; ook dit kon niet worden bevestigd. Hofstede en Hofstede (2005) beschouwen masculiniteit en femininiteit als de tegenovergestelde uiteindes van een continuüm. In dit onderzoek werden in navolging van de *Personal Attributes Questionnaire* (PAQ), masculiniteit en femininiteit als twee aparte constructen beschouwd. Tegenwoordig lijkt wetenschappelijke consensus te bestaan over het concept masculiniteit als gedeeltelijke tegenpool van femininiteit, in plaats van een volledige tegenpool (Smiler, 2004). Lippa (2001) beschrijft in zijn review-artikel het historische verloop van de conceptualisering van masculiniteit en femininiteit. Lippa stelt, op basis van onderzoeken gedaan met de PAQ en de Bem Sex Role Inventory (BSRI), dat masculiniteit vooral samenhangt met het construct instrumentaliteit (of dominantie) en femininiteit met het construct expressiviteit (of zorgzaamheid). Masculiniteit en femininiteit kunnen daarom beschouwd worden als meeromvattende constructen dan alleen het meten van genderverschillen, zoals de terminologie doet vermoeden. Een continuüm van masculiniteit en femininiteit is daardoor onlogisch. Immers, iemand kan zorgzaam en tegelijkertijd dominant zijn, iets wat Lippa beschrijft als *androgyny* (of tweeslachtigheid). Het omgekeerde kan ook en dit wordt door Lippa aangeduid als *undifferentiated* (ongedifferentieerd). Het gebruik van de PAQ in dit onderzoek is daarom gerechtvaardigd. Het verschil in conceptualisering van masculiniteit en femininiteit kan verklaren waarom de twee onderzoeksresultaten elkaar weerspreken. De PAQ is gebaseerd op de assumptie dat masculiniteit en femininiteit twee verschillende constructen zijn waarop een participant hoog (tweeslachtig) of laag (ongedifferentieerd) kan

scoren. Personen die hoog, danwel laag scoren, zullen daardoor de kans op het vinden van een verschil tussen beide constructen verkleinen ten opzichte van de vragenlijst van Hofstede en Hofstede (2005), die ervan uitgaat dat een masculien persoon automatisch laag scoort op femininiteit en andersom. Een tweede mogelijke verklaring voor het verschil in gevonden resultaten in het huidige onderzoek en in het onderzoek uitgevoerd door Hofstede en Hofstede in 2005 is dat de twee auteurs de variabelen binnen organisatieculturen onderzochten. Het huidige onderzoek probeerde masculiniteit- en femininiteitverschillen in een specifieke populatie aan te tonen, waardoor de items niet context gebonden waren en daardoor betrekking hadden op hoe iemand zich in het algemeen gedraagt. Vragen naar gedrag of gevoelens die mensen in een organisatiesetting vertonen of ervaren kunnen afwijken van hun alledaagse gedragingen en gevoelens, bijvoorbeeld omdat iemand zich op zijn werk niet kan of mag gedragen zoals hij of zij dat wil.

Een verdere verklaring betreffende het niet gevonden verschil op masculiniteit en femininiteit tussen Nederlanders en Duitsers kan betrekking hebben op de vervaging van grenzen binnen Europa. Sinds de opkomst van de Europese Unie groeien de 27 lidstaten, waaronder Nederland en Duitsland, naar elkaar toe. Dit doel, dus de 'steeds hechter wordende samenkomst van de Europese volken', staat vastgelegd in het VwEU, het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (AUVU, 2009). Ten gevolge van dit beleid werd één Europese munteenheid, de Euro, ingevoerd. Niet alleen is het voor Europeanen makkelijker van land tot land te reizen: het omwisselen van geld binnen EU-landen is ook niet meer nodig. Bovendien is het tegenwoordig voor een persoon, die burger van een EU-lidstaat is, voldoende om met zijn identiteitskaart van één EU-land naar het andere te reizen. Daarvoor is geen paspoort meer nodig (AUVU, 2009). Deze europeanisering -het dichter naar elkaar toegroeien van Europese landen zoals Nederland en Duitsland- heeft tot gevolg dat Europa een Europese identiteit ontwikkelt (Thomalla, 2007). Consensus over de precieze definitie van de identiteit, vooral wat betreft de politieke kant, bestaat nog niet maar het wordt steeds duidelijker dat een dergelijke identiteit bestaat (Thomalla, 2010). Deze europeanisering kan verklaren waarom geen verschillen op masculiniteit en femininiteit tussen de twee landen gevonden werden. Het naar elkaar toegroeien heeft nog een belangrijk aspect: het openstellen van grenzen, de Euro en de groeiende invloed van de Europese Unie zorgen ervoor dat er meer emigratie van Nederlanders naar Duitsland is en vice versa. In 2010 waren 684.000 personen van de Nederlandse bevolking Duits, terwijl het in 1960 slechts de helft van dit aantal was (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012). Volgens Klaver, Stouten en Van der Welle (2010) was het aantal autochtone Nederlandse emigranten in 2009 met rond de 37.000 personen aanzienlijk hoog. Van alle autochtone emigranten is 56% tussen de 20 en 45 jaar oud en emigreert grotendeels naar Duitsland en België (Klaver, Stouten & Van der Welle, 2010). In het studiejaar 2010/2011 had de grootste groep

buitenlandse studenten in Nederland de Duitse nationaliteit, namelijk 24.750 van 82.000 (Hetzel, 2011). Geconcludeerd kan worden dat veel Nederlanders naar Duitsland komen en veel Duitsers naar Nederland. Het is waarschijnlijk dat hierdoor uitwisselingen van normen – opvattingen over hoe men zich wel of niet hoort te gedragen – en waarden – nastrevenswaardige wenselijke motieven en idealen – plaatsvindt. Veel Duitse studenten gaan uit Nederland terug naar Duitsland (Hetzel, 2011) en nemen de normen en waarden mee. Hetzelfde geldt voor Nederlandse emigranten die vanuit Duitsland teruggaan naar Nederland. Ook daarom is aan te nemen dat de twee landen naar elkaar toegroeien. De emigratie als gevolg van de europeanisering en deze zelf kunnen het niet aangetoonde verschil op masculiniteit en femininiteit tussen de twee landen verklaren.

Hofstede en McCrae (2004) konden in hun onderzoek aantonen dat masculiniteit en femininiteit samenhangen met de persoonlijkheidsdimensies neuroticisme, openheid, aangenaamheid en extraversie. Op basis van hun onderzoek werd verwacht dat op er op deze dimensies persoonlijkheidsverschillen tussen Nederlanders en Duitsers bestaan. Dit kon gedeeltelijk bevestigd worden: er werd een verschil gevonden in aangenaamheid en extraversie, maar niet in neuroticisme en openheid. Verder kon niet aangetoond worden dat de bovengenoemde persoonlijkheidsdimensies een mediërend effect hebben op het attitudeverschil tussen Nederlanders en Duitsers. Dat Nederlanders en Duitsers op neuroticisme en openheid niet verschillen is niet verwonderlijk gezien er geen verschillen gevonden werden betreffende masculiniteit en femininiteit. Immers, de scores op de persoonlijkheidsvragenlijst werden in het onderzoek van Hofstede en McCrae (2004) gekoppeld aan masculiniteit en femininiteit. Opmerkelijk is echter dat aangetoond kon worden dat Nederlanders hoger op extraversie scoren dan Duitsers en lager op aangenaamheid. Hofstede en McCrae (2004) toonden in hun onderzoek aan dat meer masculiene culturen hoger scoren op neuroticisme en openheid en lager op aangenaamheid. Meer feminiene culturen scoren hoger op extraversie. Dat dezelfde resultaten omtrent aangenaamheid en extraversie, ondanks de niet aangetoonde verschillen in masculiniteit en femininiteit, ook in dit onderzoek aangetoond konden worden doet vermoeden dat de persoonlijkheid van mensen in een land door andere variabelen beïnvloed wordt. Hofstede en Hofstede (2005) konden geen verschillen vinden tussen Nederlanders en Duitsers betreffende de culturele variabelen machtsafstand, onzekerheidsvermijding, individualisme en langetermijndenken, gemeten in een organisatiecultuur. Het is mogelijk dat deze culturele variabelen wel van invloed zijn. Dit zou het in dit onderzoek gevonden resultatenpatroon kunnen verklaren.

Tot slot werd in dit onderzoek gevonden dat mensen die passieve euthanasie in hun nabije sociale omgeving hebben meegemaakt positiever ten opzichte van euthanasie staan. Het meemaken van een geval van passieve euthanasie op zichzelf is al van invloed op de

attitude; de mate waarin iemand hierbij betrokken is en in hoeverre dit indruk maakt speelt geen rol. De verwachting, naar aanleiding van de theorie over een waardige dood, dat ook mensen die actieve euthanasie hebben meegemaakt hierdoor in hun attitude beïnvloed worden, werd niet bevestigd. Dit resultaat suggereert dat er een verschil bestaat tussen passieve en actieve euthanasie dat door mensen als dermate groot wordt ervaren, dat het mede bepaalt of iemand daardoor positiever ten opzichte van euthanasie staat of niet. Een mogelijk aspect waarop beide vormen van euthanasie verschillen en die het verschil in invloed op attitude kan veroorzaken is het morele aspect. McLachlan (2008) betoogt dat er een onderscheid bestaat tussen actieve en passieve euthanasie in het perspectief van morele verplichting. Zo stelt de auteur dat men moreel verplicht is niemand te doden, maar niet (althans, niet in dezelfde mate) moreel verplicht is iemand in leven te laten. Mogelijk veroorzaakt een geval van actieve euthanasie bij mensen die hierbij betrokken zijn een bewustwording van de morele verplichting die McLachlan beschrijft. Deze bewustwording kan ervoor zorgen dat de verplichting saillant wordt en daardoor direct de attitude over het wel of niet mogen doden van iemand beïnvloedt, evenals de attitude over het wel of niet mogen toepassen van actieve euthanasie. Dit proces wordt in een andere context geïllustreerd door een onderzoek gedaan door Howells, Flanagan en Hagan (1995). De onderzoekers maten de steun voor de doodstraf van participanten die willekeurig verdeeld waren over twee groepen. Nadat de experimentele groep een video te zien kreeg van een executie van een terdoodveroordeelde in Amerika, rapporteerde deze daarna minder steun voor de doodstraf, ook in vergelijking met de controlegroep. In dit experiment werd wellicht de morele verplichting saillant gemaakt op soortgelijke wijze als mogelijk in dit onderzoek gebeurde.

4.2 Kritiek

In de huidige studie werden matige ($\alpha = .68$ voor de Nederlandse extraversieschaal) tot slechte ($\alpha = .02$ voor de Duitse aangenaamheidschaal) betrouwbaarheidswaarden voor de vier persoonlijkheidsdimensies gevonden. Deze lage waarden kunnen een mogelijke verklaring zijn voor het geringe aantal significante verschillen in persoonlijkheidsdimensies tussen Nederlanders en Duitsers. Een ander gevolg van deze lage waarden zou kunnen zijn dat er geen effect van persoonlijkheid op attitudeverschil tussen Nederlanders en Duitsers is gevonden. Immers, een lage betrouwbaarheid verkleint de kans om daadwerkelijke verschillen in een onderzoek aan te kunnen tonen.

Een laatste opmerking betreft het zwaartepunt van deze studie. Dit onderzoek probeerde mediators van verschillen in de attitude ten opzichte van actieve euthanasie te vinden door variabelen te vinden waarin Duitsland zich van Nederland onderscheidt (bijvoorbeeld de historie en het wettelijke verbod). In slechts vier van de 51 Europese landen, waaronder Nederland, is actieve euthanasie wettelijk toegestaan. Dit maakt dat Nederland

behoort tot een van de uitzonderingen in Europa. Door de focus in dit onderzoek op een land te leggen dat qua wetgeving omtrent euthanasie tot de meerderheid in Europa behoort, zou het kunnen dat mogelijke mediators niet naar voren kwamen.

4.3 Toekomstig onderzoek en implicaties

Niet eerder werd een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar psychologische mediators die de attitude ten opzichte van actieve euthanasie van Nederlanders en Duitsers kunnen beïnvloeden. De door de onderzoekers opgestelde, verkorte versie van de attitudevragenlijst die gebaseerd werd op de *Attitudes Toward Euthanasia (ATE) Scale* leverde tevredenstellende betrouwbaarheidswaarden en resultaten op. Daarom is aan te raden deze vragenlijst in verdere studies over attitude ten opzichte van actieve euthanasie te gebruiken.

Gezien de lage betrouwbaarheidswaarden van de persoonlijkheidsvragenlijst is voor een vervolgonderzoek aan te raden om een schaal met voldoende betrouwbare gegevens te gebruiken. Verder zou het een waardevolle uitbreiding van dit onderzoek zijn om naar variabelen te zoeken die juist Nederland verschillend maken van andere landen in Europa. Cohen et al. hebben in hun crossculturele onderzoek uit 2006, waarin ze de attitude tussen 30 Europese landen ten opzichte van actieve euthanasie onderzochten, een aantal kenmerken genoemd die volgens hen samenhangen met een positievere attitude ten opzichte van actieve euthanasie. Ze noemen bijvoorbeeld armoede en een lage sociaaleconomische status. Met behulp van deze twee variabelen en de variabelen afkomstig uit dit onderzoek zou onderzocht kunnen worden of deze van invloed zijn op de attitude van Nederlanders en Duitsers en of deze het verschil tussen de twee landen zouden kunnen verklaren.

Verder is aan te raden om te onderzoeken of Nederlanders en Duitsers verschillen op het gebied van de vier cultuurdimensies machtsafstand, onzekerheidsvermijding, individualisme en langetermijndenken van Hofstede en Hofstede (2005) als deze in een specifieke populatie gemeten worden. Dit zou interessant zijn omdat de cultuurvariabelen het persoonlijkheidsverschil tussen Nederlanders en Duitsers kunnen verklaren. Hofstede en McCrae (2004) vonden namelijk dat extravertie, naast masculiniteit en femininiteit, samenhangt met individualisme en machtsafstand en aangenaamheid met onzekerheidsvermijding.

De verdere uitwerking van de theorie van een waardige dood, zoals geformuleerd door Verbakel en Jaspers (2010), leverde in het huidige onderzoek voor het eerst bevindingen op die de theorie ondersteunen. De bevindingen bieden een fundering voor toekomstig onderzoek naar onderwerpen en hun mechanismen die passen binnen de theorie. Vooral de invloed van ervaringen met ondraaglijk lijden binnen de nabije sociale omgeving verdient volgens de auteurs aandacht, vanwege het gevonden verschil in effect op

attitudeverandering tussen het meemaken van passieve en actieve euthanasie. Moreel besef zou hier een rol kunnen spelen. Om kennis over dit aspect te vergaren zou experimenteel onderzoek gedaan kunnen worden naar hoe moreel besef saillant kan worden gemaakt en of moreel besef attitude ten opzichte van euthanasie kan beïnvloeden. Daarnaast bestaat er in de cognitieve psychologie een debat over moreel beslissen en de invloed van cognitie, emoties of beiden. Hoewel lang is gedacht dat morele beslissingen werden gestuurd door cognitieve processen, zijn er recentelijk steeds meer wetenschappers overtuigd geraakt van de rol van zowel cognitie als emotie (Greene, Nystrom, Engell, Darley & Cohen, 2004). Ook op het gebied van cognities en emoties bestaan er mogelijkheden om tot nieuwe inzichten te komen hoe moreel besef de attitude ten opzichte van euthanasie beïnvloedt. Worden mensen bij het besluiten of ze voor of tegen euthanasie zijn geleid door cognities of door hun emoties? En welke rol speelt moreel besef bij dit besluit?

Concluderend kan worden gesteld dat in het huidige onderzoek een variabele is getraceerd die van invloed kan zijn op de attitude ten opzichte van actieve euthanasie. Zo blijkt de ervaring met passieve euthanasie in de nabije sociale omgeving verband te houden met een positieve attitude. Deze bevinding duidt op het bestaan van een psychologisch aspect dat ten grondslag ligt aan het besluit van iemand om wel of niet voorstander van euthanasie te zijn. Het identificeren van deze en andere aspecten kan helpen om de meningsvorming van mensen te begrijpen. Het beter begrijpen kan implicaties hebben voor bijvoorbeeld gevallen waarin het besluit om wel of niet voor actieve euthanasie te kiezen bemoeilijkt wordt door conflicten binnen de nabije sociale omgeving van de patiënt. Beter begrip kan bovendien leiden tot beter overwogen, maar ook breder geaccepteerde keuzes voor de nabije sociale omgeving en voor de patiënt. De huidige studie biedt hiertoe nieuwe mogelijkheden. Daarnaast is gevonden dat Nederlanders een positievere attitude ten opzichte van euthanasie hebben dan Duitsers. De cultuurvariabelen masculiniteit en femininiteit, de persoonlijkheidsvariabelen neuroticisme, openheid, aangenaamheid en extravertie en ervaring met ondraaglijk lijden in de nabije sociale omgeving bleken geen mediërend effect te hebben op het attitudeverschil tussen Nederlanders en Duitsers. Er zijn mogelijk andere (psychologische) constructen die attitudeverschillen kunnen verklaren, het huidige onderzoek biedt mogelijkheden en handvatten om andere variabelen te identificeren en te toetsen op een mediërend effect. Deze anderen variabelen kunnen te maken hebben met moraliteit, maar ook met de culturele variabelen machtsafstand, onzekerheidsvermijding, individualisme en langetermijndenken.

Het identificeren van mediërende factoren kunnen mogelijke verklaringen bieden voor attitudeverschillen tussen Nederland en Duitsland, maar ook tussen andere landen. Toekomstig onderzoek kan mogelijk aanwijzingen vinden voor een invloed van deze factoren op de besluitvorming en wettelijke regelingen omtrent euthanasie. De auteurs benadrukken

het belang van kennis over euthanasie, zonder hun eigen mening te ventileren, om zo tot weloverwogen en werkbare wetgeving te kunnen komen. Dit is in het belang van alle betrokken partijen, maar bovenal in het belang van de patiënt.

Referenties

- AUVD (Vertrat über die Arbeitsweise der Europäischen Union) WWW, 2009 (z.n).
Gevonden 26 februari 2012, op <http://www.aeuv.de/>.
- Baur Weißenhorn, K.C. (2010). *Der Zusammenhang von Selbstkonzept, Attribution, Wohlbefinden und Persönlichkeit hochbegabter Jugendlicher*. Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III. Gevonden 16 november 2011, op vts.uni-ulm.de/docs/2011/7552/vts_7552_10787.pdf.
- Bernard, M., & Lester, D. (1998). Attitudes toward gun control and personality. *Psychological Reports*, 82, 23.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012 WWW (z.n.). *Bevolking, huishoudens en bevolkingsontwikkeling; vanaf 1899*. Gevonden 24 februari, op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37556&D1=0-44&D2=1,11,21,31,41,51,61,71,81,91,101,I&HD=120224-0934&HDR=G1&STB=T>.
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboersere, P., Van der Wal, G., & Deliens, L. (2006). 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.
- El-Helou, S. (2007). Euthanasie/Sterbehilfe Zur Begriffsproblematik „Euthanasie“ und zu den rechtlichen Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland. MA *Französisch/Wissenschafts- und Technikgeschichte*. Gevonden 5 oktober 2011, op www.chemie.tu-berlin.de/.
- Elshout, A. (2012). Santorum: Nederland vermoordt bejaarden. *De Volkskrant*, paginanummer onbekend.
- Fehr, K. (2001/2002). *Sterbehilfe, Recht auf einen Tod in Würde? Seminar: Menschenrechte im Kulturvergleich*. Gevonden 4 oktober 2001, op <http://sammelpunkt.philo.at:8080/892/>.
- Gerber, A.S., Huber, G.A., Doherty, D., Dowling, C.R., & Ha, S.E. (2010). Personality and political attitudes: Relationships across Issue domains and political contexts. *American Political Science Review*, 104, 111-133.
- Gilson, A.M. (2010). State medical board members' attitudes about the legality of chronic prescribing to patients with noncancer pain: The influence of knowledge and beliefs about pain management, addiction, and opioid prescribing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40, 599 – 612.
- Gleitman, H., Reisberg, D., & Gross, J. (2007). *Psychology*. New York, London: W.W. Norton & Company, Inc.
- Gosling, S.D., Rentfrow, P.J., & Swann Jr., W.B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality* 37, 504–528.
- Greene, J.D., Nystrom, L.E., Engell, A.D., Darley, J.M., & Cohen, J.D. (2004). The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron*, 44, 389-400.
- Helmreich, R.L., Spence, J.T., & Wilhelm, J.A. (1981). A psychometric analysis of the personal attributes questionnaire. *Sex Roles*, 7, 1097–1108.
- Hetzl, H. (2011, 30 december). Sortieren geht über Studieren, Zu teuer: Deutsche Studenten sind in den Niederlanden nicht mehr willkommen. *Hannoversche Allgemeine Zeitung*, zonder p.
- Hofstede, G., & Hofstede, G.J. (2005). *Cultures and organizations: Software of the mind*, [Revised and expanded 2nd edition], New York: McGraw-Hill.
- Hofstede, G., & McCrae, R.R. (2004). Personality and culture revisited: Linking traits and dimensions of culture. *Cross-Cultural Research*, 38, 58-88.
- Howells, G.N., Flanagan, K.A., & Hagan, V. (1995). Does viewing a televised execution affect attitudes towards capital punishment? *Criminal justice and behavior*, 22, 411-424.

- Kakhnovets, R. (2011). Relationships among personality expectations about counseling, and help-seeking attitudes. *Journal of Counseling & Development*, 89, 11-19.
- Klaver, J., Stouten, J., & Van der Welle, I. (2010). Emigratie uit Nederland: Een verkennende studie naar de emigratiemotieven van hoger opgeleiden. *Regioplan Beleidsonderzoek*. Verkregen 24 februari, op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-97606.pdf>
- Larsen, R.J., & Buss, D.M. (2008). *Personality psychology, domains and knowledge about human nature*, New York: Graw-Hill Higher Education International Edition.
- Lippa, R. (2001). On deconstructing and reconstructing masculinity-femininity. *Journal of Research in Personality*, 35, 168 – 207.
- McLachlan, H.V. (2008). The ethics of killing and letting die: active and passive euthanasia. *Journal of medical ethics*, 34, 636-638.
- Miller, W.B. (1992). Personality traits and developmental experiences as antecedents of childbearing motivation. *Demography*, 29, 265-285.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2007). Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Gevonden 6 oktober 2011, p <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/persoonlijkheid/verschillen-internationaal/>.
- NIOD (Nederlands Instituut voor Oorlogs-, Holocaust- en Genocidestudies) WWW (z.n & z.d.). Gevonden 18 oktober 2011, op http://www.niod.knaw.nl/nl/CijfermateriaalDuitsebezetting.htm#_ftn5#_ftn5.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual*. Maidenhead Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Preacher, K. R., & Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879 – 891.
- Rumsey, S., Hurford, D.P., & Cole, A.K. (2003). Influence of knowledge and religiousness on attitudes toward organ donation. *Transplantation Proceedings*, 35, 2845-2850.
- Schmidt, K.M., Llewellyn, P.L., Taylor, G.I., Weber, P.G., Hong, B., Sellers, R., Wise, C., Wolak, C., McGaw, L., & Nielson, S. (2003). Cloninger's temperament and character inventory correlates with personality characteristics of organ donation advocates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 173-185.
- Smiler, A.P. (2004). Thirty years after the discovery of masculinity: Psychological Concepts and measures of masculinity. *Sex Roles*, 50, 15 – 26.
- Spence, J.T., & Helmreich, R.L. (1978). *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates, and antecedents*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Spence, J.T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 29 – 39.
- Spezio, M.L., Peterson, G.R., Brown, W.S., Reimer, K.S., & van Slyke, J. (2011). Personality role in moral action. *Science*, 332, 1380-1381. Gevonden 1 november 2011, op www.sciencemag.org.
- Schulministerium NRW WWW (z.d. & z.n.). Gevonden 20 oktober 2011, op <http://www.schulministerium.nrw.de/BP/index.html>.
- Terstall, E. (directeur/auteur) (2004). Simon [film]. Nederland: Spaghetti Film.
- Thomalla, K. (2007). Der Begriff der europäischen Verfassung als verfassungstheoretisches und sozialphilosophisches Problem, *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie*, 93, 178 – 197.
- Thomalla, K. (2010). Europäische Öffentlichkeit und europäische Identitätsbildung Eine sozialphilosophische Perspektive. *Synthesis Philosophica*, 25, 161 – 172.
- Truijens, A. (2012). Haar man besloot dat ze dood moest. *De Volkskrant*, p. 29.
- Van Dale woordenboek online WWW (z.d & z.n.). Gevonden 4 oktober 2011, op <http://www.vandale.nl/vandale/zoekService.do?selectedDictionary=nn&selectedDictionaryName=Nederlands&searchQuery=Euthanasie>.

- Van Wijnen, A. (2006). *Deportatie en massamoord van gehandicapten en chronisch zieken in de Tweede Wereldoorlog – Verkenning van de situatie in Nederland*. Gevonden 31 november 2011, op <http://www.gehandicaptenschrijvengeschiedenis.nl/oudesite/deportatieenmassamoord.pdf>.
- Verbakel, E., & Jaspers, E. (2010). A comparative study on permissiveness toward euthanasia, religiosity, slippery slope, autonomy and death with dignity. *Public Opinion Quarterly*, 74, 109-139.
- Vk.nl WWW (Eftting, M., 2011). Gevonden 20 november 2011, op <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2672/Wetenschap-Gezondheid/article/detail/3022857/2011/11/09/Voor-het-eerst-in-Nederland-euthanasie-dementiepatient.dhtml>.
- Verboon, P. (2010). Mediatie analyse. *Academia.edu*. Gevonden 25 januari 2012, op http://ou-nl.academia.edu/PeterVerboon/Teaching/20442/Mediatie_Analyse.
- Wasserman, J., Clair, J.M. Clair, & Ritchey, F.J. (2005). A scale to assess attitudes towards euthanasia. *Omega*, 51, 229-237.
- Weyers, H. (2004). *Euthanasie, Het proces van rechtsverandering*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wiegman, E. (2012, Februari 13). Beter worstelen met de ouderdom dan definitief kiezen voor de dood. *De Volkskrant*, p. 21.
- Winkler Prins Online (2011). *Euthanasie*. Gevonden 4 oktober 2011, op <http://www.winklerprins.com/online/?id=-1021513922&sid=-115#N1115>.
- Zeit Online, 2011. WWW (z.n.). *Carine*, 43, lässt sich töten. Gevonden 20 november 2011, op <http://www.zeit.de/suche/index?q=%22Aktive+Sterbehilfe%22>.

Bijlagen

Bijlage 1: De Nederlandse en Duitse versie van de verkorte PAQ

Niet agressief	0	0	0	0	0	Agressief
Afhankelijk	0	0	0	0	0	Onafhankelijk
Niet emotioneel	0	0	0	0	0	Emotioneel
Onderdanig	0	0	0	0	0	Niet onderdanig
Niet onder de indruk van een crisis	0	0	0	0	0	Erg onder de indruk van een crisis
Passief	0	0	0	0	0	Actief
Weinig toewijding aan anderen	0	0	0	0	0	Volledig toegewijd aan anderen
Ruig	0	0	0	0	0	Zachtaardig
Niet behulpzaam naar anderen	0	0	0	0	0	Behulpzaam naar anderen
Niet competitief	0	0	0	0	0	Competitief
Gericht op thuis	0	0	0	0	0	Gericht op de buitenwereld
Niet vriendelijke	0	0	0	0	0	Vriendelijke
Mening van anderen is onbelangrijk	0	0	0	0	0	Mening van anderen is belangrijk
Gevoelens raken moeilijk gekwetst	0	0	0	0	0	Gevoelens raken makkelijk gekwetst
Niet bewust van andermans gevoelens	0	0	0	0	0	Bewust van andermans gevoelens
Maakt moeilijk beslissingen	0	0	0	0	0	Maakt makkelijk beslissingen
Geeft snel op	0	0	0	0	0	Geeft nooit op
Huilt nooit	0	0	0	0	0	Huilt makkelijk
Niet zelfverzekerd	0	0	0	0	0	Erg zelfverzekerd
Voelt zich minderwaardig	0	0	0	0	0	Voelt zich superieur
Begrijpt anderen niet	0	0	0	0	0	Begrijpt anderen
Koud in relaties met anderen	0	0	0	0	0	Warm in relaties met anderen
Weinig behoefte aan veiligheid	0	0	0	0	0	Veel behoefte aan veiligheid
Kan weinig druk aan	0	0	0	0	0	Kan veel druk aan

Aggressiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nicht aggressiv
Unselbstständig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstständig
Nicht emotionell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Emotionell
Untertänig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nicht untertänig
Unbeeindruckt von einer Krise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr beeindruckt von einer Krise
Passiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aktiv
Wenig Zuneigung für andere empfinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lückenlose Zuneigung für andere empfinden
Ruppig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sanftmütig
Nicht hilfsbereit anderen gegenüber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hilfsbereit anderen gegenüber
Nicht wettbewerbsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wettbewerbsfähig
Auf zu Hause orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auf die Außenwelt orientiert
Unfreundlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Freundlich
Die Meinung von anderen ist unwichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Die Meinung von anderen ist wichtig
Gefühle können nicht einfach verletzt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gefühle können einfach verletzt werden
Sich nicht bewusst sein von den Gefühlen anderer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sich bewusst sein von den Gefühlen anderer
Ohne Mühe Entscheidungen fällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mit Mühe Entscheidungen fällen
Schnell aufgeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nie aufgeben
Nie weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schnell weinen
Nicht selbstversichert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr selbstversichert
Sich minderwertig fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sich überlegen fühlen
Andere nicht verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andere verstehen
Kalt im Umgang mit anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Warm im Umgang mit anderen
Wenig Bedürfnis an Sicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Viel Bedürfnis an Sicherheit
Nicht druckbeständig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sehr druckbeständig

Bijlage 2: De Nederlandse versie van de TIPI

	Helemaal niet op mij van toepassing	Vrijwel niet op mij van toepassing	Weinig op mij van toepassing	Neutraal	Een beetje op mij van toepassing	Behoorlijk op mij van toepassing	Helemaal op mij van toepassing
1. Extravert, enthousiast	0	0	0	0	0	0	0
2. Kritisch, ruziechtig (gaat de discussie aan)	0	0	0	0	0	0	0
3. Nerveus, snel overstuur	0	0	0	0	0	0	0
4. Open voor nieuwe ervaringen, complex	0	0	0	0	0	0	0
5. Gereserveerd, stil	0	0	0	0	0	0	0
6. Sympathiek, warm	0	0	0	0	0	0	0
7. Kalm, emotioneel stabiel	0	0	0	0	0	0	0
8. Conventioneel, niet creatief	0	0	0	0	0	0	0

Bijlage 3: De Nederlandse en Duitse versie van de attitudevragenlijst

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Oneens, noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens
Als een patiënt ernstige pijn ervaart en vraagt om medicatie waaraan hij/zij zal overlijden, dient de arts die medicatie voor te schrijven.	0	0	0	0	0

Als een patiënt die op sterven ligt erom vraagt, dient een arts genoeg medicatie toe te dienen om het leven van de patiënt te beëindigen.	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

Stelt u zich het volgende scenario voor:

Een persoon kreeg de diagnose dat hij/zij dementie heeft. Op het moment dat de persoon nog helder en wilsbekwaam was liet hij/zij schriftelijk vastleggen dat euthanasie toegepast zou worden als hij/zij naar een verpleeghuis zou moeten gaan en niet meer helder van geest is. Nu is deze persoon geestelijk in de war, herkent zijn/haar familie niet meer en opname in het verpleeghuis is onvermijdelijk.

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Oneens, noch eens	Enigszins mee eens	Helemaal mee eens
In hoeverre bent u het ermee eens dat bij deze persoon actieve euthanasie wordt toegepast?	0	0	0	0	0

	Ich stimme dem überhaupt nicht zu.	Ich stimme dem nicht zu.	Unent- schlossen	Ich stimme dem zu.	Ich stimme dem sehr zu.
--	---	--------------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------------

Ein Arzt sollte einem Patienten eine ausreichende Menge Medizin verschreiben, die das Leben des Patienten beendet, wenn dieser Patient den Doktor unter starken Schmerzen dazu auffordert.

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

Fordert ein sterbenskranker Patient einen Arzt auf ihm genug Medizin zu verschreiben, die sein Leben beenden wird, so sollte der Arzt dies tun.

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

Stellen Sie sich das folgende Szenario vor:

Eine Person bekommt die Diagnose Demenz. Als diese Person noch bei klarem Verstand und entscheidungsfähig war hat er/sie schriftlich festgelegt, dass er/sie aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte, wenn er/sie nicht mehr bei klarem Verstand ist und in ein Pflegeheim aufgenommen werden muss. Jetzt ist diese Person nicht mehr entscheidungsfähig sowie geistig verwirrt, erkennt ihre Familie nicht mehr und die Aufnahme ins Pflegeheim ist unvermeidlich.

	Ich stimme dem überhaupt nicht zu.	Ich stimme dem nicht zu.	Unent- schlossen	Ich stimme dem zu.	Ich stimme dem sehr zu.
--	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------	-------------------------------

Finden sie, dass bei dieser Person aktive Sterbehilfe geleistet werden darf?

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

Bijlage 4: De Nederlandse en Duitse versie van de kennisvragenlijst

1. Officieel was de Tweede Wereldoorlog tussen de jaren:
 - a) 1914 – 1918
 - b) 1930 – 1937
 - c) 1939 – 1945
2. Een andere naam voor de Jodenster is:
 - a) Israëlster
 - b) Hebreeuwse ster
 - c) Davidster
3. Hoe hoog wordt het aantal mensen geschat dat wereldwijd tijdens de Tweede Wereldoorlog omkwam?
 - a) 40 tot 45 miljoen
 - b) 60 tot 65 miljoen
 - c) 20 tot 30 miljoen
4. Wat was de naam van Hitlers politieke partij?
 - a) NSDAP = Nationaalsocialistische Duitse Arbeiderspartij
 - b) NSP = Nationaalsocialistische Partij
 - c) NSPD = Nationaalsocialistische Partij Duitsland
5. Anne Frank, die bekend werd door haar dagboek dat na haar overlijden werd gepubliceerd, verborg zich jarenlang samen met haar familie en bekenden in een achterhuis in:
 - a) Den Haag
 - b) Rotterdam
 - c) Amsterdam
6. Het concentratiekamp “Auschwitz” ligt in het huidige:
 - a) Tsjechië
 - b) Polen
 - c) Wit-Rusland
7. Als over euthanasie in het kader van de Tweede Wereldoorlog gesproken wordt dan wordt daarmee bedoeld...
 - a) ...een speciale wet die het voor de familie van zwaargewonden of in coma liggende soldaten zonder verdere levenskansen mogelijk maakte deze soldaten op een humane manier van hun kwalen te verlossen. De familieleden liepen geen risico vanwege de euthanasieverlening bestraft te worden.
 - b) ...de systematische genocide van Sinti, Roma en andere niet-arische volksstammen, maar vooral de genocide van geestelijk gehandicapten en psychisch zieke personen.
 - c) ...de systematische deportatie en genocide van Joden.
8. Hitlers “euthanasiebeleid” in de Tweede Wereldoorlog:
 - a) Ja, ik heb ervan gehoord en ik weet ook wat het inhoudt.
 - b) Ja, ik heb ervan gehoord maar ik weet niet precies wat het inhoudt.
 - c) Nee, ik heb er nog nooit van gehoord.
9. “Aktion T4” in de Tweede Wereldoorlog:
 - a) Ja, ik heb ervan gehoord en ik weet ook wat het inhoudt.
 - b) Ja, ik heb ervan gehoord maar ik weet niet precies wat het inhoudt.
 - c) Nee, ik heb er nog nooit van gehoord.
10. “Kinder-euthanasie” in de Tweede Wereldoorlog:
 - a) Ja, ik heb ervan gehoord en ik weet ook wat het inhoudt.
 - b) Ja, ik heb ervan gehoord maar ik weet niet precies wat het inhoudt.

- c) Nee, ik heb er nog nooit van gehoord.
1. Der Zweite Weltkrieg wird offiziell datiert von:
 - a) 1914 – 1918
 - b) 1930 – 1936
 - c) 1939 – 1945
 2. Ein andere Bezeichnung für den Judenstern lautet:
 - a) Israelstern
 - b) Hebräischer Stern
 - c) Davidsstern
 3. Wie viele Menschen kamen schätzungsweise im Zweiten Weltkrieg weltweit ums Leben?
 - a) 40 bis 45 Million
 - b) 60 bis 65 Million
 - c) 20 bis 30 Million
 4. Wie hieß die politische Partei Hitlers?
 - a) NSDAP = Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
 - b) NSP = Nationalsozialistische Partei
 - c) NSPD = Nationalsozialistische Partei Deutschland
 5. Anne Frank, die durch ihre nach ihrem Tod publizierte Tagebuchversammlungen traurige Berühmtheit erlangte, versteckte sich vor ihrer Entdeckung jahrelang mit ihrer Familie und Bekannten in einem Bürogebäude in:
 - a) Den Haag
 - b) Rotterdam
 - c) Amsterdam
 6. Das Konzentrationslager "Auschwitz" liegt im heutigen:
 - a) Tschechien
 - b) Polen
 - c) Weißrussland
 7. Wenn von Euthanasie im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg gesprochen wird, so meint man damit...:
 - a) ...ein besonderes Gesetz, das es Angehörigen von schwerverwundeten, im Koma liegenden Soldaten ohne weitere Lebenschance möglich machte, diese auf humane Weise von ihren Leiden zu erlösen. Die Angehörigen hatten keine Bestrafungen für diese Art von Sterbehilfe zu befürchten.
 - b) ...die systematische Ermordung von Sinti, Roma und andere nicht-arischen Volksstämmen, aber vor allem die Ermordung von geistig behinderten und psychisch kranken Personen.
 - c) ...die systematische Deportation und Ermordung von Juden.
 8. Hitlers "Euthanasiebefehl" im Zweiten Weltkrieg:
 - a) Ja, ich habe davon gehört und weiß auch, was es ist.
 - b) Ja, ich habe davon gehört, aber ich weiß nicht genau was es ist.
 - c) Nein, davon habe ich noch nie gehört.
 9. "Aktion T4" im Zweiten Weltkrieg:
 - a) Ja, ich habe davon gehört und weiß auch, was es ist.
 - b) Ja, ich habe davon gehört, aber ich weiß nicht genau was es ist.
 - c) Nein, davon habe ich noch nie gehört.
 10. "Kindereuthanasie" im Zweiten Weltkrieg:
 - a) Ja, ich habe davon gehört und weiß auch, was es ist.
 - b) Ja, ich habe davon gehört, aber ich weiß nicht genau was es ist.
 - c) Nein, davon habe ich noch nie gehört.

Bijlage 5: De Nederlandse en Duitse versie van de vragenlijst “Waardige Dood”

1. Kent u iemand in uw directe sociale omgeving (familie, vrienden) die ondraaglijk te lijden heeft of heeft gehad?

Ja / Nee

2. Kent u iemand in uw directe sociale omgeving (familie, vrienden) waarbij een vorm van euthanasie is toegepast?

1. Ja, actieve euthanasie.
2. Ja, passieve euthanasie.
3. Ja, zowel actieve als passieve euthanasie.
4. Nee. *(indien “nee” ga verder met vraag 5)*

3. Indien antwoord op vraag 2 “ja” luidt:

In hoeverre heeft de situatie indruk op u gemaakt?

5. Helemaal niet
6. Enigszins niet
7. Neutraal
8. Enigszins wel
9. Helemaal wel

4. In hoeverre bent u bij dit proces zelf betrokken geweest (door bijvoorbeeld met de persoon over zijn/haar situatie te praten, op bezoek te gaan, met de familie erover te praten, etc.)?

1. Helemaal niet
2. Enigszins niet
3. Neutraal
4. Enigszins wel
5. Helemaal wel

5. In hoeverre verwacht u dat u in de toekomst zelf in een situatie komt waarvan mensen die voor euthanasie zijn dit zouden overwegen (ongeacht uw eigen mening over euthanasie)?

1. Helemaal niet
2. Enigszins niet
3. Neutraal
4. Enigszins wel
5. Helemaal wel

1. Kennen Sie jemanden in Ihrem direkten sozialen Umfeld (Familie, Freunde), der unerträglich leidet oder gelitten hat?

Ja / Nein

2. Kennen Sie jemanden in Ihrem direkten sozialen Umfeld (Familie, Freunde), der eine Form von Sterbehilfe in Anspruch genommen hat?

1. Ja, aktive Sterbehilfe.
2. Ja, passive Sterbehilfe.
3. Ja, sowohl aktive als auch passive.
4. Nein. (*wenn "nein" dann weiter bei Frage 5*)

3. Wenn die Antwort auf Frage 2 „Ja“ ist:

In welchem Ausmaß hat diese Situation Sie beeindruckt?

1. Überhaupt nicht
2. Fast nicht
3. Neutral
4. Ein bisschen
5. Sehr beeindruckt

4. Inwieweit waren Sie bei diesem Prozess betroffen?

1. Überhaupt nicht
2. Fast nicht
3. Neutral
4. Ein bisschen
5. Sehr beeindruckt

5. Inwiefern erwarten Sie in der Zukunft mit Menschen zu tun zu haben die, ungeachtet Ihrer eigenen Meinung, nachdenken um aktive Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.

1. Sicher nicht
2. Wahrscheinlich nicht
3. Neutral
4. Vielleicht
5. Sicherlich

Bijlage 6: De Nederlandse en Duitse versie van de *Filler-items*

1. Bij welke gelegenheid luistert u het liefste naar muziek?

- 1. Tijdens het avondeten
- b) Tijdens het sporten
- c) Ik luister het liefst muziek zonder iets anders te doen
- d) Tijdens het werk
- e) Anders, namelijk _____

2. Welk muziekgenre hoort u het liefst als u wakker wordt?

- a) Klassiek
- b) Pop
- c) Jazz
- d) Elektronische muziek
- e) Rock
- f) Anders, namelijk _____

3. Wat is uw favoriete muziekgenre?

4. Bij het luisteren naar welk muziekgenre kunt u zich het beste ontspannen?

5. Van welk muziekgenre krijgt u de meeste energie?

1. Wann hören Sie am liebsten Musik?

- a) Beim Abendessen.
- b) Beim Sport.
- c) Am liebsten höre ich Musik ohne dabei etwas anderes zu tun.
- d) Bei der Arbeit.
- e) Andere Gelegenheiten: _____

2. Welches Musikgenre hören Sie am liebsten, wenn Sie morgens wach werden?

- a) Klassik
- b) Pop
- c) Jazz
- d) Elektro-Musik
- e) Rock
- f) Anderes Genre: _____

3. Welches ist Ihr Lieblingsmusikgenre?

4. Bei welchem Musikgenre können Sie sich am besten entspannen?

5. Bei welchem Musikgenre können Sie neue Energie tanken?
